RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Organisation de la périnatalité dans les territoires : affirmer une logique de santé publique

JANVIER 2026
2025-012R

• **RAPPORT**

RAPPORT

Dr Aquilino **Morelle**
Alexandre **Pascal**
Marie-Odile **Saillard**

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la contribution de Lucie **Ligier** et du Pôle *Data* de l'IGAS

Suivez-nous sur Linkedin

REMERCIEMENTS

La mission tient tout particulièrement à remercier pour leur contribution à ses travaux les personnes et services suivants :

- le Docteur Jeanne Fresson et Monsieur Benoît Ourliac, de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), pour leur appui précieux tout au long des travaux. Elle les remercie en particulier pour leur contribution à la recherche et à l'analyse des nombreuses données épidémiologiques nationales et internationales examinées ;
- les Agences régionales de santé (ARS) pour leur participation et leurs réponses extrêmement détaillées et précises à l'enquête réalisée par la mission ; ainsi que le Secrétariat général des ministère sociaux (SG-MAS) pour l'appui qu'il a bien voulu apporter à la mission dans la réalisation de cette enquête ;
- la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) et les conseillers aux affaires sociales (CAS) placés auprès des ambassades de France en Allemagne, au Danemark, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède pour les éléments de parangonnage transmis à la mission et pour leurs réponses détaillées au questionnaire diffusé par la mission ;
- le « *pôle data* » de l'IGAS pour les importants travaux statistiques réalisés.

SYNTHÈSE

[1] Issue du programme de travail de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), la mission sur « l'évolution de l'offre de périnatalité dans les territoires », a été effectuée par l'équipe composée du Docteur Aquilino MORELLE, d'Alexandre PASCAL, de Marie-Odile SAILLARD, ainsi que, jusque fin septembre 2025, de Lucie LIGIER.

[2] ***Dans un contexte marqué, en France, au cours des quinze dernières années, par une augmentation continue et grave de la mortalité infantile,*** particulièrement préoccupante en plusieurs parties du territoire national, la mission avait pour premier objet, au regard de cette situation de crise, de dresser un état des lieux de l'offre en matière de périnatalité, d'évaluer son organisation, sa répartition et son évolution au cours des dernières décennies. Il lui était demandé par ailleurs de déterminer les conditions de réussite des réorganisations de l'offre au niveau local lorsque celles-ci s'avèrent nécessaires, en recherchant la participation et l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes (professionnels de santé, élus, collectivités, usagers, administrations…).

[3] Cette mission a en effet été réalisée alors qu'était confirmé par l'INSEE un taux de mortalité infantile atteignant 4,1 pour 1 000[1] naissances en 2024, les questions relatives à la mortalité infantile et à l'organisation de notre système de santé autour de la grossesse et de la naissance étant dès lors très présentes dans le débat public. A titre d'exemple, celles-ci ont fait l'objet de plusieurs alertes parlementaires et du vote en première lecture au printemps dernier d'une proposition de loi prévoyant, en particulier, un moratoire sur les fermetures de maternité[2], ainsi que de publications diverses et très commentées.

[4] La mission a centré son étude sur la période allant du 3ème mois de grossesse jusqu'au 1er mois de l'enfant. C'est en effet au cours de ces sept mois que se situent la majorité des enjeux.

[5] Sans méconnaître les autres questions soulevées - l'égalité d'accès des citoyens aux structures de la périnatalité, l'aménagement du territoire, les aspirations des différentes professions de santé, les considérations financières - elle a adopté pour fil directeur ce qui constitue à ses yeux **un impératif principal : la santé publique**.

[6] Pour réaliser ses travaux, la mission a auditionné les principaux acteurs intervenant en matière de périnatalité ou concernés par le sujet. Elle a également sollicité la contribution écrite des principales sociétés savantes et des principaux organismes représentatifs des professionnels de santé impliqués. Elle a enfin réalisé plusieurs déplacements dans différents territoires représentatifs de la diversité des situations[3] ou organisé des échanges spécifiques avec leurs représentants (pour l'outre-mer en particulier).

[1] Pour la suite du rapport, les données exprimées en « pour mille » seront accompagnées du symbole « ‰ ».
[2] L'Assemblée nationale a adopté en première lecture, le 15 mai 2025, une proposition de loi « visant à lutter contre la mortalité infantile » qui prévoit, en particulier, d'instaurer un moratoire de trois ans sur les fermetures de maternité.
[3] Les territoires visités ont été choisis de façon, notamment, à disposer dans le panel de territoires urbains et de territoires ruraux, de territoires ayant été confrontés à des transformations de l'offre délicates (fermetures

[7] Elle a en outre réalisé ***un certain nombre de travaux spécifiques*** : l'examen, avec le concours de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), des principales études épidémiologiques disponibles, y compris internationales ; la réalisation d'une enquête approfondie auprès de l'ensemble des Agence régionales de santé (ARS) pour établir un panorama précis de la situation de la périnatalité dans chaque région et pour recueillir leur analyse sur les transformations de l'offre intervenues localement sur la période récente ; l'exploitation statistique poussée, réalisée grâce au concours du « pôle data » de l'IGAS, des données relatives à l'offre et à son évolution ; la réalisation, enfin, de comparaisons internationales détaillées avec l'appui de la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) et des conseillers pour les affaires sociales (CAS) auprès des ambassades. Les résultats de ces différents travaux ont fait l'objet d'annexes spécifiques au présent rapport.

[8] ***La mission a tout d'abord examiné l'évolution des principaux indicateurs de santé en matière de périnatalité***. Elle a ainsi pu constater que :

- après avoir atteint en 2011 son point historiquement le plus bas, 3,5 ‰, le taux de mortalité infantile (décès intervenus de J0 à J364) a entamé depuis cette date une remontée continue jusqu'à atteindre 4,1 ‰ en 2024, **soit 2 709 enfants décédés avant leur premier anniversaire (ce qui représente un décès pour 250 enfants nés vivants)** ;
- **cette hausse du taux de mortalité infantile de 0,6 point s'explique exclusivement par celle de la mortalité néonatale (intervenant de J0 à J27), de 0,6 point**, la mortalité post-néonatale (de J28 à J364) étant quant à elle restée stable sur la période considérée ;
- certains départements urbains, mais également d'autres, ruraux, connaissent des résultats particulièrement dégradés. *A contrario*, d'autres départements connaissent des résultats comparables aux pays les mieux positionnées en Europe (pays scandinaves par exemple, mais aussi du sud de l'Europe). Ces écarts reflètent ainsi de **graves inégalités de santé territoriales ;**
- **compte-tenu à la fois de son poids démographique, de la croissance de celui-ci et de la grave dégradation de ses résultats périnataux, l'impact de la seule région Île-de-France dans la reprise de la mortalité infantile observée depuis 2011 dans l'ensemble du pays est très fort et doit être souligné ;**
- la situation ultramarine, très sérieuse -de 2004 à 2022, le taux moyen de mortalité infantile, *caeteris paribus*, est resté plus de deux fois plus élevé dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) (8,0 ‰), qu'en France métropolitaine (3,5 ‰)- et méritant une attention particulière (à cet égard, la mission recommande qu'une action résolue soit menée en faveur de la périnatalité et en matière de lutte contre la mortalité infantile dans les territoires d'outre-mer –**recommandation 3**), ne saurait pour autant, selon les calculs de la mission, être tenue pour responsable de la reprise de la mortalité infantile en France : ***c'est bien dans les évolutions en cours dans le seul Hexagone qu'il faut chercher l'explication de la dégradation des indicateurs de santé périnatale dans la France entière ;***

de maternité surtout), de territoires ayant subi des fermetures temporaires de maternité, de territoires ayant travaillé à des organisations innovantes, de territoires confrontés à de mauvais indicateurs (en termes de mortalité infantile), de territoires exposés au risque de ne plus disposer de maternité.

- par rapport aux pays développés qui lui sont comparables, l'évolution récente de la mortalité infantile singularise désormais la France, qui est passée de la 3ème place au sein de l'Union européenne (UE) entre 1996 et 2000 à la 20ème en 2021[4], puis à la 23ème à partir de 2022. **Ce déclassement est provoqué par la reprise à la hausse de nos taux de mortalité néonatale et infantile à compter de 2011, alors même que le reste de nos partenaires de l'UE continuent, eux, leur trajectoire à la baisse**. La mission souligne ainsi que, **si la France connaissait le taux de mortalité infantile moyen de l'UE, soit 3,3 ‰, ce sont les morts de 529 enfants dans leur première année qui auraient pu être évitées en 2024. Et si la France avait obtenu, toujours en 2024, les résultats de l'Italie ou du Portugal, soit une mortalité infantile de 2,5 ‰, elle aurait cette fois évité le décès avant un an de 1 057 enfants. On le mesure ainsi, il existe à l'heure actuelle, en France, un excès de mortalité néonatale, et donc infantile, considérable ;**

- la mortalité maternelle, mesurée par le nombre de mères décédées sur la période considérée pour 100 000 naissances vivantes a, quant à elle, baissé en France de 11,1 à 7,6 pour la mortalité mesurée à 42 jours et de 12,1 à 11,3 pour la mortalité mesurée à un an. Entre 2016 et 2018, 272 morts maternelles ont ainsi été enregistrées en France, soit environ 91 par an, ce qui correspond à une mort maternelle tous les quatre jours. **Cela positionne la France dans la moyenne par rapport aux pays comparables ; toutefois, selon Santé publique France (SpF), plus de la moitié de ces décès serait probablement ou possiblement évitables**. Ce constat impose une poursuite, et même un renforcement, de l'effort en faveur de la réduction de ce taux (**recommandation 2**).

[9] Après d'autres, la mission a pu relever les insuffisances du dispositif actuel de suivi statistique en matière de périnatalité, la conduisant en conséquence à **appuyer la démarche amorcée en faveur de la mise en place du Système National d'Information en Périnatalité (SNIP),** auquel devront être accordés de façon durable les moyens humains et matériels nécessaire (r**ecommandation 1**).

[10] Si la dégradation de la mortalité infantile est un phénomène multifactoriel, **le rôle des facteurs d'ordre populationnel s'avère prédominant**, en particulier dans la prévalence accrue de la prématurité (grande et extrême), elle-même responsable de l'essentiel de la mortalité néonatale. Parmi les éléments qui concourent à cette situation, la mission a souligné principalement l'impact de :

- l'élévation de l'âge moyen des femmes enceintes (de 29,9 à 30,7 ans de 2010 à 2019), ainsi que la part des mères de 35 ans et plus (de 19,1 à 25,8 % sur la même période). Il est en effet établi que le risque de complications et, notamment, de mortalité néonatale, augmente lorsque s'élève l'âge auquel les femmes sont enceintes et accouchent. Ainsi, sur la période 2004-2022, en moyenne, le taux de mortalité infantile est inférieur à 4 ‰ pour les mères âgées de 26 à 37 ans, et inférieur à 5 ‰ pour celles âgées de 22 à 43 ans. Il est en revanche supérieur à 5 ‰ pour les mères âgées de 44 ans ou plus, et atteint même un pic de 11,3 ‰ lorsque la mère est âgée de 47 ans ;

[4] INSEE, Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne, INSEE Focus 301, 2023

- l'augmentation du nombre de grossesses multiples (le risque de mourir avant un an est cinq fois plus élevé pour les enfants issus d'un accouchement multiple que pour ceux issus d'un accouchement simple : 16,7 ‰ contre 3,3 ‰). Or, de 2010-2014 à 2015-2022, le taux de mortalité infantile des enfants issus d'un accouchement multiple a nettement augmenté de 16,4 ‰ à 18,7 ‰, soit +2,3 points ;
- l'accroissement de la prévalence de pathologies maternelles et de complications en cours de grossesse et en *post-partum* : en particulier, la proportion de femmes en surpoids ou en obésité avant grossesse a crû, passant de 22,8 % en 2003 à 31,8 % en 2016, soit une forte hausse de 9 points ;
- **le poids de la précarité sociale et des difficultés socio-économiques** : la mortalité néonatale est fortement liée aux facteurs socio-économiques et le risque de décès néonatal est nettement plus élevé dans les zones les plus défavorisées où vivent les femmes les plus pauvres. Ces inégalités sociales rendent compte, dans une large mesure, des inégalités territoriales en France ; elles constituent de surcroît un facteur évitable de mortalité néonatale. Ainsi, de 2004 à 2022, parmi les mères actives, le taux de mortalité infantile varie en moyenne de 2,2 ‰ pour les cadres, à 3,5 ‰ pour les ouvrières et 3,6 ‰ pour les employées. Ce taux est encore plus élevé pour les femmes inactives ou celles dont la catégorie sociale est inconnue, avec 5,1 ‰ ;
- s'inscrivant en partie dans cette problématique socio-économique et culturelle prégnante, **la présence de femmes enceintes d'origine étrangère plus nombreuses emporte des conséquences notables en termes de mortalité infantile** : les enfants de femmes immigrées présentent en effet un risque accru de complications, dans le même temps où leurs mères connaissent un risque plus élevé de mort maternelle ou de morbidité maternelle sévère. Or, d'une part, la proportion d'enfants ayant une mère née hors de l'UE a progressé de 7,4 points, passant de 16,11 % en 2010 à 23,51 % en 2024[5] : au total, cette progression quantitative aurait, selon l'INSEE, « *affecté à la hausse le taux de mortalité infantile de 0,1 point sur 1 000* » ; et, d'autre part, le taux de mortalité infantile a augmenté chez les femmes nées à l'étranger (+0,8 point), de 4,5 ‰ à 5,3 ‰, celui des mères nées en France étant resté stable à 3,3 ‰, la hausse du taux de mortalité infantile des mères nées à l'étranger étant donc responsable de 100% de la hausse totale de près de 0,2 point (0,17 point) enregistrée entre 2010-2014 et 2015-2022. Ainsi, le taux moyen de mortalité infantile atteignait 4,6 ‰ pour les mères nées au Maghreb et 7,5 ‰ pour celles nées dans un autre pays d'Afrique, soit 2,2 fois plus que le taux enregistré chez les femmes nées en France. En effet, ces mères sont davantage touchées par la précarité et connaissent plus souvent des problèmes de santé ; leur suivi médical pendant la grossesse est moins régulier. De plus, elles sont confrontées à des barrières en termes d'accès primaire aux soins et ne bénéficient ni d'une prévention satisfaisante ni de soins optimaux. **La conjugaison de ces deux facteurs, quantitatif - l'augmentation du nombre de mères nées à l'étranger, pour 0,08 point- et qualitatif -la hausse du taux de mortalité infantile chez ces femmes, pour 0,17 point- a donc provoqué une hausse du taux de mortalité infantile de 0,25 point selon l'INSEE**.

[5] *Ibidem*, calculs de la mission.

[11] Les investigations de la mission l'ont, en revanche, conduit, de manière générale, à relativiser l'influence de l'organisation de l'offre de maternités sur l'évolution de la mortalité infantile et, en particulier, à conclure que ***les restructurations de l'offre de soins ne semblent pas avoir eu d'effet notable sur les évolutions de la mortalité infantile (néonatale) depuis 2011.***

[12] Engagé dès le milieu des années 1970 (on dénombrait 1 747 maternités en France en 1972), pour des raisons principalement économiques et budgétaires, le mouvement de fermeture des maternités a connu une nouvelle étape avec la publication des deux décrets du 9 octobre 1998. Il s'est alors agi pour les pouvoirs publics d'encadrer ce premier mouvement par des préoccupations cette fois de santé publique : améliorer la sécurité de l'accouchement et la qualité de la prise en charge des nouveau-nés. L'introduction d'un seuil d'activité en-deçà duquel les maternités devraient être fermées (300 accouchements par an) et d'une gradation de celles-ci en fonction de leurs plateaux techniques et de leurs compétences médicales (1, 2A, 2B et 3) visaient explicitement à atteindre deux objectifs considérés comme liés : progresser en termes de sécurité sanitaire, grâce, en particulier, à la fermeture des « *petites* » maternités considérées comme « *dangereuses* ».

[13] Ainsi définie et assumée, cette politique nouvelle consistant à accroître les contraintes normatives structurelles pesant sur les établissements a rapidement porté ses fruits : le nombre des maternités effectuant moins de 300 accouchements est passé de 80 en 1998 à 54 en 2000, puis à 15 en 2010, soit un facteur de division de 5,3 en douze ans. A cet égard, la mission souligne que la fermeture programmée et assumée des maternités considérées comme « dangereuses », celles réalisant moins de 300 accouchements par an, engagée avec les deux décrets « périnatalité » du 9 octobre 1998, pouvait être considérée comme globalement accomplie dès 2010.

[14] Dans le même temps que cette diminution massive du nombre des maternités, s'opérait de façon logique leur concentration, recherchée, au sein des niveaux 2 et 3.

[15] Cette vaste restructuration s'est largement effectuée au fil de l'eau, sans véritables directives nationales ni évaluation ; elle s'est poursuivie jusqu'à nos jours, sans aucune conséquence notable en termes de mortalité néonatale ou d'événements indésirables graves (EIGs), selon les études disponibles, même si une certaine poussée des naissances hors maternité, consécutives à ces fermetures, peut lui être rattachée. A l'inverse, les situations paradoxales relevées dans certains départements particulièrement bien dotés contredisent la thèse de l'indispensable concentration des maternités. Ainsi, des départements particulièrement bien dotés en maternités de niveaux 2 et 3, et où une part importante voire massive des accouchements ont lieu dans ces types d'établissements, enregistrent néanmoins des résultats sanitaires dégradés ou même très préoccupants.

[16] Les travaux conduits par la mission avec le « pôle *data* » de l'IGAS confortent ces résultats empiriques. Ainsi, l'analyse de l'évolution de la mortalité néonatale et néonatale précoce dans l'ensemble des départements français, répartis entre six sous-groupes présentant chacun des caractéristiques très différentes en termes d'organisation de l'offre, révèle que, en dépit de ces différences, et quelles que soient les quelques variations annuelles des taux observées, tous les sous-groupes, depuis 1990, ont évolué de façon comparable, au sein d'un même « corridor », suivant une même trajectoire, sans ruptures ni inflexions particulières, avec une dispersion

statistique faible, sans aggravation, certes, mais sans réduction non plus, des inégalités structurelles de santé existant entre ces sous-groupes.

[17] ***De tout ceci découle que l'on ne saurait soutenir l'existence d'un lien direct, et encore moins univoque, entre l'organisation de l'offre de maternités et les résultats constatés en termes de reprise de la mortalité infantile depuis 2011.***

[18] De manière plus générale, au vu de ces analyses comme des comparaisons internationales, même sommaires, auxquelles la mission a procédées***, il ne semble pas qu'un modèle type d'organisation territoriale des maternités puisse être mis en avant :*** à simple titre d'exemple, si la Suède a, depuis longtemps, regroupé ses naissances dans des établissements de très grande taille (8 000 à 9 000 accouchements par an pour certains d'entre eux) avec un très bon résultat de mortalité infantile (2,1 ‰) en 2023), l'Italie, elle, avec un nombre important de maternités (395 en 2023), de petites tailles pour beaucoup d'entre elles, obtient un résultat presqu'aussi satisfaisant (2,5 ‰ en 2023).

[19] **Dès lors, proposer, en 2026, presque 30 ans après l'édiction des décrets de 1998, comme solution à un grave problème de santé publique, multiforme et multifactoriel, la seule hausse du seuil minimal d'activité des maternités -par exemple passer de 300 à 1 000 comme le suggèrent certaines voix-, constituerait une réponse mécanique, datée, comme plaquée sur la situation actuelle, en décalage par rapport à l'ampleur du problème populationnel à l'origine de la dégradation sanitaire constatée**.

[20] A elle seule, une nouvelle vague de restructuration et de concentration des maternités, induite par un tel relèvement du seuil minimal d'activité, ne permettrait pas de résoudre les graves difficultés que notre système périnatal connaît en termes de populations, de prévention des principaux facteurs de risque obstétricaux, d'accès à cette prévention et aux soins des femmes les plus pauvres et les plus éloignées du système de santé, et d'amélioration de la prise en charge néonatale des enfants prématurés.

[21] Selon la mission***, l'essentiel de la réduction des risques de mortalité infantile se joue, en effet, d'abord, en amont, au cours de la grossesse, dans la capacité à prévenir, détecter puis prendre en charge les situations à risque ; et, ensuite, en aval, après l'accouchement, dans la capacité à prendre en charge les jeunes enfants dont l'état le requiert dans les services de néonatalogie.***

[22] La mission a donc procédé à ***un examen de chacune des étapes du parcours périnatal*** (grossesse, accouchement/naissance, éventuelle prise en charge en néonatalogie, retour à domicile) afin d'identifier les points forts et les difficultés éventuelles de l'organisation actuelle et de distinguer les possibilités d'amélioration, notamment dans la perspective de mieux prévenir les risques de mortalité néonatale, infantile et maternelle.

[23] ***La mission a d'abord abordé la question déterminante des ressources humaines disponibles pour accompagner et prendre en charge les femmes, puis leur nouveau-né***, ***au cours de ce parcours périnatal***. Elle a relevé le paradoxe apparent de tensions de plus en plus vives en matière de ressources humaines, alors même que le nombre des naissances diminue et que certaines catégories de professionnels de santé (sages-femmes, mais aussi pédiatres) ont même vu leurs effectifs augmenter sur la période récente. En plus d'un « tournant sociétal », marqué par de nouvelles relations au travail (recherche d'un meilleur équilibre entre le temps professionnel et le temps personnel, recherche de davantage de collégialité), invoqué par nombre d'acteurs, certains

aspects liés à la formation et à la répartition des professionnels de santé, voire parfois à la collaboration ou à la « concurrence » entre ceux-ci, doivent être, à cet égard, relevés.

[24] La mission recommande, sur ce sujet qui dépasse, et de loin, la seule question de la périnatalité et intéresse l'ensemble de notre système de santé, de reconsidérer, afin de renforcer les maternités, après consultation avec les parties impliquées, l'actuelle possibilité d'installation des sages-femmes en libéral dès leur sortie d'école (**recommandation 4).** Elle recommande également d'évaluer régulièrement les compétences individuelles des professionnels et la qualité des soins, dans une logique de certification périodique [6] des professionnels de santé pour tous (**recommandation 5).**

[25] Concernant ensuite chacune des étapes du parcours périnatal, la mission considère que :

- ***l'organisation actuelle du parcours de la femme enceinte*** est jalonné de rendez-vous devant permettre, pourvu qu'ils soient honorés, de garantir un suivi et une prévention des risques satisfaisants. De nombreux dispositifs ont progressivement été mis en place (centres périnataux de proximité, -CPP-, maisons de naissance -MDN- sage-femme référente…) pour renforcer l'accompagnement des femmes enceintes. La mission préconise de les évaluer (**recommandation 6**) et propose de renforcer encore l'organisation proposée au cours de la grossesse en *améliorant* le suivi des femmes enceintes, notamment par la désignation systématique d'un professionnel référent ou d'une maternité référente (**recommandation 7)** ainsi que de chercher à toucher davantage les publics les plus vulnérables et les plus éloignés -culturellement, socialement ou géographiquement- des parcours de soins, par exemple grâce à des actions « d'aller-vers », des relances de l'assurance maladie ou encore des campagnes de communication ciblées (**recommandation 8**) ;

- ***concernant l'accouchement lui-même,*** l'organisation de l'offre actuelle doit être en partie revue et une véritable « politique de l'accouchement » doit être définie et mise en œuvre : les règles encadrant les maternités et leurs conditions de fonctionnement doivent être actualisées ; leur implantation sur le territoire, résultant bien souvent, on l'a dit, du fait accompli à l'issue du mouvement massif de fermetures enregistré ces dernières années, doit répondre à des principes affichés et à une stratégie claire ; par ailleurs, et surtout, le choix des femmes entre accouchement physiologique et accouchement plus médicalisé doit pouvoir, sauf nécessité médicale, être respecté et le choix de l'établissement doit pouvoir être fait de façon éclairée.

  La mission recommande en conséquence une révision des décrets de 1998 (**recommandation 9**), et la publication, pour chaque maternité, d'une batterie d'indicateurs fournissant toutes les informations permettant, notamment, d'éclairer le choix des usagers

[6] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé
Décret n° 2025-1335 du 26 décembre 2025, relatif aux modalités de contrôle et au système d'information de la certification périodique de certains professionnels de santé, paru au Journal officiel du 27 décembre 2025.

mais aussi de permettre un pilotage plus fin de l'offre au niveau territorial (**recommandation 10**).

Pour faire face à l'éloignement géographique et aux situations nécessitant des modalités de prise en charge particulières, (situations à risque nécessitant d'être proches d'une maternité quelques jours avant la date du terme théorique) et pour permettre la prise en charge exceptionnelle de certains risques d'accouchements hors maternités, la mission propose, respectivement, de davantage sensibiliser les acteurs aux possibilités de mobilisation du dispositif « engagement maternité », qui prévoit, notamment, des possibilités d'accueil hôtelier dans les jours qui précèdent la date théorique de l'accouchement (**recommandation 11**) ainsi que de systématiser l'existence d'équipes mobiles déployables dans tous les territoires (**recommandation 12)** ;

- ***la prise en charge en néonatalogie des enfants le nécessitant représente un enjeu crucial.*** A cet égard, la mission recommande de renforcer le secteur de la néonatalogie, notamment en agissant rapidement sur le taux d'équipements en lits (avec un ratio minimal d'un lit de réanimation néonatale pour 1 000 naissances) (**recommandation 13**) ;

- ***le moment du retour à domicile constitue le dernier temps du parcours.*** Là encore, comme pour l'étape du suivi de la grossesse, la mission estime que les dispositifs et outils déjà déployés sont adaptés pour répondre à l'enjeu, mais qu'il convient de renforcer leur effectivité (**recommandation 14**) et de cibler davantage les efforts sur l'accompagnement des publics présentant des fragilités sociales ou isolés géographiquement (**recommandation 15)** ;

- ***de façon transversale à l'ensemble des étapes décrites précédemment,*** la mission considère qu'il y a un véritable enjeu à ce que les PMI puissent renforcer leur action en matière de périnatalité (**recommandation 16)**, à ce que l'information sur le parcours périnatal et sur ses rendez-vous soit mieux organisée et à ce que les femmes soient davantage sensibilisées tout au long de leur parcours sur les conduites à tenir et sur certains messages de prévention (**recommandation 17).**

[26] La ***mission s'est enfin penchée sur les questions de gouvernance et de pilotage de la politique de périnatalité en France.*** Elle a ainsi relevé sur ce point une absence de stratégie claire et d'instances de gouvernance suffisamment impliquées sur cette thématique, au niveau national comme au niveau local.

[27] La mission souligne la nécessité de ***redonner à la politique de périnatalité la priorité qu'elle a perdue au cours des deux dernières décennies. Elle suggère que soit mis en œuvre un « plan stratégique de périnatalité 2027-2030 » traduisant cette ambition nationale renouvelée***, et un suivi effectif de celui-ci (**recommandation 18**). Elle propose tout au long du rapport un ensemble de mesures concrètes visant à alimenter et à structurer ce plan à chacune des étapes du parcours périnatal des femmes puis du jeune enfant.

[28] En termes de gouvernance locale, la mission préconise que la question de la périnatalité et de son organisation fasse l'objet, dès 2026, puis régulièrement ensuite, ***dans le cadre des instances territoriales déjà existantes de démocratie sanitaire (CTS, CRSA), et pour chaque territoire, au niveau jugé pertinent (« bassin de périnatalité » s'il le faut) d'un diagnostic précis associant l'ensemble des parties prenantes avec les actions concrètes et adaptées qui en découlent. Celles-ci devront être élaborées sans a priori, de façon pragmatique, au cas par cas, avec comme unique***

objectif : la santé publique (**recommandations 19 et 20**). En particulier, la fermeture d'une maternité devra être décidée chaque fois que celle-ci s'impose du point de vue de la sécurité sanitaire ; à l'inverse, le maintien d'une autre maternité devra être soutenu si cet impératif est respecté, et quand la situation locale le permet, voire l'exige.

[29] Malgré la mobilisation des acteurs, l'existence de dispositifs dédiés et la réalisation d'efforts relevés au niveau local, les acteurs accompagnant les femmes et leurs jeunes enfants durant leur parcours périnatal et les dispositifs et outils concrets de suivi restent insuffisamment coordonnés. La mission préconise donc d'améliorer et de simplifier les dispositifs opérationnels de coordination entre acteurs de la périnatalité, en particulier en uniformisant et partageant les supports de communication professionnels pour éviter les ruptures de prise en charge et fluidifier les parcours et la transmission de l'information entre acteurs (**recommandation 22)**. Elle considère également utile de procéder à l'évaluation des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) (anciens « réseaux périnatalité ») (**recommandation 21**) dont les missions en termes de coordination des acteurs locaux sont importantes.

[30] Enfin, la mission a pu relever que, trop souvent, lorsque des transformations de l'offre devaient être réalisées au niveau local, celles-ci étaient insuffisamment anticipées, les projets insuffisamment concertés, les parties prenantes insuffisamment associées, renforçant ainsi les risques de tension et rendant plus difficile l'adhésion de l'ensemble des acteurs aux nouvelles organisations, vécues alors comme imposées. La mission recommande donc, là encore, que, en complément d'orientations claires affichées dans le futur « plan stratégique » national, des outils appropriés puissent être conçus afin de mieux aider les acteurs locaux de ces transformations quand ils ont à les réaliser (**recommandation 23**) et que, s'agissant du mode opératoire, la préparation, la mise en œuvre effective puis le suivi des opérations de réorganisation de l'offre locale permettent d'associer l'ensemble des acteurs, avec un souci constant de débat et de transparence (**recommandation 24**).

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsables	Echéance
Améliorer le suivi et la prise en charge tout au long du parcours périnatal				
2	Poursuivre l'effort en matière de réduction de la mortalité maternelle en renforçant encore le suivi et les possibilités de détection des situations à risque durant la grossesse et en renforçant l'effectivité des mesures d'accompagnement après la naissance, en particulier en matière de santé mentale et de prévention du risque de dépression du *post-partum*	1	DGS	2026
7	Améliorer le suivi des femmes enceintes en renforçant le dépistage, la prévention, la capacité à détecter les situations à risque et à prévenir les grossesses pathologiques par, notamment, la désignation systématique d'un professionnel référent ou d'une maternité référente. Placer l'orientation des parturientes vers la maternité de niveau approprié sous la responsabilité formelle du professionnel référent, en respectant le choix explicite de la femme enceinte	1	DGOS – DGS – Assurance maladie	2027
8	Se donner les moyens de toucher les publics les plus vulnérables et les plus éloignés des parcours de soins. Pour cela : - prévoir dans chaque département une démarche systématique et organisée « d'aller vers » en direction des populations les plus éloignées du soin ; - prévoir des dispositifs de relance systématique par l'assurance maladie ; - organiser des campagnes de communication ciblées (sur l'obésité, le diabète, la nutrition, les comportements à risque…) et adaptées pour les publics les plus exposés	1	DGOS – DGS – Assurance maladie - ARS	2026
11	Sensibiliser davantage les professionnels de santé, notamment dans les territoires éloignes des maternités, et mieux informer les femmes enceintes sur les possibilités d'accueil à l'hôtel dans la période qui précède la date théorique de l'accouchement	3	Assurance maladie	Dès 2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsables	Echéance
14	Améliorer l'accompagnement des nouveau-nés et de leur mère, y compris sur le volet santé mentale pour ces dernières, pendant le premier mois qui suit la naissance en renforçant l'effectivité des dispositifs déjà existant. Pour cela, prévoir une information accrue, des mécanismes de relance et la mobilisation au niveau local des acteurs (sages-femmes, médecins, PMI, maternités) et dispositifs territoriaux les plus appropriés (CPTS par exemple)	2	DGOS – DGS - Assurance maladie	2027
15	Déployer dans chaque département un plan d'action sous l'égide des ARS, de l'assurance maladie et de la PMI garantissant un meilleur suivi néonatal des mères et de leurs enfants présentant des fragilités sociales ou isolés géographiquement	1	DGOS – DGS - Assurance maladie – ARS - Conseils départementaux (PMI)	Courant 2026
17	Renforcer la lisibilité et garantir l'exhaustivité de l'information délivrée à la mère durant la période périnatale et en faciliter l'accès en prévoyant la remise systématique d'une version dématérialisée du carnet de maternité, faire de ce carnet le document de référence dans la relation avec les professionnels de santé pour le suivi des examens et renforcer la diffusion des conseils en matière de nutrition, d'environnement et d'hygiène de vie notamment	3	DGOS – DGS – Assurance maladie – Représentants des professionnels de santé	2026

Revoir ou évaluer certains aspects de l'organisation de l'offre				
9	Réviser les décrets de périnatalité de 1998 en associant à ce travail les représentants des usagers et des collectivités locales, en conservant le principe de la gradation des maternités et en actualisant les exigences en matière de qualité et de sécurité	1	DGOS- DGS	2026
13	Renforcer la néonatalogie en agissant rapidement et de manière très forte sur les équipements en lits (avec un ratio minimal d'un lit de réanimation néonatale pour 1 000 naissances), la formation des personnels (attribution des postes d'internes, révision des maquettes de formation infirmières), la fidélisation des équipes par l'allègement de la permanence des soins, la sécurisation des soins et des équipes, le fonctionnement des SMUR néonatalogiques et l'organisation de la néonatalogie sur le modèle des décrets de soins critiques adultes et pédiatriques	1	DGOS – DGS – ministère de l'Enseignement supérieur - Facultés de médecine	2026
16	Appeler les conseils départementaux à renforcer l'action des PMI dans l'ensemble des territoires en les impliquant dans chacune des mesures proposées pour améliorer la prévention, la détection et la prise en charge des difficultés tout au long du parcours périnatal	1	Départements de France, Conseils départementaux et leurs services de PMI	Dès 2026
12	Systématiser l'existence d'équipes mobiles (équipes SDIS / sages-femmes ; SMUR/ gynécologues obstétriciens / sages-femmes…) déployables dans les territoires les plus isolés et garantir des dispositifs de transferts efficaces, appropriés et proportionnés aux besoins	2	DGOS – DGS ARS - SAMU, SDIS - Sages-femmes	2027
5	Evaluer régulièrement les compétences individuelles des professionnels et la qualité des soins, dans une logique de certification périodique des professionnels de santé médicaux et non médicaux ; conforter les formations initiales et l'évaluation des pratiques	2	DGOS - DGS	A partir de 2027
4	Reconsidérer, par la consultation avec les parties impliquées, l'actuelle possibilité d'installation des sages-femmes en libéral dès leur sortie d'école	2	DGS – DGS – Assurance maladie	2026
6	Procéder à l'évaluation de l'ensemble des dispositifs d'accompagnement et de suivi en périnatalité (CPP, MDN, « Engagement maternité », sage-femme référente…), et faire des arbitrages en « dynamisant » les dispositifs finalement retenus et en les intégrant dans une politique d'ensemble. Pour les dispositifs retenus, actualiser les recommandations de la HAS pour redéfinir les critères d'éligibilité et les conditions de fonctionnement	3	DGOS -DGS	2027

21	Procéder à l'évaluation des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (utilisation des fonds, pertinence de l'action, gouvernance, positionnement) et des différents acteurs proposant un accompagnement personnalisé aux patients (référent parcours périnatalité, sage-femme référente). L'IGAS pourrait être saisie d'une telle mission d'évaluation	3	DGOS-DGS	2026-2027
Améliorer la gouvernance et le pilotage en matière de périnatalité				
Au niveau national				
1	Conforter la mise en place du Système National d'Information en Périnatalité préconisée en avril 2025 par l'administration de la santé en lui accordant de façon durable les moyens humains et matériels nécessaires	1	DGS - DREES	2026
18	Travailler dès 2026 à la mise en place d'un nouveau « plan stratégique périnatalité » pour la période 2027-2030 afin de se donner les moyens de faire face aux difficultés qui contribuent à la dégradation de la situation de la France sur ce sujet. Mettre en place en parallèle un dispositif de pilotage national en réactivant la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant	1	DGOS – DGS	2026
23	Prévoir au niveau national la mise en place d'un dispositif complet d'accompagnement et de soutien aux ARS comprenant, notamment, des possibilités d'appui national/ d'intervention d'experts externes, la conception d'outils opérationnels utiles au pilotage des projets de transformation (en matière d'indicateurs, de communication, de conduite de projet, de pilotage RH)	2	DGOS - DGS	Lancer les travaux dès 2026
Au niveau local				
19	Etablir dans chaque département, au cours de l'année 2026, un diagnostic territorial partagé de la situation de la périnatalité associant l'ensemble des parties prenantes afin de disposer d'une vision précise de la situation locale (établissement d'une cartographie) sur les perspectives pour les années à venir. Rendre public ce diagnostic. Définir en conséquence un plan d'action territorialisé impliquant le niveau régional, notamment pour la structuration de l'offre en maternités	1	DGOS – DGS – ARS – CRSA -CTS	2026
20	Prévoir à partir de l'année 2027 de faire le point a minima une fois par semestre en CTS et en CRSA sur la situation de la périnatalité	2	DGOS – DGS – ARS – CRSA -CTS	A partir de 2027

22	Améliorer et simplifier les dispositifs opérationnels de coordination entre acteurs de la périnatalité, en particulier en uniformisant et partageant les supports de communication professionnels (ex : dossiers des patients informatisés) et en favorisant les modalités d'échange entre acteurs sur un territoire donné	2	DGOS – DGS – Assurance maladie - ARS	2026
3	Dans chacun des cinq DROM, concevoir au cours de l'année 2026 un plan d'action spécifique, copiloté par l'Etat (ARS) et les conseils départementaux, visant à lutter de façon structurée contre les principaux facteurs à l'origine de la surmortalité infantile dans ces territoires. S'agissant de Mayotte, intégrer ce plan dans « *la stratégie quinquennale annexée à la loi du 11 août 2025 de programmation pour la refondation de Mayotte* ».	1	DGOM – DGS – DGOS - Conseils départementaux - ARS	2026
10	Prévoir la publication, pour chaque maternité, d'une batterie d'indicateurs fournissant des informations sur leur niveau d'activité, sur des critères de qualité et de sécurité ainsi que sur leurs effectifs de façon à permettre aux femmes de choisir leur établissement de façon pleinement transparente et de faciliter le pilotage territorial de l'offre	2	DGOS – DGS - HAS – FHF - FHP – FEHAP - ARS	2027
24	Lorsque des évolutions structurelles de l'offre (en particulier fermetures de maternité, réorganisations importantes des acteurs…) doivent être envisagées au niveau local, prévoir la mise en place systématique, sous l'égide de l'ARS, d'un comité de pilotage associant l'ensemble des parties prenantes et d'un plan d'action, garantissant concertation, co-construction des solutions, suivi du déploiement et évaluation dans la durée des effets des transformations opérées	3	DGOS – DGS – ARS	2026

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS **2**

SYNTHÈSE **3**

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION **12**

RAPPORT **19**

1 LA DEGRADATION RECENTE DE LA SANTE PERINATALE : UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE GRAVE, RENVOYANT PRINCIPALEMENT AU POIDS DES FACTEURS POPULATIONNELS, LES RESTRUCTURATIONS DE L'OFFRE NE SEMBLANT PAS AVOIR EU D'IMPACT DECISIF **24**

1.1 UNE DEGRADATION SANITAIRE PREOCCUPANTE, REMONTANT A QUINZE ANS ET QUI PLACE DESORMAIS LA FRANCE DANS UNE POSITION INTERNATIONALE DEFAVORABLE 24

1.1.1 Un système d'information statistique dans le champ de la périnatalité à conforter de façon durable et des indicateurs de santé périnatale à employer avec discernement *25*

1.1.2 Une dégradation du taux de mortalité infantile remontant à quinze ans *29*

1.1.3 La France connaît désormais une forme de déclassement sur le plan international *45*

1.2 CETTE EVOLUTION INQUIETANTE RENVOIE POUR L'ESSENTIEL A DES FACTEURS D'ORDRE POPULATIONNEL 48

1.2.1 Le rôle central de la prématurité dans la mortalité néonatale *48*

1.2.2 Le poids déterminant des facteurs populationnels *53*

1.3 LES RESTRUCTURATIONS DE L'OFFRE DE SOINS NE SEMBLENT PAS AVOIR EU D'EFFET DECISIF SUR LA REPRISE RECENTE DE LA MORTALITE INFANTILE 59

1.3.1 Une diminution massive du nombre de maternités ayant affecté principalement le secteur privé et les maternités de niveau 1, en particulier celles pratiquant moins de 300 accouchements par an *60*

1.3.2 Des positions tranchées et opposées face à cette question des restructurations de l'offre de maternités *68*

1.3.3 Excessive, cette polarisation ne permet pas de rendre compte de la réalité des résultats périnatals enregistrés *71*

1.3.4 Les travaux conduits par la mission avec le pôle data confortent ces résultats empiriques *78*

2 L'OFFRE DE SOINS PERINATALE DOIT PAR CONSEQUENT ETRE RENFORCEE ET RECENTREE SUR LA PREVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS A RISQUE **82**

2.1 UN PREALABLE POUR COMPRENDRE LES ENJEUX ET LES DIFFICULTES D'ORGANISATION DE L'OFFRE : LA QUESTION DES RESSOURCES HUMAINES ET LE « TOURNANT SOCIETAL » 83

2.1.1 Entre augmentation globale des effectifs médicaux en périnatalité et baisse importante de la natalité, le besoin en professionnels devrait logiquement baisser lui aussi *83*

2.1.2 Un changement de paradigme sociétal qui soulève de nombreuses questions *85*

2.1.3 Des professions, des établissements de santé et des territoires aux intérêts et aux cultures encore trop divergents *92*

2.2 UNE INDENIABLE NECESSITE D'AMELIORER LE SUIVI DES FEMMES PENDANT LEUR GROSSESSE 94

2.2.1 Divers dispositifs ont été proposés pour permettre le suivi anténatal et anticiper l'accouchement dans des conditions sécurisées et sereines *95*

2.2.2 Un bilan en demi-teinte appelle un nécessaire recentrage sur les situations à risque et les publics les plus vulnérables *98*

2.3 POUR UNE VERITABLE « POLITIQUE DE L'ACCOUCHEMENT » RENOVEE ET PARTAGEE 99

2.3.1 La cartographie de l'offre et l'organisation des maternités sur le territoire résulte désormais principalement des difficultés locales *100*

2.3.2 Les futures évolutions de l'offre relatives aux lieux de naissance et aux modalités d'accouchement doivent être organisées selon des principes renouvelés *105*

2.4 LA NECESSITE DE RENFORCER LA PRISE EN CHARGE NEONATALOGIQUE DES ENFANTS PREMATURES ET LES PLUS VULNERABLES 112

2.5 UN DISPOSITIF DE SUIVI DE LA MERE ET DU JEUNE ENFANT BIEN CONÇU, MAIS DEVANT ETRE RENFORCE POUR PARVENIR A PRENDRE EN CHARGE LES PUBLICS LES PLUS FRAGILES ET LES PLUS ELOIGNES 117

2.5.1 Un dispositif de suivi progressivement renforcé et constituant désormais un ensemble pertinent et relativement complet 117
2.5.2 Une part encore trop importante de femmes ne bénéficiant pas, ou pas assez convenablement, de ce dispositif 123
2.5.3 Un effort doit être consenti pour garantir le suivi néonatal en général et, en particulier, mieux accompagner les publics les plus en difficulté, les plus éloignés ou les plus à risque 125
2.6 La PMI doit etre repositionnee partout comme l'acteur central de la perinatalite qu'elle est censee etre 128
2.7 Une information de la femme tout au long du parcours perinatal devant etre mieux organisee et devant davantage aborder certains enjeux de prevention 132

3 UNE MOBILISATION STRATEGIQUE NATIONALE EST DESORMAIS INDISPENSABLE, AU NIVEAU DU PILOTAGE CENTRAL COMME DE LA COORDINATION TERRITORIALE DES ACTEURS 136

3.1 La sante perinatale doit a nouveau faire l'objet d'un plan strategique ambitieux et etre reellement pilotee, nationalement et localement 136
3.1.1 Une indispensable remobilisation nationale, qui passe par l'adoption d'un nouveau plan stratégique 136
3.1.2 Les instances locales de gouvernance des politiques de santé doivent impérativement se saisir de la question de la périnatalité et organiser en conséquence leur pilotage stratégique 139
3.2 Les intervenants de la perinatalite doivent davantage se coordonner sur le terrain et les filieres davantage se structurer 145
3.2.1 Des filières doivent désormais davantage se structurer au niveau local 145
3.2.2 Les acteurs et dispositifs sont insuffisamment coordonnés dans le suivi opérationnel des patientes et de leurs enfants 148
3.3 Les acteurs locaux doivent etre davantage prepares, accompagnes et outilles pour conduire les transformations de l'offre perinatale lorsque celles-ci sont necessaires 149
3.3.1 Des expériences de transformation de l'offre trop souvent vécues de façon subie, dans un climat de tensions et avec des acteurs locaux insuffisamment préparés 149
3.3.2 Mieux préparer les transformations, mieux accompagner et mieux outiller les acteurs chargés de les piloter 154

LISTE DES ANNEXES 158

ANNEXE 1 : EXPLOITATION DE L'ENQUETE REALISEE AUPRES DES ARS 159

ANNEXE 2 : L'OFFRE DE SOINS PERINATALE – EVOLUTION DEPUIS LES ANNEES 2000 ET ANALYSE TERRITORIALE EN 2023 224

ANNEXE 3 : COMPARAISONS INTERNATIONALES ET EUROPEENNES 246

ANNEXE 4 : LES INDICATEURS SANITAIRES EN MATIERE DE PERINATALITE : DEFINITIONS, DIVERSITE, INTERETS ET PORTEES 274

ANNEXE 5 : L'ENJEU DE LA PERINATALITE DANS LES OUTREMERS 278

SIGLES UTILISÉS 300

LETTRE DE MISSION 304

RAPPORT

Introduction

[31] Par lettre de mission, datée du 28 février 2025, le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a demandé la réalisation d'un rapport sur « l'évolution de l'offre de périnatalité dans les territoires ». Le principe de cette mission, inscrite au programme de travail de l'IGAS, avait au préalable été discuté et validé avec les cabinets des ministres concernés et les directions d'administration centrale compétentes.

[32] L'équipe chargée d'effectuer la mission était composée du Docteur Aquilino MORELLE, d'Alexandre PASCAL, de Marie-Odile SAILLARD, ainsi que, jusque fin septembre 2025, de Lucie LIGIER, tous quatre membres de l'IGAS.

[33] ***Cette mission comporte deux volets***. Le premier concerne la situation actuelle de l'offre en matière de périnatalité et les évolutions qu'elle a pu connaître, au regard de la reprise récente de la mortalité infantile en France. Il vise à dresser un état des lieux, à interroger les caractéristiques, les principes et les règles qui organisent cette offre dans la perspective de corriger cette dérive. Le second s'intéresse à la méthode déployée pour conduire, lorsqu'elles sont nécessaires, des réorganisations de l'offre au niveau local. Il a pour objectif de déterminer les conditions de préparation, de mise en œuvre, d'accompagnement puis de suivi des transformations à envisager de façon à en garantir le succès ainsi que de permettre la participation et l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes (professionnels de santé, élus, collectivités, usagers, administrations…).

[34] ***Plusieurs éléments sont à l'origine de la présente mission***.

[35] Le premier est la dégradation grave et préoccupante de la situation de la périnatalité en France : évolution défavorable des principaux indicateurs sanitaires périnataux en France, dans l'absolu, comme en témoigne la publication par l'INSEE du taux de mortalité infantile atteignant 4,1 pour 1 000 naissances en 2024, mais aussi, de façon relative, par rapport aux pays comparables ; existence de situations particulièrement inquiétantes dans certains territoires de notre pays ; persistance d'une mortalité maternelle encore trop élevée et qui demeure, à juste titre, une préoccupation du débat public.

[36] Le deuxième est lié au fait que, en parallèle, l'offre périnatale en France s'est profondément transformée au cours des dernières décennies, rendant nécessaire la réalisation d'un état des lieux approfondi de la situation. Cette évolution, qui semble selon nombre d'acteurs, davantage résulter du « fait accompli » que d'une stratégie organisée d'ensemble, est marquée tout à la fois par une réduction sensible du nombre des maternités (721 en 2000 ; 535 en 2013 ; 457 en 2023) ; par la création puis l'essor de nouvelles modalités de suivi de la grossesse des femmes (apparition des « centres périnatals de proximité ») et de nouveaux lieux organisés d'accouchement (création de « maisons de naissance » par exemple) ; ainsi que par l'apparition durable de tensions importantes en matière de ressources médicales et paramédicales sur de nombreux territoires (en particulier en gynécologie obstétrique, en pédiatrie, en anesthésie-réanimation, voire en maïeutique), qui fragilisent les organisations et les capacités de prise en charge.

[37] Enfin, troisième facteur principal, l'existence, presque systématique, de difficultés à suffisamment anticiper, préparer, piloter et faire accepter les évolutions envisagées lorsque des transformations de l'offre doivent être réalisées localement pose la question du mode opératoire à concevoir pour conduire ces réformes.

[38] ***La réflexion s'est inscrite dans un contexte sensible*** marqué, en particulier, par :

- une baisse importante de la natalité en toile de fond. En effet, comme la plupart des autres pays d'Europe, la France est confrontée à une baisse significative du nombre des naissances depuis une dizaine d'années (près de 830 000 naissances enregistrées en 2011 contre 660 000 naissances seulement en 2024) ;
- une forte actualité politique et médiatique du sujet traité. Les questions de mortalité infantile et d'organisation de notre système de santé autour de la grossesse et de la naissance sont ainsi très présentes dans le débat public et ont, à titre d'exemples, fait l'objet de plusieurs alertes parlementaires et du vote en première lecture d'une proposition de loi prévoyant, notamment, un moratoire sur les fermetures de maternités[7], ainsi que de publications diverses très commentées ;
- plus largement, un débat public marqué par des questionnements qui interfèrent de manière plus ou moins directe avec la question de l'offre en matière de périnatalité. Il en va ainsi de toutes les discussions actuelles relatives à l'accès aux soins en général, à l'aménagement du territoire, au maintien des services publics de proximité, au partage entre responsabilités politique et administrative sur les sujets de santé, aux interrogations sur les ressources (humaines notamment) disponibles et sur la possibilité et les moyens de les affecter différemment dans un contexte de liberté d'installation des professionnels, ou encore celles relatives aux stratégies des établissements disposant de maternité. La mission a ainsi bien conscience que la périnatalité ne doit pas être prise isolément mais doit être envisagée globalement, à l'aune de ces différentes dimensions ;
- de profondes divergences entre acteurs sur les priorités et les logiques à privilégier et sur les solutions à apporter au problème de l'offre de soins en matière périnatale. Parmi les clivages qui structurent le débat, la mission a principalement relevé ceux-ci :
  - la nécessité de privilégier une approche physiologique, voire « naturelle », des naissances *versus* une approche davantage médicalisée, parfois même « hyper-médicalisée » ;
  - la questions de la proximité et de la diversité des lieux de naissance *versus*, d'une part, les impératifs de qualité et de sécurité et, d'autre part, la rationalisation des moyens et la concentration des ressources dans un contexte de tensions en termes de ressources humaines (RH) et budgétaires ;
  - la nécessité de prendre en compte les questions d'aménagement du territoire et de présence du service public dans les territoires *versus* une approche exclusivement comptable et financière dans un contexte de tensions budgétaires ;

[7] L'Assemblée nationale a adopté en première lecture, le 15 mai 2025, une proposition de loi « visant à lutter contre la mortalité infantile » qui prévoit, en particulier, d'instaurer un moratoire de trois ans sur les fermetures de maternités.

- l'opportunité de réviser le cadre juridique actuel, qui date pour l'essentiel de 1998, *versus* les craintes au regard des conséquences qui en résulteraient, notamment concernant la répartition des compétences entre acteurs et les modalités de financement.

La mission a pris acte de ces débats et a entendu les tenants et les arguments de chacune des parties sans aucun *a priori*. Elle a toutefois choisi pour sa propre réflexion de privilégier une approche guidée par **un impératif principal : la santé publique**. La santé publique signifie, dans le cas présent, une recherche du meilleur niveau possible et réaliste en matière de qualité de suivi des grossesses, de prévention des complications et de dépistage des situations à risque, de prise en compte des vœux des femmes enceintes dans le choix de leur accouchement, de sécurité de celui-ci et de bonne santé du nouveau-né, d'égalité, enfin, dans la prise en charge des femmes sur le territoire national ;

- la multiplication de plans successifs et/ou épars traitant directement ou indirectement du sujet de la périnatalité[8] mais l'absence depuis plusieurs années de ligne politique claire sur le sujet ainsi que la réalisation de nombreux travaux récents institutionnels et scientifiques sur la thématique de la périnatalité[9], sur la base desquels la mission a capitalisé ;
- plus globalement, un véritable « tournant sociétal » qui percute la place du travail du côté des soignants et les attentes du côté des patients.

[39] ***Concernant le périmètre de ses travaux***, la mission a retenu comme période d'étude l'intervalle qui va du 3ème mois de grossesse jusqu'au 1er mois de l'enfant. C'est en effet au cours de cette période de sept mois que se situe la majorité des enjeux. La mission précise qu'elle n'avait pas pour objet d'analyser de façon approfondie tous les aspects de cette question. Elle souligne, en particulier, qu'il ne lui était pas possible d'examiner de façon spécifique les questions de financement (selon la Cour des Comptes, les moyens consacrés à la politique de périnatalité représentaient 9,3 Md€ en 2021), ni celles concernant l'organisation, les modalités d'intervention et la nature des actions des services de protection maternelle et infantile (PMI) en matière de périnatalité, qui constituent des sujets à part entière. Elle indique toutefois, s'agissant des PMI, acteurs majeurs de la périnatalité dans les territoires, qu'elle a pu relever au cours de ses investigations un certain nombre de difficultés, voire de dysfonctionnements, dont elle fait état dans le présent rapport. Elle signale en conséquence qu'il serait probablement opportun de réaliser prochainement une mission dédiée aux PMI.

[40] ***En termes de méthodologie***, pour réaliser ses travaux, la mission a, de façon classique, auditionné les principaux acteurs, ou leurs représentants, intervenant en matière de périnatalité ou concernés par le sujet (parlementaires, représentants des élus et des collectivités territoriales, administrations centrales et services déconcentrés de l'Etat représentants des fédérations hospitalières, représentants des établissements de santé, représentants des soignants, sociétés

[8] Il peut notamment être mentionné au titre de ces « plans » la stratégie déployée depuis 2020 dans le cadre des « 1 000 premiers jours » ou encore la « Feuille de route pédiatrie et santé de l'enfant 2024-2030 ».

[9] Parmi les principaux travaux réalisés récemment, la mission signale, notamment, le « Rapport public thématique : La politique de périnatalité - Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier » de la Cour des Comptes (mai 2024) et le Rapport fait au nom de la mission d'information du Sénat sur le thème de « L'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale » (septembre 2024). D'autres travaux scientifiques de référence sont exploités tout au long du rapport et la mission s'y réfère explicitement.

savantes, représentants des usagers, assurance maladie, opérateurs…)[10]. Elle a également sollicité la contribution écrite des principales sociétés savantes et des principaux organismes représentatifs des professionnels de santé concernés. Elle a enfin réalisé plusieurs déplacements dans différents territoires représentatifs de la diversité des situations[11] ou organisé des échanges spécifiques avec leurs représentants (pour l'outre-mer en particulier).

[41] Elle a par ailleurs réalisé un certain nombre de travaux spécifiques dont :

- l'examen, avec le concours de la DREES, des principales données épidémiologiques, y compris internationales (*cf*. annexe 4). Chaque fois que cela était possible, la mission s'est appuyée sur la littérature scientifique et médicale disponible en matière de périnatalité. Celle-ci, publiée dans les revues et journaux de référence, nationaux et internationaux, offre un cadre d'analyse indispensable et, en l'occurrence, précieux, par les données qu'il procure, les raisonnements qu'il permet de conduire et les conclusions qui en découlent logiquement. L'épidémiologie joue en matière de politique de santé publique à la fois le rôle, en amont, dévolu à la conception et celui, en aval, qui revient à l'évaluation. Comme tout problème de santé publique, la reprise de la mortalité infantile doit d'abord être appréhendée en termes épidémiologiques, ce qui permet à la fois de saisir le phénomène dans son ancienneté et son acuité, d'en comprendre les ressorts et de concevoir les solutions éventuelles. C'est cette démarche que la mission a suivie ;
- la réalisation d'une enquête approfondie auprès de l'ensemble des ARS[12] (*cf*. annexe 1) afin, d'une part, de disposer d'un panorama précis de la situation de la périnatalité dans chaque région et, d'autre part, de disposer de l'analyse des acteurs sur les transformations de l'offre intervenues localement sur la période récente ;
- l'exploitation statistique poussée, réalisée grâce au concours du « pôle *data* » de l'IGAS, des données relatives à l'offre et à son évolution (*cf*. annexe 2) ;
- la réalisation de comparaisons internationales détaillées avec l'appui de la DAEI et des CAS auprès de ambassades (*cf*. annexe 3).

[42] Sur le fond, la mission tient à souligner que la question de la périnatalité est importante *per se* et parce qu'elle traduit l'état plus global d'un système de santé publique et que sa dégradation, surtout si elle se poursuivait -plusieurs interlocuteurs de la mission ont tenu à le souligner- renverrait alors à une forme de déclin. L'enjeu de la mission est **celui d'une prise de conscience collective et d'une mobilisation nationale**, toutes deux désormais indispensables.

[43] Après avoir illustré la façon dont les indicateurs de santé périnatale se sont dégradés en France sur la période récente, et après avoir relevé l'importance des facteurs populationnels dans cette évolution défavorable et l'impact limité des transformations de l'organisation sur celle-ci

[10] Voir en fin de rapport la liste des personnes auditionnées.
[11] Les territoires visités ont été choisis de façon, notamment, à disposer dans le panel de territoires urbains et de territoires ruraux, de territoires ayant été confrontés à des transformations de l'offre compliquées (fermetures de maternité surtout), de territoires ayant subi des fermetures temporaires de maternité, de territoires ayant travaillé à des organisations innovantes, de territoires confrontés à de mauvais indicateurs (en termes de mortalité infantile), de territoires exposés au risque de ne plus disposer de maternité…
[12] La mission tient à remercier les quinze ARS qui ont répondu de façon très détaillée et complète au questionnaire qui avait été diffusé et ont fourni des informations très riches et très utiles à la réflexion.

(partie 1), le présent rapport s'attachera à analyser l'organisation de l'offre à chacune des étapes du parcours de la femme enceinte puis de la jeune mère et de son enfant durant le premier mois de vie en identifiant, pour chacune de ces étapes, les points d'amélioration souhaitables (partie 2). Il s'intéressera enfin aux questions de gouvernance, de pilotage et de coordination en matière de politique publique de la périnatalité et de mise en œuvre de celle-ci, que ce soit au niveau national, au niveau local, entre acteurs de la prise en charge des patients ou encore lorsque des transformations de l'offre doivent être conduites localement (partie 3).

1 La dégradation récente de la santé périnatale : un problème de santé publique grave, renvoyant principalement au poids des facteurs populationnels, les restructurations de l'offre ne semblant pas avoir eu d'impact décisif

[44] Au sens strict de l'organisation mondiale de la santé (OMS), la santé périnatale concerne l'état de santé de la mère et de son enfant, envisagé entre la 28ème semaine de grossesse et le 7ème jour de vie du nouveau-né. Toutefois, cette période est fréquemment prise dans une acception plus large et l'on retient alors comme borne distale la date du premier anniversaire de l'enfant (de J0 à J364)[13].

[45] Au-delà du seul couple mère-enfant, la santé périnatale est considérée comme le reflet fidèle de la qualité d'un système de santé donné. Ceci explique que, parmi les huit objectifs prioritaires retenus par les Nations unies en septembre 2000, lors du Sommet pour le Millénaire, deux concernent explicitement la santé des mères et des jeunes enfants[14]. De même, en 2015, l'OMS a placé en tête de sa « Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base » ceux relevant de la santé périnatale, rangeant même deux d'entre eux, le taux de mortalité de l'enfant ou le ratio de mortalité maternelle, parmi les indicateurs les plus « *puissants* », ceux « *qui peuvent permettre un engagement politique au-delà du secteur de la santé* »[15].

[46] La prise en compte de cette spécificité souligne l'importance de comprendre les causes de la dégradation des indicateurs sanitaires enregistrés récemment, dégradation qui a suscité le lancement de cette mission, et d'y remédier dans les meilleurs délais. **En effet, longtemps figure de proue mondiale en matière de santé périnatale, la France se retrouve désormais reléguée en fin de classement européen.**

[47] **La dégradation observée de la mortalité infantile en France représente donc désormais un enjeu majeur de santé publique.**

1.1 Une dégradation sanitaire préoccupante, remontant à quinze ans et qui place désormais la France dans une position internationale défavorable

[48] Connaissant une lente mais continue dégradation de ses indicateurs de santé périnatale au cours des quinze dernières années, la France se retrouve désormais « *en 23ème position au sein de l'Union européenne (UE) en termes de mortalité infantile, un indicateur clé de la qualité des soins*

[13] Il existe une tendance actuelle consistant à prendre le terme « périnatalité » dans une acception encore plus large : à savoir en y incluant l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'à l'allaitement, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et l'accouchement.

[14] Il s'agit de : OMD 4 – Réduire la mortalité infantile : réduire de deux tiers, de 1990 à 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans ; et OMD 5 – Améliorer la santé maternelle : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

[15] Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base 2015 OMS, *WHO/HIS/HSI/2015.3*

périnatals et des politiques de santé publique, une chute marquée par rapport aux années 1990, où elle figurait parmi les pays les mieux classés »[16].

[49] Saisir les ressorts de cette dégradation comme les termes du débat public impose au préalable d'être conscient des limites actuelles de notre appareil statistique dans ce domaine et de manier les indicateurs sanitaires concernés avec discernement.

1.1.1 Un système d'information statistique dans le champ de la périnatalité à conforter de façon durable et des indicateurs de santé périnatale[17] à employer avec discernement

1.1.1.1 Un système statistique à conforter de façon durable

[50] L'analyse approfondie, précise et, surtout, rapide, des phénomènes sanitaires de la période périnatale, rendue plus que jamais nécessaire par la situation présente, se heurte à la fragmentation, au caractère lacunaire et à la complexité du dispositif statistique actuel, fondé sur la coexistence de plusieurs sources d'informations[18]: système national des données de santé (SNDS), statistiques socio-démographiques de l'INSEE, certificats de santé des enfants recueillis par le réseau des PMI, enquête nationale périnatale (ENP), analyses des événements indésirables graves (EIG) de la Haute Autorité de Santé (HAS)…

[51] Cet état de fait est préjudiciable : il rend toute étude épidémiologique lourde et complexe, *via* la démarche de l'appariement de données issues de bases multiples.

[52] Quant aux ENP, si elles constituent des instruments épidémiologiques de grande qualité, leur périodicité, quinquennale, interdit d'y avoir recours dans le cadre d'un suivi rapproché de la périnatalité désormais indispensable.

[53] Déplorant unanimement cette lacune, tous les rapports et avis formulés à ce sujet -qu'ils émanent des sociétés savantes, des administrations de la santé publique, des Assises de la pédiatrie (2024) ou de la Cour des comptes[19]- ont préconisé la mise en place rapide d'un « registre des naissances » sur le modèle de ce qui existe de longue date en Suède, en Norvège, en Allemagne ou aux Pays-Bas.

[54] Ce nouvel outil épidémiologique, qui recueillerait les données maternelles et celles des nouveau-nés, en particulier ceux hospitalisés dans les services de néonatalogie, permettrait un suivi solide de la santé périnatale, l'évaluation des pratiques médicales et le contrôle de la qualité des soins, l'élaboration des politiques de santé publique, enfin.

[55] A cet égard, la mission reprend à son compte la préconisation faite par l'administration de la santé publique en avril 2025, à la fois efficace, fiable, peu onéreuse (environ 500 000 euros les trois premières années, puis 380 000 euros annuels ensuite) et rapidement opérationnelle : à

[16] Didier Breton, Nicolas Belliot, Magali Barbieri et al., 2024, L'évolution démographique récente de la France : Une position singulière dans l'Union européenne, Population (édition française) 79 : [1-85].
[17] Pour une présentation complète de ces indicateurs, se reporter à l'annexe 4.
[18] Note DREES-DGS Réf.D-25-006830 du 07 avril 2025.
[19] Cour des comptes, La politique de périnatalité. Des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier. Rapport public thématique, mai 2024.

savoir la constitution d'un système national d'information de la périnatalité à partir des bases de données existantes[20].

[56] Plutôt que de créer un « registre des naissances », il s'agirait de centraliser, d'exploiter et de lier les sources d'information existantes.

[57] En effet, la création d'un tel registre imposerait un délai de mise en place qui ne permettrait pas de traiter rapidement les questions de santé publique, urgentes, soulevées par l'évolution actuelle et représenterait, de surcroît, un coût substantiel.

[58] Or, l'expérience acquise depuis la création du SNDS en 2016 montre que ce dernier pourrait utilement constituer « *le socle pertinent d'un système national d'information en périnatalité* [21]». D'ores et déjà, plus de 99 % des naissances en France donnent lieu à un séjour hospitalier enregistré par le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), intégré au SNDS. Ces séjours « nouveau-nés » pourraient aisément être reliés aux séjours « accouchements », mais aussi aux autres données disponibles du SNDS (consommation de soins au cours de la grossesse, hospitalisations en néonatalogie, certificats de décès, caractéristiques des maternités, distance à la maternité…).

Recommandation n°1 Conforter la mise en place du Système National d'Information en Périnatalité préconisée en avril 2025 par l'administration de la santé en lui accordant de façon durable les moyens humains et matériels nécessaires

1.1.1.2 Des indicateurs sanitaires à employer avec discernement

[59] Les indicateurs de santé périnatale [22], leurs niveaux relatifs -considérés entre pays comparables- et leurs évolutions temporelles respectives, livrent des informations précieuses sur trois plans :

- ils permettent d'apprécier la qualité de la prise en charge médicale de la femme enceinte et du suivi de sa grossesse en termes de prévention, le niveau de sécurité de l'accouchement qui la conclut, aussi ;
- ils représentent également un moyen de prévoir l'état de santé futur de la mère comme de l'enfant, au cours des années qui suivent la naissance, tant les conditions de déroulement de la grossesse et de l'accouchement sont des facteurs déterminants du développement - physiologique et psychologique - de l'enfant et de sa trajectoire sanitaire ultérieure ;
- ils constituent, enfin, ainsi que mentionné plus haut, des éléments d'appréciation de grande valeur sur l'état général du système de santé publique d'un pays[23].

[20] Note DREES-DGS Réf.D-25-006830 du 07 avril 2025, *op.cit.*
[21] *Ibidem.*
[22] En dépit de sa dimension négative -tout décès constitue un échec pour la médecine, les médecins et la santé publique-, la mort, par son caractère objectif, univoque, et par la (relative) simplicité de son traitement statistique, est au fondement de nombre d'indicateurs sanitaires : ceux relatifs à la périnatalité ne font pas exception.
[23] Sur ce point, voir, entre autres, Reidpath D.D. et Allotey P., Infant mortality rate as an indicator of population health, *BMJJournals, Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, volume 57.

a- Les indicateurs de périnatalité retenus diffèrent selon les sources[24].

[60] Autorité de référence, ***l'OMS retient neuf indicateurs de santé périnatale***[25] :

- *le taux de mortalité périnatale* : soit le rapport du nombre d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés à moins de 7 jours de vie à l'ensemble des enfants nés, qu'ils soient vivants ou sans vie (décès intra-utérins et décès néo-natals jusqu'à J7) ;
- *le taux de mortalité spontanée ou mortinatalité* qui rapporte le nombre d'enfants mort-nés (hors interruption médicale de grossesse) au nombre total de naissances (vivantes ou non) ;
- *le taux de mortalité néonatale :* recensant les décès d'enfants de J0 à J27 rapportés à 1 000 naissances vivantes, mortalité néonatale elle-même subdivisée entre :
  - *la mortalité néonatale précoce :* décès intervenant entre J0 et J6 ;
  - *la mortalité néonatale tardive* : décès intervenant entre J7 et J27.
- *le pourcentage de nouveau-nés avec un poids de naissance inférieur à 2 500 g ;*
- *la prévalence d'anomalies congénitales ;*
- *le pourcentage de nouveau-nés allaités à 3 et à 6 mois ;*
- *le taux de mortalité maternelle :* 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 le terme de celle-ci, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite ;
- *l'âge des mères ;*
- *le nombre de sages-femmes pour 100 000 habitants,* enfin.

[61] Il doit être noté que l'OMS ne retient en revanche pas le taux de mortalité infantile, qui rapporte le nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an (J0 à J364) au nombre d'enfants nés vivants au cours de la même période (l'année calendaire), parmi ses indicateurs. Il s'agit, à l'inverse, d'un taux fréquemment utilisé par les diverses instances nationales -dont celles de la France- et par l'UE.

[62] Pour sa part, ***l'UE a mis en place le dispositif épidémiologique « Euro-Péristat »***, qui recueille et analyse les données des 27 pays de l'UE, rejoints par le Royaume-Uni, la Norvège, la Suisse et l'Islande. Ce programme a retenu 10 indicateurs principaux (« *core indicators* ») calqués, pour l'essentiel, sur ceux de l'OMS, mais retient, lui, le taux de mortalité infantile.

[24] Se reporter à l'annexe 4.
[25] OMS, Base de données « Santé pour tous », Bureau régional pour l'Europe, in ADSP n°42, mars 2003.

[63] ***Les autorités sanitaires nationales*** ont repris à leur compte ces indicateurs européens[26].

b- La mortalité néonatale conditionne la mortalité infantile

[64] L'explication de la divergence entre l'OMS et les autres autorités sanitaires à propos de la mortalité infantile est à trouver dans le caractère composite de cet indicateur ; il résulte, en effet, de l'addition de trois taux renvoyant à des temps de développement de l'enfant et à des causes de décès différentes par leur nature.

[65] La mortalité infantile se décompose en effet en deux périodes :

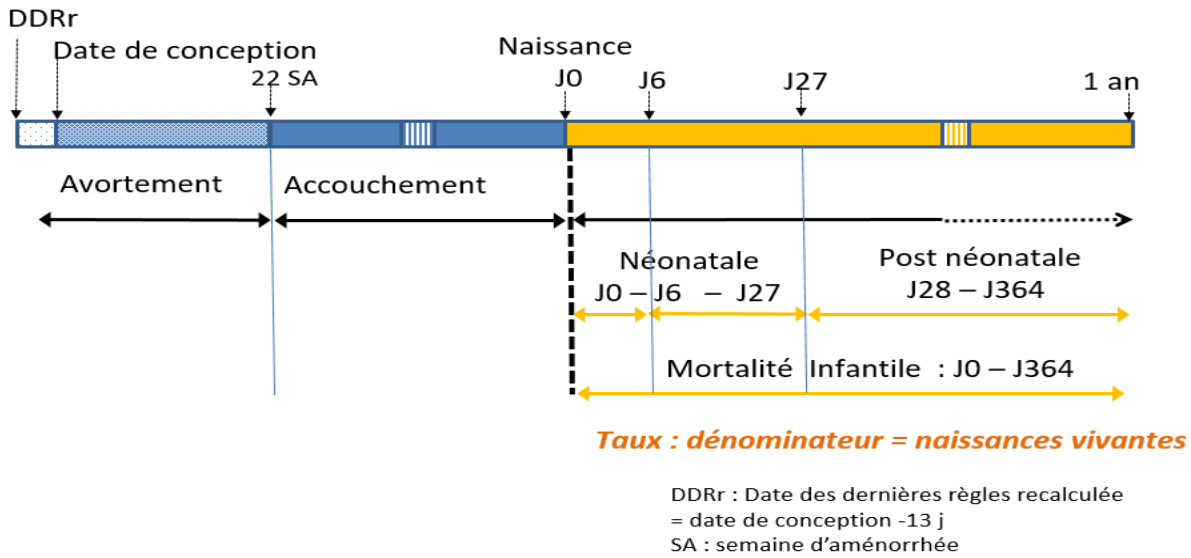
- *la mortalité néonatale*, qui concerne le premier mois de vie (J0 à J27) ;
- et *la mortalité post néonatale*, qui représente le reste de la première année de vie de l'enfant (J28 à J364).

[66] Comme présenté plus haut, la mortalité néonatale est elle-même subdivisée en deux :

- *la mortalité néonatale précoce,* correspondant aux sept premiers jours de vie (J0 à J6) ;
- *la mortalité néonatale tardive,* qui couvre les trois semaines suivantes (J7 à J27).

[67] Le schéma suivant permet de saisir l'articulation temporelle entre l'ensemble de ces périodes, décisive pour l'analyse des phénomènes sanitaires correspondants.

Schéma 1 : Présentation synthétique des différentes périodes de la périnatalité



Source : Dr Jeanne Fresson et Claudie Menguy

[26] Note d'information n° DREES/BESP/DGS/SP1/DGOS/R3/2023/90 du 4 juillet 2023 relative à la diffusion de définitions harmonisées dans le champ de la mortalité périnatale permettant un recueil homogène des données d'enregistrement des naissances et des décès périnataux dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

[68] Mortalité néonatale et mortalité infantile sont liées l'une à l'autre par une relation de détermination directe et à sens unique[27] : **toute hausse, ou toute baisse, du taux de mortalité néonatale se répercute mécaniquement et en due proportion sur le taux de mortalité infantile.**

[69] De surcroît, les deux types de mortalité renvoient à des causes de décès différentes :

- *la mortalité néonatale* (J0 à J27) : est principalement due, selon l'OMS à « *la naissance prématurée, aux complications à la naissance (asphyxie néonatale et traumatismes à la naissance), aux infections néonatales et aux anomalies congénitales* » ;
- *la mortalité infantile* (J0 à J364) : englobe, par définition, les causes précédentes, prolongées dans le temps et avec leurs complications éventuelles ; mais également celles liées à la mortalité post-néonatale (décès entre J28 et J364), qui sont différentes : complications des anomalies congénitales, infections respiratoires aigües, mauvaises positions de couchage, accidents domestiques et de la vie courante.

[70] Souvent utilisé et avancé dans les débats publics, le taux de mortalité infantile nécessite d'être employé avec discernement : il s'agit d'un indicateur global, et il convient donc de bien identifier quelle est la (ou les) période(s) effectivement concernée(s) lorsque l'on évoque « une hausse de la mortalité infantile ».

[71] **Ainsi, une hausse de la mortalité néonatale ne renvoie ni aux mêmes causes, ni aux mêmes politiques de santé publique à mettre en œuvre pour remédier à celles-ci, qu'une hausse de la mortalité post-néonatale**.

1.1.2 Une dégradation du taux de mortalité infantile remontant à quinze ans

[72] Avant de décrire précisément cette reprise de la mortalité infantile (1.1.2.2), il convient de la resituer dans le mouvement séculaire de baisse dans lequel elle s'inscrit[28] (1.1.2.1). Cette remise en perspective historique ne vise en aucun cas à édulcorer ni même à relativiser le phénomène observé, mais, au contraire, à mieux le comprendre et, en particulier, à en cerner les causes probables. La mortalité maternelle reste, quant à elle, stable sur la période récente, mais à un niveau qui nécessite de poursuivre les efforts en faveur de sa réduction (1.1.2.3). Au-delà de ce constat global, il convient de souligner l'existence de fortes inégalités de santé territoriales (1.1.2.4).

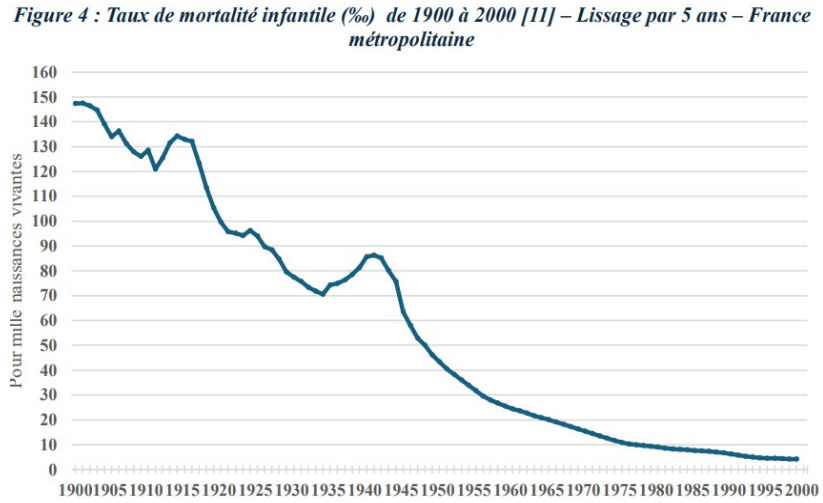
[27] En termes mathématiques, cette relation est du type « implication » : delta A ⇒ delta B, delta A implique delta B. La réciproque, delta B ⇒ delta A, elle, ne se vérifie pas : il ne s'agit pas d'une relation d'équivalence.

[28] A ce sujet, voir Bernard Branger, Alain Mouzard, Evolution of infant mortality in France from 1900 to 2024. Analysis of social, cultural, economic and sanitory explanatory factors, 2025, dont les courbes et les commentaires historiques utilisés ici sont tirés. https://hal.science/hal-05020411v1

1.1.2.1 Une baisse continue et séculaire de la mortalité infantile en France, qui prend fin en 2011

[73] **Comme dans l'ensemble des pays développés, la mortalité infantile en France a massivement baissé tout au long du XX^{ème} siècle, passant de 150 ‰ en 1900 à 4,1 ‰ en 2024,** ainsi que l'indique la courbe ci-dessous.

Graphique 1 : Evolution du taux de mortalité infantile (‰) de 1900 à 2000 – Lissage sur 5 ans – France métropolitaine



Source : Bernard Branger et Alain Mouzard, Evolution of infant mortality in France from 1900 to 2024. Analysis of social, cultural, economic and sanitory explanatory factors, 2025

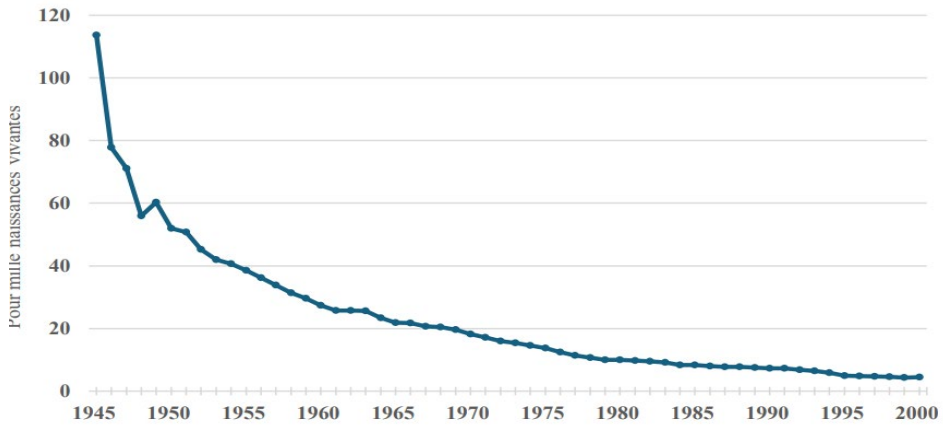
[74] On saisit ainsi les considérables progrès enregistrés en matière de santé périnatale. Plusieurs périodes doivent être distinguées.

[75] La baisse de la mortalité infantile des années 1900 à 1945 –en dehors des deux guerres mondiales– a été de 3 ‰ par année. L'amélioration des conditions de vie (alimentation, instruction, hygiène domestique et corporelle) rend compte de la plus grande part des progrès enregistrés au cours de cette première période.

[76] Entre 1945 et 1960, la baisse a été encore plus spectaculaire, de 5 ‰ par an en moyenne, le taux de mortalité infantile passant de 114 ‰ à 27 ‰ entre ces deux dates. Là encore, l'amélioration des conditions de vie et de l'hygiène demeure un facteur explicatif des succès de l'époque ; toutefois c'est la « révolution thérapeutique » -celle de l'apparition de la médecine moderne, la biomédecine-, qui explique que la période de l'Après-Seconde guerre mondiale a vu s'effondrer les chiffres de la mortalité infantile.

Graphique 2 : Evolution du taux de mortalité infantile (‰) de 1945 à 2000

Figure 6 : Taux de mortalité infantile de 1945 à 2000 [11]

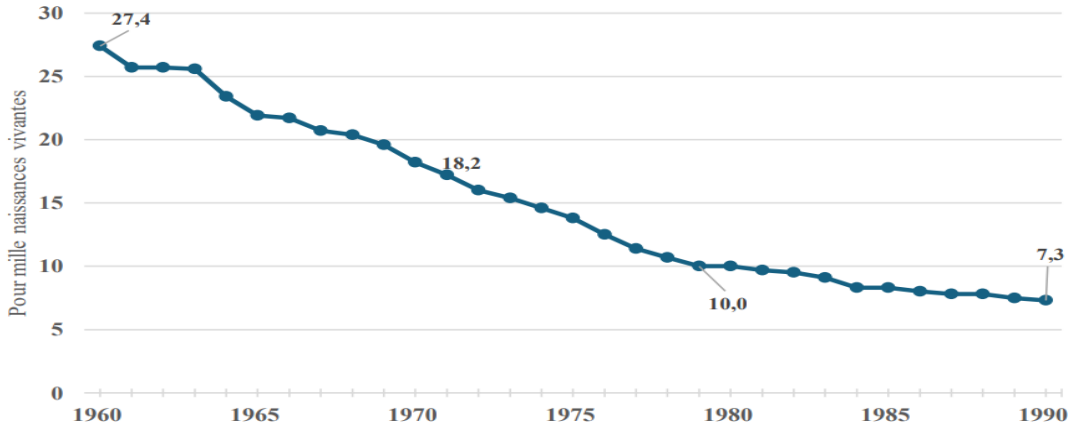


Source : Ibidem.

[77] Pendant les trente années suivantes, de 1960 à 1990, la baisse aura été de 0,7 ‰ par an, les taux enregistrés passant de de 27,4 ‰ à 7,3 ‰ (figure ci-dessous).

Graphique 3 : Evolution de la mortalité infantile (‰) de 1960 à 1990

Figure 9 : Evolution de la MI (‰) de 1960 à 1990 [11]



Source : Ibidem

[78] **La France était alors très bien classée sur le plan international, en moyenne au 5ème rang des pays développés, grâce aux progrès des soins médicaux, à leur encadrement par une réglementation exigeante et à une action volontariste des pouvoirs publics**.

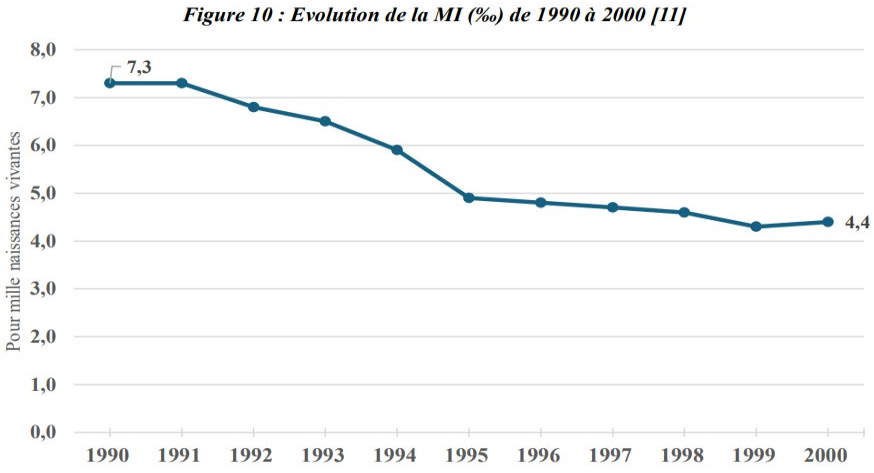
[79] Le suivi des femmes enceintes est institué et renforcé (trois consultations prénatales recommandées à partir de 1970, puis 5 en 1979), le « test de Guthrie » pour le dépistage de la phénylcétonurie est mis en place en 1963, celui de l'hypothyroïdie en 1978, la vaccination anti-D pendant la grossesse est introduite à partir de 1970, les échographies obstétricales apparaissent à la fin des années 1970, les anesthésies péridurales dans les années 1980, de même que les

amniocentèses pour dépister les anomalies chromosomiques dont la trisomie 21. La prise en charge des grands prématurés connaît une révolution à partir des années 1965-1970, avec l'apparition de la réanimation néonatale qui permet la prise en charge de nouveau-nés de plus en plus petits : des enfants de plus de 1 500 g de poids de naissance dans les années 1970, on passe à ceux de moins de 1 000 g dans les années 1990.

[80] En 1970, le premier « plan périnatalité » est lancé, qui impose des normes de sécurité précises. L'évaluation des pratiques médicales est instituée, la première enquête épidémiologique est réalisée en 1972 (unité INSERM U169 à Baudelocque-Port-Royal).

[81] Au cours des années 1990-2000, la baisse de la mortalité infantile se poursuit, passant de 7,3 ‰ à 4,4 ‰, soit 0,3 ‰ de réduction en moyenne chaque année (graphique ci-dessous).

Graphique 4 : Evolution de la mortalité infantile (‰) de 1990 à 2000



Source : Ibidem.

[82] Toutefois, cette moyenne recouvre deux périodes fort différentes : celle entre 1990 et 1995 voit une chute encore soutenue (de 7,3 ‰ à 4,9 ‰ en 5 ans, soit -0,5 ‰ par an en moyenne), alors que, de 1995 à 2000, le rythme de la diminution ralentit fortement, la mortalité infantile baissant seulement de 4,9 ‰ à 4,4 ‰, soit 0,1 ‰ de moins par an.

[83] Selon l'INSEE[29], de 1993 à 1995, le taux de mortalité infantile a fortement baissé, de 25 % en deux ans, principalement grâce à une diminution prononcée de la mortalité post-néonatale (entre J28 jours et J364) : moins 41 % en deux ans. Ces progrès sont la conséquence des campagnes de prévention visant à diminuer la mort subite du nourrisson (couchage sur le dos, sans objet mou dans le lit, etc.).

[84] Les années 1990 ont été marquées par la poursuite de l'amélioration de la prise en charge néonatalogique, avec les nouvelles pratiques ventilatoires, l'administration de surfactant dans les détresses respiratoires par déficit, la prise en charge de la persistance du canal artériel, la corticothérapie post-natale pour la prévention de la dysplasie broncho-pulmonaire, ou les débuts

[29] « Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France », *INSEE Première*, n° 2048, avril 2025.

de *l'ExtraCorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) et de l'imagerie par résonance magnétique (IRM).

[85] Mais également par la publication des deux décrets de 1998, organisant les maternités et les services de néonatologie en réseau et en fonction de leur niveau de soins[30]. La politique des transferts *in utero* est mise en place afin d'éviter les transports de nouveau-nés et permettre aux femmes d'accoucher dans la structure correspondant à leurs risques et au risque néonatal. Le second « plan périnatalité 1995-2000 » est lancé.

1.1.2.2 La reprise de la mortalité néonatale est au cœur de la remontée de la mortalité infantile depuis 2011

[86] Lorsque l'on s'attache à analyser les années 2000-2024, on constate qu'il existe deux périodes de natures différentes : 2000-2011 et depuis 2012 jusqu'à 2024.

[87] **L'INSEE date ainsi la reprise de la hausse de la mortalité infantile en France de l'année 2011**[31].

[88] De 4,53 ‰ en 2000, le taux de mortalité infantile continue à baisser jusqu'à son point le plus bas, historique, 3,5 ‰, atteint en 2011. A partir de cette année charnière, il entame une remontée continue jusqu'à atteindre 4,1 ‰ en 2024.

[89] **Le taux de mortalité infantile de 4,1 ‰ constaté en 2024 correspond à 2 709 enfants morts**[32] **entre J0 et J364 cette année-là, soit un enfant sur 250 décédé avant son premier anniversaire**.

[90] De façon détaillée, l'INSEE indique que :

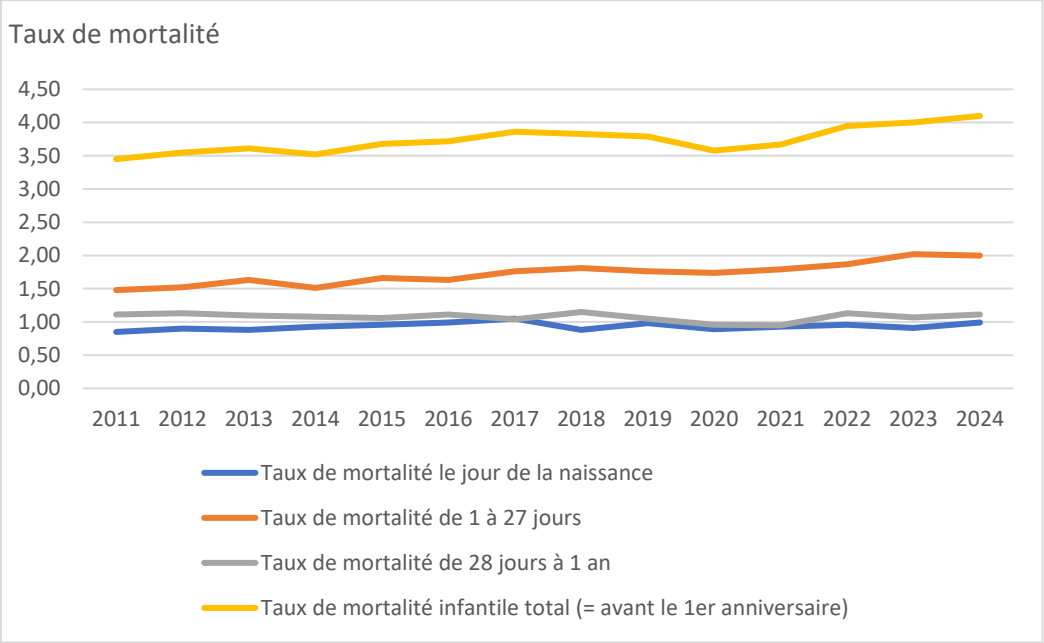
- un quart de ces décès (677) a eu lieu le jour de la naissance (J0) ;
- la moitié est intervenue entre J1 et J27 jours (1 354) ;
- enfin, un quart (677) est survenu dans la période post-néonatale, entre J28 et J364.

[91] Au total, 75 % des décès infantiles (2 031) a eu lieu durant le premier mois de vie, correspondant à la mortalité néonatale.

[92] De façon dynamique cette fois, en décomposant le taux de mortalité infantile sur la période 2011-2024, on observe les évolutions retracées dans le diagramme en courbes ci-dessous.

[30] Décret n°98-989 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatologie et la réanimation néonatale ; décret n°98-990 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique.
[31] « Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France », INSEE Première, n° 2048, avril 2025, op.cit.
[32] Chiffre qui, rapporté aux 660 787 naissances vivantes enregistrées dans la France entière en 2024, conduit au taux de mortalité infantile de 4,1 ‰.

Graphique 5 : Evolution du taux de mortalité infantile et de ses composantes (‰) en France de 2011 à 2024



Source : mission IGAS, à partir des données INSEE-DREES

[93] Il ressort de ces données que la mortalité le jour de la naissance (J0) a légèrement augmenté de 0,85 ‰ en 2011 à 0,99 ‰ en 2024 (0,91 ‰ en 2023). La mortalité de J1 à J27 a augmenté sensiblement, passant, elle, de 1,48 ‰ à 2,0 ‰ (2,02 ‰ en 2023), soit une hausse de 0,52 point. Il en résulte que la mortalité néonatale totale (J0 à J27) a augmenté de 0,6 point, de 2,2 ‰ à 2,8 ‰. La mortalité post-néonatale (J28-J364), quant à elle, est restée parfaitement stable : 1,11 ‰ en 2011 et en 2024 (1,07 ‰ en 2023).

[94] ***La hausse du taux de mortalité infantile de 0,6 point enregistrée en France depuis 2011, de 3,5 à 4,1 ‰, s'explique donc exclusivement par celle, de 0,6 point, de la mortalité néonatale.***

1.1.2.3 La mortalité maternelle demeure stabilisée, mais à un niveau trop élevé ; des progrès demeurent à accomplir grâce aux marges de manœuvre existantes

[95] La mortalité maternelle est mesurée par le nombre de mères décédées sur la période considérée pour 100 000 naissances vivantes (ratio de mortalité maternelle ou RMM). Le délai de 42 jours retenu dans la définition de la mortalité maternelle (*cf. supra*) constitue la référence pour les comparaisons internationales. Cependant, la mortalité maternelle tardive (entre J42 et J364) est également étudiée et une part non négligeable des décès survient au cours de cette période.

[96] Même dans les pays riches, où elle est devenue rare et a atteint un plancher historique, la mortalité maternelle reste un indicateur fondamental de santé publique, car elle constitue un « événement sentinelle » possédant une valeur d'alerte quant aux inégalités sanitaires et démo-sociales.

[97] En France, un dispositif national -l'enquête confidentielle sur la mortalité maternelle (ENCMM)- existe depuis la fin des années 1990. Coordonnée par l'équipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (EPOPé) de l'INSERM, avec le soutien de Santé publique France (SpF), cette enquête a pour objectif de recenser et d'analyser les morts maternelles, d'identifier les facteurs associés, de mesurer leur caractère évitable (ou pas) et de proposer des mesures de prévention.

[98] L'OMS classe les morts maternelles en deux groupes :

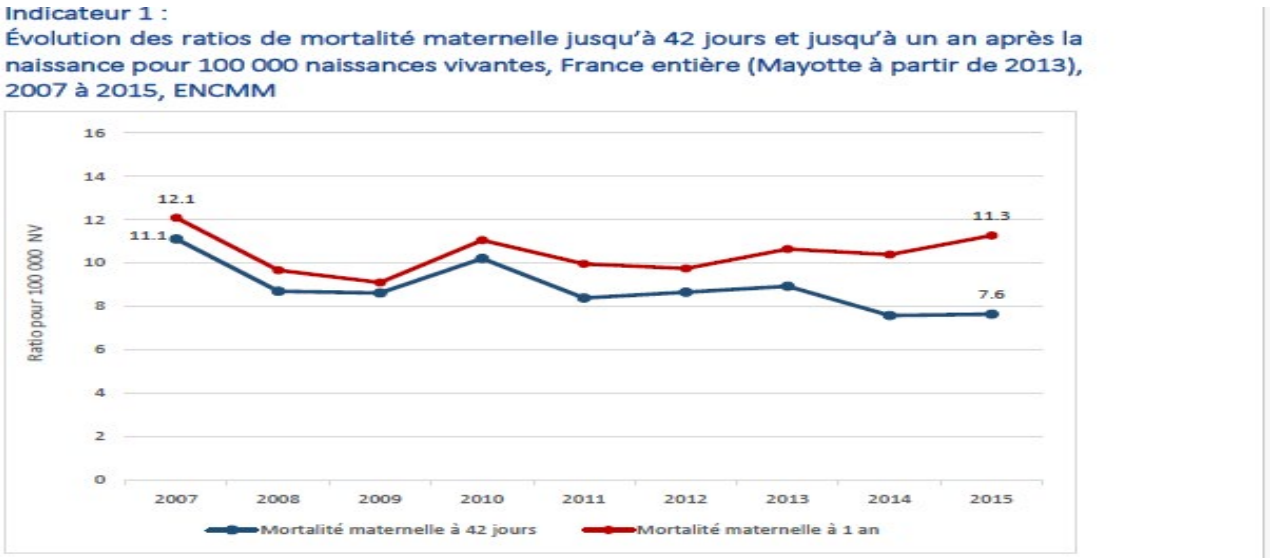
- « *les décès* par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, *d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus* » ;
- « *les décès par cause obstétricale indirecte* » : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

[99] Selon SpF[33], entre 2007 et 2015, le ratio de mortalité maternelle a baissé en France de 11,1 à 7,6 pour la mortalité mesurée à 42 jours et de 12,1 à 11,3 pour la mortalité mesurée à un an. Entre 2016 et 2018, 272 morts maternelles ont été enregistrées en France, soit environ 91 par an, ce qui correspond à **une mort maternelle tous les 4 jours**.

[100] Concernant le RMM à un an, il existe toutefois une tendance à la hausse à partir de 2013, ainsi que l'illustre le graphique suivant, imputable à l'inclusion dans l'enquête des décès enregistrés à Mayotte cette année-là, mais également à celle des suicides dans le périmètre des décès classés comme morts maternelles -ce qui a augmenté la mortalité maternelle au-delà de 42 jours.

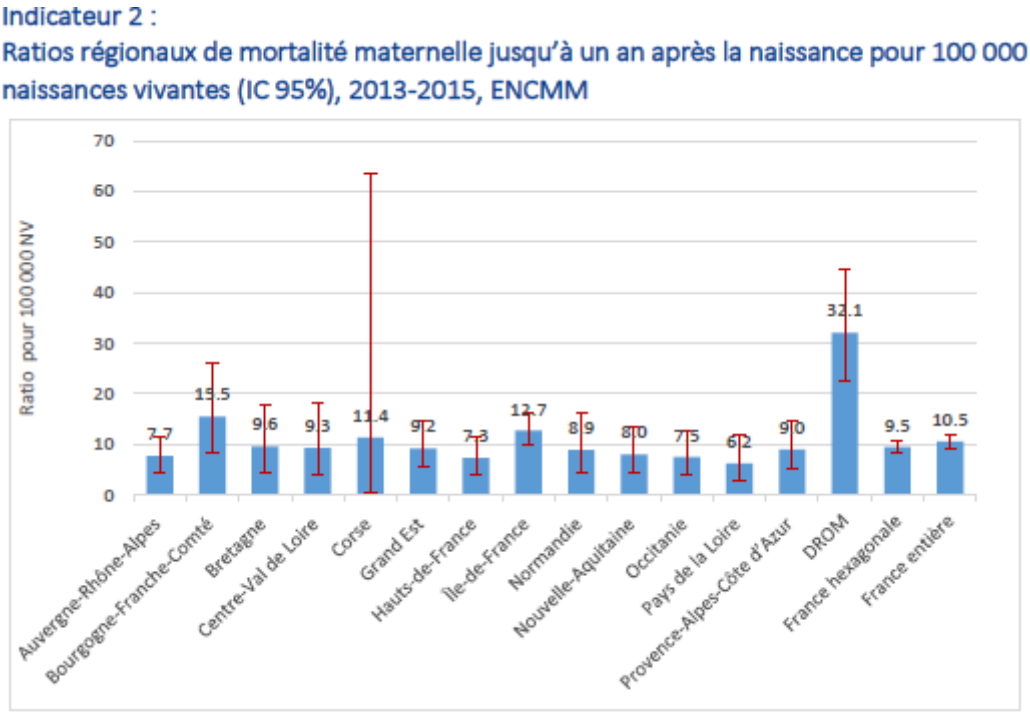
[33] SpF, Etudes et Enquêtes, Les morts maternelles en France 2016-2018, avril 2024 et Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019, mai 2024. Les trois diagrammes ci-dessous sont tirés de cette enquête.

Graphique 6 : Evolution des ratios de mortalité maternelle jusqu'à 42 jours et jusqu'à un an après la naissance (pour 100 000 naissances vivantes – 2007 à 2015 - ENCMM



[101] L'analyse géographique des femmes décédées dans la période 2013-2015 montre des disparités territoriales très fortes entre l'Hexagone et les départements et régions d'outre-mer (DROM), dont le RMM est multiplié par trois[34]. La région Île-de-France se distingue également avec un RMM supérieur de 55 % à celui du reste de l'Hexagone (*cf.* diagramme ci-dessous).

Graphique 7 : Ratios régionaux de mortalité maternelle jusqu'à un an après la naissance (pour 100 000 naissance vivantes) – 2013-2015 - ENCMM



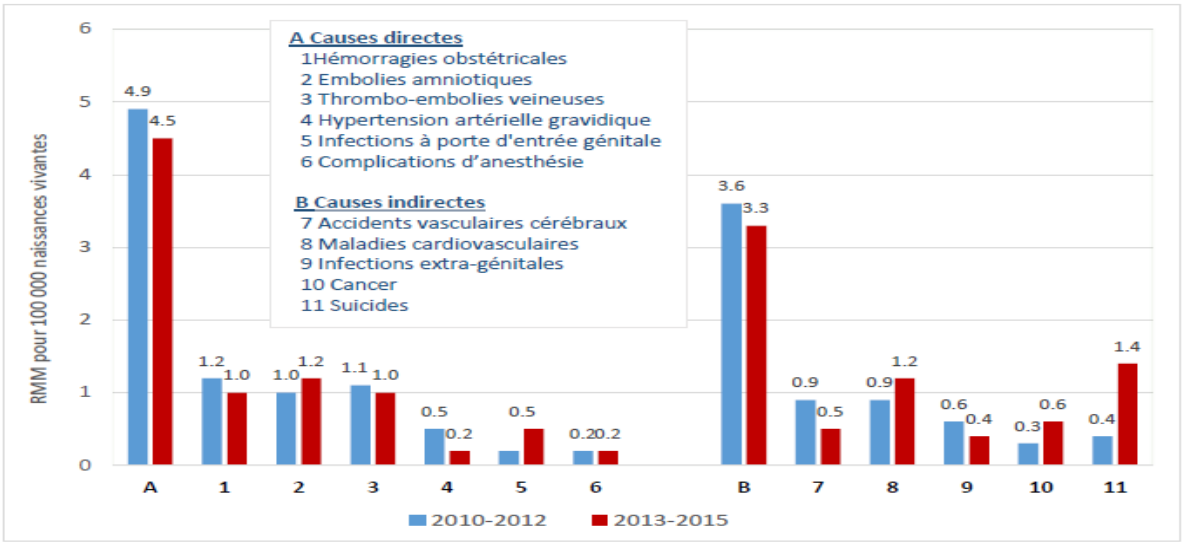
[34] Les taux spécifiques de chacun des DROM ne sont pas présentés, en raison de la faiblesse des effectifs considérés.

[102] L'évolution des causes de décès entre 2010-2012 et 2013-2015 montre une diminution de la mortalité maternelle directe, notamment de la mortalité par hémorragie obstétricale, signe d'une amélioration globale des soins obstétricaux.

[103] Les causes indirectes ne connaissent pas de diminution notable. En 2013-2015, les pathologies cardiovasculaires et les suicides représentent respectivement la 1ère et la 2ème cause de mortalité maternelle ; plus précisément, le suicide devient la première cause de mortalité maternelle de J42 à J364, alors que les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité maternelle de J0 à J42 (*cf*. diagramme ci-dessous).

Graphique 8 : Evolution des principales catégories de cause de décès maternel

Indicateur 3 :
Évolution des principales catégories de causes de décès maternels jusqu'à un an après la naissance, 2010-2012 et 2013-2015, France entière (Mayotte à partir de 2013), ENCMM



[104] La place prépondérante des suicides et causes psychiatriques de décès se confirme pour la période 2016-2018 : elle représente désormais la première cause de mortalité maternelle considérée jusqu'à un an (17 %), avec un RMM de 1,9/100 000 naissances vivantes, **soit environ un décès maternel de cause psychiatrique toutes les trois semaines en France.**

[105] Sur le plan international, les statistiques classiques (certificats de décès) sous-estimant de manière structurelle les morts maternelles, plusieurs pays ont mis en place des systèmes renforcés de surveillance de la mortalité maternelle, fournissant des données fiables et comparables.

[106] Le réseau « *International Network Obstetrical Surveillance System* » (INOSS), fondé en 2011, collaboration internationale de chercheurs et de cliniciens recueillant des données de morbidité maternelle sévère et de mortalité maternelle, a permis de conduire une étude comparative entre huit pays européens[35] dotés de tels dispositifs renforcés : le Danemark, la Finlande, l'Italie, les Pays-Bas, la Norvège, la Slovaquie, le Royaume-Uni et la France. **Les résultats enregistrés placent la France en position moyenne, avec un RMM à J42 de 8/100 000,** les pays les plus performants

[35] Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems : Descriptive population based study, British Medical Journal, 2022 ;379 : e070621. Les données ont été collectées sur une période dont la durée variait selon le nombre de naissances dans chaque pays : trois ans pour la France, l'Italie et le Royaume-Uni, cinq ans pour le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas, la Norvège et la Slovaquie.

étant : le Danemark (3,4), la Norvège (3,7), les Pays-Bas (4,7), la Finlande (7,3). L'Italie suit de peu notre pays (8,7), le Royaume-Uni (9,6) et la Slovaquie (10,9) obtenant les ratios les moins bons. Au-delà de J42, seuls le Royaume-Uni et la France disposent de dispositifs épidémiologiques renforcés : la France obtient un RMM de 10,8 alors qu'outre-Manche celui-ci atteint 19,1.

[107] Des facteurs de risque socio-démographiques en matière de mortalité maternelle sont clairement identifiés :

- le risque de mortalité maternelle augmente avec l'âge des femmes de façon marquée à partir de 35 ans ;
- la mortalité des femmes migrantes est le double de celle des femmes nées en France, surmortalité particulièrement marquée pour les femmes nées en Afrique subsaharienne dont le risque est trois fois celui des femmes nées en France ;
- les femmes socialement vulnérables sont 1,5 fois plus représentées parmi les femmes décédées ;
- les femmes résidant dans les DROM présentent un risque de mortalité maternelle multiplié par deux par rapport à celles de métropole, différence significative, mais de moindre ampleur qu'en 2013-2015.

[108] L'enquête conduite par SpF à propos du parcours des femmes décédées montre **que 60 % des décès maternels sont considérés comme " *probablement* " (17 %) " ou " *possiblement* " (43 %) évitables**. Cette proportion considérable est imputable à l'inadéquation des soins prodigués dans 53 % des décès, à un défaut d'organisation des soins dans 24 % et à un défaut d'interaction entre la femme et le système de soins dans 22 % des cas.

[109] Des progrès demeurent donc indispensables en matière de prévention, de dépistage et de prise en charge coordonnée, multidisciplinaire et dans la durée des femmes enceintes, depuis la période pré-conceptionnelle jusqu'à un an après l'accouchement. La mission recommande donc que l'effort en faveur de la réduction du taux de mortalité maternelle soit amplifié. Pour cela, plusieurs actions doivent être poursuivies et renforcées, notamment en matière de :

- prévention, de dépistage, de détection des risques et d'accompagnement rapproché lors de la grossesse (*cf. infra* les développements du 2.2) ;
- renforcement de l'effectivité de l'accompagnement et du suivi des femmes après leur sortie de la maternité (*cf. infra* les développements du 2.5) ;
- sensibilisation et prise en charge des enjeux de santé mentale tout au long des mois qui suivent l'arrivée de l'enfant (*cf. infra* les développements du 2.5 sur l'entretien postnatal précoce et les différents mesures de sensibilisation et d'accompagnement à déployer en matière de santé mentale auprès des jeunes parents).

Recommandation n°2 Poursuivre l'effort en matière de réduction de la mortalité maternelle en renforçant encore le suivi et les possibilités de détection des situations à risque durant la grossesse et en renforçant l'effectivité des mesures d'accompagnement après la naissance, en particulier en matière de santé mentale et de prévention du risque de dépression du *post-partum*

1.1.2.4 Ce constat négatif se double de graves inégalités de santé territoriales

[110] La dégradation des indicateurs de santé périnatale est, en effet, encore plus marquée dans certaines parties du territoire national et de **graves inégalités sanitaires doivent par conséquent être relevées**.

[111] En métropole, certaines zones urbaines concentrant une population aux conditions de vie particulièrement précaires, mais également des départements plus équilibrés ou ruraux, connaissent, en 2023, des résultats particulièrement dégradés[36] : l'Ariège (7,3 ‰), le Doubs (6,5 ‰), le Puy-de-Dôme (5,8 ‰), le Territoire-de-Belfort (5,7 ‰), le Val-d'Oise (5,6 ‰), l'Eure-et-Loir (5,5 ‰), l'Aude (5,3 ‰), le Cher (5,1 ‰), le Bas-Rhin (5 ‰), la Meuse (5 ‰), le Cantal (4,4 ‰).

[112] A l'inverse, certains départements enregistrent de très bons résultats, comparables à ceux des pays scandinaves les mieux classés (*cf. infra*) : la Haute-Savoie (1,7 ‰), le Morbihan (1,9 ‰), la Manche (2 ‰), le Calvados (2 ‰), la Vendée (2,2 ‰), le Finistère (2,3 ‰), la Côte d'Or (2, 3 ‰) ou la Haute-Garonne (2,4 ‰), notamment.

[113] **Ces inégalités de santé territoriales ne sont pas dues à des facteurs géographiques, mais socio-démographiques**, ainsi que l'illustre, entre autres, l'exemple de la région Île-de-France, qui obtient un résultat de 4,5 ‰, supérieur de 0,5 point à la moyenne nationale (4 ‰ en 2023), et où les chiffres enregistrés vont du simple au double, entre les Hauts-de-Seine (3 ‰ en 2023, 2,8 ‰ en 2022) et la Seine-Saint-Denis (6 ‰ en 2023, 6,4 ‰ en 2022), deux départements limitrophes mais aux populations singulièrement différentes, Paris recueillant 4,3 ‰.

[114] **Compte-tenu à la fois de son poids démographique, de la croissance de celui-ci et de la grave dégradation de ses résultats périnataux, l'impact de la seule région Île-de-France dans la reprise de la mortalité infantile observée depuis 2011 dans l'ensemble du pays est très fort et doit être souligné.**

[115] En 2011, le nombre des naissances en Île-de-France était de 182 284, soit 22,14% des 823 394 naissances enregistrées en France (hors Mayotte) cette année-là. En 2023, ces résultats étaient cette fois de 154 128, soit 23,09% des 667.523 naissances en France (hors Mayotte). Le poids démographique relatif en termes de natalité de la région capitale dans l'ensemble national a donc crû de 0,95 point sur la période.

[116] En ce qui concerne la mortalité infantile, en 2011, 685 enfants sont morts avant l'âge d'un an en Île-de-France, soit un taux de 3,8‰, contre 2 811 dans toute la France, soit un taux cette fois de 3,4‰ ; la région Île-de-France représentait donc 24,37% du total national des enfants morts entre J0 et J364. En 2023, ces mêmes données atteignaient cette fois respectivement 689 (4,5‰, + 0,7 point) et 2 681 (4‰, +0,6 point), et la part des enfants morts avant un an en Île-de-France représentait 25,7% du total national, soit une progression de cette part relative de 1,33 point.

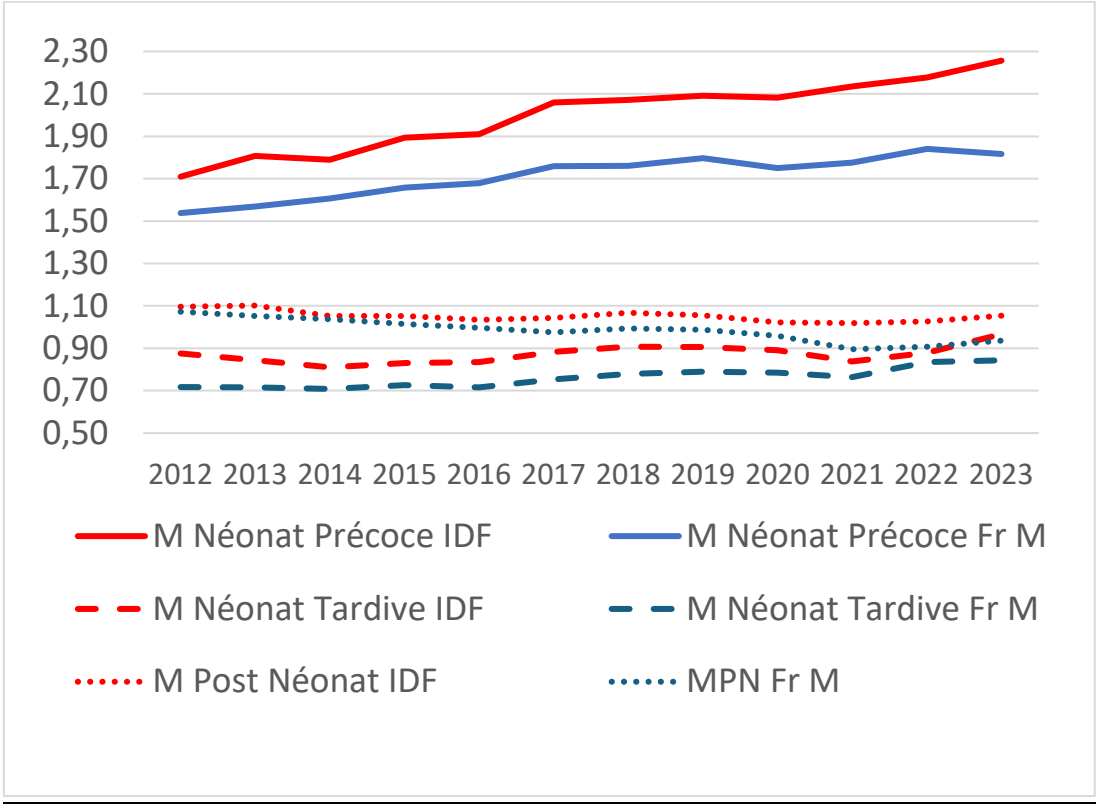
[117] De façon plus précise, si l'on s'attache cette fois à la mortalité néonatale (avant J28), l'impact de l'Île-de-France et l'évolution de celui-ci sont encore plus forts : en 2011, on dénombrait 472 enfants décédés avant un mois dans cette seule région (mortalité néonatale de 2,6‰), contre 1 907 dans toute la France (2,3‰), soit 24,75% de ce total du nombre de ces enfants morts prématurément ; en 2023, ces mêmes mesures étaient respectivement de 532 en Île-de-France

[36] Taux de mortalité infantile de l'année 2023, source INSEE, Statistiques de l'état civil.

(3,5‰, + 0,9 point) pour 1 973 en France (2,9‰, +0,6 point), avec une proportion relative de 26,96%, soit une progression de celle-ci de + 2,21 point sur la période considérée.

[118] **Il résulte de ces calculs effectués par la mission à partir des données de l'INSEE (statistiques de l'état civil) que la région Île-de-France a joué un rôle très important dans la reprise de la mortalité infantile dans notre pays depuis 2011**. Le diagramme en courbes ci-dessous illustre ce point important.

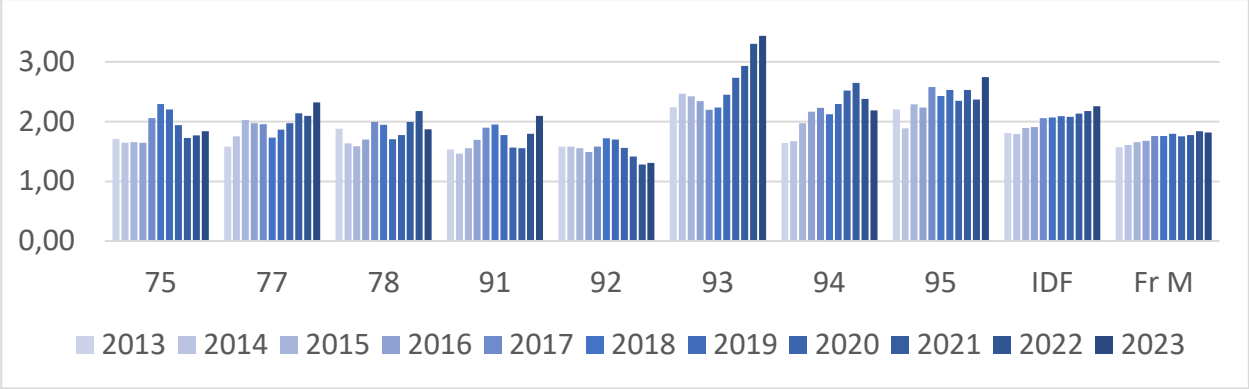
Graphique 9 : Evolution des différentes composantes de la mortalité infantile en Ile-de-France (en ‰)



Source : INSEE – ARS Île-de-France

[119] De façon plus précise, l'évolution de la mortalité néonatale précoce (J0-J6) au sein de cette région (2,3 ‰ en 2023) pointe **les situations sanitaires très dégradées de la Seine-Saint-Denis (3,3 ‰), du Val-d'Oise (3,2 ‰) et, dans une moindre mesure, de la Seine-et-Marne (2,8 ‰)**. Avec 2 ‰, Paris obtient un résultat égal à celui de la France entière (2 ‰) et légèrement au-dessus de celui de la France métropolitaine (1,9 ‰) (*cf*. graphique ci-dessous).

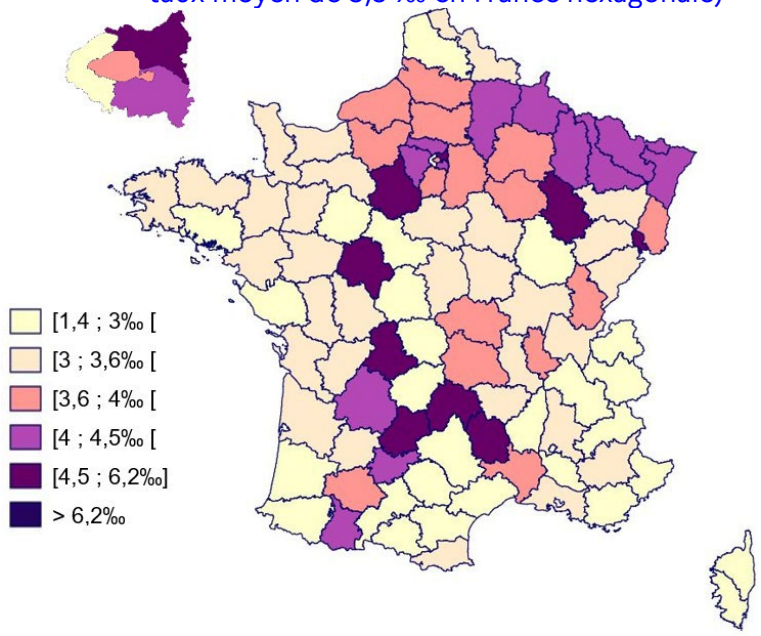
Graphique 10 : Taux de mortalité néonatale précoce par département en Île-de-France



Source : INSEE ARS Île-de-France, données domiciliées lissées sur 3 ans

[120] Envisagé sur l'ensemble du territoire, l'examen des taux de mortalité infantile en moyenne, sur une période triennale, par exemple, ainsi que l'a réalisé le Sénat[37], permet de lisser certaines variabilités statistiques -observables dans les petits départements ayant un nombre annuel de naissances réduit- et de confirmer les tendances énoncées.

Carte 1 : Taux moyen de mortalité infantile par département sur la période 2020-2022 (avec un taux moyen de 3,5 ‰ en France hexagonale)



Source : mission d'information sénatoriale

[121] **En Outre-mer, comme en matière de mortalité maternelle, la situation est très préoccupante :** selon l'INSEE [38], de 2004 à 2022, le taux moyen de mortalité infantile, *caeteris paribus*, est resté plus de deux fois plus élevé dans les DROM (8,0 ‰), qu'en France métropolitaine (3,5 ‰). La Guyane est le département avec le plus fort taux (9,7 ‰), suivi par

[37] « Transformation de l'offre de soins périnatals dans les territoires : le travail doit commencer », Rapport d'information n° 753 (2023-2024), déposé le 10 septembre 2024.
[38] INSEE Première, n° 2048, avril 2025, op.cit.

Mayotte (9,2 ‰), la Martinique (8,0 ‰), la Guadeloupe (7,8 ‰) et La Réunion (6,9 ‰). En France métropolitaine, tous les départements ont enregistré, en moyenne, sur la période, un taux de mortalité infantile inférieur ou égal à 5 ‰, et toutes les régions un taux inférieur à 4 ‰.

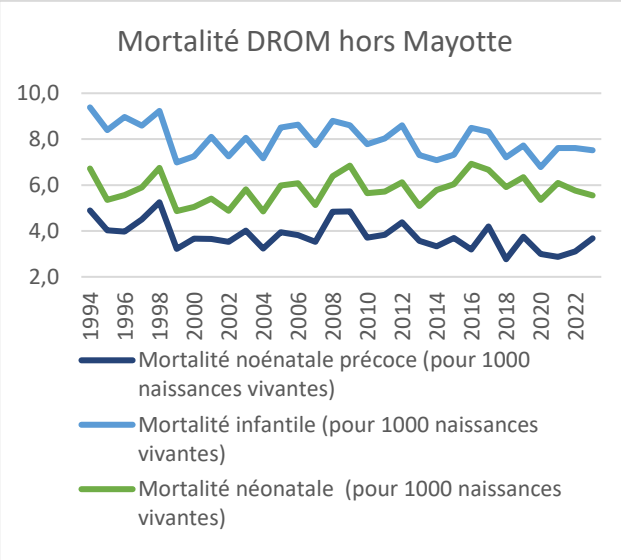
[122] Ce constat alarmant renvoie principalement aux conditions socio-économiques de la population vivant dans ces territoires (*cf*. annexe 5 relative aux départements d'outre-mer).

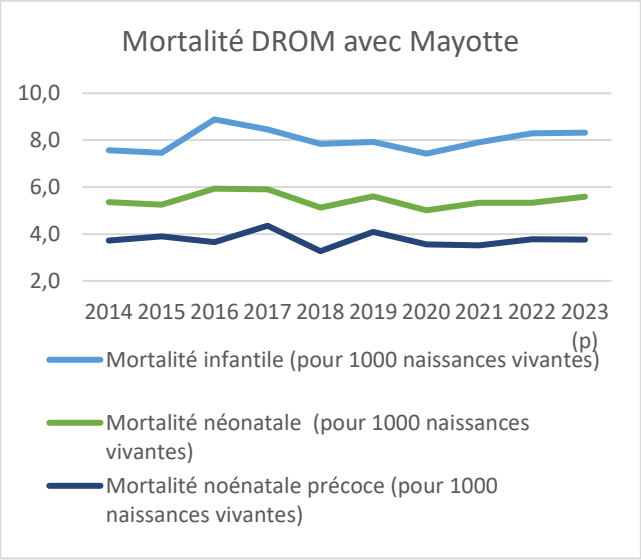
[123] La pauvreté y est plus répandue qu'en métropole et les femmes y connaissent davantage de problèmes de santé. A titre d'exemple, en 2021, entre 22 % et 25 % des femmes ultramarines étaient atteintes d'obésité avant leur grossesse, contre 14 % en France métropolitaine. De même, la part des enfants avec un poids à la naissance inférieur à 2 500 g était globalement plus élevée (entre 10,5 % et 12,4 %, contre 7,1 % en France métropolitaine).

[124] Toutefois, cette situation dégradée, ancienne, doit être examinée avec soin. Sur la période 2014-2024, permettant des comparaisons avec et sans Mayotte[39], territoire où les situations socio-démographique et médicale sont particulièrement difficiles, la mortalité infantile dans les DROM (Mayotte inclus) est ainsi passée de 7,5 ‰ à 8,1 ‰, soit une augmentation de 0,6 point. Mais celle-ci est imputable pour l'essentiel (0,5 point) à la mortalité post-néonatale (J28-J364), la mortalité néonatale (J0-J27) n'ayant crû que de 0,1 point, de 5,3 ‰ à 5,4 ‰. De façon plus précise, la mortalité néonatale précoce (J0-J6) est restée stable à 3,7 ‰.

[125] En ne prenant pas en compte Mayotte, les taux enregistrés ont évolué respectivement de 7,1 à 7,3 ‰ pour la mortalité infantile, avec même une baisse de 5,8 à 5,1 ‰ (-0,7 point) pour la mortalité néonatale et une hausse de 3,3 à 3,7 ‰ (+0,4 point) de la mortalité néonatale précoce.

Graphique 11 : Evolution de la mortalité infantile et de ses composantes dans les DROM





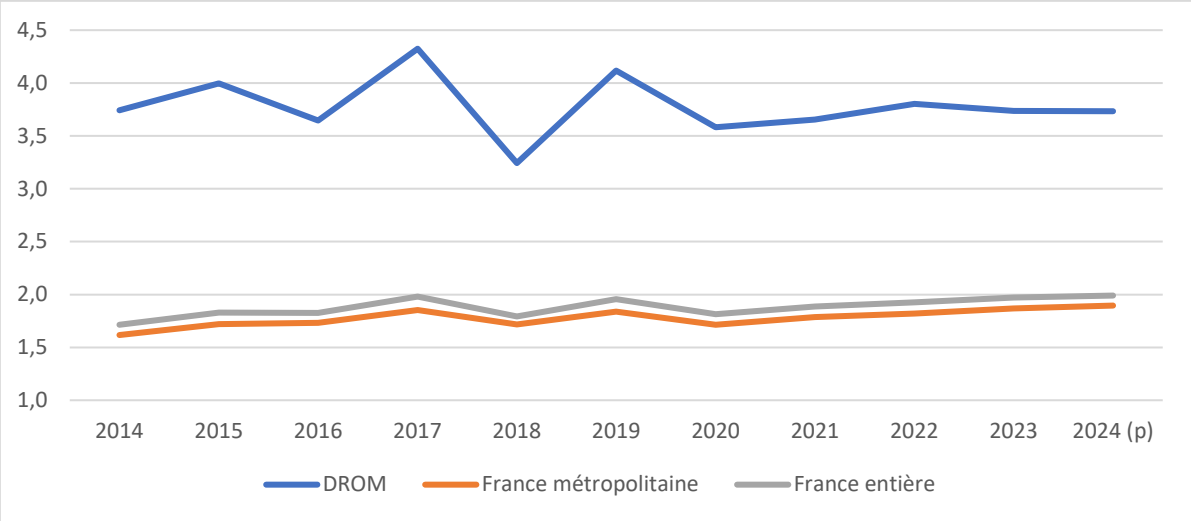
Source : DREES (Benoît OURLIAC) pour la mission

[39] Les statistiques officielles dans ce département ne sont disponibles que depuis 2014.

[126] Dans le même temps, la mortalité infantile en métropole augmentait de 3,3 à 3,9 ‰, soit une hausse de 0,6 point, due à une mortalité néonatale en poussée de 2,3 à 2,8 ‰, soit plus 0,5 point, avec une hausse de 0,3 point, de 1,6 à 1,9 ‰, de la mortalité néonatale précoce.

[127] L'évolution contrastée du taux de mortalité néonatale précoce entre la métropole -où elle croît- et les territoires ultramarins -où elle demeure contenue- est représentée ci-dessous.

Graphique 12 : Mortalité néonatale précoce (pour 1 000 naissances vivantes)



Source : DREES (Benoît OURLIAC) pour la mission

[128] Le taux de mortalité infantile en 2024 de la France métropolitaine, abstraction faite des résultats ultramarins, a atteint, selon l'INSEE, 3,9 ‰, soit 0,2 point de moins que le taux de la France entière (4,1 ‰) ; la différence est de 0,1 point de moins pour la mortalité néonatale (2,9 ‰ dans la France entière et 2,8 ‰ dans l'Hexagone) ; le taux dans les DROM est de 8,1 ‰.

[129] Une comparaison avec l'année précédente donne une première indication de la déconnexion entre les mouvements observés dans l'Hexagone et outre-mer : entre 2023 et 2024, **alors que la mortalité infantile continuait sa progression dans l'Hexagone (de 3,7 ‰ à 3,9 ‰), elle diminuait dans le territoires ultramarins (de 8,3 ‰ à 8,1 ‰), le taux de la France entière passant, lui, sous l'effet de la mortalité en métropole, de 4 ‰ à 4,1 ‰.**

[130] Si l'on s'intéresse à la mortalité néonatale, dont on a vu qu'elle était responsable à elle seule de la reprise de la mortalité infantile en France, on constate que, depuis 2014, elle a diminué de 5,8 ‰ à 5,5 ‰ pour les DROM hors Mayotte et légèrement augmenté de 5,4 ‰ à 5,6 ‰ si l'on inclut Mayotte, alors que, dans le même temps, le taux métropolitain a augmenté, lui, de 0,5 point, passant de 2,3 ‰ à 2,8 ‰.

[131] De même, **le poids relatif des DROM dans la mortalité infantile nationale a, au cours de la décennie 2014-2024, diminué comme suit[40] :**

- alors que les DROM (Mayotte compris) avaient en 2014 un taux de mortalité infantile 2,27 fois plus élevé que celui de la France hexagonale, ce rapport n'était plus que de 2,07 en

[40] Calculs de la mission, à partir des sources INSEE-DREES.

2024. Pour ce qui concerne la mortalité néonatale, ce rapport est passé de 2,3 à 1,93, soit 0,4 point de moins ;

- en ne prenant pas en compte Mayotte, le rapport entre les mortalités infantiles des DROM et de la métropole diminue, là encore, de 2,15 à 1,87, et celui entre les mortalités néonatales, de façon encore plus nette, 2,52 à 1,82, soit 0,7 point de moins ;
- parallèlement, la part de l'Hexagone dans les résultats de la France entière a augmenté de 94,28 à 95,12 % pour ce qui concerne la mortalité infantile, et de 95,83 à 96,55 % pour la mortalité néonatale.

[132] Ces analyses permettent donc de récuser l'hypothèse selon laquelle la situation ultramarine, par ailleurs très sérieuse et méritant une attention particulière, pourrait être tenue pour responsable de la reprise de la mortalité infantile en France : ***c'est bien dans les évolutions en cours dans le seul Hexagone qu'il faut chercher l'explication de la dégradation des indicateurs de santé périnatale dans la France entière.***

[133] La gravité de la situation en Outre-mer impose néanmoins, selon la mission, une action résolue en faveur de la périnatalité et en matière de lutte contre la mortalité infantile dans ces territoires.

[134] La mission ne propose pas de mesures d'ordre général applicables de façon uniforme à l'ensemble des cinq DROM, chacun d'entre eux présentant des caractéristiques propres et étant confronté à des situations particulières en termes de facteurs de risque de mortalité infantile ou de difficultés organisationnelles.

[135] Elle préconise plutôt le lancement d'une démarche analogue dans ces cinq territoires consistant à réunir dès le début de l'année 2026, sous le copilotage de l'Etat (plus particulièrement des ARS) et des Conseils départementaux, l'ensemble des acteurs concernés par la périnatalité (représentants des maternités, professionnels de santé, PMI, représentants des collectivités et des usagers, services d'aide médicale urgente -SAMU- et services départementaux d'incendie et de secours -SDIS-…) afin d'identifier les principaux facteurs à l'origine de la situation dégradée et, une fois le diagnostic établi et partagé entre toutes les parties prenantes, de concevoir les solutions locales appropriées pour lutter plus directement contre ces facteurs de risque.

[136] Des plans d'actions propres à chacun des territoires pourront ainsi être conçus et mis en œuvre dès la fin de l'année 2026, avec un suivi régulier ensuite des effets sur l'évolution des données épidémiologiques dans le territoire.

[137] Pour mener à bien cette démarche, la mission indique que les acteurs pourront s'inspirer, notamment du programme régional « Rémi » (réduction de la mortalité infantile) qui avait été mis en place à partir de 2012 en région Ile-de-France et qui, pour ce que la mission a pu en connaitre, avait produit des effets positifs notables.

Recommandation n°3 Dans chacun des cinq DROM, concevoir au cours de l'année 2026 un plan d'action spécifique, copiloté par l'Etat (ARS) et les conseils départementaux, visant à lutter de façon structurée contre les principaux facteurs à l'origine de la surmortalité infantile dans ces territoires. S'agissant de Mayotte, intégrer ce plan dans « *la stratégie quinquennale annexée à la loi du 11 août 2025 de programmation pour la refondation de Mayotte* ».

1.1.3 La France connaît désormais une forme de déclassement sur le plan international

[138] Par rapport aux pays développés, la stagnation puis l'augmentation récente de la mortalité infantile singularise désormais la France. **Longtemps un modèle en matière de santé périnatale, la France voit aujourd'hui sa position reculer de façon inquiétante**. Le classement de la France en Europe en matière de mortalité infantile est passé de la 3ème place entre 1996 et 2000 à la 20ème en 2021[41], puis à la 23ème à partir de 2022.

[139] Si la prise de conscience publique de ce recul français date de la seconde moitié de l'année 2024, **les travaux scientifiques consacrés à cette question** remontent, eux, au début des années 2010. Ils **n'ont cependant malheureusement pas reçu en temps utile l'écho qui aurait dû être le leur.**

[140] Dès 2011, une étude importante[42], analysant la période entre 1999 et 2010, signalait la stagnation de la mortalité infantile en France, alors même que celle-ci continuait à se réduire chez nos partenaires européens. La France (entière, DROM inclus) occupait le 7ème rang en 1999 juste derrière les pays nordiques ; elle se situait en 2009 à la 20ème place d'après les statistiques d'Eurostat portant sur les 27 pays de l'union européenne. La France métropolitaine occupait la 6ème place en 1999 et la 17ème en 2009.

[141] Avant même la rupture de 2011, dès les années 2000, la France connaissait donc une rétrogradation dans le classement européen de la mortalité infantile, due à une stagnation de ses résultats alors que ses voisins voyaient leurs taux respectifs continuer à diminuer.

[142] Plus près de nous, en 2022, une étude de référence conduite sur 19 années (2001-2019)[43], a resitué l'évolution française récente sur un plan international.

[143] Rappelant, elle aussi, qu'au cours des trois dernières décennies la mortalité infantile a régulièrement diminué dans tous les pays développés, elle soulignait qu'alors que ce taux n'a cessé de baisser jusqu'à ces dernières années incluses dans un groupe de pays comparables au nôtre - Finlande, Norvège, Suède, Islande, Japon et Slovénie -, atteignant des seuils très bas, de l'ordre de 2 ‰, la France, elle, a vu ce mouvement s'interrompre puis s'inverser à partir de 2012.

[144] Cette reprise de la mortalité infantile, significative sur le plan statistique et sans précédent sur le plan historique (« *a recent significant and historically unprecedented rise in Infant Mortality Rate in France since 2012* ») est imputable à la seule mortalité néonatale et, en particulier, à la mortalité néonatale précoce.

---

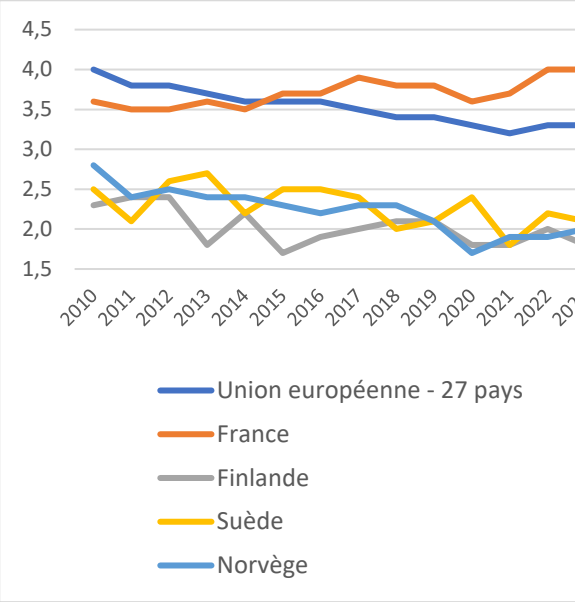
[41] INSEE, Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne, INSEE Focus 301, 2023

[42] Xavier NIEL (INSEE, Division des Enquêtes et Études Démographiques), document de travail n° F1106, Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente. L'apport de l'échantillon démographique permanent.

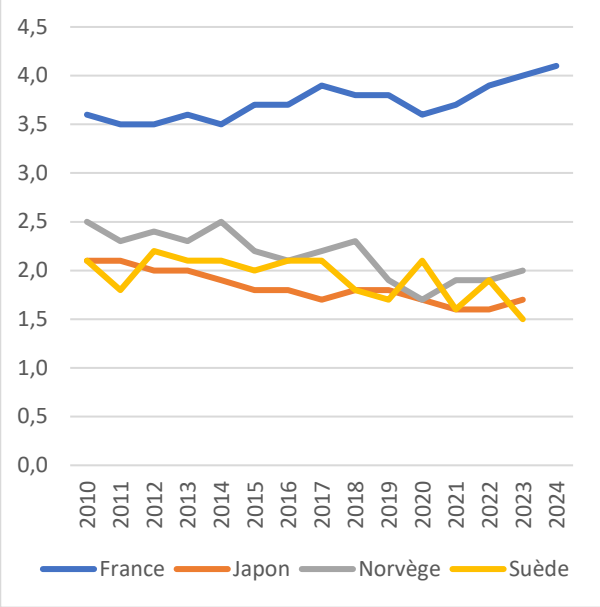
[43] Nhung T.H. Trinh, Sophie de Visme, Jérémie F. Cohen, Tim Bruckner, Nathalie Lelong, Pauline Adnot, Jean-Christophe Rozé, Béatrice Blondel, François Goffinet, Grégoire Rey Pierre-Yves Ancel, Jennifer Zeitlin, and Martin Chalumeau, Recent historic increase of infant mortality in France : A time-series analysis, 2001 to 2019, *The Lancet Regional Health – Europe* 2022;16: 100339 Published online 1 March 2022.

[145] Les données d'Eurostat indiquent que cette dégradation s'est prolongée les années suivantes : en 2023, alors que la moyenne au sein de l'UE à 27 était de 3,3 ‰, la France enregistrait un taux de 4 ‰ (4,1 ‰ en 2024), nettement supérieur à celui de l'Allemagne (3,2 ‰). Notre pays a désormais un taux de mortalité infantile double de celui des pays scandinaves, en tête du classement européen : 1,8 pour la Finlande, 2 pour la Norvège, 2,1 pour la Suède**. Même des pays du sud de l'Europe, enregistrant habituellement des résultats médiocres en matière de santé publique, obtiennent des résultats meilleurs que les nôtres : 2,5 ‰ pour l'Italie et le Portugal, et 2,6 ‰ pour l'Espagne**. Les deux figures ci-dessous illustrent ce constat.

Graphique 13 : Comparaison des taux de mortalité infantile de 2010 à 2023 entre plusieurs pays



Source : Eurostat-DREES (Benoît Ourliac) pour la mission



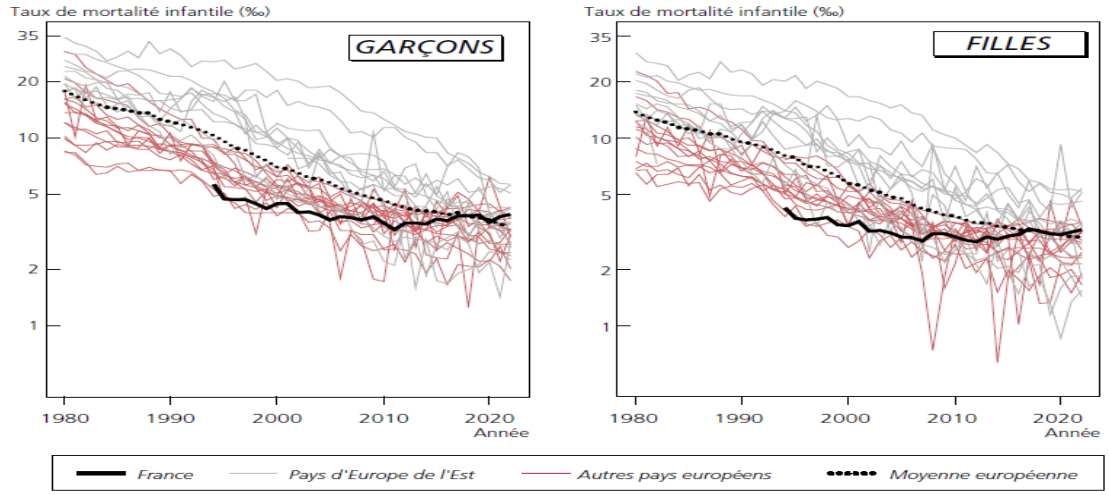
Source : OCDE-Dr. Jeanne Fresson pour la mission

[146] Ce constat d'échec a été confirmé et complété par les travaux de l'INED en 2024[44].

[147] En 1990, la France était encore en tête du classement européen pour la survie des enfants. Vingt ans plus tard, elle occupait le 8ème rang pour les garçons et le 10ème pour les filles. En 2022, elle a chuté respectivement aux 24ème et 22ème places. Les deux séries de courbes suivantes illustrent ce décrochage.

[44] Didier Breton, Nicolas Belliot, Magali Barbieri et al., 2024, L'évolution démographique récente de la France : Une position singulière dans l'Union européenne, Population (édition française) 79 : [1-85].

Schéma 2 : Evolution des taux de mortalité infantile en Europe selon le sexe de l'enfant

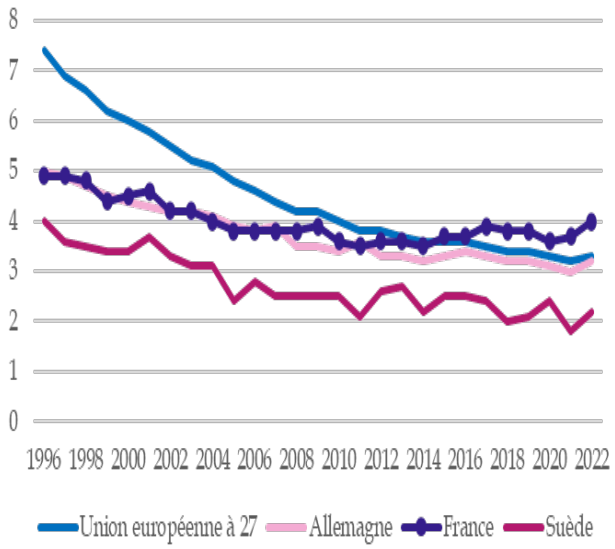


Champ : France entière ; Union européenne dans ses frontières de 2023.
Source : Human Mortality Database ; Eurostat ; Insee (Division des études et enquêtes démographiques) ; calcul des auteur·es.

[148] Cette même année 2022, la France était classée en 23ème position parmi les 27 membres de l'Union européenne en termes de mortalité infantile.

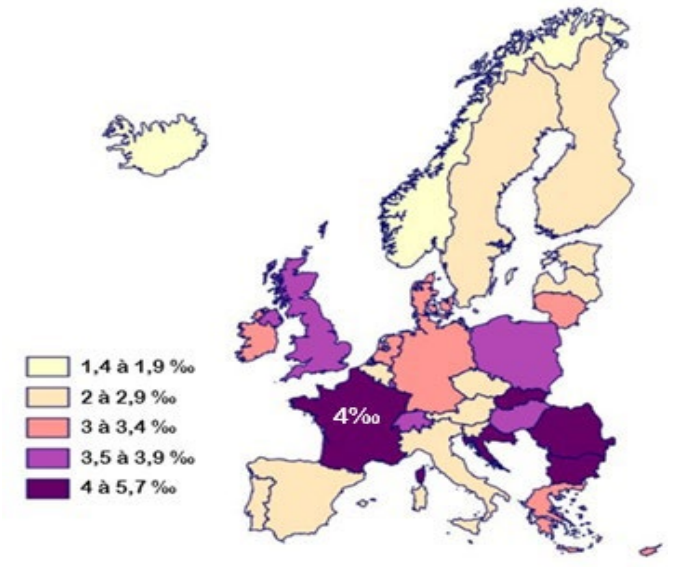
Quelques mois plus tard, l'enquête du Sénat, déjà mentionnée plus haut, est revenue sur la situation préoccupante de la France au sein de l'ensemble européen. Le graphique et la carte qui suivent résument ce travail d'enquête sur ce point et montrent que, même des pays comme l'Espagne, l'Italie, la Grèce ou le Portugal obtiennent désormais des résultats nettement meilleurs que les nôtres.

Graphique 14 : Taux de mortalité infantile dans l'UE entre 1996 et 2022



Source : Mission d'enquête sénatoriale

Carte 2 : Taux de mortalité infantile en Europe en 2023



Source : Mission d'enquête sénatoriale

[149] Enfin, au printemps dernier (avril 2025), l'INSEE a conclu cette séquence de publications officielles sur la dégradation du rang de la France par rapport aux autres pays d'Europe[45]**. Le taux de mortalité infantile en France est supérieur à la moyenne de l'Union européenne depuis 2015. En 2024, il atteignait ainsi 3,3 ‰ en moyenne dans l'Union européenne, contre 4,1 ‰ en France**. Contrairement à la France, le taux de mortalité infantile continue de diminuer en Europe, bien qu'à un rythme plus faible.

[150] Plus encore que le niveau atteint, c'est cette interruption du mouvement de baisse en France qui est préoccupante, *per se*, et parce qu'elle nous singularise parmi nos voisins dont le niveau de développement scientifique, médical, économique et social est comparable.

[151] Si la France connaissait le taux de mortalité infantile moyen au sein de l'UE, soit 3,3 ‰, si son excès de mortalité était donc résorbé, elle n'aurait perdu, en 2024, que 2 180 enfants avant l'âge d'un an, au lieu de 2 709. Pour le dire autrement, **529 morts d'enfants dans leur première année auraient pu être évitées en 2024. Si la France avait obtenu, toujours en 2024, les résultats de l'Italie ou du Portugal, soit une mortalité infantile de 2,5 ‰, elle aurait cette fois évité la mort avant un an de 1 057 enfants. On le mesure ainsi, il existe à l'heure actuelle, en France, un excès de mortalité néonatale, et donc infantile, considérable.**

[152] Ces quelques chiffres permettent de mesurer l'ampleur et l'acuité de l'enjeu de santé publique représenté par l'excès actuel de mortalité néonatale en France.

1.2 Cette évolution inquiétante renvoie pour l'essentiel à des facteurs d'ordre populationnel

[153] De l'avis de tous les spécialistes rencontrés, comme de l'ensemble des études scientifiques consultées, la remontée récente de la mortalité infantile en France, due essentiellement à la reprise de la mortalité néonatale, représente **un phénomène multifactoriel**.

[154] **Selon ces mêmes sources, le poids des facteurs d'ordre populationnel paraît déterminant, sans que l'on puisse toutefois lui apporter une pondération précise**.

[155] Seront examinés ici successivement la question -centrale dans la reprise de la mortalité néonatale- de la prématurité (1.2.1) puis le poids des différents facteurs populationnels (1.2.2).

1.2.1 Le rôle central de la prématurité dans la mortalité néonatale

[156] Les études épidémiologiques internationales indiquent que les principales causes de mortalité néonatale dans les pays disposant de systèmes de santé performants sont :

- *la prématurité* -c'est-à-dire la naissance avant le terme normal de la grossesse, soit entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée (SA)[46]- et ses complications, représentant 50 % des causes de décès ;

[45] « Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France », *INSEE Première*, n° 2048, avril 2025.
[46] L'OMS distingue la prématurité modérée (32-36 SA), la grande prématurité (28-31 SA) et la prématurité extrême (22-27 SA). Aucune survie de fœtus n'a jamais été constatée en deçà de 22 SA.

- puis *les malformations congénitales*, pour 20 à 25 % des décès ;
- et, enfin, *les complications de l'accouchement*, pour 15 à 20 % des causes de décès, notamment les asphyxies du nouveau-né et l'encéphalopathie hypoxique-ischémique.

[157] **En France, environ 55 000 enfants naissent prématurément chaque année, soit 6,9 % des naissances**[47]. La naissance prématurée d'un enfant interrompt son développement i*n utero* : ses organes sont présents, mais ils sont encore immatures. Cette immaturité physiologique généralisée concerne principalement le cerveau, les poumons, le tube digestif et l'œil, avec les complications qui en découlent et la mortalité qui leur est associée.

[158] La DREES estime à 81 % la part des naissances prématurées dans le nombre des décès périnatals. Le risque de mort pour les enfants prématurés est environ 50 fois supérieur à celui des enfants nés à terme.

[159] De façon plus large dans le temps, environ deux tiers des décès recensés chez les enfants concernent des enfants nés prématurément ou avec un faible poids de naissance. Ce taux de décès est cependant très variable selon l'âge gestationnel des enfants : estimé à 60–70 % pour les très grands prématurés, il est inférieur à 1 % pour les enfants nés à 35–36 SA.

[160] Les causes de la prématurité sont multiples. On estime que 60 % des naissances prématurées sont spontanées, dues à des contractions utérines précoces dont l'origine est rarement identifiée, ou encore à la rupture prématurée des membranes fœtales. Il faut rappeler que la parturition humaine demeure encore largement inexpliquée : comprendre les signaux qui président au déclenchement du travail d'accouchement constitue d'ailleurs un objectif primordial des recherches actuelles.

[161] Certaines infections (génito-urinaires ou généralisées), des anomalies de l'utérus et/ou du placenta (comme le placenta prævia qui peut se compliquer d'une hémorragie), un diabète maternel ou encore un hématome rétro-placentaire (décollement prématuré du placenta accompagné d'un hématome) peuvent entraîner un accouchement prématuré.

[162] Des conditions socio-économiques défavorables, un âge plus avancé des mères, le stress ou encore la consommation de tabac sont aussi impliqués. Le taux de naissances prématurées est également plus élevé en cas de grossesses multiples : il atteint alors 52,6 %, contre 5,5 % lorsque la mère porte un seul enfant[48].

[163] Enfin, résultant d'une décision médicale, justifiée par l'existence d'un risque majeur pour la santé du fœtus et/ou de la mère en cours de la grossesse (retard de croissance grave du fœtus, hypertension artérielle maternelle sévère chez la mère, hémorragie maternelle), certaines naissances prématurées sont provoquées et ont alors le plus souvent lieu par césarienne.

[164] La prématurité constitue un risque vital immédiat pour l'enfant, mais également un risque de morbidités prolongé dans le temps, en raison des complications, notamment neurologiques, qui lui sont associées.

[47] INSERM, Prématurité. Des bébés qui arrivent trop tôt, 13 février 2023.
[48] SpF et INSERM, Enquête nationale périnatale, rapport 2021, octobre 2022.

[165] La grande prématurité est à l'origine de presque la moitié des séquelles motrices observées dans la petite enfance. Compte tenu de sa fréquence et de ses conséquences ultérieures sur la qualité de la survie de l'enfant, la grande prématurité reste un problème grave de santé publique. Aujourd'hui, le nombre d'enfants grands prématurés sans handicap augmente, mais le nombre d'enfants grands prématurés avec handicap augmente également.

[166] La prise en charge d'un enfant prématuré dépend de son stade de prématurité. Les prématurés extrêmes et grands prématurés sont accueillis en service de réanimation néonatale. Lorsque la phase critique est dépassée, ces enfants sont ensuite orientés vers les services de soins intensifs, puis de néonatalogie, une fois leur état de santé stabilisé.

[167] Étant donné les risques de complications chez les très grands prématurés, leur prise en charge résulte d'une décision collégiale entre les soignants, qui la préconisent s'ils la jugent pertinente, et les parents, qui l'acceptent s'ils le souhaitent.

[168] L'évolution de l'état de santé d'un prématuré dépend de chaque enfant. Aucun marqueur ne permet de savoir avec précision si un enfant va développer des complications ou des difficultés à long terme. Certains facteurs sont néanmoins plus favorables : l'âge gestationnel plus avancé (il existe une relation continue entre l'augmentation de l'âge gestationnel et la baisse de la morbi-mortalité néonatale), le poids, ou encore le sexe : le fait d'être une fille est positif.

[169] La mortalité néonatale précoce représente près de 70 % de la mortalité néonatale. C'est elle qui est en cause dans l'accroissement du taux de mortalité néonatale, la mortalité néonatale tardive demeurant stable. **L'analyse de la mortalité néonatale précoce en France en 2019, issue des données PMSI, montre que dans 74,9 % des cas, il s'agit d'une naissance prématurée (<37 SA) et dans 50,5 % des cas d'une extrême prématurité (<28 SA)[49].**

[170] Des données de l'équipe conjointe EPOPé (INSERM)/OPPaLE (du Centre de recherche en épidémiologie et statistiques -CRESS) montrent que l'excès de mortalité en France par rapport aux autres pays européens concerne principalement les nouveau-nés grands et très grands prématurés (moins de 32 semaines d'aménorrhée), quel que soit leur âge gestationnel et avec ou sans malformations congénitales.

[171] ***Cette remontée de la mortalité néonatale pourrait, dans une proportion modérée, être imputable à un report de la mortinatalité sur la mortalité néonatale.***

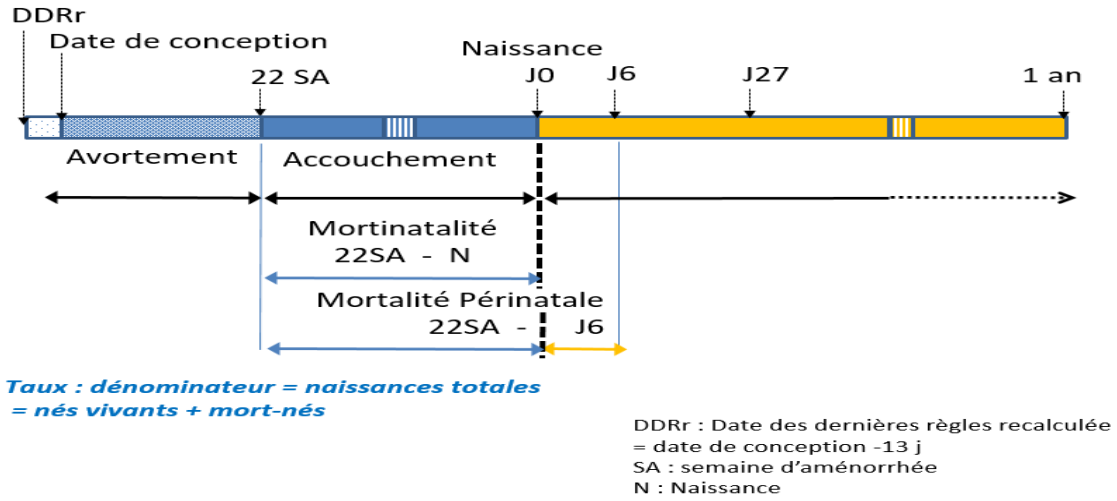
[172] L'amélioration de la prise en charge médicale des prématurés extrêmes, particulièrement ceux nés à 22-23 SA, en permettant à ces enfants de survivre quelques heures ou quelques jours après l'accouchement, alors qu'ils auraient été auparavant expulsés comme mort-nés et n'auraient pas, par conséquent, été comptabilisés dans les naissances vivantes, a pu avoir un léger impact sur la hausse de la mortalité néonatale observée depuis 2011.

[173] La prise en compte des évolutions respectives des taux de mortinatalité et de mortalité périnatale permet d'examiner et de préciser cette hypothèse.

[49] SPF, Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019, mai 2024.

[174] Le taux de mortalité périnatale correspond au nombre d'enfants nés sans vie (mortinatalité, quasi-exclusivement hospitalière [50]) et d'enfants décédés au cours de la première semaine rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants ou sans vie. Le schéma ci-dessous illustre les rapports qu'entretiennent mortinatalité, mortalité néonatale précoce et mortalité périnatale.

Schéma 3 : Composition de la mortalité périnatale



Source : Dr Jeanne Fresson et Claudie Menguy

[175] En cumulant la mortinatalité et la mortalité néonatale précoce (J0 à J6), la mortalité périnatale 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 médicales (interruption médicale de grossesse -IMG).

[176] Les dernières estimations de la mortalité périnatale par la DREES portent sur la période 2014-2019 [51] ; elle est restée relativement stable durant celle-ci, de même que ses deux composantes. En 2019, le taux de mortalité périnatale était estimé à 10,2 ‰ :

- mortinatalité à un taux de 8,5 ‰, correspondant à une mortinatalité spontanée (sans IMG) de 5,2 ‰, et à un taux d'interruption médicale de grossesse (IMG) de 3,3 ‰ ;
- mortalité néonatale précoce à un taux de 1,7 ‰.

[177] En revanche, entre 2012 et 2023, le taux de mortinatalité a diminué de 0,4 point sur la période considérée, baissant de 9,2 ‰ à 8,8 ‰, soit 301 décès en moins :

- le taux de mortinatalité spontanée (morts fœtales spontanées, MFS, hors IMG) a baissé de 0,2 point, passant de 5,5 ‰ (3 742 décès) en 2012 à 5,3 ‰ (3 588 décès) en 2023, soit 154 décès en moins ;

[50] La mortinatalité est mesurée à partir des seuils définis par l'OMS : âge gestationnel à la naissance de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids de naissance d'au moins 500 g.
[51] DREES, Stabilité de la mortalité périnatale entre 2014 et 2019.

- de même, le nombre d'IMG pratiquées a été légèrement réduit (-0,2 point), passant de 3.7 ‰ (2 505 décès) en 2012 à 3,5 ‰ (2 358 décès) en 2023, soit 147 décès en moins. Et cela alors même que le nombre des grossesses poursuivies en dépit d'une pathologie fœtale grave, potentiellement éligible à une IMG, a, lui, augmenté, passant de 1 189 en 2014 à 1 587 en 2018 (+33 %) et à 1952 en 2022 (+64 %).

[178] La conjonction de ces deux tendances aurait pu avoir pour conséquence une augmentation du nombre de naissances d'enfants très fragiles et, mécaniquement, par effet « report » de certaines IMG potentielles, une hausse du nombre de décès néonatals dans les tout premiers jours.

[179] Dans le même temps, la mortalité néonatale précoce, elle, progressait légèrement, de l'ordre de +0,1 ‰.

[180] Cette légère augmentation de la mortalité néonatale précoce, et son recentrage sur les premiers jours et sur les âges gestationnels très faibles, pourrait refléter des évolutions dans la prise en charge des très grands prématurés ou des choix de non-réanimation en cas de pronostic trop défavorable.

[181] Une étude récente réalisée en collaboration par le CépiDc-Inserm et la DREES sur les causes des décès néonatals (J0-J27), menée sur la période 2001-2017, permet de confirmer ce constat[52]. Elle conclut que « *l'hypothèse d'une prise en charge plus active, à la limite de la viabilité pourrait expliquer en partie l'augmentation globale de la mortalité néonatale en France, comparée à la baisse observée dans la plupart des pays européens, où une prise en charge plus active des naissances extrêmement prématurées a été mise en place plus tôt* ».

[182] **Quoi qu'il en soit, l'impact de ce report, difficile à préciser, mais limité dans son ampleur, s'il peut rendre compte d'une fraction modérée de l'augmentation de la mortalité néonatale précoce observée en France depuis 2011, ne permet pas, en revanche, d'expliquer le décrochage français actuel dans les comparaisons internationales et, en particulier, européennes**.

[183] Cette place centrale de la grande prématurité dans la reprise de la mortalité néonatale, et par conséquent, de la mortalité infantile, en France, conduit, en amont, à expliciter ses causes socio-démographiques et médicales, ce qui permet également de concevoir les moyens d'adapter et de renforcer les politiques de prévention de ces facteurs de risque ; mais aussi, en aval, à identifier les lacunes actuellement constatées dans la prise en charge médicale des enfants prématurés, afin d'y remédier en renforçant les services de réanimation néonatale et, de façon plus générale, de néonatalogie.

[52] Guillaume Mulier et alii, Neonatal mortality in 2001–2017 in France : A cause-specific and spatiotemporal analysis, Journal of Epidemiology and Population Health, 73 (2025) 202805.

1.2.2 Le poids déterminant des facteurs populationnels

[184] Quatre ordres de facteurs médicaux et socioéconomiques ont un impact direct sur la mortalité infantile[53] :

- les déterminants de santé des femmes ;
- le suivi de la grossesse et la prévention ;
- l'organisation et la qualité des soins autour de la naissance ;
- la prise en charge néonatale enfin.

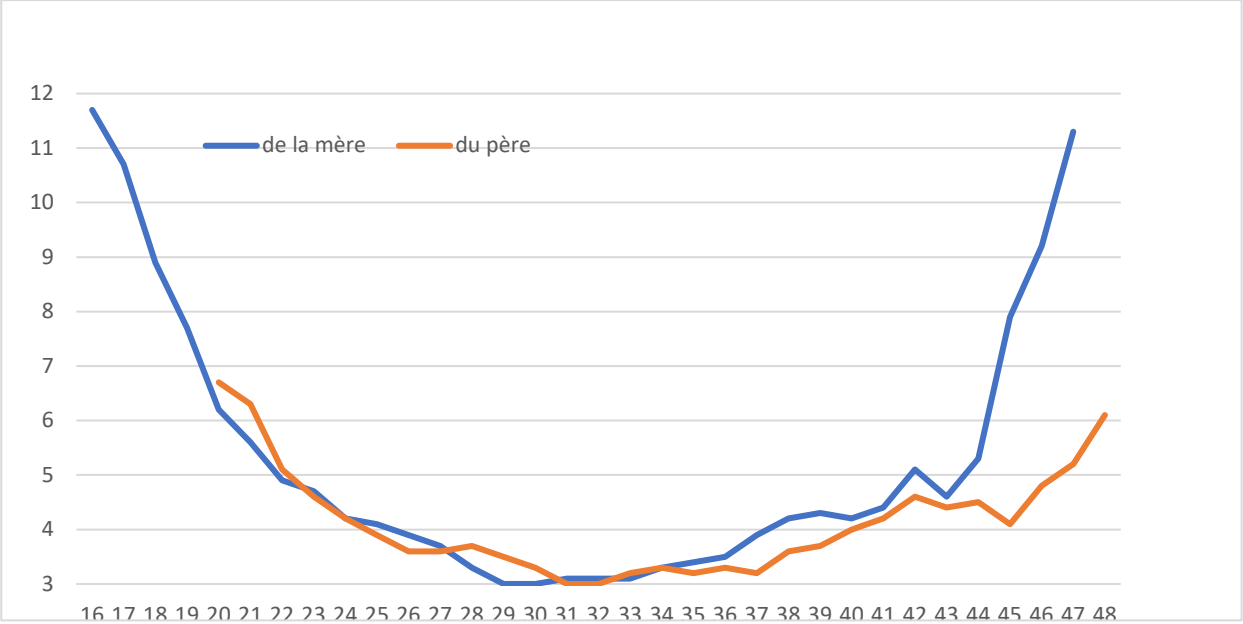
[185] Les déterminants de santé affectant la mère, aggravant le plus souvent le risque de prématurité, sont bien connus : il s'agit de l'âge ; de l'origine ethnique ; du poids ; de l'état de santé général ; des diverses addictions (tabagisme, alcoolisme, usage de drogues, prise de certains médicaments) ; des pathologies générales et chroniques : hypertension artérielle (HTA), diabète, autre maladies chroniques ou cancers, notamment du sein ; des infections bactériennes, virales ou parasitaires ; des antécédents gynécologiques ou obstétricaux et des pathologies obstétricales (hématome rétro-placentaire, incompatibilité fœto-maternelle) ; des éventuelles caractéristiques de la grossesse (gémellaire ou multiple) ; des pathologies du fœtus, (malformations congénitales, anomalies chromosomiques…).

[186] ***Or, dans la période récente, plusieurs de ces facteurs de risque, d'ordre populationnel, ont vu leur incidence et leur prévalence s'accroître, parfois substantiellement.***

[187] ***Il en va d'abord ainsi de l'âge des femmes enceintes.*** L'âge des parents, singulièrement celui des mères, constitue un facteur de risque au regard de la mortalité infantile, ainsi que l'a confirmé l'INSEE[54]. À caractéristiques égales (sexe de l'enfant, âge du père, catégorie sociale, lieu de naissance et de résidence de la mère), les mères très jeunes, ayant moins de 20 ans, ou, à l'inverse, les plus âgées, au-delà de 40 ans, ont plus de risque de perdre leur enfant avant son premier anniversaire.

[53] Reno R., Hyder A., The evidence base for social déterminants of health as risk factors for infant mortality : a systematic scoping review, Journal of Health Care Poor Unders, 2018 ; 29, 1188-1208.
[54] INSEE Première, n° 2048, avril 2025.

Graphique 15 : Taux de mortalité infantile
selon l'âge des parents (pour 1 000 enfants nés)



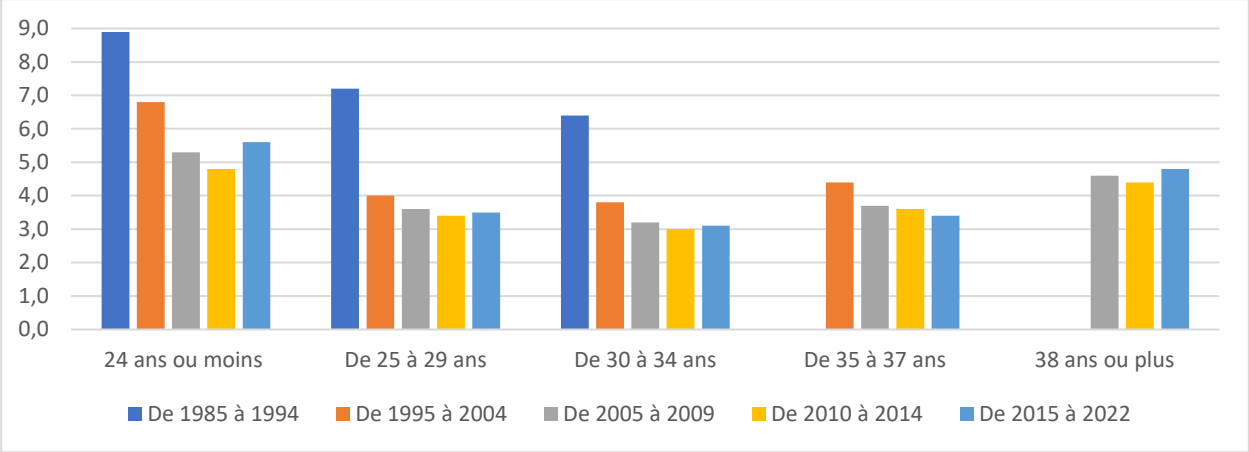
Source : INSEE, échantillon démographique permanent[55] (EDP)

[188] Chez les femmes les plus jeunes, un moins bon suivi des grossesses peut contribuer à augmenter ce risque. Quant aux mères plus âgées, elles sont plus souvent confrontées à des pathologies préexistantes ou à des complications au cours de la grossesse, ainsi qu'à des grossesses multiples ou des anomalies congénitales. Comme pour les mères, le risque de perdre son enfant augmente pour les pères très jeunes ou très âgés. Toutefois, *caeteris paribus*, notamment à âge de la mère donné, ce risque ne varie quasiment pas avec l'âge du père.

[189] Sur la période 2004-2022, en moyenne, le taux de mortalité infantile est inférieur à 4 ‰ pour les mères âgées de 26 à 37 ans, et inférieur à 5 ‰ pour celles âgées de 22 à 43 ans. En revanche, il est supérieur à 5 ‰ pour les mères très jeunes (21 ans ou moins) ou très âgées (44 ans ou plus). **Le maximum est atteint à 16 ans, avec un taux de 11,7 ‰, puis à 47 ans, avec un taux de 11,3 ‰, soit trois fois plus que la moyenne.** Toujours selon l'INSEE, entre 2015 et 2022 le taux de mortalité infantile a augmenté, par rapport à la période 2010-2014, de 0,8 pour mille pour les enfants ayant une mère âgée de 24 ans ou moins, et de 0,4 point pour mille pour celles de 38 ans ou plus, ainsi que l'indique le diagramme ci-dessous.

[55] L'EDP incluait des informations provenant de l'état civil pour 1 % de la population jusqu'en 2003, puis pour 4 % à partir de 2004. Il permet de suivre la mortalité d'un échantillon au fil du temps en fonction des caractéristiques sociodémographiques des personnes concernées et de celles de leurs parents, également.

Graphique 16 : Taux de mortalité infantile selon l'âge de la mère et la période



Source : INSEE, EDP

[190] **Or, selon SpF[56], l'âge maternel moyen à l'accouchement continue d'augmenter en France entière (de 29,9 à 30,7 ans de 2010 à 2019), ainsi que la part des mères de 35 ans et plus (de 19,1% à 25,8 % sur la même période).**

[191] Il s'agit là d'une évolution de long terme, l'âge des mères au moment de l'accouchement augmentant de manière continue depuis le début des années 1980 : les données de l'INSEE montrent en effet que l'âge moyen des mères est passé de 26,5 ans en 1977 à 29,5 ans en 2003, 29,9 ans en 2010, 30,4 ans en 2016 et 30,9 ans en 2021[57].

[192] ***Le nombre de grossesses multiples est également en cause.*** La multiparité est un facteur de risque de prématurité et de mortalité : selon la DREES, les morts périnatales sont 3,6 fois plus fréquentes pour les naissances multiples que pour les naissances uniques (32,8 ‰ contre 9,1 ‰). Quant à la mortalité infantile, l'INSEE[58] estime que **le risque de mourir avant un an est cinq fois plus élevé pour les enfants issus d'un accouchement multiple que pour ceux issus d'un accouchement simple : 16,7 ‰ contre 3,3 ‰.**

[193] La mortalité des jumeaux ou triplés est plus marquée les premiers jours de vie : elle est cinq fois plus élevée le jour de la naissance, six fois plus élevée de 1 à 27 jours, et « seulement » trois fois plus de 28 jours à un an. Ils sont davantage concernés par la prématurité qui, comme présenté plus haut, est un facteur de risque supplémentaire : 51 %, contre 5 % pour les autres enfants.

[194] La hausse du taux de mortalité infantile concerne plus particulièrement les enfants issus d'un accouchement multiple : en effet, **de 2010-2014 à 2015-2022, le taux de mortalité infantile des enfants issus d'un accouchement multiple a nettement augmenté de 16,4 ‰ à 18,7 ‰, soit +2,3 points.**

[195] Or, l'évolution de la structure de la population par âge de la mère et par type d'accouchement n'a pas eu d'impact sur cette augmentation du taux de mortalité infantile. En effet, la part de nouveaux nés ayant une mère âgée de 38 ans ou plus a, certes, un peu augmenté,

[56] SpF, Rapport de surveillance de la santé périnatale en France, 2010-2019, mai 2024.
[57] *In* SpF et INSERM, Enquête nationale périnatale, rapport 2021, octobre 2022, op.cit.
[58] INSEE Première, n° 2048, avril 2025.

de 9,8 % à 11,4 %, mais, dans le même temps, la part de ceux ayant une mère jeune, âgée de 24 ans ou moins, a diminué, de 14,5 % à 12,0 %. La part d'enfants issus d'un accouchement multiple a, quant à elle, très légèrement diminué (de 3,4 % à 3,3 %)[59].

[196] La hausse du taux de mortalité infantile observée renvoie donc exclusivement aux caractéristiques humaines de ces femmes enceintes conduisant une grossesse multiple.

[197] Sur le plan médical, selon SpF[60], ***les pathologies maternelles et les complications lors de la grossesse et au cours du* post-partum *sont en augmentation***.

[198] Ainsi, les désordres hypertensifs de la grossesse touchent environ 7 % des grossesses en France. Les taux de prééclampsie ont légèrement augmenté de 1,87 % à 2,13 % entre 2010 et 2019. **La proportion de femmes en surpoids ou en obésité avant grossesse a crû, passant de 22,8 % en 2003 à 31,8 % en 2016, soit une forte hausse de 9 points.** Les territoires les plus touchés par l'obésité morbide (Indice de masse corporelle - IMC≥ 40 kg/m^2) sont les DROM (exceptée la Guyane) qui ont des taux au moins trois fois plus élevés que ceux de l'Hexagone.

[199] En revanche, évolution positive, la prévalence du tabagisme avant la grossesse diminue, passant de 39,0 % des futures mères en 1995 à 30,1 % en 2016, entraînant un recul de la prévalence du tabagisme au 3ème trimestre de grossesse, qui chute de 24,8 % à 16,2 % sur la même période.

[200] ***L'accroissement de la précarité sociale et des difficultés socio-économiques joue un rôle important***.

[201] En effet, **la mortalité néonatale est fortement liée aux facteurs socio-économiques et le risque de décès néonatal est nettement plus élevé dans les zones les plus défavorisées où vivent les femmes les plus pauvres.** Ces inégalités sociales rendent compte, dans une large mesure, on va le voir, des inégalités territoriales en France ; elles constituent de surcroît un facteur évitable de mortalité néonatale.

[202] L'INSEE[61] a ainsi récemment rappelé que le taux de mortalité infantile est plus élevé pour les enfants d'employées, d'ouvrières et de femmes inactives. Certaines conditions de travail sont plus défavorables et la consommation de tabac est plus élevée : en 2016, 10 % des ouvrières et 7 % des inactives déclarent avoir fumé 10 cigarettes par jour ou plus au troisième trimestre de grossesse, contre 0,5 % des cadres. De plus, les recours aux soins, notamment préventifs, sont moins fréquents et conduisent à un taux d'hospitalisation prénatale plus élevé pour les mères de milieu modeste[62].

[203] Ainsi, de 2004 à 2022, parmi les mères actives, le taux de mortalité infantile varie en moyenne de 2,2 ‰ pour les cadres, à 3,5 ‰ pour les ouvrières et 3,6 ‰ pour les employées. Ce taux est encore plus élevé pour les femmes inactives ou celles dont la catégorie sociale est inconnue, avec 5,1 ‰.

[204] Or, SpF relève une tendance à l'aggravation de la précarité des mères au niveau national, dont témoigne, entre autres indicateurs, la part un peu plus faible d'accouchements couverts par

[59] Ibidem.
[60] In INSEE Première, n° 2048, avril 2025.
[61] Ibidem.
[62] France, Portrait social, édition 2020, INSEE, Les inégalités sociales de sante apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance, Mathilde Gaini et alii.

l'Assurance maladie : de 96,8 % en 2010 à 96,0 % en 2019. Surtout, l'INSEE indique que, entre les deux périodes de référence étudiées, 2010-2014 d'une part, et 2015-2022 d'autre part, **le taux de mortalité infantile a augmenté chez les femmes employées ou ouvrières (+0,4 point) et inactives (+0,5 point).**

[205] S'il n'existe pas aujourd'hui, compte tenu des lacunes actuelles de notre dispositif statistique, de données permettant d'analyser le lien entre la mortalité fœtale et néonatale et l'origine sociale au niveau individuel, il est en revanche possible de le faire au niveau de la commune de résidence des mères. Ainsi, le taux de mortalité fœtale et néonatale, ainsi que la prématurité, varient selon le niveau socio-économique des communes, mesuré par un indice de désavantage social (indice construit à partir de plusieurs composantes telles que le revenu, le chômage, le niveau d'études, la part d'ouvriers, la part de propriétaires ou encore de familles monoparentales)[63]. **Plus les mères sont issues d'un territoire défavorisé, plus le risque de décès néonatal est important.**

[206] Ce constat a été approfondi par la publication très récente d'une étude[64] ayant établi que le risque de décès néonatal était 1,71 fois plus élevé parmi les 20 % de naissances provenant des zones les plus défavorisées que parmi les 20 % issues des zones les moins défavorisées. Ainsi que le résument les auteurs ; *« Si toute la population avait le même risque de mortalité néonatale que les 20 % les plus favorisés, on estime qu'environ un quart des décès, soit 2 496 décès de nouveau-nés, auraient pu être évités rien que sur la période entre 2015 et 2020 »*.

[207] De plus, les taux de mortalité néonatale en France étaient plus élevés en 2015-2020 qu'en 2001-2008, et ont augmenté exclusivement dans les zones défavorisées, tandis que les taux sont restés stables dans les zones les moins défavorisées, entraînant un accroissement des inégalités sanitaires dans notre pays. *« Notre étude montre à quel point les populations défavorisées sont en première ligne face à la mortalité néonatale et souligne l'urgence de mettre en place des mesures de santé publique ciblées sur les zones à haut risque que nous avons identifiées »,* concluent les signataires de cet important travail épidémiologique.

[208] **Un dernier facteur populationnel important doit être souligné : l'augmentation de la part des femmes enceintes d'origine étrangère**.

[209] Les femmes immigrées présentent un risque accru de mort maternelle ou de morbidité maternelle sévère et leurs enfants connaissent davantage de complications. Toutes choses égales par ailleurs, la mortalité infantile est plus forte pour les mères nées à l'étranger, en particulier dans un pays d'Afrique. Ainsi, de 2004 à 2022, le taux moyen de mortalité infantile était de 3,4 ‰ pour les mères nées en France, dans un autre pays d'Europe ou en Asie. En revanche**, il atteignait 4,6 ‰ pour les mères nées au Maghreb et 7,5 ‰ pour celles nées dans un autre pays d'Afrique, soit 2,2 fois plus que le taux enregistré chez les femmes nées en France[65].**

[63] Zeitling et alii, Surveillance des inégalités sociales de santé périnatale au niveau national à partir des caractéristiques sociales de la commune de résidence des mères », Bulletin épidémiologique hebdomadaire n° 6-7, février 2015.

[64] Victor Sartorius, Héloïse Torchin, Luc Gaulard, Marianne Philibert, Victoria Butler, Monica Saucedo, Catherine Deneux-Tharaux, Jeanne Fresson, Jennifer Zeitlin, Evaluation of area based socioeconomic inequalities and neonatal mortality rates in France : national population based study, British Medical Journal MED, 16 septembre 2025 ; 4.

[65] INSEE Première, n° 2048, avril 2025, op.cit.

[210] Deux caractéristiques socio-culturelles des femmes immigrées expliquent ce constat :

- ces mères sont davantage touchées par la précarité et connaissent plus souvent des problèmes de santé. Leur suivi médical pendant la grossesse est moins régulier : les femmes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne ont un taux de « suivi inadéquat » (par exemple un suivi initié au-delà de 14 semaines d'aménorrhée) élevé, atteignant 34,7 % contre 17,3 % pour celles nées en France et 26,9 % pour celles nées en Afrique du Nord[66] ;
- les barrières à l'accès primaire aux soins et des soins sous-optimaux figurent parmi les raisons avancées pour expliquer cette mortalité et cette morbidité accrues. Elles reflètent l'incapacité des systèmes de santé à fournir des soins prénatals et lors de l'accouchement identiques aux femmes non-migrantes, mais aussi peut-être à les adapter spécifiquement aux besoins de certaines populations immigrées.

[211] De nombreuses études, principalement nord-américaines, canadiennes en particulier, ont montré que, **parmi les nombreux facteurs de suivi prénatal inadéquat, les facteurs liés à l'immigration font partie des plus souvent rapportés**. Ils renvoient aux caractéristiques de ces femmes enceintes, à savoir leur jeune âge, le manque de maîtrise de la langue du pays d'accueil, un niveau d'éducation bas, les difficultés de communication liées à la distance sociale entre médecins et patientes, une grossesse non planifiée et le fait de ne pas avoir de couverture sociale[67].

[212] Or, les statistiques de l'INSEE indiquent que la proportion de nouveau-nés ayant au moins un parent né à l'étranger a augmenté de 27,2 % en 2010 à 34,1 % en 2024, soit une hausse sensible de 6,9 points[68].

[213] La part des enfants ayant une mère née à l'étranger est passée, elle, de 18,25 % en 2010 à 26,05 % en 2024, soit une forte hausse de 7,8 points ; de façon plus précise**, la proportion d'enfants ayant une mère née hors de l'UE, a vivement progressé de 7,4 points, passant de 16,11 % en 2010 à 23,51 % en 2024**[69]. Cette progression quantitative a provoqué, selon l'INSEE**, une hausse du taux de mortalité infantile de près de 0,1 point sur 1 000 (0,08 point)** entre les deux périodes de référence. Autrement dit, si la structure par lieu de naissance de la mère de 2015-2022 était restée identique à celle de 2010-2014, le taux de mortalité infantile serait moins élevé de presque 0,1 point[70].

[214] SpF[71] précise de son côté que la proportion de femmes étrangères en situation irrégulière prises en charge par l'AME parmi les femmes ayant accouché dans un établissement de santé du secteur public a augmenté en France, passant de 1,55 % en 2010 à 2,44 % en 2019. Ce taux est beaucoup plus élevé dans certaines régions, notamment la Guyane (27,7 % en 2019), la Guadeloupe (10,4 %), l'Île-de-France (4,5 %).

---

[66] Priscille Sauvegrain et *alii*, Accès aux soins périnatals et santé maternelle des femmes immigrées, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* n°19-20, 5 septembre 2017.
[67] *Ibidem*.
[68] INSEE, Naissances selon la nationalité et le pays de naissances des parents, données annuelles de 1998 à 2024, 7 octobre 2025. Calculs de la mission.
[69] *Ibidem*, calculs de la mission.
[70] INSEE Première, n° 2048, avril 2025, *op.cit*.
[71] SPF, Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019, mai 2024, *op.cit*.

[215] De surcroît, l'INSEE relève que, entre les deux périodes de référence étudiées, 2010-2014 d'une part, et 2015-2022 d'autre part, le taux de mortalité infantile a nettement augmenté chez les femmes nées à l'étranger (+0,8 point)[72], passant de 4,5 ‰ à 5,3 ‰, celui des mères nées en France étant resté stable à 3,3 ‰, **la hausse du taux de mortalité infantile propre aux mères nées à l'étranger étant donc responsable de 100% de la hausse totale de près de 0,2 point (0,17 point) enregistrée entre 2010-2014 et 2015-2022.**

[216] **En définitive, la conjugaison de ces deux facteurs, quantitatif -l'augmentation du nombre de mères nées à l'étranger- pour 32% de l'impact total, et qualitatif -la hausse du taux de mortalité infantile chez ces femmes- pour les 68% restant, a provoqué une hausse totale du taux de mortalité infantile de 0,25 point selon l'INSEE (0,08 + 0,17).**

[217] Ces résultats statistiques officiels corroborent une étude internationale plus ancienne (2021) qui, examinant la période 2008-2017[73], retrouvait déjà un excès de mortalité chez les enfants dont au moins un des parents était né hors de l'UE : alors que le taux de mortalité infantile moyen estimé sur cette période était de 2,95 ‰ pour les enfants ayant leurs deux parents nés en France, ce taux s'élevait à 4,23 ‰ pour ceux dont au moins un des deux parents était né hors de l'UE, les zones les plus exposées étant l'Afrique du Nord (Algérie) avec 3,96 ‰, l'Afrique de l'Ouest (Sénégal, Mali) avec 7,07 ‰, le reste de l'Afrique Sub-saharienne (Guinée, République démocratique du Congo) avec 4,72 ‰, mais aussi l'Europe de l'Est (Roumanie) avec 5,25 ‰.

[218] **Pour conclure sur ce point décisif de l'explicitation des parts respectives des différents types de facteurs dans la reprise récente de la mortalité néonatale, l'administration de la santé publique résume comme suit la situation française**[74] : *« Les travaux menés ou en cours pour expliquer l'augmentation de la mortalité dans les premiers mois de vie suggèrent une origine multifactorielle avec un impact conjugué d'aggravation des inégalités socio-territoriales, d'une réanimation plus systématique de nouveau-nés extrêmement prématurés, de l'augmentation de certains facteurs de risque des mères (obésité, âge plus élevé) et donc de comorbidités plus fréquentes (diabète, hypertension…). Cependant, une partie de ces évolutions ne sont pas propres à la France et n'expliquent pas la particularité de notre pays dans l'augmentation de la mortalité néonatale. Les éléments de fragilité de notre offre de soins périnatals, souvent pointés par les professionnels de la périnatalité comme potentiel élément explicatif de ces mauvais résultats (Société française de néonatalogie –SFN- , Conseil national des gynécologues et obstétriciens français –CNGOF-), doivent également être considérés, même si les études n'apportent pas de d'éclairage définitif sur cette question ».*

1.3 Les restructurations de l'offre de soins ne semblent pas avoir eu d'effet décisif sur la reprise récente de la mortalité infantile

[219] La question de l'organisation territoriale de l'offre périnatale, en particulier celle des maternités, représente un sujet sensible et très controversé, ainsi que la polarisation du débat

[72] INSEE première, *op. cit.*
[73] Matthew Wallace, Myriam Khlat et Michel Guillot, Infant mortality among native-born children of immigrants in France, 2008-2017 : results from a socio-demographic panel survey, *European Journal of Public Health*, 2021, 31 : 326-333.
[74] Note DREES-DGS Réf.D-25-00-6830 du 7 avril 2025.

politique et éditorial récent en témoigne. Se sont exprimées, à cette occasion, des positions très arrêtées, très tranchées, et antagonistes.

[220] Rappelons qu'en France les maternités sont distinguées en trois niveaux : les maternités de type 1 possèdent un service d'obstétrique, celles de type 2 disposent d'un service de néonatalogie et celles de niveau 3 d'un service de réanimation néonatale. Les maternités de type 2 sont elles-mêmes subdivisées en deux catégories, les maternités de type 2A adaptées pour prendre en charge des bébés prématurés à partir de 32 semaines d'aménorrhée pesant au moins 1500 grammes, et les maternités de type 2B disposant d'une unité de soins intensifs néonatals (USIN) adaptées pour prendre en charge des situations plus complexes et des bébés prématurés plus fragiles.

[221] Parfois présentée, de façon rapide, voire abrupte, comme la solution à tous les maux ou, de façon non moins lapidaire, comme étant à l'origine presque à elle seule de la dégradation des indicateurs de santé périnatale, la diminution du nombre des maternités de niveau 1, effectuant souvent un nombre annuel d'accouchements réduit, constitue, au-delà de ces confrontations polémiques, une question importante et sensible, qui a été examinée par la mission sans *a priori* et avec attention.

[222] A cet égard, il existe bien un mouvement ancien et puissant de réduction du nombre des maternités, ayant affecté notamment celles du secteur privé, celles de niveau 1 et, en particulier, celles qui pratiquaient moins de 300 accouchements par an (1.3.1.). Cette concentration de l'offre a suscité l'émergence de positions antagoniques cristallisées sur la question des difficultés d'accès aux soins dans certains territoires (1.3.2.). Toutefois, cette polarisation ne permet pas de rendre compte de la réalité des résultats périnatals enregistrés (1.3.3). Les travaux conduits pour la mission par le « pôle *Data* » de l'IGAS n'ont pas établi de corrélation statistique[75] significative entre évolutions de l'offre dans les territoires et dégradation de la situation épidémiologique dans ces mêmes territoires (1.3.4).

1.3.1 Une diminution massive du nombre de maternités ayant affecté principalement le secteur privé et les maternités de niveau 1, en particulier celles pratiquant moins de 300 accouchements par an

1.3.1.1 Une division par près de deux du nombre de maternités depuis 30 ans

[223] **En 1995, on dénombrait 816 maternités en France ; elles n'étaient plus que 457 en 2023 : en trente ans, leur nombre a donc été divisé par presque 2 (1,79).**

[224] Cette diminution massive vient de loin : en 1972, on recensait 1 747 maternités dans notre pays ; la chute observée entre cette date et 1998, année de publication des deux décrets sur la périnatalité et où il existait 756 maternités, aura été de 2,3.

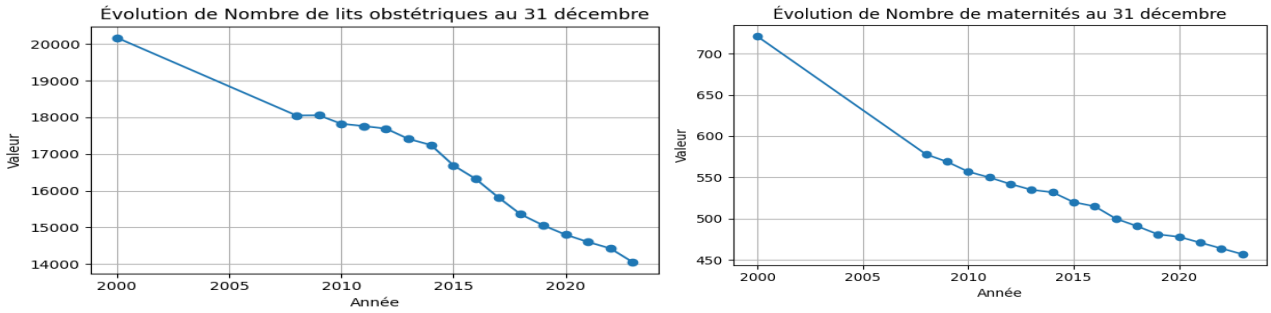
[225] A partir de 1998 et jusqu'à nos jours, le mouvement s'est poursuivi à un rythme soutenu : après une forte baisse enregistrée les cinq premières années ayant suivi la publication des décrets,

[75] La corrélation statistique doit bien être distinguée de la causalité. La corrélation indique juste un constat selon lequel deux phénomènes évoluent dans le même sens. La causalité, plus compliquée à établir, indique que l'évolution de l'un a un effet, au moins indirect, sur l'évolution de l'autre.

18,25 % en 5 ans, ayant fait chuter le nombre des maternités de 756 en 1998 à 618 en 2003, cette tendance s'est maintenue mais à un rythme nettement moindre : 13,43 % de baisse entre 2003 et 2013 (535 maternités en 2013), et 14,57 % les dix années suivantes (457 en 2023).[76]

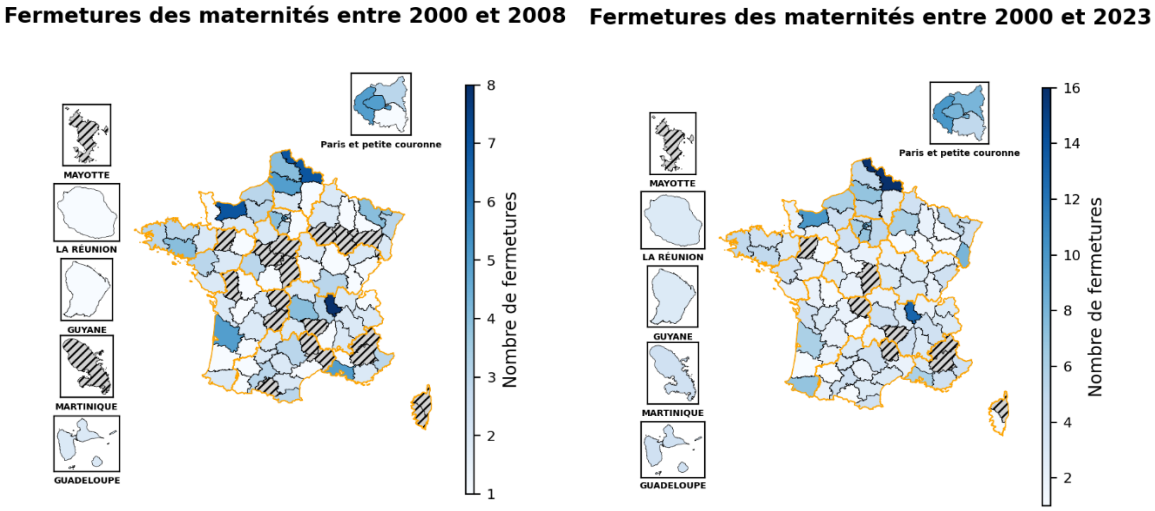
[226] Entre 2000 et 2023, tous statuts confondus, le nombre de maternités a ainsi baissé de 37 %, quand le nombre de lits en obstétrique diminuait de 30 % (*cf*. graphique ci-dessous).

Graphique 17 : Evolution du nombre de maternités et de lits en obstétrique de 2000 à 2023



Source : DREES - Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Carte 3 : Nombres de fermeture de maternités par département



Légende : Les zones hachurées sont des territoires où il n'y a pas eu de fermeture

Source : Données DREES-SAE, analyse pôle data de l'IGAS

[227] La mission indique que, malgré cette fermeture massive de maternités, le nombre de salles de naissance sur l'ensemble du territoire, lui, a légèrement augmenté au cours des 25 dernières années (2 118 en 2000 et 2 181 en 2023 soit +3 %).

[228] Par ailleurs, le niveau d'activité des salles de naissance, après avoir stagné au début des années 2000, est en diminution constante, quel que soit le niveau de la maternité (*cf* graphique 3 de l'annexe 2) du fait de la chute de la natalité. D'un point de vue géographique,

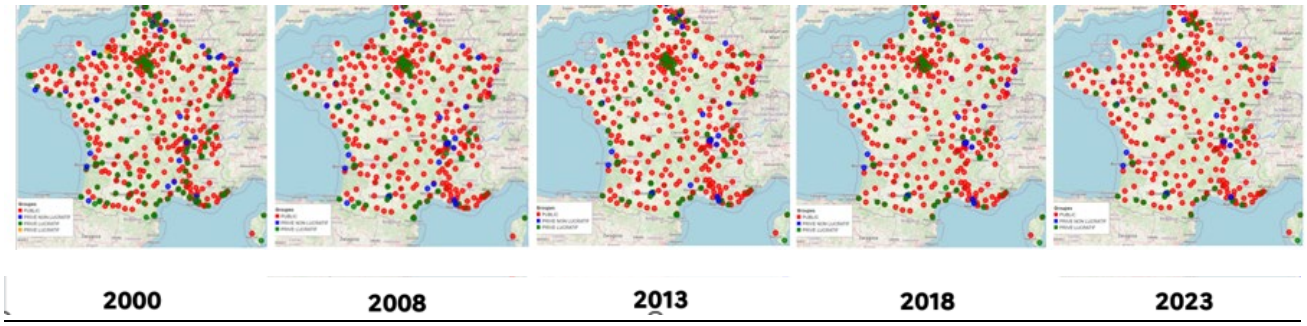
[76] Source DREES-INSEE.

on observe que la tension sur les salles de naissance diminue avec le temps sur l'ensemble du territoire, excepté Mayotte (*cf*. carte 3 de l'annexe 2).

[229] Au-delà de sa dimension quantitative, cette importante diminution s'est traduite par ***une restructuration complète de l'offre***.

[230] Si l'offre de maternités a diminué de façon globalement homogène sur le territoire, c'est essentiellement dans le secteur privé que l'on observe le plus fort désengagement. En effet sur la période étudiée par le pôle Data de l'IGAS, (2000-2023) le nombre de maternités des secteurs privés lucratif et non lucratif a chuté de 60 % et 50 % respectivement. En 2000, le secteur privé (lucratif et non lucratif) représentait 45 % des maternités ; en 2023, il n'en représente plus que 28 %. Les cartes ci-dessous illustrent cette évolution.

Carte 4 : Evolution de la répartition des maternités par statut entre 2000 et 2023



Légende : en rouge les maternités publiques, en bleu les maternités privées du secteur non lucratif et en vert les maternités du secteur privé lucratif.

Source : Données DREES-SAE, analyse pôle data de l'IGAS

[231] Il existe un lien étroit entre la taille, le type d'autorisation et le statut des maternités : plus la gradation augmente, plus la part des maternités publiques est importante. Ainsi, en 2021, parmi les maternités réalisant 3 500 accouchements ou plus par an, 20 sont de type 3, toutes publiques, deux autres maternités sont de type 2b, publiques, et 3 maternités appartenant au secteur privé à but lucratif sont de type 2a[77] . A l'inverse, les maternités réalisant moins de 500 accouchements par an sont uniquement des maternités de type 1, publiques dans 80 % des cas. Concernant les maternités privées, il s'agit essentiellement de maternités de types 1 ou 2a. Seules 6 maternités privées sont de type 2b et aucune n'est de type 3. Dans ce secteur, la taille des maternités augmente, de même que la part des établissements de type 2a.

[232] Selon les calculs de la mission à partir des données DREES, en 2023, les maternités de niveau 1 (160) représentent 35 % du total, les maternités de niveau 2 (230) représentent 50,35 % et les maternités de type 3 (67) représentent 19,35 %. En 2000, ces proportions étaient respectivement de 62,4 %, 29 % et 8,4 %. **On a donc assisté à un mouvement très important de concentration des établissements et des lits** : les maternités de niveau 1 ayant diminué de 64 % en nombre sur la période alors même que celles de niveau 2 ont augmenté de 10 % et celles de niveau 3 de 9 %.

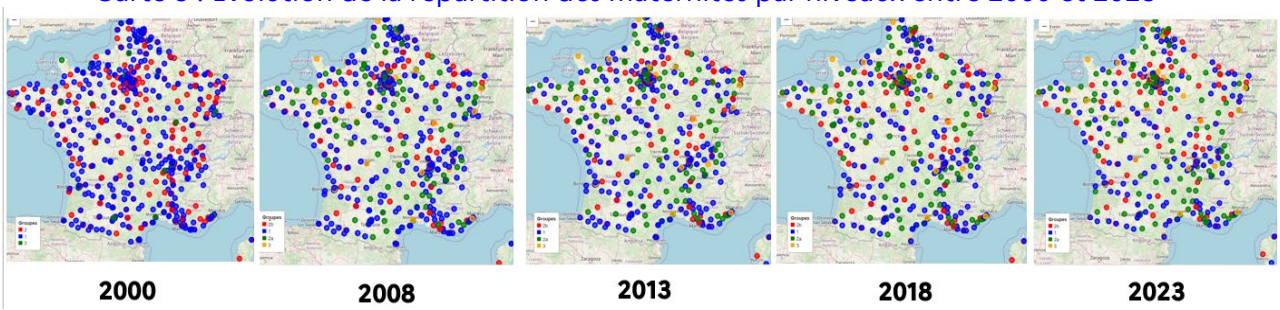
[77] EPN 2021 renvoyant à l'EPN 2016.

Tableau 1 : Evolution du nombre de maternités par niveau de prise en charge depuis 2000

Niveau de maternité	2000	2008	2013	2018	2023	Evolution entre 2000 et 2023
1	450 (62,4 %)	297	240	194	160 (35 %)	**-64 %**
2a	210 (29 %)	135	144	142	142 (31 %)	**+10 %**
2b		81	85	88	88 (19,35 %)	
3	61 (8,4 %)	65	66	67	67 (14,7 %)	**+9 %**
TOTAL	721 (100 %)	578	535	491	457 (100 %)	**-37 %**

Source : Mission à partir des données DREES - SAE

Carte 5 : Evolution de la répartition des maternités par niveaux entre 2000 et 2023



Légende : Carte 2000 : Bleu Niveau 1- rouge niveau 2-vert niveau 3 - Cartes suivantes : Bleu niveau 1 - Vert niveau 2a - Rouge niveau 2b - Orange niveau 3

Source : Données DREES-SAE, analyse pôle data de l'IGAS

[233] Selon les ENP (2016 et 2021), le nombre de maternités réalisant 2 000 accouchements ou plus est resté stable ; mais, parmi celles-ci, celles réalisant 3 500 accouchements ou plus continue d'augmenter : elles étaient 27 en 2016, réalisant 15 % des accouchements, alors qu'on en dénombrait 6 en 2003. Entre 2010 et 2016 la diminution du nombre de maternités porte principalement sur les maternités de taille moyenne réalisant entre 1 000 et 1 500 accouchements (-23 %). Le nombre de maternités réalisant entre 1 500 et 1 999 accouchements reste stable.

[234] **Poursuivie dans le temps, depuis 50 ans environ, seulement encadrée par les deux décrets de 1998 sans être pour autant véritablement pilotée, cette restructuration au fil de l'eau** a, selon les termes de l'Académie de médecine, « *abouti, à ce jour, à la fermeture de plus de 40 % des maternités de type 1 sur 20 ans, et ce mouvement se poursuit de façon chaotique, imposée par le manque de moyens humains parmi les professionnels* »[78].

[78] Rapport et recommandations de l'Académie Nationale de Médecine, Rapport 23-05. Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence, *Planning of perinatal care policy in France : Organize continuity of care is a necessity and an emergency*. Y. Ville, R.C. Rudigoz et J.M. Hascoët

1.3.1.2 Les maternités de moins de 300 accouchements : une disparition programmée et effective

[235] L'objectif visé par les deux décrets du 9 octobre 1998 déjà cités consistait à renforcer la sécurité périnatale, en introduisant certaines règles et seuils (500, 1000 et 1200 accouchements annuels, selon les cas) en termes de personnels et d'équipements médicaux, en instaurant la gradation des maternités selon leur niveau de prise en charge et, enfin, en prévoyant un seuil minimal d'activité nécessaire pour ouvrir ou maintenir une activité d'obstétrique : « *L'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée, en application des articles L. 712-8 et L. 712-9, que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements. Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population.* »[79] Pour saisir la portée de ces deux décrets, il convient de les resituer dans le contexte qui vit leur adoption.

[236] L'exigence nouvelle des pouvoirs publics était alors celle de donner un substrat objectif -la sécurité de l'accouchement- à un mouvement de fermetures obéissant jusque-là à des considérations pour l'essentiel comptables. Il s'agissait de conduire à la fermeture des maternités ayant une activité annuelle très réduite -moins de 300 accouchements- parce que celles-ci étaient considérées, pour cette raison précise, comme dangereuses pour l'enfant à naître.

[237] La mission s'est vu confirmer par le Pr. René Frydman, concepteur de ces deux décrets et initiateur de cette politique de sécurité périnatale nouvelle, que le choix de cet indicateur (300 accouchements par an) ne fut pas le produit d'une quelconque analyse scientifique ou médicale des conditions de l'accouchement, mais a résulté de considérations pragmatiques : davantage que l'existence d'une quelconque « courbe d'expérience », souvent invoquée mais sans grande réalité, il est, en effet, alors apparu que c'était la nécessité d'avoir une activité minimale -en l'occurrence un accouchement par jour, plus ou moins-, qui était à même de permettre à une maternité considérée de disposer de façon permanente d'une équipe médicale et paramédicale complète.

[238] La suite du débat de l'époque a conduit à passer, sans explication objective, de 365 à 300 accouchements par an pour fixer ce seuil ; on doit, à cet égard, noter que la démarche de précaution qui aurait pu conduire à retenir l'arrondi à la centaine immédiatement supérieure de ce calcul approximatif -soit 400 accouchements par an- n'a pas été celle suivie alors : à rebours, c'est l'arrondi à la centaine inférieure immédiatement au-dessous, celui de 300, qui a été choisi.

[239] Ce caractère empirique du seuil ainsi fixé a certainement représenté un argument supplémentaire pour prévoir, dans la rédaction des décrets, la possibilité d'une dérogation

[79] La suite de cet article dispose : « *Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités pré et postnatales sous l'appellation de "centre périnatal de proximité", en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations pré et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.* »

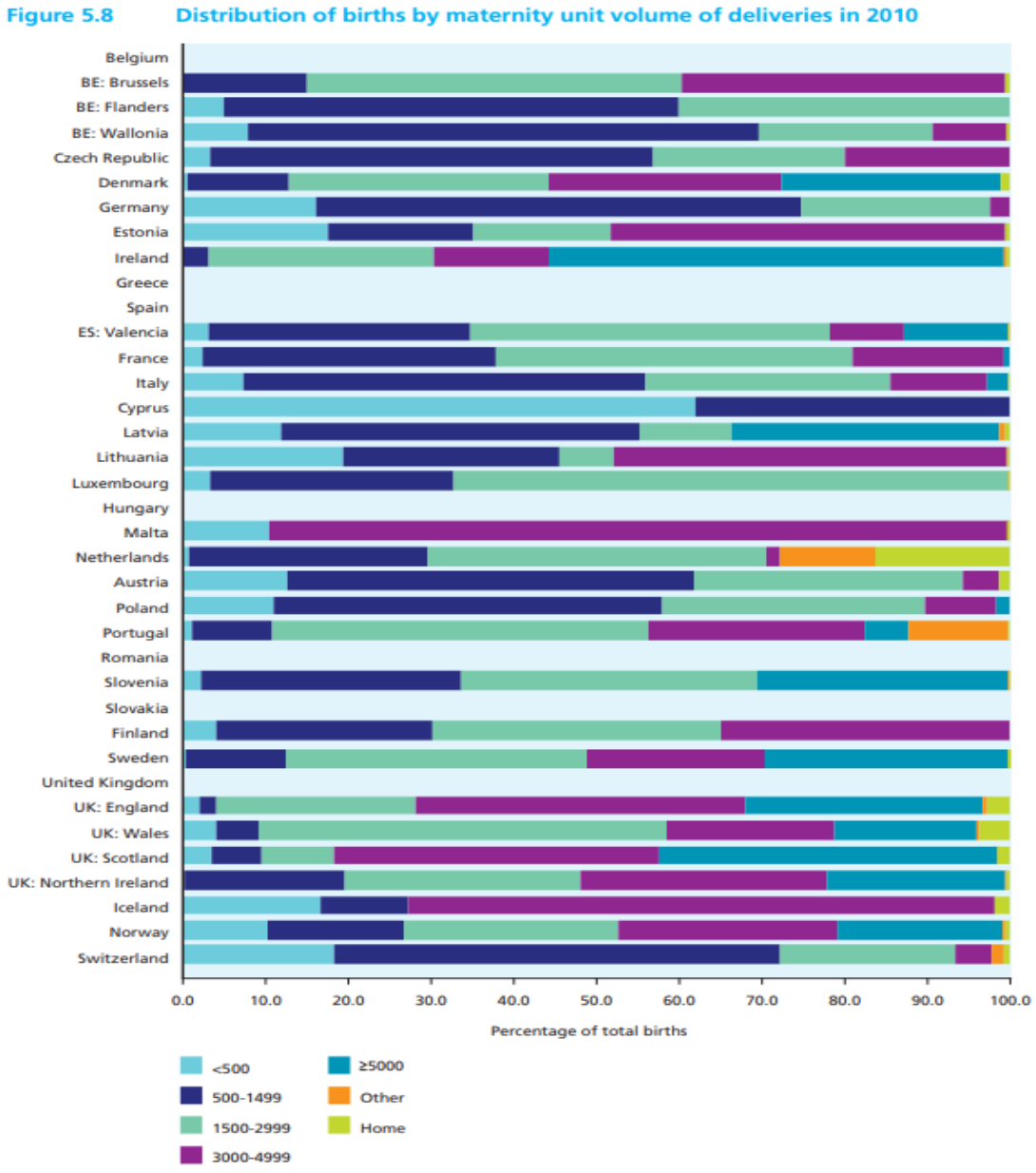
« lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population. »

[240] Par le renforcement des normes sanitaires minimales exigibles qu'ils ont introduit et la contrainte structurelle ainsi générée sur les établissements, ces deux décrets ont atteint leur objectif : améliorer la sécurité des accouchements, en encadrant et en accélérant le mouvement de fermetures des très petites maternités, déjà engagé.

[241] Ainsi, en 1998, parmi les 756 maternités recensées en France, on en comptait 80 situées en dessous de ce seuil de 300 accouchements par an. Deux ans plus tard, en 2000, ce chiffre était descendu à 54. **En 2011, il n'y avait plus que 15 maternités de ce type en France, soit une contraction d'un facteur supérieur à 5,3 par rapport à 1998**.

[242] Comparativement aux autres nations européennes, la situation de la France était alors celle d'un pays ayant considérablement réduit le nombre de ses maternités considérées comme « *dangereuses* ». Ainsi que l'illustre le diagramme ci-dessous, elle se trouvait, fin 2010, au regard du critère « *moins de 500 accouchements par an* » retenu par Européristat -critère donc encore plus large que celui introduit dans le droit français-, dans une position proche de celles de l'Angleterre, de la Finlande, de la République Tchèque ou de la Slovénie, et loin devant l'Allemagne, l'Autriche, la Pologne, et même la Norvège ou l'Islande. La Suède se singularisant dès cette époque par la quasi-disparition de ce type de maternités.

Graphique 18 : Répartition des naissances par tailles de maternités (en nombre de naissances annuelles) en 2010 en Europe



96

Source : Européristat EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010

[243] **En 2010, au moment où la reprise de la mortalité infantile allait s'amorcer, le programme de fermeture des maternités considérées comme « *dangereuses* », car pratiquant moins de 300 accouchements par an, engagé avec les deux décrets « périnatalité » du 9 octobre 1998, était donc en grande partie accompli.**

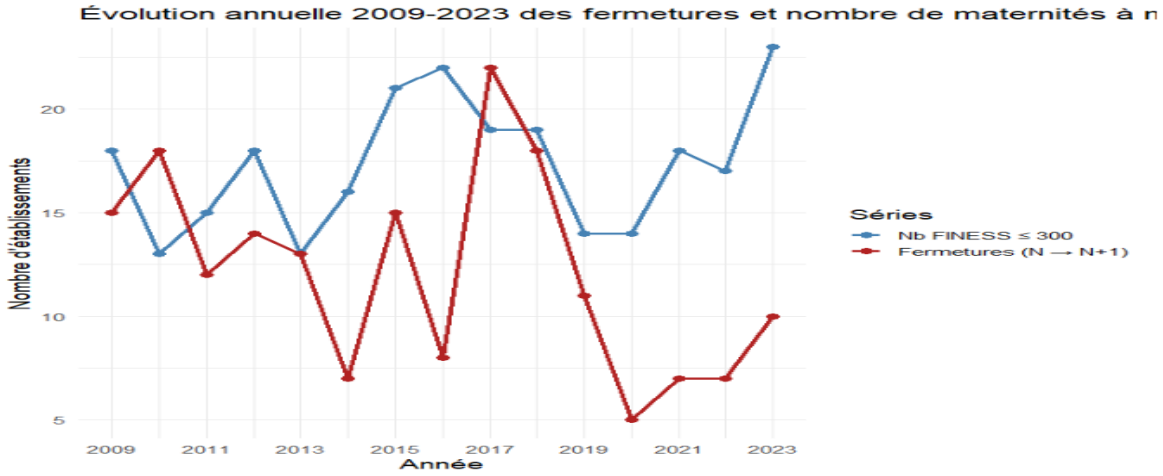
[244] Six ans plus tard, en 2016, selon l'ENP, *« 20 maternités réalisaient moins de 300 accouchements. Le maintien de ces « très petites » maternités (toutes de type 1) peut s'expliquer par des contraintes d'isolement géographique et d'éloignement des autres structures. Le temps médian pour se rendre de la commune où se situe la maternité à celle de la maternité de types 2a, 2b ou 3 la plus proche est de 57 minutes (62 minutes en heures pleines). Deux de ces maternités sont situées à plus d'une heure et demie de la maternité de types 2a, 2b ou 3 la plus proche. À titre de comparaison, en métropole, pour les maternités de type 1 réalisant plus de 300 accouchements annuels, ce temps médian est de 19 minutes (26 mn en heures pleines). Pour 16 de ces 20 maternités, la distance avec la maternité de types 2a, 2b ou 3 la plus proche est supérieure à 45 km. »*

[245] **Au 31 décembre 2023, soit vingt-cinq après l'adoption des décrets de 1998, il ne restait plus en France que 23 maternités réalisant moins de 300 accouchements par an, toutes de niveau 1.**

[246] Légèrement supérieur à celui enregistré en 2011 (15), ce résultat correspond toutefois également à une baisse très forte, d'un facteur 3,48, par rapport au point de départ de 1998, soit 80 maternités (*cf. supra*). Ces « *petites* » maternités subsistantes se situent, sans surprise, dans des départements ruraux et souvent montagneux (Ariège, Aveyron, Cantal, Cher, Corrèze, Dordogne, Loir-et-Cher, Savoie, Vosges, Corse du Sud et Haute-Corse), mais également dans le Finistère, la Moselle, les Côtes-d'Armor, la Gironde, le Bas-Rhin, la Sarthe, la Somme, la Martinique et, pour deux d'entre elles, en Seine-Saint-Denis[80].

[247] A cet égard, on observe un cycle de vie au sein de ce groupe de maternités, marqué par des fermetures et des disparitions, certes, mais également par des entrées, conséquences de diminutions d'activité, de problèmes de ressources humaines, de « fuites » de patientèle aussi, tous phénomènes qui peuvent affecter les établissements et les conduire en-deçà de ce seuil de 300 accouchements par an. Ainsi le nombre de ces maternités a fluctué tout au long de la période considérée, avec, par exemple, comme résultats enregistrés : 15 en 2011, 13 en 2013, 22 en 2016, 14 en 2019 et 2020 et 23 en 2023. Le graphique ci-dessous illustre ces fluctuations.

Graphique 19 : Fermetures et évolution du nombre de maternités comptant moins de 300 accouchements par an



Source : Données DREES-SAE, analyse pôle data de l'IGAS

[80] Pôle DATA de l'IGAS – Données DREES-SAE.

1.3.2 Des positions tranchées et opposées face à cette question des restructurations de l'offre de maternités

[248] L'ampleur et la durée de ce mouvement de contraction et de restructuration de l'offre de maternités sur le territoire national ont suscité un vif débat, organisé autour de deux positions tranchées et antagoniques. Ce débat a été avivé par la reprise récente de la mortalité infantile.

[249] D'un côté, les tenants de la fermeture des maternités de niveau 1, de leur regroupement au sein d'établissements de niveau 2 et 3, de la concentration des moyens sur des plateaux techniques bien équipés et, surtout, dotés de compétences humaines qualifiées, voire expertes ; ils plaident pour que cesse l'activité des petites maternités de niveau 1, qu'ils considèrent comme dangereuses, et absorbant inutilement une partie des ressources humaines, rares, qui pourraient ainsi être plus utilement mobilisées, une fois les maternités regroupées.

[250] Il s'agit là de la prolongation du débat, aujourd'hui caduc, portant sur la fermeture des maternités pratiquant moins de 300 accouchements par an : aujourd'hui des voix s'expriment en effet pour proposer un nouveau seuil minimal d'activité, en particulier celui de 1 000 accouchements par an, avancé par certains acteurs, académiques ou administratifs.

[251] Cette position est ainsi celle des médecins spécialistes de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie, mais également, de façon plus discrète mais tout aussi convaincue, celle de certaines administrations de la santé publique concernées ; elle a trouvé sa formulation la plus aboutie dans un travail récent de l'Académie de Médecine, qui a connu un fort retentissement, et que l'on peut résumer par cette citation : « *La mise en œuvre d'une politique adaptée en matière de périnatalité devrait s'appuyer sur une réduction accrue du nombre de maternités. Celles-ci devraient être regroupées avec les établissements de type 2 et de type 3 d'un même territoire, dont les contraintes structurelles et de ressources humaines doivent garantir à la fois, la sécurité et la satisfaction des usagers, tout en offrant des conditions de travail acceptables et pérennes. Seuls ces grands établissements pourraient accueillir les parcours de soins les plus complexes comme des parcours de santé les plus physiologiques en renforçant les moyens humains et au prix d'adaptations architecturales permettant la cohabitation des différents niveaux de prise en charge.* [81]»

[252] De l'autre côté, les usagers -de plus en plus et de mieux en mieux organisés *via* des collectifs et des associations-, les collectivités locales -en particulier rurales- et leurs élus, mettent en avant les risques constitués par l'accroissement des distances -mesurées non en kilomètres mais en minutes de transport- entre le domicile des mères et la maternité la plus proche.

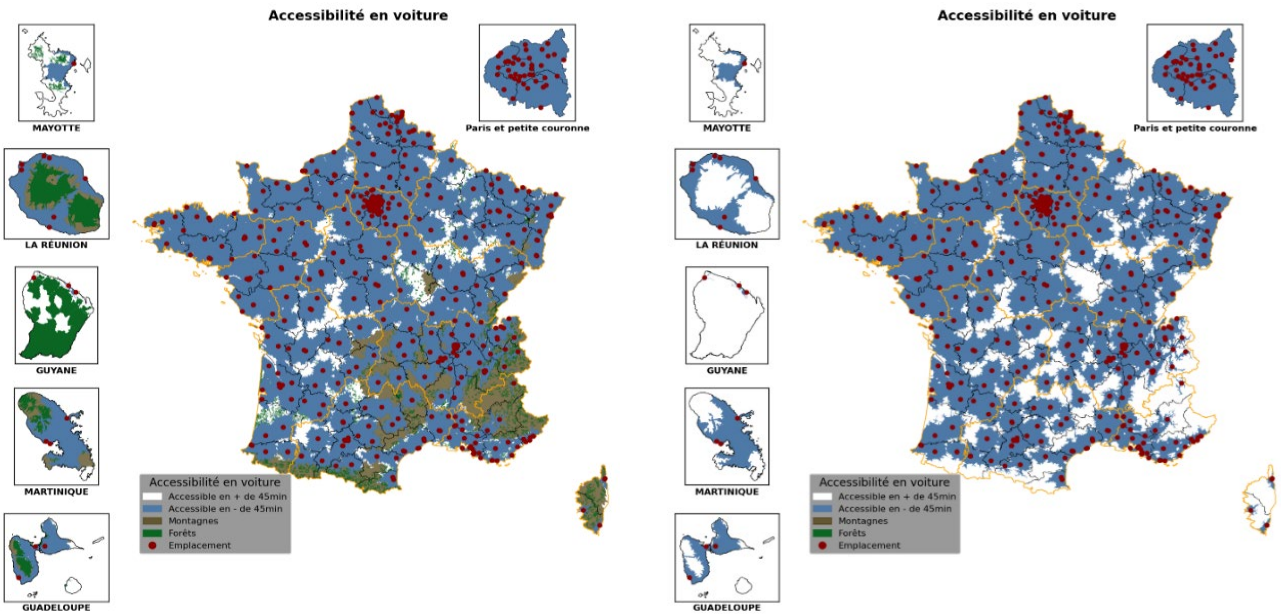
[253] Cette fois, ce sont, à rebours, les fermetures « *autoritaires* », « *non concertées* », fondées sur des critères de « *rentabilité financière* » ou d'incapacité à réunir les professionnels requis, qui seraient responsables, en dégradant la prise en charge médicale des femmes enceintes et en provoquant des accouchements périlleux, en dehors des maternités, de la reprise de la mortalité infantile.

[254] Cette question de l'accouchement hors maternité (qu'il soit voulu et organisé, ou inopiné) est importante et sensible. A partir des données du SNDS, on sait qu'environ 1 % des femmes habitent à 45 km ou plus de la maternité la plus proche et 6 % à 30 km ou plus.

[81] Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, Rapport 23-05, *op. cit.*

[255] Les temps de trajet à la maternité la plus proche (MPP) peuvent être très variables, car de nombreuses communes sont situées à plus de 45 minutes d'une maternité et le temps de trajet varie en fonction des conditions géographique et météorologiques. Les deux cartes ci-dessous illustrent bien cette problématique de l'accessibilité, celle de droite en laissant apparaitre en blanc les zones pour lesquelles l'accessibilité est à plus de 45 minutes, celle de gauche en ajoutant avec la couleur verte la complexité de la géographie. On notera également l'intérêt de ces cartes pour les DROM.

Carte 6 : Territoire accessible en voiture à plus ou moins de 45 minutes d'une maternité (sans et avec représentation des zones montagneuses et des forêts)



Source : Pôle data de l'IGAS à partir de la liste des maternités 2023 (DREES)

[256] Les visites effectuées dans quatre départements, dont trois ruraux, confrontés à des difficultés d'accessibilité (Lot, Meurthe et Moselle, Cher et Indre), comme les nombreux entretiens conduits avec l'ensemble des parties prenantes, laissent peu de doutes sur l'isolement réel ou ressenti des familles et la conscience d'une grande fragilité, du fait de la distance ou de la géographie, dans des territoires désertés par les professionnels de santé.

[257] Ces acteurs voient dans la fermeture d'une maternité de niveau 1 au prétexte qu'elle serait « *petite* », c'est-à-dire qu'elle pratique un nombre jugé trop restreint d'accouchements par an, non seulement un danger obstétrical par le temps de trajet allongé qu'elle impose aux femmes enceintes, mais encore le risque d'enclenchement d'une spirale de déclin, une telle cessation d'activité décourageant des médecins ou des praticiens de demeurer sur place, *a fortiori* de s'installer. Un tel événement devient le symbole de la désertification d'un territoire et du sentiment d'abandon d'une population.

[258] Ainsi les associations ou collectifs d'usagers[82] rencontrés par la mission évoquent-ils une *« sous-prise en compte des enjeux d'accès aux soins »*. Pour eux *« la dégradation des indicateurs est sans aucun doute liée au contexte de dégradation de la démographie médicale : diminution de l'attractivité des pratiques professionnelles en établissement, désaffection pour le métier de sage-femme plus installation de plus en plus directement en libéral, pyramide des âges des praticiens obstétriciens »*.

[259] Cette prise de conscience se voit renforcée par l'insuffisance réelle d'intervenants en soins, et la division par trois ou quatre de la présence médicale libérale en 20 ans dans certains territoires très ruraux, comme ont pu en témoigner auprès de la mission les personnes rencontrées lors des visites qu'elle a effectuées dans le Lot ; le Cher et l'Indre notamment (*cf*. données présentées en partie 2.1.1).

[260] La fermeture des petites maternités, bien que compensée par le renforcement des plateaux techniques plus importants (sur le nombre de salles de naissance par exemple), tel qu'objectivé par l'analyse de la mission conduite avec le « Pôle Data » de l'IGAS, ne suffit pas à compenser la désaffection des structures hospitalières par les professionnels : le nombre d'ETP de gynécologues par salle de naissance est passé de 1,45 à 1,05 entre 2013 et 2023, soit une baisse de pratiquement 30 %, quand le nombre de sages-femmes par salle de naissance passait, lui, de 6,1 à 5,5 sur la même période, soit une baisse de 10 % (*cf*. graphiques 4-5-6-7 de l'annexe 2).

[261] Parallèlement, l'offre de prise en charge en ville par les gynécologues et les médecins généralistes suit une tendance similaire. L'arrivée des sages-femmes dans le secteur libéral à partir de 2012, exerçant *de facto* des fonctions de gynécologie médicale, compense numériquement et en partie la diminution du nombre de gynécologues ; mais, dans le même temps et mécaniquement, elle diminue d'autant la ressource humaine disponible pour pratiquer des accouchements en maternité.

[262] Cette évolution du nombre de professionnels de santé se traduit, comme le montre l'étude conduite par la mission avec le « pôle Data » de l'IGAS annexée, par une accentuation de l'hétérogénéité de l'offre de prise en charge sur le territoire. Sans surprise, l'arc méditerranéen et les grands centres urbains sont bien mieux dotés que les départements ruraux. Qui plus est, le mouvement d'installation des sages-femmes en libéral suit peu ou prou le même mouvement que celui des gynécologues, et ne constitue donc pas l'offre de substitution attendue dans les territoires désertés par le corps médical que l'on aurait pu espérer.

[263] Même si un lien de causalité entre cette raréfaction des moyens humains consacrés à la périnatalité et la dégradation objective des indicateurs depuis 15 ans ne peut être établi, cette évolution objectivement dégradée, provoquant parfois une incitation au renoncement au soin, nourrit l'inquiétude des populations et des élus concernés, alimente la polémique sur les restructurations du paysage sanitaire, voire nourrit le discours de ceux qui l'instrumentalisent à d'autres fins. La mission a tout particulièrement pu faire ce constat à l'occasion de ses déplacements dans les départements et lors de ses rencontres avec les représentants de différents collectifs.

[82] En particulier la Coordination nationale de défense des hôpitaux et maternités de proximité et, localement, le Comité des usagers du centre hospitalier de Le Blanc.

1.3.3 Excessive, cette polarisation ne permet pas de rendre compte de la réalité des résultats périnatals enregistrés

1.3.3.1 L'augmentation enregistrée du nombre des naissances hors-maternités ne semble pas avoir entraîné de poussée de la morbi-mortalité périnatale ni des évènements indésirables graves liés aux soins (EIGs)

[264] Les fermetures de nombreuses petites maternités et l'augmentation des distances à la maternité la plus proche (MPP) qui en résulte pour certaines femmes, accroît mécaniquement le risque d'accouchement hors maternité. Les autres facteurs de risque d'accouchement hors établissement sont : la prématurité, l'âge élevé de la mère, la parité de celle-ci et la « déprivation » sociale -le taux d'accouchement hors établissement étant plus élevé dans les territoires moins favorisés.

[265] Si les modes de comptage et les chiffres diffèrent, une chose semble établie : les naissances hors maternité, si elles font souvent l'objet d'une communication qui marque les esprits, ne peuvent pas être considérées, ni par leur nombre, ni par leur degré de gravité, comme la source de l'augmentation du taux de mortalité néonatale observée.

[266] Les données disponibles, produites avec des modes de recueil très différents, sont disparates ; quant à la littérature relative aux accouchements hors maternité en France, elle est très peu étoffée. A cet égard, la mission a relevé que :

- selon la Société Française de Néonatologie (SFN), la quasi-totalité des accouchements (plus de 99,6 %) a lieu en établissement de santé ;
- selon le rapport du Sénat[83], les accouchements hors maternité correspondant à des accouchements planifiés à domicile (estimés à 2 000 naissances par an), en maison de naissance (800 naissances par an) ou à des accouchements inopinés, s'élèveraient donc à un peu moins de 9 000 accouchements par an, soit 1,33 % du total des accouchements. Parmi ceux-là, les 6 000 accouchements « inopinés » représentent 0,9 % du total ;
- selon la Fédération hospitalière de France (FHF), ces accouchements inopinés sont le plus souvent liés à des situations de précarité et se produisent dans de grandes villes, sans que l'éloignement par rapport à la maternité soit en cause. Cette analyse est confirmée par la fédération des sapeurs-pompiers : les pompiers de Paris prennent en charge 300 accouchements inopinés par an en moyenne, qui ne sont pas à imputer au maillage territorial, mais à des situations de précarité ou à des circonstances particulières ;
- selon la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), les accouchements hors établissements ont représenté environ 0,6 % des accouchements en 2024, selon des données provisoires issues du PMSI[84] ;

[83] Rapport d'information du Sénat n° 753 (2023-2024), *op.cit*.
[84] SFMU Actualités de l'Urgence – APM 16/10/2025.

- selon la revue *Profession sages-femmes* (*cf* tableau ci-dessous), le pourcentage d'accouchements hors établissement a augmenté régulièrement de 2013 à 2021 et se situe, selon les années entre 0,34 % et 0,56 % ;

Tableau 2 : Pourcentage d'accouchements hors établissements 2013-2021

Pourcentage d'accouchements hors établissement 2013-2021

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
France métropolitaine	0,34	0,34	0,39	0,41	0,42	0,45	0,48	0,51	0,56
DROM	1,9	1,7	2,5	2,5	2,4	2,6	2,5	2,5	3

Source : Atih - PMSI

Source : Revue Profession sage-femme du 8 novembre 2023 à partir des données ATIH-PMSI

- en 2024, le PMSI a recensé 3 500 accouchements hors établissement [85] en France hexagonale (incluant la Corse), contre 2 681 en 2014[86]. La proportion est passée de 0,35% en 2014 à 0,52 % en 2020 puis 0,57 % en 2021, 0,59 % en 2022 et 2023 et 0,6 % en 2024[87]. Dans les DROM, le taux a atteint 3,2 % en 2024 (1 094 accouchements hors établissement), ce qui correspond à une hausse de 63 % par rapport à 2014 (673 accouchements hors établissement). Le taux est passé de 1,79 % en 2014 à 2,55 % en 2015 puis 3,05 % en 2021 avant de diminuer légèrement puis de remonter à 3,2 % en 2024 ;
- de son côté, La DREES avait calculé un taux de 0,64 % d'accouchements inopinés extrahospitaliers en 2021 à partir des données de son enquête nationale périnatale, sans davantage de précisions ;
- l'Observatoire national des accouchements inopinés extrahospitaliers constitue une autre source de données. Un article a été rédigé sur la base des résultats de ses 13 années de fonctionnement : il est en cours de relecture. Dans l'attente de sa publication, des tendances, et non des données chiffrées, sont avancées, indiquant que les femmes accouchant de manière inopinée hors maternité sont le plus souvent des multipares, aux grossesses suivies, et que les nouveau-nés sont quasiment à terme. Il n'est pas relevé de lien

[85] Dr Emile Marrer, médecin de santé publique au CHU de Nancy - Journées de la société française de médecine périnatale.

[86] *Le PMSI permet d'identifier par un code spécifique les accouchements hors établissement avec hospitalisation dans les suites immédiates ; mais il ne donne pas d'information sur les circonstances, c'est-à-dire sur le caractère éventuellement inopiné à domicile ou pendant le trajet vers un établissement, si l'accouchement a eu lieu dans une maison de naissance ou à domicile mais de manière choisie (accompagné ou non). La SFMU observe qu'il existe des pratiques hétérogènes de codage et que les consignes ont évolué en 2024. Depuis 2024, l'accouchement doit être codé comme un accouchement hors établissement que l'équipe SMUR soit présente ou non, alors qu'auparavant, cela dépendait de la présence ou non du SMUR mais aussi du rattachement ou non du SMUR à une maternité. Dans ce dernier cas, l'accouchement pouvait alors être codé comme ayant eu lieu en établissement.*

[87] La stabilité entre 2023 et 2024 malgré l'évolution du codage, peut être liée à de mauvais codages en raison d'incohérences dans le guide méthodologique, qui ont peut-être conduit des établissements à déclarer des accouchements en établissement (une mère considérée hors établissement et un nouveau-né en établissement).

entre ces accouchements et la distance entre domicile et maternité, ni avec des facteurs de vulnérabilité.

[267] A titre comparatif[88], la proportion d'accouchements hors établissement dans d'autres pays semble s'établir, pour l'Union Européenne, sur une échelle allant de moins de 1 % (très basse dans les pays nordiques, avec des maternités très concentrées, et un dépistage des facteurs de risque d'accouchement inopiné), à près de 15 % après Covid aux Pays-Bas, qui font figure d'exception en Europe occidentale avec une proportion importante d'accouchements à domicile.

[268] L'accouchement hors maternité constitue un facteur de risque de morbi-mortalité périnatale étudié dans la littérature scientifique, surtout chez le nouveau-né, plus rarement chez la mère. Les acteurs de terrain avancent fréquemment une augmentation du risque de mortalité périnatale associée à l'éloignement de la femme enceinte de son lieu d'accouchement. Celle-ci ne paraît pas établie au vu de la littérature épidémiologique consacrée à cette question, peu nombreuse et désormais ancienne.

[269] Une analyse rétrospective[89], à partir des données du PMSI sur la période 2012-2014 en métropole, a conclu à un taux d'accouchement hors maternité de 3 ‰ sur la population étudiée (6 733 des 2 256 797 naissances recensées). Le risque d'accouchements hors maternité augmente avec la distance à la MPP : les femmes qui accouchent hors maternité résident plus souvent à plus de 30 kilomètres de la MPP que les femmes qui accouchent en maternité : 9.9 % *versus* 4,4 %. Le risque relatif est de 1,5 pour les femmes habitant entre 16 et 30 Kms par rapport aux femmes habitant à moins de 16 Kms de la MPP, et de 3,2 pour les femmes habitant à 45 Kms ou plus. Cette étude confirme donc le risque accru d'accouchement hors maternité. En revanche, elle ne met pas en évidence d'effet significatif de la distance à la MPP sur la morbi-mortalité périnatale.

[270] A rebours, une étude circonscrite géographiquement[90], et portant sur un échantillon démographique limité, montre qu'au-delà de 45 minutes de trajet, les taux bruts de mortinatalité passent de 0,46 % à 0,86 % et ceux de la mortalité périnatale de 0,64 % à 1,07 %.

[271] Toutes ces estimations, on le voit, sont délicates à interpréter compte-tenu de leur diversité de méthodes et de résultats. La mission estime qu'il serait très utile de pouvoir disposer pour l'avenir de données fiables sur ce point. La recommandation émise plus haut concernant le « Système national d'Information en périnatalité » permettrait de répondre à cette préoccupation. Elles semblent néanmoins indiquer que, **si une hausse modérée du nombre des naissances hors maternités, conséquence de la réduction massive du nombre de celles-ci, peut être constatée dans la période récente, celle-ci n'a pas provoqué une poussée significative de la morbi-mortalité périnatale**.

[88] Erasmus University Rotterdam : Elsevier Midwifery Vol 144 may 2025 Abstract. Choosing for a Homebirth during Covid 19 Lockdown in the Netherlands, who and why 01/05/2025. L'article explore les caractéristiques et les motivations des femmes qui changent leur préférence d'un accouchement à l'hôpital à un accouchement à domicile.

[89] Out-of-maternity deliveries in France : A nationwide population-based study, Evelyne Combier et *alii*., *PLoS ONE* 15(2): e0228785, February 24, 2020.

[90] E. Combier, H. Charreire , M. LE Vaillant , F. Michaut, C. Ferdynus, J.-M. Amat-Roze, J.B. Gouyon, C. Quantin, J. ZeitLin, Temps d'accès aux maternités Bourguignonnes et indicateurs de santé périnatale, *Journal de gestion et d'économie médicales*, 2013, Vol.31(6), 348-368.

[272] **Il en va de même avec les évènements indésirables graves associés aux soins survenus chez les nouveaux nés (EIGs) : l'analyse par la HAS des déclarations de ces EIGs[91] ne met pas en évidence de lien avec les restructurations opérées.**

[273] Dans une étude réalisée à partir des déclarations reçues à la HAS entre mars 2017 et décembre 2021, 269 EIGs ont été analysés.

[274] En dépit d'une sous-déclaration importante des EIGs, ces données éclairent sur les circonstances des accidents déclarés et permettent ainsi d'orienter les actions pour améliorer la sécurité du patient.

[275] Cette réserve émise, on note que la situation clinique ayant provoqué l'EIG est jugée non complexe dans une situation sur deux, évitable ou probablement évitable dans une situation sur deux, et que les causes immédiates montrent un défaut ou un retard de prise en charge pour 120 cas sur 269, défaut ou retard dans lesquels pourraient s'inscrire les questions relatives aux restructurations de l'offre de soins, sans que l'on puisse l'affirmer.

[276] La HAS ne fournit pas cette analyse par type de maternité, ce que l'on peut regretter. En effet, les lieux de survenue sont complétés par les déclarants dans le formulaire de déclarations des EIGs et celui-ci ne prévoit pas de demander des informations sur le type de maternité ou sur l'existence d'un transfert (la mission considère sur ce point que le questionnaire de la HAS gagnerait à être complété). Ces informations sont cependant parfois retrouvées dans des champs en texte libre sur les circonstances de l'EIG, mais cela ne permet pas d'approfondir le sujet.

1.3.3.2 A l'inverse, les situations paradoxales relevées dans certains départements particulièrement bien dotés contredisent la thèse de l'indispensable concentration des maternités

[277] Etablir un lien automatique entre le maintien d'accouchements en maternités de niveau 1 et la hausse de la mortalité infantile (néonatale, pour l'essentiel) et, parallèlement et conséquemment, présenter le regroupement de ces maternités dans des établissements de niveau 2 et 3 comme la solution qui permettrait d'interrompre le mouvement de reprise de cette mortalité infantile observée depuis près de quinze ans, paraît une vision sommaire des choses.

[278] Certes, il est vraisemblable que les fermetures de maternités de niveau 1, pratiquant moins de 300 accouchements, survenues depuis 1998, ont été utiles en termes de sécurité sanitaire. Toutefois, il convient de rappeler que, factuellement, ces maternités ont été fermées pour l'essentiel d'entre elles entre 1998 et 2010 (*cf. supra*), c'est-à-dire avant la reprise de la mortalité infantile en France. Dès lors, généraliser cette position au-delà des seuls cas des maternités légitimement fermées pour cette raison, et l'ériger en principe cardinal de l'action publique constitue une conjecture, invérifiable par définition.

[279] On pourrait même, de façon inverse mais tout aussi hâtive, inférer de l'analyse chronologique établissant, d'une part, un mouvement de concentration des maternités assumé à compter de 1998 et pratiquement définitif dès 2010 (*cf. supra*) et, d'autre part, une reprise de la

[91] HAS Retour d'expérience national- les évènements indésirables graves associés à des soins (EIGS)-2021-validé le 10 novembre 2022-Préconisation du rapport EIGS survenus chez les parturientes (à partir de la page 15) : Microsoft Word - SPA-215_RETOUR_EXPERIENCE_NATIONAL_EIGS_CD_2022.11.10_VD.

mortalité infantile dans notre pays apparaissant précisément à compter de 2011, l'existence d'une corrélation, voire d'une causalité, négative dans tous les cas, entre ces deux séries d'événements : c'est à cette conclusion qu'aboutissent les acteurs qui veulent voir dans la fermeture des « *petites* » maternités la cause de la dégradation actuelle des indicateurs de mortalité infantile.

[280] De façon factuelle, on ne peut, à cet égard, qu'observer que **des départements particulièrement bien dotés en maternités de niveaux 2 et 3 et où une part importante, voire massive, des accouchements a lieu dans ces types d'établissements, enregistrent néanmoins des résultats sanitaires très préoccupants**.

[281] Une telle situation paradoxale peut être relevée, par exemple, en Guadeloupe, en Seine-Saint-Denis ou à Paris.

[282] Parmi les territoires ultramarins, la Guadeloupe est l'un de ceux où les indicateurs périnataux sont les plus dégradés : en 2023, la mortalité infantile y a atteint 9,6 ‰, autant qu'en Guyane et presque autant qu'à Mayotte (10,5 ‰), soit un taux 2,4 fois plus élevé celui constaté au niveau national (4 ‰).

[283] Or, la Guadeloupe est dotée de deux maternités de niveau 3 : le CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes et le CH de la Basse-Terre, et d'une maternité de niveau 2b, le CH Louis Constant Fleming, dans lesquels ont été pratiqués 3 494 des 4 422 accouchements de l'année 2023, soit 79 % d'entre eux. Une seule maternité de niveau 1 (la clinique des Eaux Claires, 928 accouchements) et une maison de naissance représentent, quant à elles, 21 % des accouchements de l'île.

[284] Au sein de la région Île-de-France, dont il a été souligné le poids démographique et sanitaire dans les résultats nationaux, la Seine-Saint-Denis se distingue par un taux de mortalité infantile particulièrement élevé : 6 ‰ en 2023 pour 4 ‰ au niveau national. De façon plus précise encore, son taux de mortalité néonatale précoce atteint 3,3 ‰, alors que celui de la France entière est de 2 ‰.

[285] Pourtant, là encore et de façon encore plus massive, l'immense majorité -96,07 %- des accouchements est pratiquée dans des maternités de niveaux 2 et 3 :

Tableau 3 : Répartition par établissement des naissances enregistrées en Seine-Saint-Denis de 2019 à 2024

Etablissements	commune	FinessGeo	type	categ	acc_2019	acc_2020	acc_2021	acc_2022	acc_2023	acc_2024
CH Le Raincy-Montfermeil	MONTFERMEIL	930000286	2B	Public	2251	2004	1926	1841	2053	1556
CH André Gregoire	MONTREUIL	930000302	3	Public	4073	3976	3772	3472	2962	3402
CH Delafontaine	SAINT-DENIS	930000328	3	Public	4334	4263	3827	3596	3627	3725
CH Robert Ballanger	AULNAY-SOUS-BOIS	930000336	2B	Public	3597	3464	3428	3703	3117	3235
Maternité Jean Verdier (CHU)	BONDY	930100045	2B	Public	2377	2264	1832	2065	2115	1923
Maternité des Lilas	LES LILAS	930150032	1	Public	1397	1287	1112	1094	941	715
Hôpital privé de Seine-Saint-Denis	LE BLANC MESNIL	930300116	2B	Privé	2301	2276	2273	2117	2298	2261
Clinique Vauban	LIVRY - GARGAN	930300298	1	Privé	1021	944	758	719	295	FERME
Clinique de l'Estrée	STAINS	930300553	2A	Privé	1683	1540	1321	1434	1205	967
Hôpital Européen de Paris	AUBERVILLIERS	930300025	2A	Privé	659	566	464	418	273	383
Total enregistré 93					***23693***	***22584***	***20713***	***20459***	***18886***	***18167***

Source : Source : ARS Ile-de-France

[286] Il n'existait, en effet, jusqu'à présent plus qu'une seule maternité de type 1 dans ce département, dont la fermeture vient d'avoir lieu, qui n'avait comptabilisé que 3,93 % (715/18 167) des accouchements pratiqués en 2024 dans le département.

[287] Troisième et dernier contre-exemple, celui de Paris, où la mortalité infantile (pour l'année 2023) est de 4,3 ‰, au-dessus du résultat national (4 ‰) ; et où la mortalité néonatale atteint 2 ‰, un résultat égal à celui de la France entière (2 ‰) et légèrement au-dessus de celui de la France métropolitaine (1,9 ‰). Une performance mauvaise, donc, obtenue alors que 79 % des accouchements pratiqués dans la capitale le sont dans des maternités de niveaux 2 et 3, Paris ne comptant que quatre maternités de niveau 1.

Tableau 4 : Répartition par établissement des naissances enregistrées à Paris de 2019 à 2024

Etablissements	commune	FinessGeo	type	categ	acc_2019	acc_2020	acc_2021	acc_2022	acc_2023	acc_2024
Maternité Lariboisière (CHU)	PARIS 10	750100042	2A	Public	1882	2285	2205	2340	2311	2129
Maternité Trousseau (CHU)	PARIS 12	750100109	3	Public	3744	3269	3690	3315	3217	3477
Maternité Pitié-Salpétrière (CHU	PARIS 13	750100125	2A	Public	2298	2309	2235	2211	2259	2093
Maternité Port-Royal (CHU)	PARIS 14	750100166	3	Public	5292	5000	5227	5338	4956	4901
Maternité Bichat (CHU)	PARIS 18	750100232	2B	Public	2093	2035	1576	1889	1806	1888
Maternité Tenon (CHU)	PARIS 20	750100273	2A	Public	2607	2538	2347	2375	2306	2147
Maternité les Bluets	PARIS 12	750150013	1	Public	3163	3108	3272	3102	3112	3066
Institut Mutualiste Montsouris	PARIS 14	750150104	1	Public	2036	1825	1890	1803	1864	1909
Clinique Jeanne d'Arc	PARIS 13	750300410	1	Privé	593	547	552	177	FERME	FERME
Clinique de La Muette	PARIS 16	750300840	1	Privé	1157	1096	1268	1145	945	812
Clinique Sainte Thérèse	PARIS 17	750300931	1	Privé	1040	1199	1270	1138	999	958
Maternité Robert Debré (CHU)	PARIS 19	750803454	3	Public	2881	2978	2964	2755	2583	2733
Maternité Necker (CHU)	PARIS 15	750100208	3	Public	3203	3066	3 203	3 064	3086	3012
ND de Bon Secours-St Joseph	PARIS 14	750000523	2B	Public	3 203	3 425	3383	3 254	2 817	2814
Total enregistré 75					***35192***	***34680***	***35082***	***33906***	***32261***	***31939***

Source : ARS Ile-de-France

[288] Les trois situations exposées, illustrant un même cas de figure et soulignant une même contradiction, permettent de saisir que ***la solution à la reprise de la mortalité infantile en France ne saurait être recherchée principalement dans une concentration plus grande des accouchements dans des maternités de niveaux 2 et 3***. ***A rebours, elles confirment que c'est bien plutôt le poids des facteurs populationnels -présents avec une intensité comparable dans ces trois départements- qui rend compte principalement de la dégradation des indicateurs de périnatalité***.

1.3.3.3 La comparaison avec plusieurs pays proches de la France ne montre pas de corrélation évidente entre le nombre de maternités et les résultats nationaux respectifs en matière de mortalité infantile

[289] La mission a rapporté le nombre de naissances constatées dans plusieurs pays comparables à la France au nombre de maternités dans chacun de ces pays respectifs. Elle a ainsi obtenu un « nombre moyen de naissances par maternité » (*cf*. tableau ci-dessous).

Tableau 5 : Nombre de naissances rapporté au nombre de maternités dans plusieurs pays européens en 2023

Pays	Nombre de naissances (arrondi à la centaine la plus proche) (1)	Nombre de maternités (2)	Nombre moyen de naissances par maternité	Taux de mortalité infantile (1) *(en ‰)*
Allemagne	693 000	606	1 144	3,2
Danemark	57 500	22	2 614	3,5
Espagne	322 100	508	634	2,6
France	677 800	457	1 483	4,0
Italie	379 300	395	960	2,5
Suède	100 100	44	2 275	2,1

Source : Mission à partir des données INSEE-Eurostat (1) et des éléments transmis par la DAEI et les CAS (2).

[290] Même si, par définition, ces taux moyens de naissances par maternité ne rendent pas compte de la répartition détaillée, au sein de chacun des pays, des naissances en fonction de la taille des maternités, ni de la répartition géographique sur les territoires respectifs, il est néanmoins possible de constater, en première approche, que le nombre moyen de naissances par maternité ne semble pas, toutes choses égales par ailleurs, pouvoir être corrélé aux performances en matière de mortalité infantile.

[291] En effet, des pays aux organisations radicalement différentes en termes de nombre de maternité, et donc de concentration des naissances, tels que la Suède, d'une part, et l'Espagne et l'Italie, d'autre part, présentent des résultats du même ordre en termes de mortalité infantile : respectivement 2,1 ‰ ; 2,6 ‰ et 2,5 ‰. *A contrario*, des pays présentant un même niveau de concentration des maternités, comme la Suède et le Danemark, et donc des naissances, peuvent, en 2023, présenter des résultats substantiellement différents en termes de mortalité infantile : respectivement 2,1 ‰ et 3,5 ‰.

[292] Un exercice comparable d'évaluation du nombre de maternités comparé à la superficie de chacun des pays a été réalisé (*cf.* tableau ci-dessous).

Tableau 6 : Nombre de maternités rapporté à la superficie totale dans plusieurs pays européens en 2023

Pays	Superficie du pays considéré (en Km^2)	Nombre de maternités (2)	Nombre moyen de Km^2 couvert par maternité	Taux de mortalité infantile (1) *(en ‰)*
Allemagne	357 022	606	589	3,2
Danemark	42 952	22	1 952	3,5
Espagne	506 030	508	996	2,6
France	632 702	457	1 384	4,0
Italie	302 073	395	765	2,5
Suède	450 295	44	10 234	2,1

Source : Mission à partir des données INSEE-Eurostat (1) et des éléments transmis par la DAEI et les CAS (2).

[293] Là encore, les résultats doivent être interprétés avec prudence dans la mesure où, notamment, ils ne tiennent pas compte de la répartition territoriale précise des maternités sur le territoire, ni de l'adéquation de leur implantation avec les bassins de vie. Il ressort néanmoins de ce calcul sommaire que les résultats en termes de mortalité infantile ne paraissent pas corrélés à la densité moyenne des maternités sur le territoire. Ainsi les deux pays présentant les deux meilleurs taux de mortalité infantile en 2023, à savoir l'Italie avec 2,5 ‰ et la Suède avec 2,1 ‰, présentent des densités moyennes de maternités sur le territoire très différentes (respectivement une maternité en moyenne pour 765 Km^2 et une maternité pour 10 234 Km^2).

1.3.4 Les travaux conduits par la mission avec le pôle data confortent ces résultats empiriques

[294] La mission, avec le concours du pôle data de l'IGAS, a procédé à un regroupement statistique (ou « *clustering*) sur un ensemble de données décrivant l'offre en établissements et également l'offre en ville à l'échelle des départements. Des données complémentaires sur les caractéristiques socio-économiques des départements ont été par la suite analysées pour compléter l'étude.

[295] Ce regroupement statistique fait apparaitre deux groupes, en fonction de la présence (groupe A), ou de l'absence (groupe B), sur le territoire considéré, de maternités de niveau 3. Ces deux groupes sont constitués respectivement de 51 et 50 départements.

[296] Chacun des deux groupes, A et B, est lui-même subdivisé en trois sous-groupes, soit au total six situations « types » relatives à l'offre de soins périnatale.

[297] S'agissant du groupe A, il est composé, comme précisé précédemment, de départements comportant au moins une maternité de niveau 3. Les départements de ce groupe présentent comme autres caractéristiques le fait de disposer de maternités très accessibles en voiture, d'avoir une offre de professionnels de santé en ville plus élevée que la moyenne nationale, mais une plus faible présence des sages-femmes (*cf*. annexe 2 graphique 12), de connaitre une sur-représentation du secteur privé lucratif par rapport à l'offre nationale, et d'avoir un niveau de consultations externes par accouchement effectuées par des sages-femmes dans les maternités moins nombreuses (environ 3 consultations externes par accouchement contre un peu moins de 4 au niveau national) (*cf*. annexe 2 graphique 13).

[298] Les trois sous-groupes du groupe A sont les suivants :

- le sous-groupe A.1 est composé de 16 départements[92]. L'offre de maternité y est variée et très accessible, avec un tiers de maternités de niveau 3 pour moins de maternités de niveau 1 que la moyenne nationale. L'activité des maternités y est élevée, avec une sur-représentation des transferts ascendants depuis le niveau 1 et des transferts provenant du privé lucratif (*cf*. annexe 2 graphique 11). L'activité des PMI y est moyennement active.

[92] Sous-groupe A1 : Alpes-Maritimes, Hérault, Loire, Maine-et-Loire, Manche, Morbihan, Nord, Oise, Pas-de-Calais, Sarthe, Seine-et-Marne, Yvelines, Essonne, Seine-Saint-Denis, Val de Marne, Val d'Oise.

L'offre de personnel en ville y est proche de la moyenne mais plus faible pour les sages-femmes, en ville ou en établissement. Les consultations externes sont faibles ;

- le sous-groupe A.2 est composé de 14 départements[93]. Les maternités privées du secteur non lucratif sont présentes dans ce sous-groupe, alors que le secteur public est sous-représenté. L'offre y est très variée et très accessible avec un peu plus de maternités de niveau 2a pour moins de niveaux 2b. L'activité des maternités y est très élevée avec des transferts depuis tout niveau de maternités, avec une sur-représentation des transferts ascendants depuis le niveau 1 et des transferts du privé non lucratif (*cf*. annexe 2 graphique 11). L'activité des PMI y est faible. L'offre de personnel y est plus élevée notamment en gynécologues et en pédiatres, pour peu de consultations externes (cf. annexe 2 graphique 13) ;
- le sous-groupe A.3 est composé de 21 départements[94]. L'offre y est variée mais plus concentrée : une maternité sur deux est de niveau 3, au détriment du niveau 2b. L'activité y reste élevée mais très peu de transferts ont lieu. Lorsqu'ils ont lieu, ils sont majoritairement depuis le niveau 1, en sur-représentation ; de plus les transferts sont sur-représentés dans le privé lucratif (*cf*. annexe 2 graphique 11). L'activité des PMI et l'offre en personnel y sont similaires à la moyenne nationale, pour peu de consultations externes.

[299] S'agissant du groupe B, le secteur public est sur-représenté par rapport à l'offre nationale. Les départements du groupe B sont composés de maternités moins accessibles en voiture. L'offre des professionnels de santé en ville est plus faible que la moyenne nationale, notamment pour les pédiatres qui sont sous-représentés (*cf*. graphique 12 annexe 2). Les sages-femmes sont cependant proches de la moyenne nationale. Les consultations externes par accouchement effectuées par des sages-femmes dans les maternités sont beaucoup plus élevées dans le Groupe B : entre 4 et 5 consultations externes par accouchement contre un peu moins de 4 au niveau national (*cf*. annexe 2 graphique 13).

[300] Les trois sous-groupes du groupe B sont les suivants :

- le sous-groupe B.1 est composé de 15 départements[95], où l'offre est intégralement publique. L'offre y est restreinte avec une sur-représentation du niveau 2, notamment 2b, et très peu de niveau 1. L'activité des maternités y est dans la moyenne nationale. Les transferts s'y font majoritairement depuis le niveau 2b, avec une sur-représentation du niveau 1 (*cf*. annexe 2, graphique 11). La PMI y est active avec de nombreuses consultations externes mais l'offre de personnel est limitée ;
- le deuxième sous-groupe (B.2) est composé de 15 départements[96] principalement ruraux, où l'offre est également intégralement publique, très restreinte et limitée aux niveaux 1 et 2a ;

[93] Sous-groupe A2 : Bouches-du-Rhône, Côte d'or, Haute-Garonne, Gironde, Ille-et-Vilaine, Isère, Loire atlantique, Marne, Meurthe-et-Moselle, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Rhône, Paris, Hauts-de-Seine.
[94] Sous-groupe A3 : Aube, Calvados, Côtes d'Armor, Doubs, Finistère, Gard, Indre-et-Loire, Loiret, Puy de Dôme, Pyrénées atlantiques, Pyrénées-Orientales, Savoie, Seine-Maritime, Somme, Vienne, Haute-Vienne, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte.
[95] Sous-groupe B1 : Aisne, Allier, Ardennes, Charente maritime, Drôme, Eure-et-Loir, Jura, landes, Haute-Marne, Nièvre, Deux-Sèvres, Tarn, Vosges, Yonne, Territoire-de-Belfort.
[96] Sous-groupe B2 : Hautes Alpes, Ardèche, Ariège, Aude, Cantal, Corrèze, Creuse, Gers, Indre, Haute Loire, Lot, Lozère, Meuse, Orne, Haute-Saône.

le niveau 2a étant sur-représenté. L'activité des maternités y est basse mais l'activité PMI y est très forte. Les transferts s'y font majoritairement depuis le niveau 2a, avec une sur-représentation du niveau 1 (*cf.* graphique 11 annexe 2). Les consultations externes y sont élevées avec, notamment, une sur-représentation de celles organisées en CPP (*cf.* graphique 13 de l'annexe 2) mais l'offre y est limitée en ville. L'accessibilité aux maternités y est la plus faible : presque 10 % des femmes en moyenne dans ce groupe sont à plus de 45 minutes d'une maternité ;

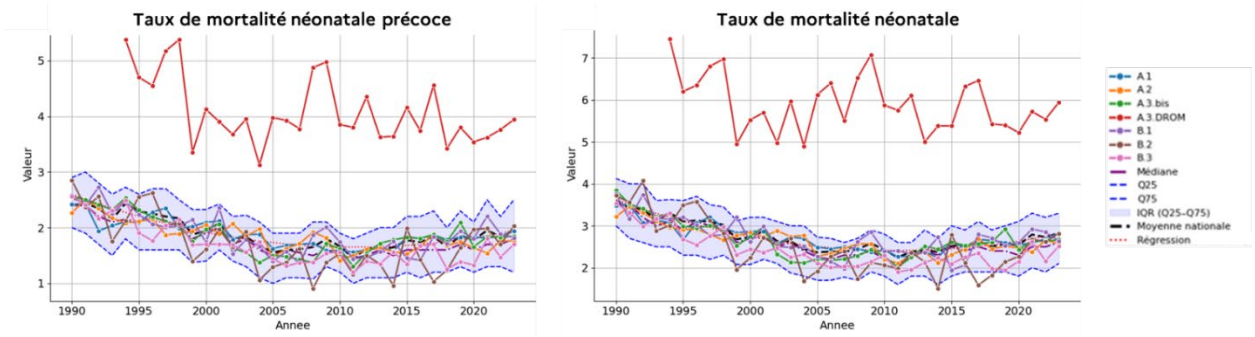
- le troisième sous-groupe (B.3) est composé de 20 départements[97] mixtes (urbains/ruraux) dans la moyenne nationale des secteurs public et privé (80 % public et 20 % privé lucratif). L'offre de maternité, correspond à la moyenne nationale, avec une sur-représentation des niveaux 1 et 2b. L'activité des maternités est cependant faible et les transferts ascendants proviennent majoritairement des maternités de niveau 1 issues du secteur privé lucratif (*cf.* annexe graphique 11). L'activité PMI et les consultations externes sont dans la moyenne, excepté une sur-représentation des consultations externes dans les centres périnatals de proximité (CPP).

[301] Il ressort de l'analyse de l'évolution de la mortalité néonatale et néonatale précoce de ces 6 sous-groupes identifiés trois conclusions principales :

- de façon générale, tous les groupes étudiés, bien que présentant des caractéristiques très différentes en termes d'offre, ont globalement connu une évolution comparable, voire parallèle, au cours des 35 dernières années (*cf.* graphiques 20 ci-dessous) : une phase de baisse du taux de mortalité infantile jusqu'en 2011, puis une reprise de celui-ci à partir de cette date : **on retrouve donc, de façon diffractée, les résultats nationaux synthétiques présentés par les études de l'INSEE** (*cf. supra*) ;
- quelles que soient leurs différences, et quelles que soient les quelques variations annuelles des taux observées, les six sous-groupes évoluent au sein d'un même corridor, avec une dispersion statistique faible ; **le mouvement puissant de fermetures des maternités de la période récente ne semble par conséquent pas avoir accru les inégalités entre les 6 sous-groupes au regard du taux de mortalité infantile, mais pas davantage les avoir réduites** ;
- de façon plus précise, on constate que l'évolution sanitaire des départements du groupe B, ceux qui ne sont pas dotés de maternités de niveau 3, est semblable à celle des départements du groupe A qui, eux, bénéficient de ce type d'établissements dont les plateaux techniques et les personnels médicaux et paramédicaux sont de haut niveau **: on n'observe aucun décrochage particulier des départements du groupe B ; à rebours, les départements du groupe A**, qui recrutent davantage de femmes à risque et accueillent la quasi-totalité des enfants prématurés, **ne pâtissent pas de ce biais de sélection**.

[97] Sous-groupe B3 : Ain, Alpes-de-Haute-Provence, Aveyron, Charentes, Cher, Dordogne, Eure, Corse du sud, Haute-Corse, Loir-et-Cher, Lot et Garonne, Mayenne, Moselle, Hautes Pyrénées, Saône et Loire, haute Savoie, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Vendée.

Graphique 20 : Evolution du taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances entre 1990 et 2023 par « sous-groupe »



Source : IGAS Pole Data pour la mission -Données DREES, INSEE 1990-2023

[302] Quant à l'analyse des données au sein de chacun des sous-groupes, elle conduit à constater une hétérogénéité des résultats sanitaires enregistrés : ainsi dans le sous-groupe A3, à titre d'exemple, le département du Finistère présente un taux de mortalité infantile de 2,3 ‰ en 2023 alors que le département du Doubs culmine à 6,5 ‰ ; il en va de même pour le sous-groupe B3 au sein duquel la Haute-Savoie obtient l'un des meilleurs résultats de France (1,7 ‰) et cohabite avec le Cher qui atteint 5,1 ‰. Cette hétérogénéité est persistante dans le temps, quoique révélant des évolutions contrastées, puisque ces taux étaient, en 2000, respectivement de 3,7 ‰ pour le Finistère, de 4 ‰ pour le Doubs, de 4,3 ‰ pour la Haute-Savoie et de 5,2 ‰ pour le Cher, seul département ayant conservé des taux identiques à 23 ans d'écart.

[303] ***Sans être pleinement démonstratifs -résultat méthodologiquement inaccessible, en l'occurrence-, ces travaux statistiques confirment que l'on ne saurait soutenir qu'il existerait un lien univoque entre l'organisation de l'offre de maternités et les résultats enregistrés en termes de mortalité infantile.***

2 L'offre de soins périnatale doit par conséquent être renforcée et recentrée sur la prévention et la prise en charge des situations à risque

[304] L'offre de soins en périnatalité a beaucoup évolué au cours de la période récente. Complexe, résultant de situations de fait, d'une part, et d'un empilement de dispositifs, de l'autre, elle reste souvent peu lisible pour les acteurs, et notamment les usagers. Elle n'est pas organisée de façon optimale pour détecter suffisamment tôt certaines difficultés et, sur certains aspects, reste perfectible dans l'accompagnement des femmes et de leurs enfants après la naissance. L'enjeu majeur consiste donc à améliorer certains points de cette offre de façon à garantir un suivi effectif, efficace et approprié à chacune des étapes, du début de grossesse aux premières semaines de vie de l'enfant.

[305] Du point de vue de la reprise observée de la mortalité néonatale, deux moments cruciaux sont à considérer : la grossesse, car c'est la période au cours de laquelle on peut détecter et prévenir des risques pour la mère et l'enfant ; et, après l'accouchement, qui de manière générale ne représente pas de nos jours un moment en lui-même particulièrement périlleux, la période néonatale (J0-J27), car elle est celle au cours de laquelle vont se concrétiser les questions majeures du point de vue de la santé de l'enfant (prise en charge de la prématurité, de malformations éventuelles…).

[306] On notera également la question sensible du choix des femmes entre approche « physiologique » de la naissance et approche plus « médicalisée », clarifiée du point de vue de la doctrine et du droit, mais encore insuffisamment entrée dans les faits. A cet égard, l'organisation d'un dispositif de périnatalité doit répondre à une forme d'injonction paradoxale : d'un côté, le fait que la grande majorité -80 %- des grossesses sont normales, sans risques particuliers, et aboutissent à un accouchement eutocique donnant naissance, à terme, à un enfant en bonne santé ; de l'autre, l'obligation de garantir, en tout point du territoire national et pour toute femme, une sécurité optimale de l'accouchement et la possibilité de prendre en charge dans les meilleurs délais et les meilleures conditions tout nouveau-né présentant une pathologie mettant sa vie en danger (prématurité, pour l'essentiel). Cet écart, constitutif de tout système de périnatalité, répétons-le, est source de tensions, à la fois humaines (relatives aux personnels et à leurs compétences), organisationnelles et territoriales (en termes d'accessibilité aux éléments du dispositif, en particulier aux maternités), juridiques et financières (renvoyant au cadre réglementaire à adapter).

[307] Après avoir abordé la question fondamentale des ressources humaines disponibles et mobilisables, de leur formation et de leur répartition tout au long du parcours périnatal (2.1) la mission a ensuite analysé l'organisation de chacune des étapes de ce parcours périnatal : grossesse (2.2), accouchement et suites immédiates (2.3), prise en charge néonatalogique (2.4) puis période postnatale (2.5) pour identifier les points forts, mais aussi les aspects méritant d'être mieux organisés ou renforcés. Elle a enfin, de façon transversale, réservé un point particulier à la question de la PMI (2.6) et de la bonne information des parents, et en premier lieu des mères, tout au long de ce parcours (2.7).

2.1 Un préalable pour comprendre les enjeux et les difficultés d'organisation de l'offre : la question des ressources humaines et le « tournant sociétal »

2.1.1 Entre augmentation globale des effectifs médicaux en périnatalité et baisse importante de la natalité, le besoin en professionnels devrait logiquement baisser lui aussi

[308] ***Un premier constat doit être fait*** : ***les effectifs des professionnels de la périnatalité ont régulièrement augmenté.*** En effet, les effectifs globaux des différentes professions médicales concernées, tous statuts et modes d'exercices confondus, n'ont cessé d'augmenter au plan national, mais leur répartition s'est fortement concentrée depuis l'année 2 000.

[309] Ainsi, le nombre des pédiatres est en forte augmentation (+30 %), celui des gynécologues en légère diminution, en raison probablement de la diminution du nombre des gynécologues médicaux, et le nombre des sages-femmes connait une augmentation significative de l'ordre de 66 % en 23 ans. Environ 55 % d'entre elles travaillent en établissements de santé et près de 25 % en libéral ; elles étaient 70 % en établissement en 2014 pour 16 % en libéral (l'exercice mixte d'une part et le salariat hors milieu hospitalier ont augmenté de 3 % sur la période passant chacun de 7% à 10 %).

[310] En revanche, et par ailleurs, intervenants majeurs dans cette offre en pré et post natal, les médecins généralistes ont vu leurs effectifs baisser, sans toutefois que le total de ces quatre professions impliquées dans la prise en charge en périnatalité ne cesse d'augmenter, passant de presque 134 000 en 2000 à plus de 141 300 en 2024, soit près de 7 300 professionnels supplémentaires.

Graphique 21 : Evolution des effectifs médicaux en France entre 2000 et 2023

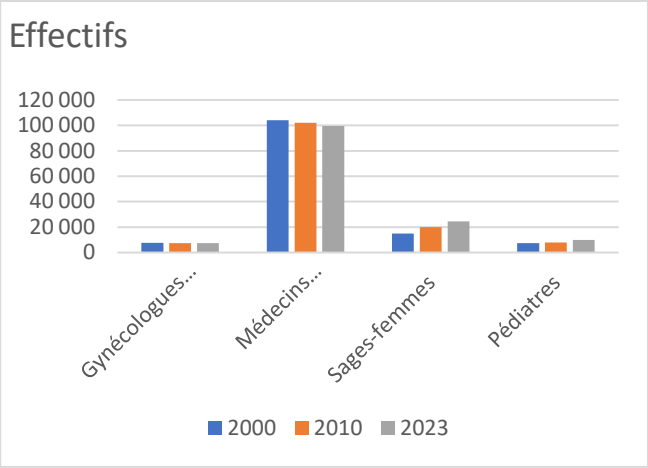


Tableau 7 : Evolution des effectifs médicaux en France entre 2000 et 2023

	Gynécologues (total)	Médecins généralistes	Sages-femmes	Pédiatres
2000	7 600	104 000	14 862	7 500
2010	7 500	102 000	20 040	8 000
2023	7 436	99 500	24 600	9 800

Source : Mission à partir des données DREES (ADELI jusqu'en 2011, RPPS depuis 2012), CNOM, Ordre des Sages-Femmes

[311] Concernant les seuls praticiens hospitaliers titulaires du secteur public (intervenant donc dans les maternités publiques), et sur la période récente (moins de 10 ans), on constate sinon une augmentation (sensible pour les pédiatres), à tout le moins une grande stabilité (*cf.* tableau ci-dessous).

Tableau 8 : Données relatives au nombre de praticiens hospitaliers par spécialité

Spécialité	2015	2019	2023	2024
Anesthésie	4 410	4 138	4 325	4 438
Gynécologie médicale[98]	71	82	121	135
Gynécologie obstétrique	1 810	1 803	1 827	1 872
Pédiatrie	2 720	2 951	3 297	3 374
TOTAL	9 011	8 974	9 570	9 819

Source : Mission à partir des données du Centre National de Gestion (CNG)

[312] ***Un second constat, dans le même temps, doit être rappelé : la natalité en France baisse fortement.*** Le nombre de naissances a ainsi chuté de 21,5 % entre 2010 et 2024. Passé de 12,9 ‰ en 2010 à 9,7 ‰ en 2024, le taux de natalité baisse quant à lui de près de 25 %. Le taux de fécondité est à 1,62 enfant par femme en 2024 contre 2 ;02 en 2010, et la baisse se poursuit, avec un nouveau « plus bas » attendu depuis la Seconde Guerre mondiale.

Tableau 9 : Evolution des taux de natalité et de fécondité en France depuis 2010

1nnée	Nombre de naissances	Variation Annuelle	Taux de natalité (pour 1 000)	Indice de fécondité
2010	832 799		12,9	2,02
2015	800 000		12	1,96
2016	785 000	-1,9 %	11,5	1,92
2017	767 000	-2,3 %	11,3	1,88
2018	759 000	-1,0 %	11,1	1,87
2019	753 000	-0,8 %	11	1,87
2020	740 000	-1,7 %	11	1,84
2021	742 052	+0,2 %	11	1,84
2022	723 000	-2,6 %	10,6	1,8
2023	677 800	-6,3 %	10	1,66
2024	663 000	-2,2 %	9,7	1,62
2025 ‘1er sem.)	635 000	-4,2 %	9,3	1,6

Source : Mission à partir des données INSEE

[313] En conséquence, mécaniquement, le besoin en professionnels devrait baisser lui aussi.

[314] Or, si l’on se réfère aux retours de nombreux interlocuteurs de la mission, notamment des ARS, la situation des ressources humaines sur la périnatalité est tendue dans toutes les régions, ce que la mission a pu elle-même constater.

[98] Les effectifs réduits de gynécologues médicaux hospitaliers s’expliquent par le fait que cette activité est essentiellement exercée en ville.

[315] Ces tensions, unanimement rapportées, tendent donc à laisser penser que la concentration de l'offre ne suffira donc pas à compenser l'augmentation du niveau d'exigence en ressources humaines.

2.1.2 Un changement de paradigme sociétal qui soulève de nombreuses questions

[316] Sans doute doit-on considérer le nombre et l'exigence croissants des normes de qualité, « consommatrices » de ressources humaines, pour expliquer une part de ces tensions sans cesse majorées. Elles ne sauraient toutefois être tenues pour les seules responsables de cette demande accrue. En réalité, c'est d'un changement sociologique important, régulièrement évoqué par de nombreux interlocuteurs, qu'il s'agit.

2.1.2.1 Le « tournant sociétal » retentit sur l'organisation des professionnels et de l'activité

[317] Malgré un phénomène massif de concentration des exercices hospitaliers publics et privé, et malgré un déplacement important des professionnels vers l'exercice libéral en ville, il se dessine en effet, en toile de fond dans ce secteur, peut-être même de manière plus vive que dans tout autre, **un changement de paradigme sociétal**, un changement de philosophie explicite, exprimé et assumé par les professionnels et leurs représentants.

[318] Ce véritable « tournant » consiste en un choix d'organiser différemment l'équilibre entre le travail et la vie personnelle, avec une appétence réduite pour les gardes et astreintes, un souhait de moindre isolement dans l'exercice de l'activité et une préférence accrue pour le travail en équipe, vécu comme une manière de diminuer le risque, et la charge, physique et psychologique, diminuer la contrainte temps, fluidifier les plannings, sanctuariser la qualité de vie.

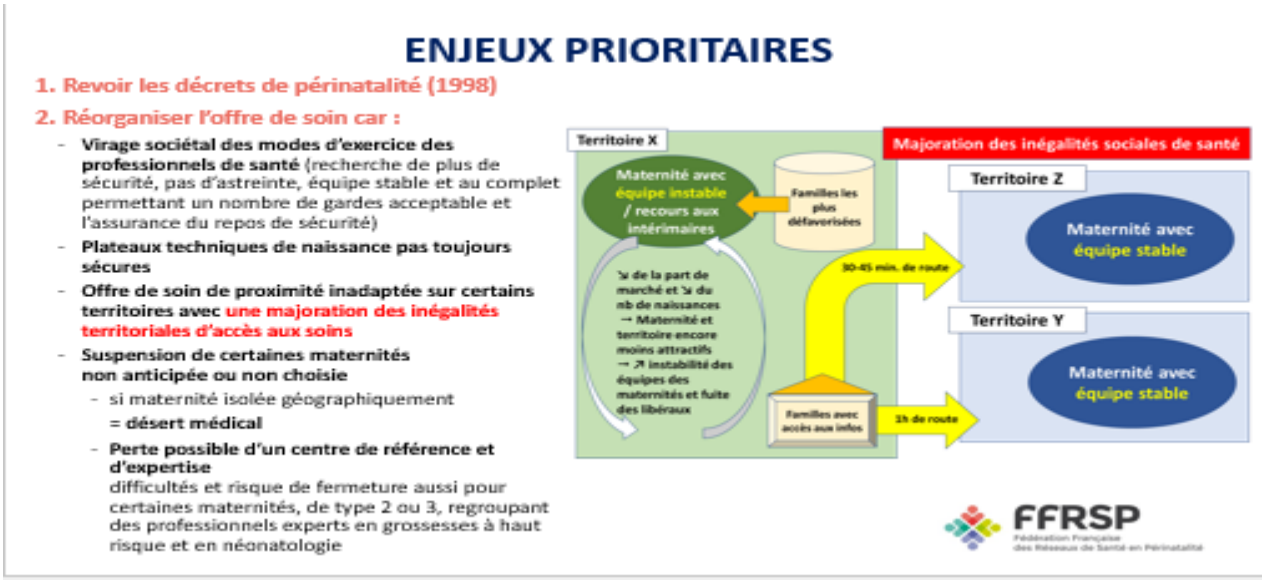
[319] Ainsi, comme l'exprime avec vigueur le Professeur Yves Ville[99], représentant de l'Académie nationale de médecine : « l*es soignants expriment très largement le souhait d'exercer dans un environnement permettant le partage des tâches, la réflexion d'équipe, une évolution de carrière, ainsi qu'une vie personnelle et familiale — aspirations incompatibles avec l'exercice dans de petites structures, dont 80 % (chiffres 2023) sont en souffrance (…) la démographie médicale est ce qu'elle est, et ses aspirations sont largement guidées par l'origine sociologique de ses composantes : la très grande féminisation des métiers du soin et le mode de sélection des candidats. »*

[320] Et de trancher : *« Déshabiller Paris, à moyens humains constants, pour habiller Orléans aujourd'hui, Mayotte demain, et la Corse après-demain, ne changera rien à ce constat. Il s'agit d'un opportunisme politique sans avenir, si ce n'est électoral et à très court terme. La coercition, quels que soient ses objectifs, n'a aucune chance de fonctionner à moyen ou long terme sur les profils que nous venons de décrire. »*

[321] D'autres acteurs l'ont exprimé eux-aussi de manière claire. Ainsi, la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) en fait son deuxième « enjeu prioritaire » après la révision des décrets de périnatalité de 1998 (*cf*. le document ci-dessous).

[99] Professeur Yves VILLE, contribution écrite sollicitée par la mission.

Schéma 4 : Enjeux prioritaires identifiés par la fédération française des réseaux de santé en périnatalité



Source : FFRSP-juin 2025

[322] Interrogée sur cette inflexion des comportements, qui semble s'être produite au milieu des années 2010, et sur ses causes, la FFRSP répond ainsi : il existe un « *fort virage générationnel et une forte féminisation de la profession. « Je n'ai pas envie de faire des nuits, de travailler 70 heures par semaine, je veux des repos de sécurité, je ne veux pas faire des crises d'angoisse, c'est insupportable de faire trop de garde, de pas être sûre de la qualité professionnelle de ceux qui travaillent avec vous, des anesthésistes qui changent tout le temps, de pas avoir de réserve de sang, de devoir transférer. Cet état d'esprit a eu un rôle majeur (…) Il n'y aura pas de retour en arrière* ».

[323] Beaucoup des équipes médicales rencontrées, en particulier celles des grands centres, assument totalement un discours étayé par deux arguments :

- le premier est relatif au changement de génération : les jeunes générations avancent comme préoccupations principales pour elles le respect des procédures, en ce qu'il représente un gage de sécurisation, la collégialité entre pédiatres, gynécologues obstétriciens, anesthésistes et sages-femmes, la possibilité de disposer d'un soutien à tout moment, en un mot la qualité de vie au travail. Elles ne veulent pas de rupture des compétences, situation génératrice d'angoisses qui leur donne l'impression « *d'avoir galéré* » (*sic*) durant des années de formation pour rien, ni d'activité réglée insignifiante, Cette première approche renvoie à un choix qui n'est pas dénué de sens du point de vue de la santé publique, mais qui n'en est pas moins un choix opéré par les seuls professionnels pour eux-mêmes, mais aussi avec des conséquences pour tous ;
- le second renvoie à une comparaison avec d'autres disciplines, telles la cancérologie ou bien la cardiologie interventionnelle, où les seuils seraient, contrairement à la périnatalité, « *assumés* ». Cette seconde approche s'ancre dans une vision excessivement médicalisée, voire technicisée, de l'accouchement ; or celui-ci est et doit rester un phénomène naturel : l'arrivée d'un enfant ne saurait être comparée à la survenue d'une maladie. Le choix du lieu

et des modalités d'accouchement doit demeurer celui de la parturiente et non celui des institutions.

[324] Ce tournant sociétal se traduit en particulier par des tensions sur les ressources humaines, des difficultés majeures et globalement communes de recrutement, de fidélisation et de répartition des professionnels, hors maternités de niveau 3, cliniques privées urbaines et gros centres urbains de manière générale. Il est à noter que les maternités de niveau 2a ou 2b ne sont pas épargnées par ces difficultés, qui ne sont donc plus l'apanage des seules maternités de niveau 1.

[325] ***Il soulève également de nombreuses questions pour l'ensemble des professions concernées.***

2.1.2.2 Un phénomène touchant toutes les professions, de façon diverse

[326] ***Essentielle au bon fonctionnement du système de soins périnatals, la profession de sage-femme*** est une profession médicale[100] à part entière, mais à domaine défini[101], aucun des actes présents à la nomenclature des sages-femmes n'étant juridiquement exclusif : toutes les compétences des sages-femmes sont des compétences partagées, qui peuvent être réalisées par d'autres professionnels de santé agissant dans le respect de leur champ de compétences.

[327] Depuis la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009, le champ de compétences des sages-femmes s'est considérablement élargi autour de la périnatalité, mais aussi dans le champ de la gynécologie, dépassant le cadre de la grossesse, s'étendant aux consultations de contraception et au suivi gynécologique de prévention puis pratique des IVG médicamenteuses. Profession médicale de premier recours, la sage-femme exerce en toute autonomie la prise en charge gynécologique et obstétricale des femmes ne présentant pas de problème de santé particulier. Elle participe également au suivi des nouveau-nés en bonne santé.

[328] L'élargissement du champ de compétences des sages-femmes, s'est en partie traduit par une modification de la nomenclature générale des actes professionnels : ainsi, depuis 2012, certains actes, de même que les tarifs les encadrant, ont évolué vers une convergence avec ceux des médecins, notamment dans le suivi gynécologique des patientes, puis à un basculement en classification commune des actes médicaux (CCAM). C'est cette évolution depuis 2012 et l'autorisation de s'installer dès l'obtention du diplôme qui amène massivement les sages-femmes vers l'exercice libéral : si plus de la moitié exerce encore aujourd'hui à l'hôpital, d'ores-et-déjà un tiers des sages-femmes exerce en libéral, cet exercice étant passé de 20 % en 2012 à 34 % en 2021 et devrait, selon la DREES, progresser encore de 27 % d'ici à 2050[102].

[100] Les professions médicales sont les seules professions pouvant exercer des actes médicaux à proprement parler et ayant le droit de prescription, même si celui-ci est parfois dit défini (il ne doit pas dépasser le cadre de compétence de la profession). Elles sont inscrites au Livre Ier de la quatrième partie législative du Code de la santé publique. Trois professions y figurent : les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.
[101] Article R4127-318 du Code de déontologie des sages-femmes, modifié par le décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 – art. 1. Version en vigueur le 20 juillet 2012.
[102] DRESS, médecins, sages-femmes, chirurgiens dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? – 26 mars 2021

[329] Plus nombreuses, elles sont désormais moins présentes dans les maternités, qu'elles ont en partie désertées depuis 2012, et sont davantage mobilisées sur le suivi gynécologique « ordinaire » en ville, n'assumant pas ou très peu de permanences des soins (PDSA -gardes les nuits et fins de semaine). Les sages-femmes, comme les autres professions médicales, préfèrent les zones urbaines, et leur installation en libéral est loin d'avoir tenu ses promesses, malgré un zonage incitatif pour les zones déficitaires et restrictif dans les zones sur-dotées.

[330] A la question de la mission sur le devenir des sages-femmes qui, dans une proportion croissante, s'installent rapidement en libéral et n'exercent plus d'activité maïeutique, au risque de perdre cette compétence, la réponse de la Conférence nationale des enseignants en maïeutique est très claire : « *ce n'est plus la priorité* ».

[331] Cette position peut être considérée comme préoccupante, à bien des égards, notamment ceux de l'organisation de la santé périnatale, de l'avenir d'une profession entière, des conditions d'exercice d'une mission de service public, sans oublier une éventuelle politique de relance de la natalité dans notre pays.

[332] Quant aux avancées récemment introduites (l'ouverture de certaines professions à l'exercice libéral par exemple), elles renforcent en réalité encore cette tendance, qui existe et que la mission a pu constater, à privilégier les conditions d'exercice sur d'autres considérations.

[333] Malgré les tensions rapportées dans le secteur hospitalier, et dans les zones durablement déficitaires, cette augmentation brute des effectifs finit même par inquiéter la profession et amène même son Conseil National de l'Ordre à indiquer que le rythme de croissance des effectifs devrait nécessairement être réduit, notamment par un ajustement du *numérus clausus*. Dans une publication de 2016[103], l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) estime que les points de vue de ces différents contributeurs ont souvent été convergents et « *conduisent tous à mettre en évidence le fait que la profession de sage-femme se trouve à l'aube d'une mutation très importante qu'il convient d'accompagner concrètement et de réguler dès à présent, faute de quoi se développeront les conséquences néfastes d'une offre de soins libérale excédentaire : concurrence, course au volume d'actes, dégradation de la qualité des prises en charge et de la qualité des emplois en temps de travail et en revenu.* ».

[334] Compte tenu de ces différents constats, la mission considère utile de réouvrir la réflexion sur la liberté offerte aux sages-femmes de s'installer dans le secteur libéral dès leur sortie de formation.

Recommandation n°4 Reconsidérer, par la consultation avec les parties impliquées, l'actuelle possibilité d'installation des sages-femmes en libéral dès leur sortie d'école

[335] ***Chez les gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres et sages-femmes exerçant en établissement comme en libéral***, on observe une tendance au désengagement de l'obstétrique. Sont invoqués le risque médical, la responsabilité qui en découle, la préoccupation quant à la qualité de vie qui conduit à se montrer réticent à assurer la permanence des soins en

[103] Les sages-femmes une profession en mutation-Observatoire national de la démographie des professions de santé ONDPS-Mai 2016.

établissements de santé (PDSES). Dans un rapport[104] du CNG consacré à cette question sur les départs, les gynécologues-obstétriciens ayant répondu avancent principalement des raisons liées aux conditions de travail (70 % des répondants), puis, dans une bien moindre proportion, des raisons liées à la rémunération (36 %) et celles liées à des tensions relationnelles (32 %).

[336] ***S'agissant des médecins généralistes***, leur rôle dans le suivi des grossesses et des nouveau-nés est encadré par l'article L4130-1 du Code de la santé publique qui définit les missions du médecin généraliste et les précise sur le volet du premier recours.

[337] En matière de suivi de grossesse, puis des nouveaux -nés, le médecin généraliste peut faire les déclarations de grossesse (*via* le formulaire CERFA approprié), les consultations prénatales recommandées (7 au total, *cf. infra* la partie 2.2), notamment pour les grossesses à bas risque, le repérage des vulnérabilités sociales ou psychologiques, le suivi postnatal (mère et enfant), notamment en cas de difficulté d'accès aux spécialistes , les consultations obligatoires de suivi de l'enfant (à 8 jours, 1 mois, 2 mois, etc… *Cf. infra* la partie 2.5), la prescription et l'administration des vaccins, le repérage des troubles du développement, des signes de maltraitance, ou des difficultés familiales, l'orientation vers un pédiatre ou un centre de PMI si nécessaire.

[338] Il ne peut en revanche pas intervenir dans les domaines qui relèvent d'autres professionnels (les sages-femmes qui sont les professionnelles de référence pour le suivi physiologique de la grossesse et les gynécologues-obstétriciens qui interviennent en cas de grossesse pathologique ou à risque). Enfin, il ne peut réaliser d'accouchement, sauf situation d'urgence.

[339] On constate sur le territoire national une implication croissante mais variable des médecins généralistes[105] : 84 % des médecins généralistes estiment que le suivi de grossesse fait partie de leurs missions. En pratique, 57 % d'entre eux en assurent effectivement, souvent dans des zones sous-dotées en spécialistes. Le suivi est majoritairement assuré pour les grossesses à bas risque, avec des pratiques très hétérogènes selon les régions. Les territoires en tension, les zones rurales et les territoires ultramarins sont particulièrement concernés par le manque de gynécologues et de pédiatres, ce qui renforce le rôle des généralistes.

[340] Cette implication rencontre néanmoins des difficultés de coordination et des limites : même si les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) favorisent *a priori* une meilleure coordination, les échanges avec les maternités et les sages-femmes sont encore insuffisants (*cf.* partie 3 du rapport). Les généralistes sont souvent mal informés des dispositifs d'accompagnement post-accouchement. Le suivi est souvent interrompu au 2ème trimestre, faute de coordination ou de formation spécifique. Un travail de thèse[106] sur les freins à la pratique du suivi des grossesses physiologiques en 2024 met en avant la faible demande des patientes pour un suivi par généraliste, le risque médico-légal

[104] Centre National de Gestion (CNG) des compétences, des communautés, des carrières - Enquête relative aux motifs de sorties temporaires et définitives des praticiens hospitaliers pour l'année 2022 - Novembre 2023 (Page 69 et suivantes).

[105] DREES Etudes et résultats n°977 2016 Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse

[106] Thèse – Coordination des soins dans le suivi de la femme enceinte (Université d'Angers, 2019)
Mémoire – Collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes en maisons de santé (Université Catholique de Lille, 2022) - Thèse – Analyse des freins à la pratique du suivi de grossesse physiologique (Université de Poitiers, 2024)

perçu comme dissuasif, et le manque de formation continue spécifique en périnatalité des généralistes. Mais la limite majeure réside dans la diminution de leurs effectifs, alors même que le recul de la démographie médicale spécialisée (gynécologues) accentue le recours aux généralistes, et que les fermetures de maternités dans les petites villes renforcent leur rôle de proximité.

[341] ***S'agissant ensuite des PMI***, acteurs essentiels du parcours périnatal (*cf. infra* le 2.6), la situation en termes d'effectifs est très variable selon les départements, mais souvent marquée par des tensions. Ouverte à tous la PMI concentre principalement son activité sur les situations des familles les plus précaires. Elle peine à fidéliser ses effectifs. Les acteurs pointent du doigt des rémunérations insuffisantes mais aussi l'épuisement qui résulte de durablement exercer auprès de populations en difficulté. Elle interroge aussi et peut-être même surtout, sur les écarts majeurs constatés d'un département à l'autre.

[342] ***Au-delà de la situation propre à chacune des principales catégories d'acteurs impliquées tout au long du parcours périnatal,*** des difficultés globales et une répartition territoriale inégale des moyens humains, accentuant les difficultés dans les zones rurales, périphériques ou défavorisées, doivent être relevées.

2.1.2.3 Un tournant qui affecte également la formation des étudiants et la répartition des internes

[343] Depuis la suppression du *numerus clausus* en 2019, les effectifs médicaux ne sont plus fixés par arrêté ministériel mais selon un système dit « *numerus apertus* », remplacé en 2025 par un dispositif encore plus souple. Dès lors, la problématique dans ce domaine devient celle de la décision : qui décide quoi, et comment ?

[344] Les universités fixent les capacités d'accueil en deuxième et troisième années de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie. Cette décision est prise sur avis conforme des ARS, en tenant compte des capacités pédagogiques (nombre d'enseignants, locaux, etc.) et des besoins en santé du territoire, évalués notamment par l'ONDPS. Évolution récente, la loi du 27 juin 2025 renforce la priorité donnée aux besoins territoriaux sur les capacités universitaires. Les Conseils territoriaux de santé (CTS) et les ARS peuvent inciter les universités à augmenter leurs capacités d'accueil.

[345] Il serait sans doute intéressant d'évaluer depuis 2019 et *a fortiori* de suivre à partir de 2025 le poids relatif des doyens et des coordonnateurs de discipline d'une part et celle des ARS-CTS d'autre part, dans les décisions prises *in fine*.

[346] S'agissant de la répartition des internes, docteurs juniors[107] et chefs de clinique dans les différents sites hospitaliers d'une subdivision hospitalière, si celle-ci obéit à des procédures

[107] Un docteur junior est un étudiant en médecine, pharmacie ou odontologie qui se trouve dans la phase 3, dite de « consolidation » du troisième cycle des études de santé. Ce statut a été créé par la réforme du 3ème cycle en 2017 et est encadré par le Code de la santé publique (articles R6153-1 et suivants). Après avoir validé les deux premières phases (socle et approfondissement), soutenu sa thèse et obtenu le diplôme d'État (médecine, pharmacie ou odontologie), l'étudiant devient docteur junior. Il se préparer à l'exercice autonome de la médecine avant l'obtention du DES (Diplôme d'Études Spécialisées) et l'inscription à l'Ordre des médecins. Le docteur junior réalise en autonomie supervisée des actes médicaux seul, mais sous la

encadrées, dans lesquelles les ARS apparaissent comme garantes de la régularité et de l'équité des dispositifs, elle reste *de facto* sous le coup de la hiérarchie médico-universitaire. Elle détermine largement la politique d'irrigation d'un territoire en professionnels (une politique par discipline), ainsi que, même si le phénomène est plus récent, sous la pression des collectifs, d'internes en particulier, qui notent les stages et pilotent, ce faisant, d'une certaine manière, la présence médicale dans les territoires, en densité et en qualité : les postes les plus attractifs (CHU, spécialités convoitées) étant pris d'assaut, tandis que les services en tension (psychiatrie, médecine générale en périphérie) peinent à recruter, malgré des incitations (contrats d'engagement de service public, par exemple).

[347] Les ARS jouent là un rôle pivot, mais leur marge de manœuvre dépend des relations locales. Les services hospitaliers ont une influence dans le choix des internes et docteurs juniors, mais des déséquilibres territoriaux persistent malgré les réformes : les CHU, restant les plus attractifs, ont parfois tendance à capter les ressources humaines, les hôpitaux périphériques peinent à recruter des personnels qui leur sont pourtant nécessaires.

[348] La périnatalité n'échappe pas à cette spirale : l'impact sur la qualité de l'offre de soins qui en découle naturellement, et l'acceptabilité des réformes par les acteurs des territoires, passeront sans doute par une réflexion sur la légitimité de tels arbitrages.

[349] **En outre, les étudiants sont moins présents sur les lieux où se forge l'expérience, lieux de stage gardes et astreintes, et sont donc moins bien formés.**

[350] Lors des auditions conduites par la mission, plusieurs acteurs, parmi les représentants des professions médicales, ne nous ont pas celé un constat inquiétant : « *au même point d'étape de nos études de médecine, nous étions il y a 30 ans, beaucoup plus compétents. Nous savions faire des choses que les jeunes générations ne savent pas faire, car nous passions, internes, notre vie à l'Hôpital* ». De même, un chef de service a commenté à la mission : « *j'ai peur de leur confier le service, car je sais qu'eux-mêmes ont peur. C'est pour cela qu'ils veulent rester au sein d'équipes importantes* ».

[351] Une retenue réelle et compréhensible entoure ce constat, les sociétés savantes et différentes conférences ne souhaitant pas être à l'origine d'une querelle des anciens et des modernes. Reste le constat.

[352] Par ailleurs, la perte avouée du compagnonnage et le retard dans le cursus à la mise en responsabilité qui en découle, conduit à d'importantes lacunes qui sont aujourd'hui plus ou moins bien comblées par la suite, sur plusieurs années. Il en va pour les professions médicales comme pour les professions paramédicales.

responsabilité d'un praticien senior. D'une durée d'un an pour la plupart des spécialités médicales, et de deux ans pour les spécialités chirurgicales ou techniques, c'est une étape intermédiaire entre l'internat et le statut de praticien hospitalier, qui vise à responsabiliser progressivement le futur médecin tout en maintenant un cadre formateur.

[353] En conséquence, la mission considère utile de réaliser un travail de fond sur l'évaluation des compétences et des pratiques des professionnels, y compris médicaux, tout au long du parcours professionnel, et propose d'engager les professions concernées dans la dynamique de certification périodique des professionnels de santé[108].

Recommandation n°5 Evaluer régulièrement les compétences individuelles des professionnels et la qualité des soins, dans une logique de certification périodique des professionnels de santé médicaux et non médicaux ; conforter les formations initiales et l'évaluation des pratiques

2.1.3 Des professions, des établissements de santé et des territoires aux intérêts et aux cultures encore trop divergents

2.1.3.1 Le partage des ressources humaines est devenu un « marché » qui conditionne la survie des maternités

[354] ***La charge de la permanence des soins (PDS),*** attachée à l'exercice même du service public, au vu des attentes nouvelles des professionnels, constitue un véritable repoussoir. En miroir, les études médicales, à la charge de la collectivité, rendent légitimes l'exigence d'un service rendu, en particulier par cette permanence des soins la nuit et les fins de semaine, qui demeure une attente forte de la population.

[355] La question ***des ratios de personnel*** dans les services hospitaliers[109], notamment dans les maternités, sans apports en RH supplémentaires, accentuera les tensions et accélèrera la fermeture de lits, de salles de naissance, et donc de consultation, et, en conséquence, affectera la dynamique de suivi des grossesses. C'est donc un facteur de dégradation qui se profile et devra être anticipé.

[356] La ***mise en concurrence de fait*** des territoires entre eux, et des établissements entre eux, pour capter des ressources limitées, crée un marché sous tension, et accentue les difficultés rencontrées. Il en va de même s'agissant d'une part de la gestion pour ainsi dire étanche des professionnels (libéraux par l'assurance maladie - hospitaliers publics par le CNG et les ARS), et d'autre part des différences de modalités de rémunérations entre les acteurs publics (statuts), privés (sous conventions collectives), et commerciaux et libéral (à l'acte) qui accentuent considérablement les inégalités de répartition de l'offre.

[108] Dans la suite des travaux de la grande conférence de santé de 2017, une mission a été confiée au Pr Serge Uzan afin de doter la France d'un dispositif de validation régulière des compétences des médecins. A l'issue de cette mission, un large consensus sur l'intérêt qu'un tel dispositif soit applicable à l'ensemble des professions de santé à ordre a permis de l'inscrire dans la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, en vue de renforcer la qualité des prises en charge de manière tangible. A l'issue d'une mission et de recommandations de l'IGAS, les principes de cette nouvelle procédure ont été définis par l'ordonnance du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé qui ont acté la mise en œuvre du dispositif dès 2023.

[109] La loi n°2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patients hospitalisés fixe de nouveaux objectifs en la matière- La HAS est chargée d'établir les ratios minimaux pour chaque spécialité et type d'activité pour 2027.

[357] Pour garder leurs maternités, auxquelles les acteurs locaux restent logiquement très attachés, et qui représentent une vitrine, mais aussi, souvent la garantie de conserver d'autres activités (la chirurgie notamment), les établissements de santé, autonomes juridiquement, n'hésitent pas à recourir à toutes les voies possibles pour satisfaire les obligations règlementaires et repousser le risque de fermeture. Il en résulte fréquemment des recrutements avec des niveaux de diplômes et de compétences très inégaux, parfois hasardeux, en particulier les diplômes étrangers, et le recours massif à l'intérim. Ces expédients deviennent inévitables en cas d'échec pour obtenir des ressources médicales dûment formées par le CHU de référence, que celui-ci a parfois tendance à conserver par devers lui : il en résulte une critique latente des centres hospitaliers à l'égard des CHU, selon lequel le taux de fuite d'une maternité, s'il peut être un indicateur objectif de sa fragilité, serait parfois la conséquence d'un manque délibéré de ressource.

[358] Ainsi, la mission, à l'occasion de l'un de ses déplacements, a eu connaissance de la fermeture soudaine et contrainte d'une petite maternité provoquée par l'absence de mobilisation de ressources humaines de la part du CHU de référence, lesquelles ressources auraient normalement dû être mises à disposition dans le cadre du projet médical de territoire. L'ARS s'est trouvée mise devant le fait accompli d'une fermeture temporaire. La mission juge inacceptable que la décision unilatérale d'un chef de service ou de pôle de CHU puisse se substituer à une décision de politique sanitaire relavant *in fine* de l'ARS.

[359] La mission considère comme préjudiciable que, dans l'exercice d'une activité de service public, aussi importante que la prise en charge des mères et de leur nouveau-né, des tensions comme celles qui lui ont été relatées puissent exister et mobiliser inutilement des compétences humaines précieuses.

[360] Trop souvent, ainsi que la mission a pu le constater au cours de ses entretiens, l'évaluation des besoins en ressources humaines médicales et leur répartition est insuffisamment formalisée entre les acteurs responsables sur le territoire.

[361] C'est le cas également en matière d'***offre de soins critiques et en réanimation néonatale, insuffisante et inadaptée***, inégalement répartie sur le territoire et dont les taux d'occupation sont très/trop élevés[110], auquel il faut ajouter ***la question des SMUR néonatals eux aussi en souffrance***. Ces points sont développés plus bas dans les parties 2.3 puis 2.4.

[362] ***Les 36 dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP),*** anciennement « réseaux de santé périnatale », qui seront examinés plus loin, regroupent des compétences hautement qualifiées, qui sont prélevées sur les effectifs des établissements du territoire.

[363] ***Les PMI*** sont également concernées par ce sujet qui a un effet concret sur leurs capacités de recrutement (voir plus bas les développements du 2.6).

[110] Selon la SFN : concernant l'organisation de la périnatalité et de ses acteurs dans les territoires, le principe de régionalisation des soins est un principe ancien, développé au Canada dans les années 1980 (Swyer PR. Organization of perinatal/neonatal care. Acta Paediatr Suppl. 1993 Jan; 385:1-18) et dont la performance en termes de réduction de mortalité et morbidité est démontrée scientifiquement. Ce concept est depuis appliqué dans la plupart des pays occidentaux. En France, l'organisation en réseau des soins périnatals à la fin des années 90 a été un réel progrès mais il persiste des différences territoriales importantes dans l'organisation, la formation et le suivi des recommandations.

[364] Il est difficile de ne pas se demander, dans un tel contexte, ***qui décide in fine*** : les ARS ? Les universitaires de la maternité de niveau 3 ? Les professionnels de santé individuellement ou collectivement ? Voire l'Etat et son représentant. Cette question est centrale pour faire évoluer un dispositif en visant un objectif unique de santé publique.

2.1.3.2 Une collaboration tant entre professionnels qu'entre établissements qui demeure à améliorer

[365] Tout d'abord, le niveau de confiance semble souvent trop fragile entre les deux professions de sages-femmes et de gynécologues obstétriciens : ayant des cultures différentes (physiologie *versus* pathologie), elles exercent néanmoins dans le même champ et entretiennent des relations complexes, qui ne sont plus hiérarchiques ni pour autant égalitaires.

[366] Cette situation a des racines historiques, que les pouvoirs publics ont prises en compte et corrigées dans les dernières décennies, notamment en reconnaissant la compétence des sages-femmes, par l'attribution du caractère de profession médicale à leur métier, par la reconnaissance du diplôme au niveau du master 2, par la possibilité de mener des études doctorales en maïeutique et, enfin, par l'extension de leur champ de compétence depuis 2012. Dans la pratique aujourd'hui, les sages-femmes installées en secteur libéral exercent un métier comparable à celui des gynécologues médicaux.

[367] A cela s'ajoutent des questions liées à la rémunération des praticiens et des actes. Les gynécologues-obstétriciens restent attachés à la consultation physiologique car elle est simple, généralement brève et, prolongée par l'accouchement, rémunératrice. Quant aux sages-femmes, elles peuvent parfois tendre à s'occuper de grossesses plus compliquées.

[368] La mise en concurrence des centres hospitaliers (entre eux) et des cliniques, au-delà de la seule question des maternités, est un sujet qui sous-tend toute l'activité et sa répartition, et qui augmente avec le degré d'urgence : dans un double contexte de baisse de la natalité et de fragilité relative des plus petites maternités et des moins actives, il faut « *faire des accouchements* » pour « *rentabiliser l'activité* », comme la mission a pu l'entendre à plusieurs reprises. On comprend dès lors que l'orientation vers des maternités de type 1, même proches du domicile, soit difficilement envisagée.

2.2 Une indéniable nécessité d'améliorer le suivi des femmes pendant leur grossesse

[369] La période récente a été marquée par des évolutions importantes dans le dispositif et l'organisation du parcours de grossesse : la volonté de renforcement du suivi des femmes enceintes est affirmée avec le respect d'un calendrier de suivi médical pendant les neufs mois de la grossesse.

2.2.1 Divers dispositifs ont été proposés pour permettre le suivi anténatal et anticiper l'accouchement dans des conditions sécurisées et sereines

[370] Pour garantir un meilleur suivi des femmes enceintes durant leur grossesse, tout un arsenal a progressivement été déployé. Il se traduit principalement par un « parcours type » à suivre et par l'essor de lieux nouveaux d'accueil, comme de nouvelles modalités de suivi « alternatives » proposées aux futures mamans.

[371] ***Le parcours « type » pendant la grossesse a progressivement été développé***. Il comporte désormais[111] :

- sept consultations prénatales (dont la première avant le troisième mois de grossesse) ;
- un entretien prénatal précoce (EPP) ;
- un entretien avec l'anesthésiste-réanimateur.

[372] Ces étapes sont présentées comme étant « obligatoires », bien que, dans les faits, leur réalisation ne soit pas contrôlée et qu'il n'y ait aucune conséquence en cas de carence.

[373] S'ajoutent à cela :

- trois échographies recommandées (une par trimestre) ;
- un bilan de prévention prénatal ;
- un bilan bucco-dentaire ;
- des bilans sanguins mensuels ;
- sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

[374] L'Assurance maladie prend en charge sans avance de frais (hors dépassement d'honoraires éventuel) et à 100 %, les examens prénatals obligatoires, l'entretien prénatal précoce et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité dès que la grossesse est déclarée. Les deux premières échographies et le bilan prénatal de prévention réalisé avec une sage-femme sont remboursés à 70 %. À partir du premier jour du sixième mois de grossesse, l'ensemble des actes sont pris en charge à 100 % (hors dépassement d'honoraires éventuel).

[375] Dans l'ensemble le dispositif proposé en France pour prendre en charge la grossesse des femmes est tout à fait comparable à ce qui se fait dans la plupart des pays voisins (*cf*. annexe 3). Il apparaît même, à certains égards, plus complet et plus protecteur.

[376] ***Par ailleurs, divers dispositifs ont été proposés au cours des dernières années, pour renforcer encore le suivi anténatal et pour préparer au mieux l'accouchement***, dans des conditions aussi sécurisées et sereines que possible. Ces différents dispositifs n'ont toutefois pas toujours rencontré le succès attendu.

[111] Source : Assurance maladie (dont « ameli.fr, suivi et accompagnement de la femme avant et après la grossesse »).

[377] Parmi ces « nouveaux dispositifs », les CPP, structures de soins dédiées au suivi de la grossesse et de la période postnatale, offrent un accompagnement médical, psychologique et éducatif aux futures mères et aux jeunes parents. Créés dès 1998, dans la perspective initialement de compenser la fermeture de maternités publiques, les CPP se sont progressivement développés. On en dénombre aujourd'hui 112. Ils ont rencontré des succès divers. Il est à noter toutefois, au rang des succès, que ces CPP, avec la présence de sages-femmes dans des territoires où la présence de gynécologues fait cruellement défaut, se substituent de plus en plus souvent à l'offre médicale défaillante en gynécologie et en termes de suivi des femmes en général, hors champ de la périnatalité. Ils sont souvent rattachés à un hôpital, une maternité ou une PMI et regroupent différents professionnels : sages-femmes, gynécologues, pédiatres, psychologues, conseillères en lactation…

[378] Ces centres proposent, notamment :

- un suivi de grossesse : consultations avec des sages-femmes, échographies, conseils sur la santé maternelle ;
- une préparation à l'accouchement : séances de sophrologie, yoga prénatal, information sur le travail et l'accouchement ;
- un accompagnement postnatal : suivi médical de la mère et du bébé, aide à l'allaitement, soutien psychologique ;
- des ateliers et groupes de parole : pour échanger avec d'autres parents et poser des questions aux professionnels ;
- un suivi spécifique si besoin : aide en cas de grossesse à risque, dépression *post-partum*, ou difficultés avec le nouveau-né.

[379] Autre innovation, plus récente, *les « maisons de naissance*[112]» (MDN), créées à l'issue d'une expérimentation menée de 2015 à 2020, sont des structures autonomes qui, sous la responsabilité exclusive de sages-femmes libérales sont adossées à des maternités. Elles assurant à ce stade seulement 800 accouchements par an au total. Elles accueillent les femmes enceintes selon une approche personnalisée du suivi de grossesse jusqu'à leur accouchement, dès lors que celles-ci sont désireuses de recourir à un accouchement physiologique, moins médicalisé et qu'elles ne présentent aucun facteur de risque connu. Elles permettent aux femmes de bénéficier d'un accompagnement personnalisé selon le principe d'une sage-femme pour une parturiente. Leur bilan est bon. D'une part, en matière de sécurité des prises en charge, la DGOS constate des taux de complications maternelles faibles ou dans les moyennes européennes. D'autre part, le même bilan est tiré pour ce qui est de la pertinence des prises en charge – avec un bon respect des conditions d'éligibilité – et de l'efficacité des soins. C'est pourquoi une pérennisation du dispositif a été décidée à la fin de l'année 2020[113]. A ce jour et depuis 2016, neuf maisons de naissance ont été créées.

[112] Issue de la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance et du décret du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.
[113] Loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 et décret du 26 novembre 2021.

[380] *Un rôle croissant est conféré aux sages-femmes* pour sécuriser l'avant et l'après naissance. Développant massivement depuis 2012 leur exercice en libéral, elles sont invitées à couvrir le territoire, et devraient permettre de répondre, en partie, au problème de suivi repéré comme étant la clé des difficultés rencontrées (éloignement géographique et/ou social, désertification de certains territoires en professionnels de santé et la fermeture des petites maternités)…. Ce rôle pourrait sans doute être optimisé.

[381] *Un dispositif de « sages-femmes référentes »* a également été proposé. En effet, afin de renforcer la coordination des soins pendant et après la grossesse des patientes en lien avec le médecin traitant, la loi du 26 avril 2021 a créé la possibilité pour les femmes enceintes de déclarer à l'Assurance maladie une sage-femme référente. L'avenant 6 à la convention nationale des sages-femmes, signé le 12 décembre 2022, définit les missions et les modalités de valorisation de cette fonction. Le décret d'application de ces mesures a été publié le 11 novembre 2023. La sage-femme référente coordonne le parcours de la femme tout au long de sa grossesse et après son accouchement. Le dispositif n'est cependant pas autant sollicité qu'il pourrait l'être, probablement essentiellement par défaut d'adressage des autres professionnels de santé, notamment libéraux.

[382] *Le dispositif « engagement maternité »,* couplé à l'émergence des hôtels hospitaliers, permet de proposer aux femmes résidant à plus de 45 minutes de trajet de leur maternité et 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 soit opposable. Sa nécessité et sa durée sont laissées à l'appréciation médicale. Cette prise en charge couvre aussi les frais de transport engagés, et pourrait concerner chaque année autour de 20 000 femmes. Cette prestation étant couverte par une dotation de financement versée aux hôpitaux, Il est extrêmement difficile d'évaluer précisément combien de femmes ont pu en bénéficier. Mais, selon les différents acteurs de terrain et de manière convergente, la mesure ne toucherait qu'une part assez modeste des parturientes. Le dispositif gagnerait à faire l'objet d'une évaluation.

[383] La question de savoir pour quelles raisons ces dispositifs, *a priori* vertueux en eux-mêmes, - maisons de naissance et engagement maternité notamment - rencontrent un succès mitigé, reste posée. La mission n'avait pas les moyens d'investiguer ce point qui mérite toutefois d'être évalué de façon approfondie (*cf*. recommandation ci-dessous).

Recommandation n°6 Procéder à l'évaluation de l'ensemble des dispositifs d'accompagnement et de suivi en périnatalité (CPP, MDN, « Engagement maternité », sage-femme référente…), et faire des arbitrages en « dynamisant » les dispositifs finalement retenus et en les intégrant dans une politique d'ensemble. Pour les dispositifs retenus, actualiser les recommandations de la HAS pour redéfinir les critères d'éligibilité et les conditions de fonctionnement

2.2.2 Un bilan en demi-teinte appelle un nécessaire recentrage sur les situations à risque et les publics les plus vulnérables

[384] Le bilan dressé par la mission de l'ensemble des dispositifs et actions prévues pour accompagner la femme durant sa grossesse, prévenir et détecter les risques éventuels est en demi-teinte.

[385] En effet, malgré un dispositif institutionnellement complet, l'état de santé des femmes enceintes reste encore trop souvent préoccupant. Le suivi prénatal (mais aussi post-natal, *cf infra* la partie 2.5) reste en partie trop souvent inappliqué, notamment dans certains territoires où il n'y a plus de médecins généralistes, plus de gynécologues ni de sages-femmes en nombre suffisant pour assurer de façon intégrale la permanence des soins sur l'ensemble de la semaine, nuit comprise.

[386] Certes, les principaux indicateurs de suivi de grossesse sont globalement stables[114] :

- le taux de première consultation de grossesse avant la fin du 1er trimestre est stable dans l'Hexagone (autour de 97 %) et dans les DROM (autour de 91 %) ;
- le taux de mesure de la clarté nucale (dépistage anténatal d'anomalies chromosomiques) est stable dans l'Hexagone (autour de 95 %) et dans les DROM (autour de 85 %) ;
- la part des femmes ayant effectué au moins trois échographies est stable dans l'Hexagone (autour de 97 %) et varie dans les DROM de 90,8 % en 2011 à 93,7 % en 2017.

[387] En revanche de sérieuses lacunes dans la prévention et la prise en charge médicale persistent : détection trop tardive de certaines situations à risque, voire de situations de grossesses avérées ; difficulté à suivre les publics précaires éloignés du soin ; difficultés résiduelles d'orientation (selon la DREES, en 2021, 6 % des naissances multiples, 8 % des naissances prématurées et 9 % des naissances d'enfants de faible poids sont intervenues dans des maternités de niveau 1) ; difficultés à faire passer certains messages de santé publique (surtout auprès de certains publics) ; difficulté à lutter contre certains facteurs de risque (diabète, obésité… Sujets qui dépassent la seule question de la périnatalité) ; prévention et surveillance quant à l'exposition à certains polluants et aux pesticides (facteurs e risque pour l'enfant et en termes de prématurité), ainsi qu'à la qualité de l'eau ; niveau de couverture vaccinale antigrippale des femmes enceintes encore insuffisante bien qu'ayant progressé sur la période récente (d'après les données communiquées par la CNAM à la mission, le taux de femmes ayant été vaccinées contre la grippe est passé de 12,7 % pour la campagne de vaccination 2020-2021 à 20,3 % pour la campagne 2024-2025) …

[388] Il y a donc nécessité d'améliorer encore le suivi des femmes enceintes et, ce faisant, la capacité à détecter les situations à risque, en adaptant/renforçant l'offre de suivi et de prise en charge de la grossesse.

[114] Source : Enquête périnatale nationale pour 2021 (parue en 2024).

[389] Il est pour cela impératif de clarifier ou prévoir au plus vite :

- un parcours périnatal clair pour les professionnels avec une répartition intelligible des compétences entre eux, dans une logique de subsidiarité ;
- un parcours lisible sur chaque territoire pour les femmes : lieu de suivi et d'accouchement en fonction de son profil clinique ;
- la possibilité pour chaque femme enceinte de disposer pour sa grossesse d'un professionnel ou d'une maternité « référent » (à déterminer lors de la déclaration de grossesse) qui sera son interlocuteur et la guidera dans son parcours, et qui peut tout autant être une sage-femme (comme le propose le dispositif actuel de « sage-femme référente ») qu'un autre professionnel de santé ;
- de renforcer l'effectivité de la prévention périnatale, en particulier l'entretien prénatal précoce; créé en 2007 et rendu « obligatoire » en 2020, mais qui n'a été réalisé que pour seulement 67 % des grossesses en 2024, d'après les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) communiquées à la mission[115].

Recommandation n°7 Améliorer le suivi des femmes enceintes en renforçant le dépistage, la prévention, la capacité à détecter les situations à risque et à prévenir les grossesses pathologiques par, notamment, la désignation systématique d'un professionnel référent ou d'une maternité référente. Placer l'orientation des parturientes vers la maternité de niveau approprié sous la responsabilité formelle du professionnel référent, en respectant le choix explicite de la femme enceinte

Recommandation n°8 Se donner les moyens de toucher les publics les plus vulnérables et les plus éloignés des parcours de soins. Pour cela :

- prévoir dans chaque département une démarche systématique et organisée « d'aller vers » en direction des populations les plus éloignées du soin ;
- prévoir des dispositifs de relance systématique par l'assurance maladie ;
- organiser des campagnes de communication ciblées (sur l'obésité, le diabète, la nutrition, les comportements à risque…) et adaptées pour les publics les plus exposés.

2.3 Pour une véritable « politique de l'accouchement » rénovée et partagée

[390] Après la question du suivi de la grossesse, de son environnement et des améliorations proposées pour mieux accompagner cette première étape du parcours périnatal, l'accouchement et la naissance, en tant qu'événements, représentent pour la mère et pour son enfant, un moment

[115] D'après les informations communiquées par la CNAM à la mission, le taux de femmes enceintes ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce a fortement augmenté en 2022 (il est passé de 36,5 % en 2021 à 62 % en 2022). Le taux a continué à augmenter depuis 2022 (64 % en 2023 ; 67 % en 2024) mais les marges de progression restent importantes (presque un tiers des femmes enceintes ne bénéficie pas de cet entretien).

symbolique, à la fois naturel et demeurant néanmoins, en dépit de la rareté des accidents obstétricaux, un temps délicat du point de vue médical.

[391] La nécessité, en conséquence, d'organiser au mieux cette étape a ainsi conduit la mission à s'intéresser en détail aux conditions de réalisation des accouchements, aux lieux de naissances - les maternités pour l'essentiel -, à leur organisation, à leur répartition sur le territoire et à proposer des évolutions concernant les principes qui les régissent ainsi que s'agissant des pratiques actuellement à l'œuvre.

[392] A cet égard, résultant largement des difficultés rencontrées localement (2.3.1), l'organisation des maternités sur le territoire devrait dorénavant s'inscrire dans un cadre juridique rénové, transparent et partagé ; de même les modalités d'accouchement proposées doivent être conçues de façon à mieux répondre aux attentes des parturientes (2.3.2).

2.3.1 La cartographie de l'offre et l'organisation des maternités sur le territoire résulte désormais principalement des difficultés locales

[393] Comme cela a été évoqué plus haut, l'activité et l'organisation des maternités sur les territoires sont régies par des dispositions qui datent pour l'essentiel de 1998 et qui ont produit leurs effets attendus.

[394] Dès lors, ce sont désormais pour l'essentiel les difficultés rencontrées en matière de ressources humaines et, dans une moindre mesure en matière économique, qui ont été à l'origine de la majorité des fermetures et restructurations intervenues ces dernières années (2.3.1.1), aboutissant à une situation marquée par d'importantes disparités d'offre selon les territoires (2.3.1.2).

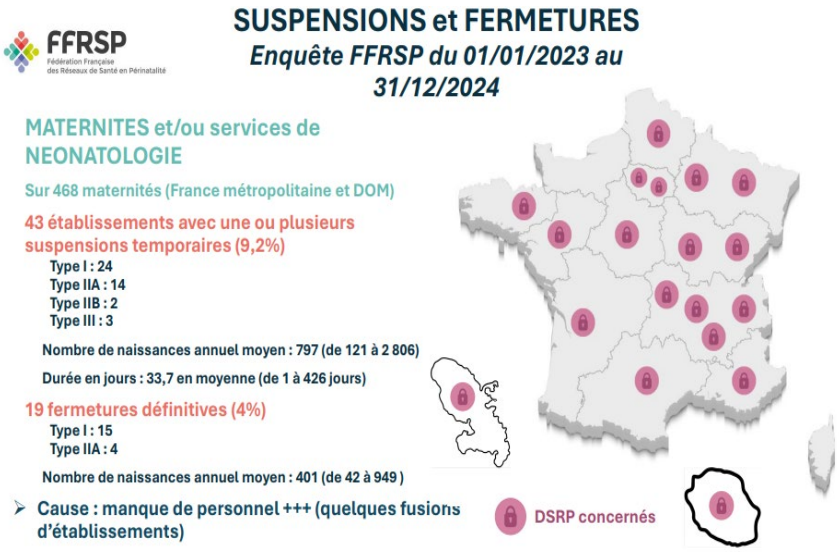
2.3.1.1 Une large part des fermetures intervenues au cours des deux dernières décennies est principalement le fait des difficultés rencontrées localement, notamment en termes de ressources humaines

[395] Au regard des éléments obtenus par la mission, notamment lors des entretiens avec les acteurs locaux, le mouvement de restructuration des maternités a été principalement opéré en raison de circonstances locales de natures variées, et parfois insuffisamment anticipées.

[396] Les principales causes des fermetures sont connues : activité insuffisante (parfois encore inférieure à 300 accouchements), évènements graves ayant entrainé une médiatisation et des inspections, stratégies de groupe ou d'établissement… Mais, le plus souvent, d'après les éléments recueillis par la mission auprès de ses interlocuteurs locaux, mais aussi de la FFRSP, ce sont les difficultés à rassembler les ressources nécessaires pour constituer une équipe complète, dûment diplômée et stable, qui sont la source première des déstabilisations et à l'origine de nombreuses fermetures, provisoires ou définitives.

[397] La fédération française des réseaux de santé en périnatalité a procédé début 2025 à une enquête sur les suspensions et fermetures sur une période allant du 1er janvier 2023 au 31 décembre 2024, soit sur deux ans, dont les résultats reportés sur la diapositive ci-dessous sont éclairants :

Carte 7 : Suspensions et fermetures de maternités ou services de néonatologie en 2023 et 2024



Source : Fédération française des réseaux de santé en périnatalité

[398] Comme évoqué plus haut (développement du 2.1), ***la question des ressources humaines, de leur formation et de leur répartition est donc au cœur de ces évolutions***.

[399] Une vision partagée de tous, ou presque, consiste à accepter les tensions en termes de ressources humaines, résultat notamment du « tournant sociétal », considéré comme inéluctable, avec comme seul remède la concentration des équipes. Dès lors, les établissements désavantagés par le processus actuel de formation des université françaises vont chercher des praticiens à diplômes étrangers (par exemple des sages femmes diplômées en Belgique). Cette dérive renvoie à des réalités diverses, alimentant souvent la controverse localement. Ainsi, parfois, la raréfaction observée se voit accentuée, voire exploitée par la maternité de soutien, qui se trouve précisément être celle qui bénéficie de la situation, en attirant à elle le personnel quittant une maternité en difficulté, soit de façon ouverte en « débauchant » celui-ci, ou bien, plus simplement, en créant les conditions, soit du non-recrutement, soit de la rupture de continuité (non-respect des conventions, plannings de garde impossibles à établir…).

[400] Si cette description ne saurait être une généralité, elle a néanmoins été fréquemment rapportée à la mission. Reste que l'examen des taux de fuite rapportés à la part des séjours dans la zone concernée (sur longue période, pour éviter les biais d'interprétation sur périodes courtes) met parfois en évidence des maternités qui, pâtissent manifestement d'un « déficit de confiance » de la part des usagers de leur territoire naturel de recrutement, parfois depuis longtemps, avec des dévissages d'activité sur 10 ans de l'ordre parfois de 80 % (voir l'annexe 2).

[401] Hors situation d'isolement géographique extrême avéré, la défense du maintien de telles maternités relève clairement plus de l'engagement politique local que d'une nécessité de santé publique.

[402] Au-delà, le débat sur les seuils oppose les tenants de l'hyper proximité à ceux de l'hyper concentration sur des plateaux hautement médicalisés. Critères et seuils ne seraient pas adaptés à tous les territoires pour pouvoir assurer une offre de proximité. La mission, comme l'ont fait d'autres rapports auparavant, rappelle qu'il convient de bien considérer la politique de santé

périnatale comme une politique de santé publique et non comme une politique d'aménagement du territoire. Cette dernière approche est sans doute légitime dans la vision des acteurs des territoires, et doit être prise en compte. Néanmoins, l'argument de la proximité ne saurait, à lui seul, être décisif et prévaloir en-dehors des considérations sanitaires.

[403] Alors que la question de l'éloignement des maternités des territoires ruraux est régulièrement soulevée comme un sujet d'inquiétude, il est assez instructif de s'intéresser, là encore, à l'avis des principales concernées : les femmes enceintes.

[404] Dans son étude sur la santé périnatale pour le Sénat, l'Institut CSA (mai 2024) a interrogé les femmes sur la durée de trajet qu'elles seraient prêtes à réaliser pour se rendre sur leur lieu d'accouchement : 56 % des femmes ont répondu « *plus de 30 minutes* », quand la durée moyenne actuelle de déplacement s'établit autour de 40 minutes. On notera que l'hypothèse de restructuration simulée par l'Académie de médecine d'une fermeture des maternités de type 1 effectuant moins de 1 000 accouchements, conduirait à augmenter le nombre de naissances à plus de 45 minutes du domicile de 1,8 point de pourcentage (de 1,2 à 3 % des naissances), soit une multiplication par 2,5. La raison se situe probablement entre ces deux raisonnements : hyper-proximité *versus* hyper-concentration.

[405] Au-delà des difficultés des établissements à respecter les ratios de soignants prévus par les décrets de 1998, ***les causes de fermeture, dans le secteur privé, semblent régulièrement avoir été liées à des difficultés financières***, en lien avec une diminution du nombre d'accouchements, mais aussi avec des stratégies de restructuration de pure opportunité (par exemple : une autorisation est donnée par une ARS sur un territoire, mais il peut être avantageux de déplacer sur ce même territoire la localisation précise de la maternité en la faisant passer d'un espace rural à un espace urbain). La mission retrouve à cette occasion un constat d'ordre plus général : celui de la dénaturation potentielle des autorisations d'installation accordées par les ARS.

[406] Ces considérations sur les difficultés financières invitent à faire le lien avec les réflexions qui ont pu être menées, et continueront à l'être, sur l'évolution des règles en matière de financement des activités hospitalières. S'il n'appartenait pas à la mission d'investiguer spécifiquement ce point, qui n'aurait pas de sens à être envisagé pour les seules maternités mais doit être resitué dans l'ensemble des activités des établissements hospitaliers, elle considère toutefois, au regard des témoignages recueillis et des éléments analysés, que les modalités actuelles de financement imposent des niveaux d'activité de plus en plus élevés pour que les coûts des activités de maternité puissent être compensés par les recettes.

[407] Il doit également être mis en lien avec la question de la liberté de restructurer dans le secteur privé s'agissant d'une activité qui reste pour l'heure, de manière établie, souvent déficitaire.

[408] Ainsi, selon la DGOS, en l'état actuel de la tarification, le point d'équilibre économique pour les maternités se situerait autour de 1 200 accouchements par an. Les établissements pratiquant moins d'accouchements sont ainsi confrontés à des difficultés financières importantes. Pour autant, cet enjeu financier n'apparaît pas premier aujourd'hui. La responsabilité à l'égard des populations, des hôpitaux publics mais aussi des établissements privés bénéficiant de financements publics, peut justifier le maintien de maternités en situation de déficit. De même, la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP) indique à la mission ne pas se désengager et son souhait de maintenir ouvertes des maternités en

dépit de leurs difficultés financières. La mission constate que le secteur privé lucratif hésite lui aussi à poursuivre le mouvement de fermetures, malgré un système de financement fondé pour l'instant exclusivement sur le mécanisme de tarification à l'activité (T2A), les maternités conservant indéniablement un effet positif pour l'image des établissements.

[409] Depuis la fin des travaux sur la réforme des conditions d'autorisation des activités d'obstétrique et de soins spécialisés aux nouveau-nés, en janvier 2020, puis la loi du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé avec laquelle une articulation sera inéluctable, la situation est figée sur cette question du financement.

[410] ***En conclusion, le phénomène observé de réduction massive du nombre des maternités en France renvoie, certes, dans certains cas, à des questions d'ordre économique ; mais il soulève principalement la problématique des compétences, c'est-à-dire des ressources humaines***. Problématique large, en partie liée à des mouvements sociologiques difficilement contrôlables ou maitrisables par la puissance publique, à des contraintes financières aussi, mais également à une production normative, en l'occurrence les deux décrets de 1998. Ceux-ci, élaborés il y a presque trente ans, dans un contexte qui a considérablement évolué depuis, et avec, on l'a dit, une finalité de sécurité sanitaire, ont produit l'effet pour lequel ils avaient été édictés : la fermeture de maternités manifestement « dangereuses » ; mais ils ont pu, de l'avis de nombre des interlocuteurs rencontrés par la mission, également servir de caution à des décisions de fermeture dont les motivations réelles étaient autres : la « rationalisation » de l'offre de soins.

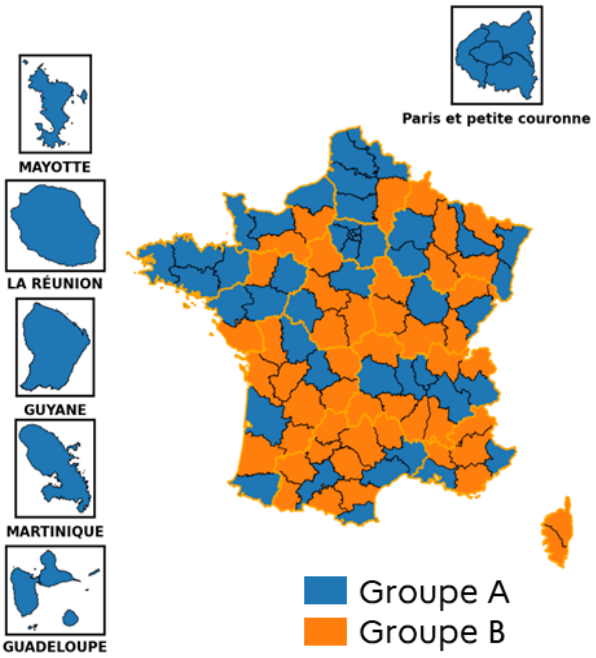
2.3.1.2 La structuration actuelle de l'offre révèle d'importantes disparités entre territoires

[411] La mission a procédé à une analyse de la cartographie actuelle des lieux de naissance (*cf*. le détail de l'analyse dans l'annexe 2). Pour cela elle a, là encore, utilisé les données de l'étude réalisée par le pôle data, déjà présentée plus haut (*cf*. 1.3.4).

[412] Ce travail révèle, à titre principal, qu'à l'issue des nombreuses transformations de l'offre (fermetures notamment) intervenues au cours des deux dernières décennies, il ressort une différentiation importante entre départements.

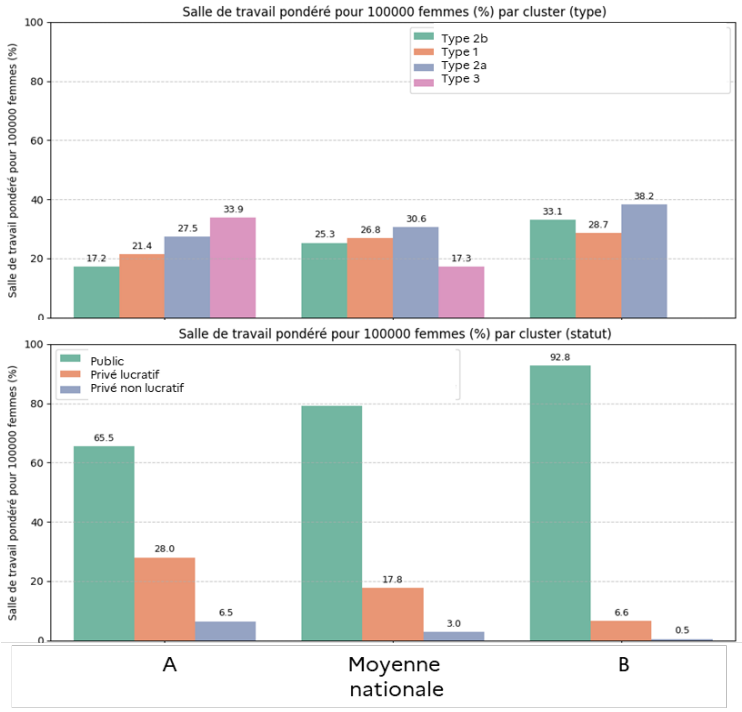
[413] Le premier enseignement sur la répartition des départements entre les deux groupes A et B (pour rappel le groupe A rassemble les départements disposant d'au moins une maternité de niveau 3 ; le groupe B rassemble les départements sans maternités de niveau 3) (*cf*. la carte ci-dessous), fait apparaitre, sans surprise, des zones principalement rurales, éloignées, voire très éloignées de toute maternité de niveau 3 : il s'agit, pour l'essentiel, de départements situés dans les régions Centre-val-de-Loire, Auvergne, Bourgogne-Franche-Comté, Nouvelle Aquitaine et Occitanie. Le second enseignement, manifeste à la lecture du graphique ci-dessous, consiste en la représentation (mesurée en nombre de salles de naissance) quasiment exclusive du secteur public dans ces territoires dépourvus de maternités de niveau 3 : 92,8 %.

Carte 8 : Les deux typologies principales d'offre périnatale



Source : Pôle data » de l'IGAS à partir des données DREES, INSEE 2021

Graphique 22 : Niveaux et statuts juridiques des maternités (nombre de salles de naissance pour 100 000 femmes entre 18-45 ans

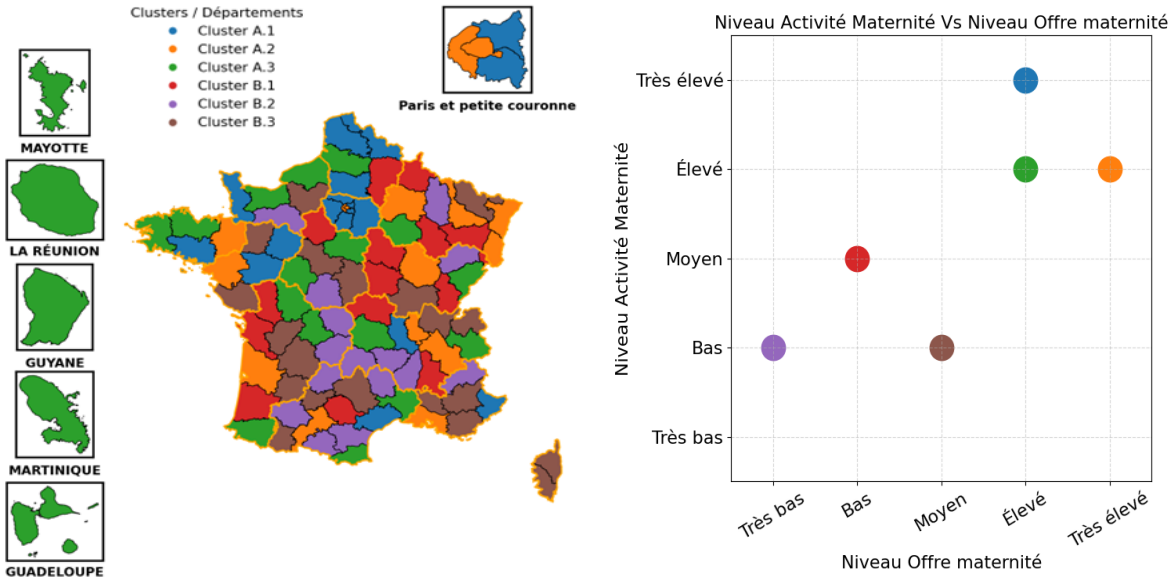


Source : Pôle data » de l'IGAS à partir des données DREES, INSEE 2021

[414] L'analyse plus fine des résultats à partir de l'examen des six sous-groupes présentés plus haut -*cf.* la partie 1.3.4) révèle quant à elle :

- une très grande dispersion de la présence des différents sous-groupes sur le territoire national, sans qu'apparaissent de zones homogènes géographiquement, comme l'illustre la carte affichée plus bas ;
- une réelle hétérogénéité de certains sous-groupes, au regard des critères socio-économiques et démographiques des départements les composant : ainsi, par exemple, du sous-groupe A1 (présence au sein de ce sous-groupe de la Seine-Saint-Denis et de la Manche), du sous-groupe A3 (qui comprend les cinq DROM mais aussi le Puy-de-Dôme ou le Gard) ou encore du sous-groupe B1 (présence de l'Allier, de la Drôme ou du Territoire-de-Belfort). Le seul sous-groupe présentant une certaine cohérence est le sous-groupe B2 (composé exclusivement de départements ruraux).

Carte 9 : Les 6 types d'offre périnatale en France



Source : Données DREES, INSEE 2021, traitement par le pôle data IGAS

[415] ***Il ressort de l'ensemble de ces constats que la situation actuelle de l'offre, résultat d'évolutions qui, sur la période récente, n'ont pas été pilotées par des directives nationales, se caractérise par un degré certain d'entropie***.

2.3.2 Les futures évolutions de l'offre relatives aux lieux de naissance et aux modalités d'accouchement doivent être organisées selon des principes renouvelés

[416] A droit constant, l'offre en maternité va probablement continuer à évoluer pour s'adapter à la démographie (baisse tendancielle du nombre des naissances), à la réalité des ressources humaines professionnelles disponibles et à l'augmentation tendancielle de la concentration des professionnels et des ressources en raison tant de la liberté d'exercice que de la nécessité de respecter les ratios et les normes en matière de sécurité.

[417] Dans ce contexte, la définition d'une véritable politique, déterminant, territoire par territoire, au bon niveau de décision, assortie des consultations démocratiques, celles des structures dont la fermeture doit être anticipée et la transition organisée, et celles qui doivent être maintenues et donc soutenues, qu'elles réalisent plus ou moins de 1 000 accouchements, relève maintenant d'une forme de nécessité.

[418] La mission considère ainsi qu'il est nécessaire :

- de revoir, de façon concertée, mais désormais rapide, avec l'ensemble des parties prenantes, les règles issues des décrets de périnatalité de 1998 (2.3.2.1) ;
- de permettre aux femmes de pouvoir faire des choix réellement libres, davantage éclairés et sécurisés concernant leur mode et leur lieu d'accouchement (2.3.2.2) ;

- de garantir une sécurisation renforcée de certaines situations à risque (« accouchements inopinés » et accouchements extrahospitaliers par exemple) ou de certaines modalités de prise en charge des accouchements et des naissances (nécessitant un transfert par exemple) (2.3.2.3) ;
- de rester vigilant sur l'évolution de certaines pratiques concernant l'accouchement (2.3.2.4).

2.3.2.1 Une actualisation des décrets de périnatalité à prévoir dès 2026

[419] Conçus et publiés il y a 27 ans, les deux décrets du 9 octobre 1998 ont été rédigés, comme évoqué plus haut, dans un contexte – démographique, scientifique, médical, sociologique - qui a considérablement évolué, et doivent, tous les acteurs en conviennent, être adaptés. Cette révision, délicate et dont la mission ne sous-estime pas la sensibilité, a été engagée de longue date, pour l'heure sans résultat. Des réflexions ont été conduites, en particulier entre juillet 2018 et janvier 2020, période durant laquelle un groupe de travail avait été constitué et s'était réuni à 10 reprises, jusqu'à la décision prise en juin 2021 de surseoir à la réforme de ces textes.

[420] La proposition de loi établissant un moratoire des fermetures de maternités, quelle que soit l'appréciation que l'on porte sur elle, est à interpréter comme le **signal d'une inquiétude légitime** des citoyens dont les élus se font l'écho et de la volonté de ceux-ci de se réapproprier collectivement une question très importante : **les députés ont ainsi affirmé qu'il appartenait à la représentation nationale de définir ce type de politique**, et pas seulement aux acteurs de terrain, qu'ils soient professionnels, universitaires, associatifs, usagers, élus ou administratifs -quels que soient leur engagement et leur légitimité.

[421] La santé publique, si elle concerne tous les citoyens, n'appartient à aucune catégorie d'entre eux.

[422] A cette première considération s'ajoute, comme indiqué plus haut, le fait que ces décrets ont pu être utilisés comme « caution » pour des fermetures de maternités aux motivations plus budgétaires.

[423] Il est ainsi temps désormais de disposer d'un cadre réglementaire adapté à la nouvelle situation sanitaire, grave, que connait notre pays depuis 2011. **La mission recommande ainsi, que le travail d'actualisation des décrets de 1998, reprenne avec pour objectif d'aboutir au plus tard à la fin de l'année 2026.**

[424] Elle propose pour cela que soient réunis, dès le début de l'année 2026, des groupes de travail nationaux réunissant les représentants de l'ensemble des parties prenantes, y compris des usagers et des collectivités locales dont les préoccupations doivent pouvoir être prises en compte et qui doivent être impliqués et co-responsables des orientations arrêtées.

[425] Concernant le contenu des évolutions, la mission renvoie au résultat de concertations qu'elle appelle de ses vœux. Elle préconise néanmoins que cette révision accorde aux soins en néonatalogie la priorité qui doit désormais être la leur (*cf. infra* le 2.4).

[426] S'agissant des seuils**,** elle propose de maintenir la seule règle actuelle disposant que, sauf exceptions, une maternité réalisant moins de 300 accouchements par an ne soit pas maintenue ouverte. En revanche, elle ne recommande pas de relever ce seuil et de le porter à 1 000 comme

cela est suggéré par certains : la décision de maintenir ou de fermer une maternité de niveau 1 doit être fondée sur la seule l'appréciation locale en termes de service médical rendu.

[427] A elle seule, une nouvelle vague de restructuration et de concentration des maternités, induite par un tel relèvement du seuil minimal d'activité, ne permettrait pas de résoudre les graves difficultés que notre système périnatal connaît en termes de populations, de prévention des principaux facteurs de risque obstétricaux, d'accès à cette prévention et aux soins des femmes les plus pauvres et les plus éloignées du système de santé, de suivi régulier de celles-ci, et d'amélioration de la prise en charge néonatale des enfants prématurés.

[428] A cet égard, si la mission considère, avec l'Académie de Médecine, que « *la mise en œuvre d'un plan de périnatalité ambitieux est une priorité et une urgence* », elle ne partage pas les conclusions de cette institution en termes d'organisation territoriale.

[429] A partir du constat « *de la crise démographique et d'attractivité touchant tous les acteurs de la périnatalité* », l'Académie avance que le « *réalisme devrait s'appuyer, non pas sur le maintien illusoire de petites structures, mais sur une réduction du nombre de maternités, dont les contraintes structurelles et de ressources humaines doivent garantir à la fois la sécurité et la satisfaction des usagers tout en offrant des conditions de travail acceptables et pérennes* ». Dès lors, pour elle, « *l'organisation des structures est à repenser »,* et les structures effectuant moins de 1 000 accouchements, *« les plus fragiles en ce qu'elles recourent abondamment à l'intérim et peinent à organiser un service de garde avec des praticiens de la structure »* devraient être fermées et regroupées dans des maternités de type 2. *« Seules de grandes structures seront à même de proposer une offre et une qualité de soins exigées par les usagers comme par les professionnels* » [116].

[430] Selon les simulations effectuées par l'Académie, la fermeture des maternités de type 1 effectuant moins de 1 000 accouchements conduirait à supprimer 111 des 374 implantations recensées dans l'évaluation de l'Académie, soit 30% d'entre elles. Il en résulterait une diminution de 4,6% des naissances dans des communes situées à moins de 30 minutes de la maternité la plus proche (631 390, soit 89,0 % du total) ; pour 21 137 des naissances (3,0 %), la commune de domicile serait alors située à plus de 45 minutes d'une maternité, soit une hausse de 1,8 %, et 6 049 à plus de 60 minutes (soit 0,9 % des naissances).

[431] Les départements qui seraient les plus impactés par ces restructurations seraient les 23 dont les maternités desservent les communes des massifs montagneux, difficiles d'accès et à faible densité de population : l'Allier, l'Ardèche, le Cantal, le Puy-de-Dôme, la Côte-d'Or, la Saône-et-Loire, la Corse-du-Sud (100 % à plus d'une heure), la Haute-Marne, l'Orne, la Corrèze, la Creuse, la Dordogne, le Lot-et-Garonne, les Pyrénées-Atlantiques, l'Ariège, l'Aveyron, le Gers, la Haute-Garonne, le Lot, la Lozère, les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes et la Nièvre.

[432] Proposer, en 2026, presque 30 ans après l'édiction des décrets de 1998, comme solution à un problème de santé publique majeur, multiforme et multifactoriel, de reprendre la politique de contrainte structurelle constituée par la hausse du seuil minimal d'activité des maternités, constituerait une réponse mécanique, datée, comme plaquée sur la situation actuelle, en décalage par rapport à l'ampleur du problème populationnel à l'origine de la dégradation sanitaire constatée. La mission ne souscrit donc pas à cette proposition du relèvement du seuil.

[116] Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, Rapport 23-05, *op. cit.*

Recommandation n°9 Réviser les décrets de périnatalité de 1998 en associant à ce travail les représentants des usagers et des collectivités locales, en conservant le principe de la gradation des maternités et en actualisant les exigences en matière de qualité et sécurité.

2.3.2.2 La possibilité pour les femmes de faire des choix libres et éclairés concernant leur accouchement doit être renforcée

[433] Processus physiologique naturel, la grossesse est trop souvent abordée sous le prisme des risques qui lui sont attachés et des pathologies qui lui sont associées. Or, les grossesses à risques, ne représentent que 20 % de l'ensemble. Pourtant, c'est autour d'elles que s'organise actuellement la prise en charge de l'accouchement.

[434] Dès lors, dans la perspective de la révision des décrets de 1998, un principe simple doit être rappelé : le choix de la mère doit, dans toute la mesure du possible, prévaloir, conformément aux dispositions de la loi du 2 mars 1992 relative aux droits des patients, et chercher à élaborer un système qui laisse réellement le choix entre un accès à un accouchement physiologique ou une prise en charge plus médicalisée.

[435] ***La mission considère ainsi, d'abord, que les femmes doivent pouvoir choisir leur lieu d'accouchement*** en fonction de considérations éclairées et de critères objectifs.

[436] Pour cela, il est leur nécessaire de disposer d'informations et de données transparentes sur la qualité et la sécurité de chaque maternité. La mission recommande ainsi que soit publiée une batterie d'indicateurs clairs, compréhensibles et comparables entre structures, à partir des données existantes et déjà renseignées dans les différentes bases de données et systèmes d'information. Ces indicateurs devront en particulier informer sur :

- les pratiques de l'établissement concernant un certain nombre d'actes identifiés (par exemple : taux de césarienne programmée ou en urgence, taux de déclenchement, taux de recours à la péridurale et d'épisiotomie) ;
- les catégories de professionnels de santé présents, leur nombre et les modalités de leur exercice dans le respect du cadre réglementaire (gardes ou uniquement astreintes) ;
- la situation des services en matière de ressources humaines soit, en d'autres termes, la capacité à assurer une équipe stable et complète (taux de contrats court ou intérimaires, niveaux de diplôme des médecins, impact constaté sur les douze derniers mois sur le capacitaire réel) ;
- la situation du service au regard de sa place dans les séjours du territoire (taux de fuite, activité…).

[437] Ce faisant, la mission considère que la mise à disposition du public de ces différentes informations va nécessairement contribuer à une démarche, de la part des établissements, visant à améliorer leurs résultats en termes de qualité et de sécurité. La mission signale sur ce point que

la HAS a également renforcé les critères[117] de certification des établissements de santé dans le « 6ème cycle » dont les premières visites ont démarré en septembre 2025.

[438] La mission souligne enfin que la mise en place, et surtout la publication systématique de ces indicateurs, seront également utiles au pilotage de l'offre périnatale dans les territoires, à la bonne information des parties prenantes et aux discussions entre acteurs locaux (*cf. infra* les développements de la partie 3).

Recommandation n°10 Prévoir la publication, pour chaque maternité, d'une batterie d'indicateurs fournissant des informations sur leur niveau d'activité, sur des critères de qualité et de sécurité ainsi que sur leurs effectifs de façon à permettre aux femmes de choisir leur établissement de façon pleinement transparente et de faciliter le pilotage territorial de l'offre

[439] ***Par ailleurs, les femmes doivent pouvoir choisir, là encore de façon aussi éclairée que possible, les modalités d'accouchement*** (en établissement, à domicile, selon une approche physiologique ou plus médicalisée).

[440] Il convient de rappeler, en effet, que se développe une demande d'accouchement « physiologique », c'est-à-dire, dans un contexte moins, voire non, médicalisé[118]. Or, le choix des femmes, conformément aux recommandations de l'OMS[119], doit pouvoir être pris en compte, ce qui n'est, encore aujourd'hui, pas toujours le cas[120].

[441] Ainsi, même si les maisons de naissances et les salles « nature » n'ont pas encore trouvé l'espace auquel elles aspirent, et que les accouchements organisés à domicile restent minoritaires (on ne dispose sur ce dernier point, que des données de l'Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile -APAAD- qui estime à 1 000 accouchements par an environ le nombre des accouchements à domicile), ces demandes doivent pouvoir être satisfaites dans un cadre sécurisé.

---

[117] Qualité et sécurité des soins : les établissements doivent démontrer une prise en charge sécurisée et de qualité pour les mères et les nouveau-nés, incluant la prévention des risques et la gestion des complications. Accompagnement et soutien : un accent est mis sur l'accompagnement des parents, avec des services de soutien psychologique et éducatif avant, pendant et après l'accouchement. Continuité des soins : les critères incluent la coordination des soins entre les différents professionnels de santé pour assurer une continuité optimale, de la grossesse au post-partum. Évaluation des pratiques : les établissements doivent utiliser des méthodes d'évaluation, comme le patient traceur, pour analyser et améliorer leurs pratiques de soins. Engagement des patients : les patients sont considérés comme des partenaires à part entière dans leur parcours de soins, avec une prise en compte de leurs besoins et de leurs attentes.

[118] L'OMS considère qu'un accouchement est physiologique si « *son déclenchement est spontané* », si son « *risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement* », si « *l'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37ème et 42ème semaines de gestation* » et si, enfin, « *après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien* » (source : OMS, Les soins liés à un accouchement normal. Guide pratique, 1997).

[119] Recommandation confirmée et rappelée par la « Déclaration de l'OMS » du 15 février 2018.

[120] *Une enquête sur internet, lancée en février 2012 par le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) sur le déroulement des accouchements et la manière dont le vivent les femmes a ainsi révélé que, si les femmes qui ont réalisé leur souhait de se passer de la péridurale (2 521 femmes sur 8 284 accouchements pris en compte dans cette enquête, soit 30 % des femmes qui ont répondu) sont presque unanimement satisfaites (97 %), 56 % de celles qui ont eu recours à la péridurale alors qu'elles ne le souhaitaient pas au départ sont insatisfaites. Elles mettent en cause le défaut d'accompagnement* ***et le fait qu'on ne leur ait pas laissé le choix.***

[442] Du point de vue de la mission, les salles nature étant situées dans des maternités « classiques » et les MDN étant la plupart du temps organisées en lien avec des maternités à proximité, c'est surtout sur l'accouchement à domicile - évidemment lorsqu'il est choisi, et non pas subi faute d'offre satisfaisante ou accessible -, que la question de la sécurisation doit demeurer une préoccupation constante des professionnels qui pratiquent cet acte. A l'heure actuelle, on estime que 90 sages-femmes exercent cette activité régulièrement. Une « Charte de l'accouchement à domicile » a été élaborée en ce sens par l'Association nationale des sages-femmes libérales.

2.3.2.3 Une organisation à renforcer pour mieux prendre en charge les situations à risque ou nécessitant des transferts

[443] ***Concernant tout d'abord les risques d'accouchements « inopinés » ou pour les femmes éloignées géographiquement (à plus de 45 minutes de la maternité prévue pour l'accouchement),*** des mesures de prévention ont été mises en place avec, en particulier, comme déjà présenté plus haut, des solutions de prise en charge par l'assurance maladie de nuitées d'hôtel à proximité de la maternité. Concrètement, pour une grossesse normale, 5 nuitées peuvent être proposées autour de la date du terme. En cas de grossesse pathologique, le dispositif prévoit jusqu'à 21 nuits, à n'importe quel moment de la grossesse. Ce dispositif lancé dans le cadre de « l'Engagement maternité » en février 2019 a été précisé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020.

[444] Il n'y a pas encore eu d'évaluation de cette mesure. Celle-ci risquerait toutefois de s'avérer difficile car l'assurance maladie ne fournit pas de données individuelles : l'hôpital paie les nuitées d'hôtel, puis se fait rembourser globalement par l'assurance maladie mais, comme signalé plus haut, sans identification possible de la femme ayant bénéficié (ou pas) de cette mesure. La connaissance de cette information donnerait une très bonne indication du degré d'anticipation par les parturientes et les professionnels, ainsi que de « meilleure acceptation » et de prise en compte de cette distance.

[445] La mission a cependant pu relever que ce dispositif était assez rarement mobilisé au regard du besoin estimé par nombre de ses interlocuteurs et alors même que tous le jugent en théorie utile. Elle recommande donc que l'information sur l'existence de ce dispositif soit davantage organisée, en particulier à destination des professionnels de santé qui suivent les femmes dans les territoires le plus éloignés des maternités, et que les maternités d'accueil informent elles aussi davantage en amont de l'accouchement les femmes enceintes de leur secteur de l'existence de ce dispositif.

Recommandation n°11 Sensibiliser davantage les professionnels de santé, notamment dans les territoires éloignes des maternités, et mieux informer les femmes enceintes sur les possibilités d'accueil à l'hôtel dans la période qui précède la date théorique de l'accouchement

[446] Dans la même logique de renforcement des capacités de prise en charge des situations à risque d'accouchement hors maternités et pour garantir une intervention de qualité quel que soit l'état de l'offre et le territoire, en particulier les territoires « isolés », la mission recommande que soient développés dans chaque territoire les dispositifs d'équipes mobiles (équipes mixtes SDIS/sages femmes par exemple, ou SMUR renforcés de gynécologues obstétriciens et de sages femmes).

[447] Elle a pu noter à l'occasion de ses déplacements que de telles équipes mobiles pouvaient parfois exister localement et que leur action était utile et très appréciée.

[448] Elle recommande donc désormais que chaque territoire puisse bénéficier d'un tel dispositif, à concevoir par exemple dans le cadre du plan d'action présenté plus bas (*cf.* partie 3).

Recommandation n°12 Systématiser l'existence d'équipes mobiles (équipes SDIS / sages-femmes ; SMUR/ gynécologues obstétriciens / sages-femmes…) déployables dans les territoires les plus isolés et garantir des dispositifs de transferts efficaces, appropriés et proportionnés aux besoins

[449] Un autre enjeu concerne, la situation des **transferts néonatals** organisés pour faire face aux situations qui l'exigent (Urgence/SMUR ou transferts interhospitaliers). Ces transferts se heurtent aussi à des difficultés importantes : SMUR néonatals insuffisamment armés (manque de professionnels médicaux et non médicaux) et parfois non financés, notamment hors établissements équipés de maternités de niveau 3, manque de formation (qui revêt une importance particulière au regard de la prise en charge croissante du transport de grands prématurés), activité relativement isolée de la pédiatrie, avec laquelle il serait sans doute intéressant de rapprocher certains moyens précisément sur les transferts.

2.3.2.4 Une vigilance à maintenir concernant certaines tendances et pratiques

[450] De manière positive, certaines pratiques médicales au cours de l'accouchement sont en diminution. Par exemple, le taux d'épisiotomie lors d'accouchements par voie basse non instrumentale a fortement diminué. Il a ainsi été quasiment divisé par trois, aussi bien pour les primipares (de 29,5 % en 2010 à 10,0 % en 2019) que pour les multipares (de 10,5 % à 2,7 % sur la même période). Ces diminutions sont en accord avec les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF en 2005. En parallèle, le taux de déchirures périnéales sévères a légèrement augmenté sur la même période, passant de 0,55 % à 0,77 %, sans que l'on puisse déterminer la part réelle de l'augmentation et celle de l'exhaustivité du repérage et du codage.

[451] Quant au taux de césarienne, il est stable depuis 2013 (autour de 20,2 %), mais avec de grandes variabilités de pratiques au sein des établissements. Il serait utile de pouvoir corréler les éléments de cette variabilité aux questions financières et de codage d'une part, et à la qualification (niveaux de diplôme, lieux de formation, expérience) des gynécologue obstétricien d'autre part.

[452] Une dernière question a émergé récemment dans le débat médical : celle des déclenchements d'accouchements. Alors que les recommandations de la HAS encadrent cette pratique, restreignant les indications du déclenchement « de convenance » [121] ,

[121] Haute Autorité de Santé- Recommandations professionnelles-Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée-Argumentaire Avril 2008 – Page 86 : Indications d'un déclenchement artificiel du travail pour raison non médicale. Lorsqu'il n'y a pas de raison médicale pour provoquer l'accouchement, un « déclenchement de convenance » appelé également « accouchement programmé » peut être envisagé. Il convient d'informer la patiente sur :
– les conditions qui doivent être nécessairement respectées, avant de pratiquer un déclenchement artificiel du travail sans indication médicale :
acte pratiqué en fin de grossesse : à partir de 39 SA, soit environ 8 mois et demi,

l'étude « *Arrive* » parue en 2018 dans le *New England Journal of Medecine*, a relancé la discussion sur l'intérêt d'une telle décision, en plaidant pour la possibilité d'un déclenchement électif à 39 SA pour les femmes à bas risque[122]. D'ores et déjà, aux États-Unis, à la suite de cette publication, les déclenchements dès 37 SA ont augmenté, induisant davantage de prématurité. En France, un programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), « *French Arrive* », mené dans 34 maternités, et dont les résultats sont attendus à partir de 2026, est lancé pour reproduire l'essai randomisé *Arrive*, en tenant compte des conditions d'organisation des soins et des pratiques en obstétrique différentes de celles outre-Atlantique, ainsi que des caractéristiques de la population étudiée.

[453] Bien que soulevant une importante question éthique, centrée sur la question du bénéfice-risque de tels déclenchements après 39 SA, certains échanges lors des auditions de la mission donnent à penser que ce type de déclenchement pourrait être envisagé par certains comme une solution acceptable pour compenser les difficultés nées de la fermeture des petites maternités, voire permettre la poursuite de ce mouvement de fermeture, en adaptant l'activité des maternités 2 et 3 à la présence effective des équipes. Ce serait déjà le cas dans les petites maternités où –la HAS ne le nie pas- en l'absence de professionnels, de tels déclenchements seraient d'ores et déjà réalisés en se calant sur le temps de présence des médecins.

[454] La mission recommande la plus grande vigilance sur ce point.

2.4 La nécessité de renforcer la prise en charge néonatalogique des enfants prématurés et les plus vulnérables

[455] Après le suivi de la grossesse et l'étape de l'accouchement et la naissance en eux-mêmes, la prise en charge néonatalogique des nouveau-nés qui le nécessitent constitue un autre moment clé du parcours périnatal.

[456] Or, alors qu'elle a été pionnière dans le domaine de la néonatalogie, dans les années 1970, avec des figures telles que le Pr Alexandre Minkowski, la France connaît aujourd'hui des problèmes structurels dans ce domaine très sensible.

acte pratiqué si le col de l'utérus est favorable : ramolli et un peu ouvert ;
– la marge de manœuvre dont elle dispose : tant que le processus nécessaire au déclenchement n'a pas été mis en œuvre, la patiente peut changer d'avis ;
– le refus éventuel de l'équipe médicale de pratiquer un déclenchement de convenance, car les conditions organisationnelles et de sécurité ne sont pas réunies ;
– sa liberté de refuser le déclenchement artificiel de son accouchement s'il lui est proposé pour des raisons liées à l'organisation de la maternité, en précisant que son refus n'aura pas de conséquences sur la qualité des soins qui lui seront prodigués.

[122] Revue Profession Sage-Femme- Mars 2023-
L'effet d'*Arrive* a été immédiat, puisque le jour même de sa publication, en août 2018, l'American College of Obstetricians and Gynecologists estimait qu'il était raisonnable de proposer ou d'accepter un déclenchement sans indication médicale à 39 SA, tout en respectant le choix des femmes. Pour sa part, l'American College of Nurse-Midwives a d'emblée interrogé le coût d'une politique de déclenchement électif à 39 SA et alerté sur les risques de dérives. *Aux États-Unis, depuis l'essai* Arrive, *les déclenchements dès 37 SA ont augmenté, induisant davantage de prématurité.*

[457] L'équipe conjointe INSERM/CREES estime ainsi qu'en France, le taux de survie en sortie d'hôpital des enfants extrêmes-prématurés est de 10 % à 50 % inférieur comparé à celui de pays occidentaux tels que les Etats-Unis, le Royaume-Uni, le Japon, l'Australie ou encore la Suède.

[458] Selon les premiers résultats de son étude « Premex »[123], le suivi de la cohorte nationale mise en place en 2011 montre la très grande variabilité selon les centres et les régions dans les pratiques de prise en charge des enfants extrêmes prématurés : les taux de prise en charge anténatale intensive de ces enfants varient de 22 % à 61 % selon la région. Cette variabilité est expliquée par l'absence de consensus et de processus décisionnels formalisés, en raison d'habitudes locales ou individuelles des cliniciens. Il n'y a donc pas de standardisation de la prise en charge en France des extrêmes prématurés comparable à celle existant dans d'autres pays.

[459] Dans une moindre mesure, l'excès de mortalité néonatale concerne les nouveau-nés à terme, incluant donc les nouveau-nés porteurs d'une ou plusieurs malformations congénitales, et les nouveau-nés victimes de complications de l'accouchement. Quoi qu'il en soit, ainsi que le souligne la SFN, « *l'ensemble de ces enfants (grands prématurés, nouveau-nés à terme avec malformations ou asphyxie périnatale graves, autres nouveau-nés dont le pronostic vital est engagé) sont transférés depuis la maternité où ils sont nés et pris en charge, pour des durées parfois prolongées, dans les services de soins critiques néonatals (réanimation néonatale et soins intensifs pour nouveau-nés), dans les centres de niveau 3* ».

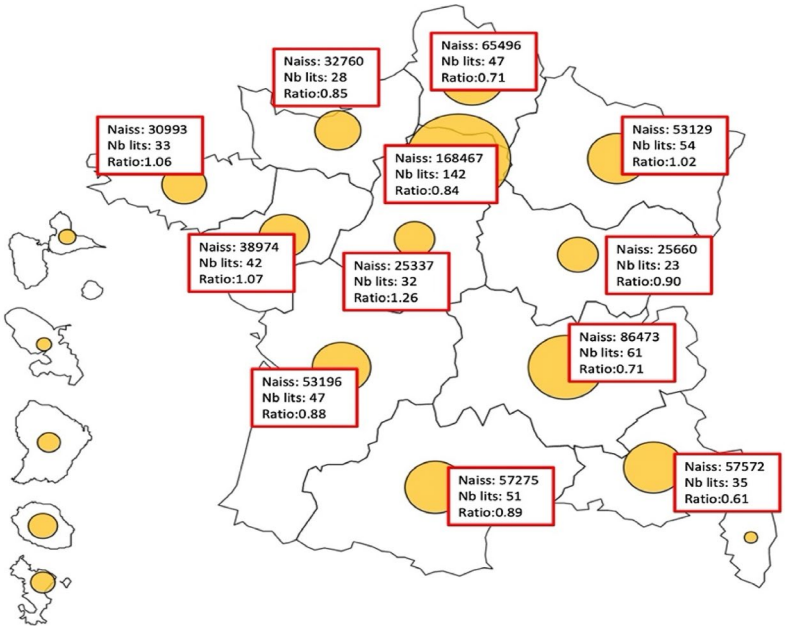
[460] Cette société savante alerte depuis plusieurs années sur la situation des soins intensifs et de réanimation à destination des nouveau-nés vulnérables. Elle indique ainsi que l'offre des soins est insuffisante et inégalement répartie sur le territoire, que son organisation est fondée sur des décrets obsolètes et qu'elle demeure une question dans l'angle mort des politiques publiques.

[461] **Sollicité et recueilli par la mission, son diagnostic est sévère et très inquiétant** :

- l'offre de soins critiques néonatals est devenue insuffisante et inadaptée : inférieure à l'offre proposée dans les autres pays développés, elle est inégalement répartie sur le territoire, variant du simple au double pour 1 000 naissances. Selon l'Académie de médecine, les ratios régionaux d'équipements en lits, au moment de la publication de son rapport, étaient ainsi très disparates : entre 0,61 à 1,26 pour 1 000 nouveau-nés selon la région (*cf*. la carte ci-dessous) , alors que les professionnels font état de besoins de l'ordre de 1 pour 1 000 ;

[123] Etude multicentrique et internationale (France, Canada et Australie), dont la fin du suivi est prévue en 2026, visant à améliorer la survie sans handicap des enfants nés extrêmes prématurés en France, c'est-à-dire nés avant 6 mois de grossesse et souvent pesant entre 500 et 800 grammes à la naissance.

Carte 10 : Capacitaire de lits de réanimation néonatale par région



Source : Société française de néonatalogie pour le rapport « Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence » de l'Académie de médecine (2023)

D'après les informations communiquées à la mission par la DGOS, sous l'effet conjugué de la baisse de la natalité et de l'ouverture réalisée ou en cours de nouvelles capacités de réanimation néonatale dans plusieurs régions, **la situation se serait améliorée depuis l'état des lieux présenté dans la carte ci-dessus.** Ainsi, selon la DGOS, fin 2025, seules quatre régions n'atteignaient pas encore le ratio de 1 lit de réanimation néonatale pour 1 000 naissances (il s'agit des régions Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie et Provence-Alpes-Côté-d'Azur/ Corse[124]).

- les unités sont saturées, avec des taux d'occupation trop élevés, ce qui a un impact sur la qualité des soins et sur la mortalité : pour l'ensemble des lits de soins critiques des types 3, le taux d'occupation moyen variait de 91,3 à 93,8 %. En réanimation, il était supérieur à 100 % pour 19 % des semaines (enquête SFN/Santé Publique France - 2021) et 22,3 % des journées (enquête SFN juin 2023), soit environ 20 % du temps ; 43 à 44 % des unités avaient un taux d'occupation supérieur à 95 % (enquêtes 2023). En conséquence, 23 % des services déclaraient refuser régulièrement des entrées critiques faute de place (enquête de février 2023) ;

- ces tensions entraînent des conséquences en cascade sur tout le réseau périnatal régional. Les transferts urgents -ceux des nouveau-nés en détresse vitale ou les transferts *in utero* en cas de menace d'accouchement prématuré- sont compromis lorsqu'un centre régional de réanimation néonatale est saturé. En ce sens, la capacité et la qualité des soins critiques néonatals conditionnent directement la sécurité de toutes les naissances dans le bassin de vie qui lui est rattaché. Tirant les conclusions de cette situation critique, la feuille de route

[124] La Corse ne dispose pas de lits de réanimation néonatale en propre ; les enfants nés en Corse concernés sont pris en charge par les établissements de la région Provence-Alpes-Côté d'Azur.

« Pédiatrie et santé de l'enfant 2024-2030 », publiée à l'issue des Assises de la Pédiatrie en mai 2024, a affiché un objectif de 1 lit de réanimation néonatale pour 1 000 naissances dans chaque région d'ici à 2027 ;

- les effectifs réels au lit du malade sont souvent insuffisants et inférieurs à ceux prévus par les décrets de 1998 : dans l'enquête menée par la SFN en juin 2023, ce constat vaut pour près de 60 % du temps d'hospitalisation, avec un manque d'effectif sévère observé pendant près de 40 % du temps. Enfin, les effectifs infirmiers constatés sont en-deçà des standards observés dans les pays européens les plus performants (britanniques, suédois, canadiens ou suisses). L'encadrement infirmier des nouveau-nés requérant des soins critiques complexes était de 1 pour 1 dans la plupart des pays (Suède, Finlande, Canada, Espagne, Suisse, Australie, Japon, Italie- Toscane), tandis que la France est au même niveau d'encadrement que le Brésil, derrière la Pologne et Israël ;
- ce sous-effectif infirmier augmente la mortalité et la morbidité des grands prématurés ;
- il existe en outre des difficultés importantes de fidélisation des personnels non médicaux à l'origine d'une réduction importante du niveau d'expérience des infirmières diplômées d'Etat et des puéricultrices diplômées d'Etat en néonatologie, qui s'ajoutent à un défaut de formation initiale à la pédiatrie et la néonatologie, lesquelles ont été entièrement supprimées du programme de formation au diplôme d'état d'infirmier en 2009. Cette situation a probablement des conséquences importantes, car les chances de survie des enfants les plus prématurés dépendent non seulement des effectifs en personnel infirmier, mais aussi du niveau de formation et de l'expérience de ces personnels ;
- le sous-effectif infirmier, la surcharge de travail, le manque d'expérience et de formation sont autant de facteurs humains reconnus, par la HAS (avril 2025), comme associés à la survenue d'événements indésirables graves liés aux soins, considérés par cette instance comme étant évitables dans 57 % des cas analysés. Contrairement aux soins critiques adultes, aucun encadrement systématique n'est prévu réglementairement pour les nouveaux professionnels affectés en soins critiques néonatals, alors même que les compétences requises sont hautement spécialisées ;
- les personnels paramédicaux dont l'activité est dédiée aux missions transversales (infirmière formatrice, logisticien, référent soins de développement et qualité et sécurité des soins, conseil en lactation, infirmier de recherche) sont présents de façon très hétérogène dans les services, faute d'être mentionnés dans les décrets de 1998 (contrairement aux décrets de 2022 organisant les soins critiques adultes et pédiatriques). Il en va de même, et pour les mêmes raisons, des ressources paramédicales pour les soins de support (psychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, assistance sociale, diététiciens) ;
- quant aux effectifs médicaux, le nombre de néonatologistes actuellement formés (option de néonatologie du DES de pédiatrie) est insuffisant (45-50 options/an, 35-40 diplômes interuniversitaires) pour remplacer les départs. Près de 75 % des services de type 3 (et 80 % des services 2B) rencontrent des difficultés pour assurer la permanence des soins. Au moins un poste de pédiatre néonatologiste est vacant dans 73 % des services de type 3, et deux ou plus sont vacants dans 46 % des services (enquête SFN 2023). Une enquête de la SFN, menée en juin 2024, a montré que les effectifs réels et les besoins en ressources médicales

pour les soins critiques néonatals sont très hétérogènes et varient du simple au double selon les services.

[462] L'activité des soins critiques néonatals en type 3 est portée exclusivement par le secteur public (notamment les CHU) ; il s'agit d'une activité médicale de service public essentielle -soigner et tenter de sauver des nouveau-nés extrêmement fragiles- en grande difficulté. La néonatalogie est une discipline médicale exclusivement hospitalière (pas d'activité libérale), actuellement fragilisée.

[463] En 2019, la DGOS a entamé un travail consacré aux soins critiques qui a abouti, en 2022, à la publication des décrets encadrant les soins critiques adultes et pédiatriques. En revanche, le groupe de travail dédié aux autorisations en obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale, qui s'est réuni à une dizaine de reprises, n'a abordé la question de la réanimation néonatale qu'au cours de la toute dernière séance et n'a pas été en mesure de conclure sur ce point important.

[464] **C'est pour renforcer de façon urgente cette activité et cette profession que la mission relaie la recommandation suivante.**

Recommandation n°13 Renforcer la néonatalogie en agissant rapidement et de manière très forte sur les équipements en lits (avec un ratio minimal d'un lit de réanimation néonatale pour 1 000 naissances), la formation des personnels (attribution des postes d'internes, révision des maquettes de formation infirmières), la fidélisation des équipes par l'allègement de la permanence des soins, la sécurisation des soins et des équipes, le fonctionnement des SMUR néonatalogiques et l'organisation de la néonatalogie sur le modèle des décrets de soins critiques adultes et pédiatriques.

[465] La mission a sollicité la DGOS afin d'estimer le coût de plusieurs des éléments de cette recommandation.

[466] Il lui a été répondu que l'opération d'augmentation du nombre de lits de réanimation néonatale pour porter le ratio à 1 pour 1 000, dont le principe a été annoncé et l'exécution engagée, devrait conduire à ouvrir à court terme un total de 29 lits supplémentaires, avec un coût d'investissement initial estimé à environ 100 000€ par lit, soit au total 2,9M€. Il convient d'ajouter à ce coût initial le coût annuel de fonctionnement de ces lits supplémentaires. La mission n'a pas pu obtenir de données précises mais, en procédant par analogie à partir d'éléments recueillis sur le coût annuel d'un lit de soins intensifs néonatal (370 000€), les coûts annuels de fonctionnement liés à l'ouverture de ces 29 lits supplémentaires s'élèveraient à près de 11M€.

[467] Par ailleurs, pour financer le renforcement des ratios d'infirmiers au lit des nouveau-nés de réanimation et de soins intensifs à la hauteur de ceux en vigueur dans les pays européens les plus en pointe, la DGOS estime à plus de 40 M€ l'effort à réaliser (correspondant à 11,5 % de personnels supplémentaires, soit un renfort de 1,5ETP lissé en journée (+2 équivalents temps plein -ETP- jour et +1 ETP nuit) pour un plateau technique de 24 lits).

[468] La mission a également sollicité la SFN, afin de disposer d'une évaluation financière de la nécessaire remise à niveau des services français de néonatologie. Celle-ci propose de corriger le sous-financement actuel des soins critiques néonatals en « revalorisant » le prix d'une journée de réanimation néonatale (1 335 €, données ATIH 2019) afin de le porter au niveau de celui d'une journée de réanimation adulte (2 160 € en réanimation adulte en CHU, données ATIH 2019).

[469] Cette revalorisation, de l'ordre de 700 € par journée, permettrait, selon la SFN, d'ajuster à la fois les effectifs soignants et le nombre de lits nécessaires. Une telle mesure se justifie d'un point de vue éthique, médico-économique et sociétal. La réanimation néonatale intervient au tout début de la vie et permet, pour la majorité des patients, une survie prolongée. Il est donc indispensable de mettre en balance les coûts engagés pour les nouveau-nés hospitalisés en réanimation et en soins intensifs, avec le bénéfice attendu en termes d'espérance de vie et de qualité de vie. L'asymétrie avec la situation de la réanimation adulte est d'autant plus problématique que la réanimation néonatale est l'une des rares disciplines médicales où le gain en espérance de vie est maximal. Les soins critiques néonatals, incluant la prise en charge de la grande prématurité, sont généralement considérés comme ayant un « rapport coût-efficacité » très favorable, en particulier lorsqu'on les compare aux soins critiques pour adultes.

[470] Estimant le nombre de jours de réanimation consommés aux environ de 230 000 jours par an, l'augmentation de 700 euros du coût d'une journée de réanimation néonatale représenterait ainsi un coût annuel de l'ordre de 150 à 160 millions d'euros par an.

2.5 Un dispositif de suivi de la mère et du jeune enfant bien conçu, mais devant être renforcé pour parvenir à prendre en charge les publics les plus fragiles et les plus éloignés

[471] Après la période de la grossesse, puis après celle de l'accouchement et de ses suites immédiates, le suivi et la prise en charge du jeune enfant et de sa mère dans les jours et semaines qui interviennent après la naissance constituent également un moment déterminant pour la santé de la mère et de son jeune enfant.

[472] L'analyse de l'organisation de cette période et des rendez-vous qui la structurent ont conduit la mission à considérer que le dispositif, tel qu'il est actuellement prévu et qu'il a été progressivement renforcé, offre des garanties importantes en faveur d'un accompagnement efficace et pertinent, tout à fait proche d'ailleurs de ce qui être proposé dans des pays voisins comparables à la France (2.4.1). Toutefois, l'observation d'un certain nombre de difficultés importantes dans la mise en œuvre effective et systématique de ce suivi et dans le plein déploiement des dispositifs (2.4.2) conduisent à proposer un renforcement ciblé des actions, en faveur notamment des publics les plus éloignés des parcours de soins et des territoires les plus en difficulté (2.4.3).

2.5.1 Un dispositif de suivi progressivement renforcé et constituant désormais un ensemble pertinent et relativement complet

[473] De nombreuses mesures ont en effet été progressivement déployées pour constituer aujourd'hui un ensemble organisé de dispositifs, de rendez-vous et d'examens permettant de garantir une prise en charge aussi complète que possible de la mère et de son enfant durant les premières semaines de vie ainsi que des possibilités de soutien dans la construction de la relation entre la mère et son enfant.

2.5.1.1 Dès la maternité, la mère et l'enfant bénéficient de mesures permettant de détecter d'éventuelles difficultés et de garantir une prise en charge appropriée

[474] ***S'agissant de l'enfant, tout d'abord***, le temps passé à la maternité[125] permet la réalisation systématique d'une série de premiers examens importants et de tests de dépistage permettant, le cas échéant, le déclenchement précoce de prises en charge spécifiques et la réduction du risque de pathologies, voire de morts, néonatales.

[475] Dès sa naissance, le nouveau-né bénéficie ainsi :

- d'un premier examen, dans les toutes premières minutes de vie, permettant d'évaluer sa vitalité. Sont ainsi observés son rythme cardiaque, son activité respiratoire, sa réactivité en réponse à des stimulations, son tonus ou encore la coloration progressive de sa peau. La prise en compte de ces différents paramètres permet d'obtenir une note au « score d'Apgar »[126] révélatrice de l'état de santé du nouveau-né et permettant d'évaluer le risque potentiel de mortalité néonatale ;
- d'un examen clinique approfondi par une sage-femme, un obstétricien ou un pédiatre permettant, notamment, de réaliser les premières mesures (évaluation du poids, de la taille, du périmètre crânien), de prendre la température, de réaliser une auscultation cardiaque et une auscultation pulmonaire, et de rechercher d'éventuelles malformations ;
- de l'administration d'une dose de vitamine K1 dans les deux heures après la naissance pour prévenir le risque d'hémorragie.

[476] L'enfant est ensuite observé et régulièrement examiné durant toute la période passée à la maternité (prise de température, observation de la coloration de sa peau et du risque d'apparition d'ictère néonatal, auscultations cardiaques…).

[477] Au cours de cette période qui suit la naissance, l'enfant bénéficie également, avec l'accord des parents, à la maternité (ce peut être à domicile dans certains cas plus rares), de différents tests spécifiques de dépistage néonatal qui se sont progressivement généralisés. Ces tests ont pour objectif de :

- détecter chez le nouveau-né la présence éventuelle de maladies rares[127], souvent d'origine génétique. La détection s'opère *via* un prélèvement sanguin (appelé couramment « test de Guthrie ») réalisé dans les deux à trois jours qui suivent la naissance. Ce dépistage est organisé dans le cadre d'un « Programme national de dépistage néonatal » dont la gestion est confiée depuis 2018 au Centre national de coordination du dépistage néonatal

[125] D'après l'assurance maladie, la durée moyenne de séjour à la maternité était de 3,7 jours en 2021 (contre 4,0 jours en 2016).
[126] Le score d'Apgar, conçu au début des années 1950 par le médecin américain Virginia Apgar, est en principe calculé à trois reprises lors de la naissance (à 1 minute puis à 5 minutes puis à 10 minutes de vie). Il conduit à donner une note (0, 1 ou 2) à chacun des cinq paramètres retenus. Une note totale comprise entre 0 et 10 est ainsi obtenue La note maximale de 10 correspond à la meilleure condition de santé possible. Un résultat inférieur à sept indique une ou plusieurs défaillances.
[127] Selon l'OMS, une « maladie rare » désigne des pathologies affectant en population générale moins d'une personne sur 2 000.

(CNCDN). Le nombre de maladies dépistées à cette occasion a été progressivement étendu. Il est ainsi passé de 7 à 13 pathologies[128] en 2023 et vient d'être élargi à trois nouvelles pathologies[129] depuis le 1er septembre 2025. En 2023, 637 508 nouveau-nés au total ont été testés en métropole et 38 625 en outre-mer. Cela a permis de dépister 1 256 enfants malades (soit une incidence d'un enfant malade pour 538 enfants dépistés). Le programme touche presque tous les nouveaux nés, puisque seuls 501 enfants (soit 0,07 % des enfants concernés) n'ont pu en bénéficier en 2023 en raison du refus de leurs parents[130]. En cumulé depuis le début de sa mise en place en 1972, ce dépistage a permis de tester autour de 40 millions d'enfants et de détecter et prendre en charge autour de 40 000 enfants porteurs de maladies rares[131] ;

- dépister le risque de surdité néonatale. Chaque maternité organise ainsi, pour les enfants dont les parents ont donné leur accord, le dépistage de la surdité de leur nouveau-né après 24 heures de vie. D'après l'assurance maladie, les cas de surdité dépistés concerneraient de 0,5 à 1,3 enfant pour 1 000 nouveau-nés.

[478] ***S'agissant de la mère,*** la période qui suit immédiatement la naissance et qui précède la sortie de la maternité est également marquée par une surveillance attentive permettant de limiter la survenue de risques pour sa santé ou de complications post-accouchement. Ce suivi commence dès la salle de naissance et se poursuit à intervalles réguliers jusqu'à la sortie de la maternité. Il passe notamment par :

- la réalisation de mesures régulières de la température, de la tension artérielle et du rythme cardiaque ;
- la réalisation d'examens spécifiques : palpation de l'abdomen, détection de signes d'apparition d'une éventuelle phlébite, examen de la poitrine, examen gynécologique (en particulier peu avant la sortie de la maternité), suivi de la cicatrisation en cas de césarienne ou d'épisiotomie ;
- l'observation de « l'état moral » de la mère dans les heures et jours qui suivent l'accouchement ;
- la formulation de conseils appropriés pour la santé de la mère.

[479] Cette période est également mobilisée pour permettre à la mère d'apprendre et de recevoir des conseils sur la façon de s'occuper de son enfant (toilette, alimentation, gestion des pleurs, sommeil soins de confort…).

---

[128] Les 13 maladies rares recherchées depuis 2023 étaient les suivantes : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la mucoviscidose, le déficit en MCAD (Medium-Chain-Acyl-CoA Déshydrogénase), l'homocystinurie, la leucinose, la tyrosinémie de type 1, l'acidurie isovalérique, l'acidurie glutarique de type 1, le déficit en LCAD (3-hydroxyacyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne longue), le déficit primaire en carnitine et la drépanocytose.

[129] Les trois nouvelles maladies rares recherchées depuis le 1er septembre 2025 sont les suivantes : les déficits immunitaires combinés sévères (DICS), l'amyotrophie spinale infantile (SMA) et le déficit en acyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne très longue (VLCAD).

[130] Les données relatives à l'année 2023 (nombre de tests réalisés, résultats positifs et refus) sont extraites du Rapport d'activité 2023 du CNCDN.

[131] Source : données disponibles sur le site internet du CNCDN.

[480] Cette phase est donc déterminante pour prévenir, détecter ou prendre en charge les risques les plus importants de difficultés néonatales. Toutes les actions mentionnées contribuent à limiter le risque d'incident dans la période néonatale, tant pour la mère que pour l'enfant.

2.5.1.2 Plusieurs mesures permettent également d'accompagner le retour à domicile puis les semaines qui suivent

[481] La phase du retour à domicile, tout du moins pour les accouchements ayant eu lieu en établissement, puis des premières semaines de l'enfant est probablement l'une des plus délicates. De nombreux dispositifs ont ainsi été progressivement déployés pour accompagner au mieux les parents, dont les mères en premier lieu, et leurs enfants.

[482] ***Pour l'accompagnement de la mère et le suivi du jeune enfant dans les tout premiers jours du retour à domicile***, un suivi à domicile par une sage-femme est proposé jusqu'au 12ème jour de l'enfant. Il peut se traduire par une seule ou plusieurs visites en fonction de la situation appréciée par la sage-femme lors de sa première visite. Cette surveillance est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie.

[483] Pour accompagner au mieux les retours à domicile après l'accouchement, l'assurance maladie a en outre progressivement déployé, à partir de 2010, le « Programme de retour à domicile (PRADO) maternité ». Ce programme permet de mettre en place, dès la maternité, un accompagnement personnalisé opérationnel, en lien avec l'offre de ville, pour le retour à domicile, dans les situations à bas risque médical et psychique (le situations complexes ou à risque nécessitant un accompagnement médical renforcé ou spécifique ne sont pas éligibles au PRADO). Il s'organise avec l'intervention d'un conseiller de l'assurance maladie qui organise, avant même la sortie de la maternité, le passage d'une sage-femme à domicile dans les 24 heures suivant la sortie et facilite les démarches administratives (affiliation du nouveau-né à la sécurité sociale, mise à jour des droits, relais auprès de la Caisse d'allocations familiales - CAF…). Ce dispositif a progressivement été proposé en priorité aux « sorties précoces » de maternité (dans les 24 à 72 heures après un accouchement par voie basse ou dans les 96 heures après une césarienne).

[484] ***Le suivi plus spécifique du jeune l'enfant*** se compose d'un panel assez complet composé :

- de consultations obligatoires, réalisées par un médecin généraliste ou un pédiatre, en cabinet, en centre de santé ou en PMI, selon le calendrier de la petite enfance suivant :
  - avant ses 8 jours. Cet examen est obligatoire, consigné dans le carnet de santé, et intégralement pris en charge par l'assurance maladie sans avance de frais. Il donne lieu au renseignement par le médecin d'un premier « certificat de santé » envoyé ensuite, après anonymisation, aux PMI. Il permet la détection d'anomalies éventuelles qui n'auraient pas été dépistées précédemment
  - au cours de la 2ème semaine ;
  - avant le 1er mois ;
  - puis ensuite à 2 mois, à 3 mois, à 4 mois, à 5 mois, à 8 mois, à 11 mois puis à 12 mois.

- des premières vaccinations, dès l'âge de deux mois et, ensuite, selon le calendrier vaccinal régulièrement actualisé. Il est à noter que le spectre des pathologies graves devant être prévenues par la vaccination obligatoire s'est sensiblement élargi ces dernières années[132] permettant ainsi d'améliorer le niveau de protection des jeunes enfants. L'effet bénéfique de la vaccination sur la réduction de la mortalité infantile est avéré depuis la mise en œuvre des premières campagnes de vaccination obligatoire ;
- de visites à domicile par des puéricultrices de PMI ou des sages-femmes, selon les situations.

[485] ***Pour la mère***, un dispositif d'accompagnement et de suivi spécifique est également proposé après la sortie de la maternité. Il se compose de :

- une prise en charge à 100 % avec dispense d'avance de frais, jusqu'au douzième jour après la date de l'accouchement, de l'ensemble des frais médicaux, qu'ils soient en lien ou non avec la maternité[133] ;
- deux consultations systématiques :
  - une « consultation médicale post-natale », six à huit semaines après l'accouchement. Elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme. Elle permet de réaliser un examen clinique de la mère, de faire le point sur son état de santé et sur les suites éventuelles de son accouchement. Elle permet, en particulier, d'aborder les différents sujets gynécologiques, la contraception, l'allaitement s'il y a lieu, l'alimentation, le « *baby blues* », les troubles urinaires éventuels, la relation avec l'enfant… Des séances de rééducation périnéale et abdominale peuvent être prescrites à l'issue si nécessaire. Cette consultation est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie dans la limite des tarifs de base ;
  - un « entretien postnatal précoce » (EPNP) systématiquement proposé aux jeunes mères depuis le 1er juillet 2022. Cet entretien doit avoir lieu entre la 4ème et la 8ème semaine post accouchement. Il peut être effectué par un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue. Il vise à détecter les premiers signes de dépression du *post-partum*, à identifier des facteurs de risque (isolement, difficultés dans la relation avec l'enfant, événements de la vie personnelle, difficultés au sien du couple, situation sociale…) et, le cas échéant, à apprécier les besoins de la mère ou des deux parents en termes de soutien et d'accompagnement. Il est pris en charge à hauteur de 70 % par l'assurance maladie. En fonction de la situation repérée lors de cet entretien, et pour les femmes venant d'accoucher pour la première fois, un deuxième entretien peut être envisagé entre la 10ème et la 14ème semaine après l'accouchement.

[132] Pour les enfants nés avant le 1er janvier 2018, seules les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite étaient obligatoires. Les autres n'étaient que recommandées. Pour les enfants nés depuis le 1er janvier 2018, les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'infection à Haemophilus influenzae b, l'hépatite B, le méningocoque C (aujourd'hui ACWY), le pneumocoque, la rougeole, les oreillons et la rubéole sont toutes obligatoires. D'autres vaccinations sont recommandées, y compris dès le plus jeune âge (par exemple contre les gastroentérites à rotavirus, depuis juin 2022, aux deux mois de l'enfant pour la première prise).

[133] A noter, ce même principe de prise en charge à 100 % sans avance, au titre de l'assurance maternité, vaut également pour tous les frais médicaux à partir du premier jour du sixième mois de grossesse (*cf. supra* la partie 2.2).

- plusieurs autres consultations ou outils facultatifs sont recommandés ou peuvent être envisagés en fonction du besoin, dont :
    - deux séances de suivi postnatal avec une sage-femme entre le 8ème jour suivant la naissance et la 14ème semaine après l'accouchement. Ces séances peuvent être organisées à domicile ou en cabinet. Elles sont prises en charge par l'assurance maladie à 100 % jusqu'au 12ème jour après la naissance et à 70 % au-delà ;
    - des séances de rééducation périnéale et abdominale. Réalisées avec le concours d'une sage-femme ou d'un masseur-kinésithérapeute, ces séances sont recommandées environ six semaines après l'accouchement, après la consultation médicale postnatale. Elles sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie ;
    - des outils complémentaires mis à la disposition des jeunes parents pour « évaluer leur bien être émotionnel » en particulier un questionnaire en ligne sur le site des « 1 000 premiers jours ».

[486] En plus de ces « rendez-vous balisés », les mères peuvent solliciter, pour elles-mêmes et/ou pour leur enfant, la PMI de leur territoire ou tout professionnel de santé libéral ou en établissement si elles en ressentent le besoin.

[487] Pa railleurs, en complément de ces mesures générales et de ce dispositif de « droit commun », la mission signale l'existence de dispositifs innovants ou spécifiques permettant un accompagnement renforcé ou adapté dans certaines situations. Elle précise qu'elle n'a pas pu procéder à une évaluation de ces dispositifs mais que leur intérêt a été souligné par ses interlocuteurs au cours des investigations. Parmi ces dispositifs, la mission souhaite mentionner le rôle joué par exemple par :

- des programmes d'accompagnement renforcé à domicile comme le programme « Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents » (PANJO) proposé en Bretagne à destination des parents confrontés à des situations particulièrement difficiles ou stressantes et qui sont isolées. Reconnu et développé par SpF, ce programme a pour objectif de soutenir la création de liens d'attachement sécurisants entre le jeune enfant et son ou ses parents ainsi que de favoriser la continuité de soins, le dépistage précoce des difficultés et l'orientation vers les actions et ressources appropriées. Ce programme conduit à mobiliser une équipe pluridisciplinaire spécifiquement formée (PMI, sages-femmes, puéricultrices, travailleurs sociaux) pour assurer un accompagnement renforcé personnalisé et des visites à domicile, de la grossesse jusqu'aux 12 mois de l'enfant. Autre exemple, dans le cadre de la politique des 1 000 premiers jours et de la restructuration de maternités, plusieurs dispositifs portés par des infirmières puéricultrices ont vu le jour, en région Bourgogne-Franche-Comté par exemple, pour permettre un accompagnement renforcé des familles, notamment en postnatal immédiat et en cas de situation de vulnérabilité ;
- le déploiement d'équipes médico-psycho-sociales pour accompagner la prise en charge de certaines situations particulièrement complexes (vulnérabilités sociales, problèmes de santé mentale, problèmes d'addictions…) ;

- l'action des unités d'accompagnement personnalisées (UAP), en région Ile-de-France par exemple, pour anticiper et accompagner la sortie de maternité de femmes en situation de vulnérabilité ;
- la HAD *post-partum*, qui garantit également un suivi renforcé à domicile pour les suites de couche complexes ou les enfants vulnérables. Plusieurs exemples de succès ont été rapportés à la mission (dans les régions Centre-Val-de-Loire, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie…).

[488] En conclusion de ces développements, il apparait que la palette des actions prévues pour suivre la jeune mère et son enfant semble assez complète.

[489] Il ressort par ailleurs des travaux de comparaisons internationales que le dispositif d'accompagnement des mères et de leur jeune enfant proposé en France dans les semaines qui suivent la naissance est assez proche de ce qui est proposé dans des pays proches (*cf.* annexe sur les comparaisons internationales).

2.5.2 Une part encore trop importante de femmes ne bénéficiant pas, ou pas assez convenablement, de ce dispositif

[490] La mission a pu observer que, bien que complet sur le principe, le dispositif de suivi et d'accompagnement proposé dans les jours et les premières semaines qui suivent l'accouchement et la naissance n'est cependant pas pleinement effectif, une partie des femmes et de leurs jeunes enfants n'en bénéficiant pas ou n'y recourant que partiellement.

[491] En particulier, le suivi dans les tout premiers jours après la sortie de la maternité, qui intéresse plus particulièrement la mission au regard de son périmètre d'intervention, est le plus souvent réalisé (selon les données remontées par la dernière enquête nationale périnatale, 79,1% des mères ont bénéficié en 2021 de la visite à domicile d'une sage-femme après leur accouchement). Ce suivi n'est cependant pas pleinement exhaustif ni son taux de recours suffisamment élevé, près d'une femme sur cinq n'en bénéficiant pas, pour être considéré comme permettant de se donner tous les moyens de limiter les risques durant la période néonatale.

[492] Les données transmises par la CNAM à la mission concernant les périodes récentes confirment cela (*cf.* tableau ci-dessous).

Tableau 10 : Part des femmes ayant bénéficié d'un suivi dans les premiers jours qui suivent leur sortie de maternité

Part des femmes ayant bénéficié d'une visite à 7 jours en « sortie standard »						**Part des femmes ayant bénéficié d'un suivi sous 24 heures en cas de « sortie précoce » *(< 3 nuits si voie basse ; < 4 si césarienne)***					
2019	2020	2021	2022	2023	2024	2019	2020	2021	2022	2023	2024
79,7 %	81,7 %	79,9 %	78,7 %	76,5 %	77,0 %	62,7 %	73,3 %	72,8 %	71,5 %	68,9 %	67,7 %

Source : Mission à partir des données communiquées par la CNAM

[493] La mission n'a pas pu obtenir de données précises sur le profil des femmes, et de leurs enfants, qui ne bénéficient pas du suivi proposé après la sortie de maternité. Mais il ressort des entretiens réalisés et des investigations effectuées lors des déplacements que les « non-recours »

concernant probablement plus souvent des femmes éloignées, socialement (femmes en situation de précarité) ou culturellement, des parcours de soins habituels ainsi que de celles vivant dans des territoires moins bien dotés en professionnels et dispositifs susceptibles de les accompagner. Les Inégalités territoriales ressortent ainsi fortement des travaux réalisés par la mission : l'accès au suivi postnatal est, sans surprise, nettement plus compliqué en zones rurales, montagneuses, insulaires ou dans les quartiers défavorisés [134].

[494] Le dispositif « PRADO maternité », évoqué plus haut, est quant à lui en forte décroissance, certains acteurs parlant même de « mise en extinction de fait », y compris pour les « sorties précoces », comme le révèlent les données communiquées par l'assurance maladie.

Tableau 11 : Evolution du nombre de bénéficiaires du dispositif « PRADO maternité » depuis 2018

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de bénéficiaires	453 485	402 695	201 068	102 379	61 600	41 748	25 505
dont « sorties standards »	369 975	275 868	104 543	34 395	16 155	14 864	12 071
dont « sorties précoces »	83 510	126 827	96 525	67 984	45 445	26 884	13 434

Source : Mission à partir des données communiquées par la CNAM

[495] Les dernières données disponibles au moment où la mission clôturait ses investigations indiquent que le nombre possible de bénéficiaires devrait encore diminuer et pourrait s'établir aux alentours de 16 000 pour l'année 2025.

[496] Concernant l'entretien postnatal précoce, récemment mis en œuvre, la mission a pu noter qu'il était réalisé dans une proportion encore très limitée : en effet, selon les données transmises par la CNAM, 25 % des femmes seulement en aurait bénéficié en 2024 (en hausse de 6 points par rapport au taux de 19 % constaté pour l'année 2023). En outre, d'après les remontées des ARS[135], le taux de mise en œuvre effective varie fortement selon les régions, et entre territoires au sein même des régions.

[497] Plus généralement, la mission a recueilli de nombreux témoignages soulignant que le soutien à la parentalité et à la prévention, de même que les actions de promotion de la santé mentale et d'accompagnement des familles en situation de précarité, qui représentent des enjeux forts, étaient parfois insuffisants.

[498] S'agissant des principaux facteurs explicatifs, les investigations de la mission ainsi que l'enquête réalisée auprès des ARS ont permis de relever que les principales difficultés entravant la complète mise en œuvre des dispositifs de suivi de la mère et de son enfant dans les premiers jours qui suivent la naissance pouvaient être liées :

- à l'insuffisance, là encore, de professionnels présents en nombre suffisants dans certains territoires. En particulier, si le nombre de sages-femmes a globalement augmenté sur la période récente (*cf. supra*), leur densité varie fortement selon les territoires et certains

[134] Source : enquête réalisée par la mission auprès des ARS.
[135] Source : enquête réalisée par la mission auprès des ARS.

départements et zones rurales sont sous-dotés. La densité de pédiatres est également très variable selon les territoires, certains étant confrontés à une véritable pénurie (c'est le cas par exemple dans le département du Lot visité par la mission). Les tensions qui concernent également la médecine générale ont des répercussions sur la capacité à améliorer le suivi post-natal[136] ;

- aux difficultés plus spécifiques rencontrées par les PMI dans les départements (*cf*. les développements de la partie 2.6 consacrés à la PMI). Les PMI représentent en effet des acteurs essentiels de l'accompagnement post-natal de la mère et de son enfant. Elles ont, notamment, pour mission d'intervenir auprès des familles vulnérables, de proposer des consultations médicales, des visites à domicile, du soutien à la parentalité, du dépistage précoce, de la prévention. La présente mission n'avait pas pour objet de réaliser une analyse approfondie de la situation des PMI, qui nécessite une étude *ad hoc* et d'autres travaux s'étant déjà penchés sur la question, mais elle a pu constater, dans les territoires visités et au regard des retours obtenus *via* son enquête dans l'ensemble des régions que l'implication et l'efficacité de l'action des PMI sur la période post-natale est très variable d'un département à l'autre. Plus généralement, les PMI sont soumises à d'importantes difficultés de recrutement et une grande difficulté en termes de ressources humaines avec, parfois, l'absence d'effectifs disponibles pour certaines catégories d'intervenants (pédiatres par exemple) ;
- à une coordination entre professionnels qui reste perfectible. En particulier, la coordination ville-hôpital et les liens entre établissements supports de maternités et les professionnels libéraux, ou encore les relais avec la PMI restent largement perfectibles. **L'absence de dossier partagé, les difficultés de transmission d'information ou encore le manque de lisibilité du parcours pour les familles sont les points qui reviennent le plus souvent pour illustrer cette situation**. Le rôle de coordination censé être joué par les « réseaux régionaux de périnatalité » entre maternités, PMI, professionnels libéraux, HAD ne suffisent pas toujours à contourner les cloisonnements entre acteurs et le manque de fluidité dans les transmissions d'information (*cf*. la partie 3.2) ;
- à une méconnaissance des suivis proposés ou à une apparente complexité de ceux-ci, en particulier pour certaines populations éloignées, socialement ou culturellement, de notre système de santé et de son organisation.

2.5.3 Un effort doit être consenti pour garantir le suivi néonatal en général et, en particulier, mieux accompagner les publics les plus en difficulté, les plus éloignés ou les plus à risque

[499] Au regard des constats qu'elle a pu dresser, la mission considère que deux enjeux prioritaires se dégagent concernant le suivi post-natal de la mère (et des parents en général) ainsi que du jeune enfant, tout particulièrement durant les quatre premières semaines après la naissance.

[136] D'après les données de la CNAM, autour de 90 % des médecins généralistes suivent chaque année des enfants de moins d'un an.

[500] ***En premier lieu, il semble nécessaire de garantir une mise en œuvre plus systématique encore et plus effective des outils déjà prévus***.

[501] Pour cela, la mission recommande en particulier que :

- des efforts soient consentis afin d'augmenter la part de femmes et de leurs enfants bénéficiant d'une visite ou d'une consultation dans les jours suivant de façon rapprochée leur sortie de maternité. Sur ce point, la mission a pu noter que l'assurance maladie avait donné pour objectif aux CPAM et aux Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) d'atteindre dans leur territoires un taux de 80 % de femmes bénéficiant d'un suivi à 7 jours[137]. Elle a pu constater qu'au niveau de la France entière, ce taux n'avait pas été atteint ces dernières années (*cf*. tableau *supra*). Cette période des tout premiers jours suivant la sortie de maternité est pourtant cruciale.

  La mission recommande donc une mobilisation des acteurs et des moyens pour, d'abord, viser l'atteinte de ces 80 % dès 2026 et, ensuite, augmenter progressivement l'objectif les années suivantes.

  La mission précise qu'il appartiendra aux acteurs localement, et en fonction des spécificités de leurs territoires respectifs, de déterminer quels outils il conviendra de mobiliser pour parvenir à cet objectif. Elle indique toutefois qu'il lui apparaît indispensable de prévoir de renforcer le niveau d'information des mères sur l'existence même de cette visite et sur son importance. Cela peut être fait, avec le concours des maternités et de leurs professionnels, juste avant le retour à domicile et/ou dans le cadre d'une information plus globale (*cf*. les développements plus bas du 2.7), voire *via* une relance ciblée de l'assurance maladie lorsque celle-ci constate que le suivi n'a pas eu lieu, sur le modèle de ce qui est fait depuis peu sur le dépistage organisé du cancer. Il est également nécessaire d'organiser localement, avec les professionnels de santé concernés (sages femmes libérales, PMI, professionnels des maternités, ordre des médecins…) la mobilisation des leviers propres à chaque territoire[138] permettant d'améliorer la situation sur l'effectivité de ce suivi post-maternité ;

- les efforts de mise en œuvre effective de l'EPNP soient également poursuivis selon les mêmes modalités que pour les visites et consultations de suivi précédemment évoquées (information, voire relances des patientes, d'une part ; mobilisation territoriale des dispositifs locaux appropriés d'autre part). La santé mentale et psychologique de la mère (et des parents en général) au cours des premiers temps de la vie de l'enfant est en effet déterminante tant pour l'enfant lui-même que pour la santé et le bien-être de sa mère et de ses parents en général.

[502] En complément, les dispositifs spécifiques déployés localement (PANJO en Bretagne par exemple) gagneraient à être évalués pour voir dans quelle mesure il y aurait intérêt à les étendre.

[137] Source : lettre-réseau LR-DDGOS-57/2022 du 1er septembre 2022.

[138] Sans prétendre à l'exhaustivité, la mission signale en particulier le rôle essentiel que peuvent jouer localement des organisations comme les, CPTS ou les CPP quand il y en a ou les « maisons des 1 000 premiers jours » dans les territoires qui en disposent. De même, toute les PMI doivent donner la priorité à cette prise en charge des tout premiers jours.

Recommandation n°14 Améliorer l'accompagnement des nouveau-nés et de leur mère, y compris sur le volet santé mentale pour ces dernières, pendant le premier mois qui suit la naissance en renforçant l'effectivité des dispositifs déjà existant. Pour cela, prévoir une information accrue, des mécanismes de relance et la mobilisation au niveau local des acteurs (sages-femmes, médecins, PMI, maternités) et dispositifs territoriaux les plus appropriés (CPTS par exemple)

[503] En parallèle de cette démarche à visée générale, ***le second enjeu prioritaire consiste à conduire une action spécifique en direction des publics présentant le plus de risques d'être confrontés, après le retour à domicile, à des difficultés durant la période néonatale ainsi qu'en faveur de ceux les plus éloignés, géographiquement, socialement ou culturellement,*** des dispositifs de droit commun.

[504] Plusieurs pistes méritent d'être explorées sur ce volet, dont :

- le déploiement d'une nouvelle version du PRADO maternité, davantage ciblée sur les publics présentant le plus de difficultés à s'insérer par eux-mêmes dans le dispositif de suivi de droit commun. En effet, la relance du PRADO maternité « tous publics », sous réserve, d'une part, que soient bien mises en œuvre les préconisations précédentes concernant l'information et les relances des parents et, d'autre part, que la mobilisation des dispositifs territorialisés de droit commun soit bien effective, ne présenterait probablement qu'une valeur ajoutée limitée pour les situations ne présentant pas de difficultés particulières. En revanche, l'organisation systématisée, dès la maternité, du suivi des patientes paraissant les plus en difficulté pour organiser par elles-mêmes leur suivi et celui de leur enfant aurait du sens. Concrètement, comme elles le font déjà souvent, en particulier dans les établissements habitués à accueillir des publics en situation de vulnérabilité sociale et à anticiper un accompagnement social ultérieur, les maternités auraient à repérer, avant la sortie, les situations individuelles qui, notamment en raison de difficultés sociales, culturelles ou d'éloignement géographique, nécessiteraient un tel accompagnement « renforcé » afin de solliciter le déclenchement du PRADO maternité nouvelle version. Le premier rendez-vous de suivi devra dont être pris avant la sortie et l'accompagnement dans les principales démarches administratives être engagé ;
- la mise en place dans chaque département de dispositifs formalisés « d'aller-vers » permettant de continuer à suivre les populations les plus isolées géographiquement et/ou socialement. De tels dispositifs (consultations itinérantes, « camions »…) existent déjà parfois et doivent être davantage encore développés au cours de la grossesse des femmes les plus éloignées des structures ou des parcours de soins. Il s'agit ici de faire prévaloir la même logique pour la période qui suit le retour à domicile. Il reviendra ainsi à chaque territoire d'envisager le ou les dispositifs locaux les plus appropriés. Les sages-femmes du territoire et les PMI devront être mobilisées en première intention pour rendre opérationnels ces dispositifs. Pour les publics les plus précaires, des actions dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis (PRAPS) pourraient être imaginées. La reconnaissance, que ce soit par l'intermédiaire d'un label ou d'une validation administrative plus classique de ces dispositifs, pourra être faite localement sous l'égide des ARS, de l'assurance maladie et de la PMI.

Recommandation n°15 Déployer dans chaque département un plan d'action sous l'égide des ARS, de l'assurance maladie et de la PMI garantissant un meilleur suivi néonatal des mères et de leurs enfants présentant des fragilités sociales ou isolés géographiquement

[505] De façon générale, concernant l'accompagnement des professionnels susceptibles d'intervenir au cours de cette période néonatale, la mission pense utile que, en l'absence de pédiatres dans de nombreux territoires, une action spécifique de sensibilisation accrue des médecins généralistes (ces derniers se retrouvent *de facto* en « première ligne ») au suivi et à la prise en charge du très jeune enfant soit envisagée. Une telle action pourrait être réalisée sous l'égide de l'Assurance maladie et de l'Ordre national des médecins.

[506] Elle préconise surtout que tous les Conseils départementaux puissent réarmer de façon appropriée leurs services de PMI et réorienter leur action afin de leur permettre d'accomplir pleinement leurs missions au cours de cette période néonatale. Cela implique des choix politiques structurants au niveau local (*cf*. partie 2.6).

[507] La mission souligne enfin que les propositions formulées pour améliorer le suivi post-natal des mères et de leurs enfants ne nécessitent pas de moyens supplémentaires importants puisqu'elles visent principalement à améliorer l'effectivité de dispositifs déjà existants ou à mieux organiser la mobilisation des acteurs ou outils dans les territoires.

2.6 La PMI doit être repositionnée partout comme l'acteur central de la périnatalité qu'elle est censée être

[508] Comme déjà indiqué plus haut, la mission n'a pas réalisé d'investigations spécifiques sur le rôle, les missions, ou encore l'organisation de la PMI, ni sur la nature, le contenu détaillé et l'efficacité des actions déployées par ses services en matière de périnatalité. L'analyse de ces différents sujets nécessiterait en effet un examen spécifique qui n'entrait pas dans le périmètre des travaux de la mission.

[509] La mission a toutefois été conduite, à l'occasion de plusieurs de ses entretiens, de l'enquête réalisée auprès des ARS, de ses échanges avec les élus et les services des collectivités territoriales (départements notamment) et plus encore, lors de ses rencontres avec des acteurs de la PMI lors de ses déplacements, à recueillir un certain nombre de témoignages qui lui ont permis de dresser quelques constats rapides sur les conditions de participation des services de PMI à la prise en charge des femmes enceintes, puis des mères et de leurs jeunes enfants.

[510] Elle a ainsi pu prendre la mesure du ***rôle essentiel que les services de la PMI sont appelés à jouer tout au long du parcours périnatal***.

[511] Relevant des conseils départementaux depuis leur décentralisation en 1983, ces services sont positionnés au plus près des populations dans les territoires grâce à un réseau développé de « points d'accueil » (il en était recensé 4 520 en 2023)[139], à l'organisation de visites à domicile et au déploiement d'actions « d'aller vers ». Cette implantation leur garantit une capacité de couverture importante des publics concernés par leur intervention : à titre d'illustration, dans l'un

[139] DREES, *Les données sur la protection maternelle et infantile* (janvier 2025).

des départements visités par la mission, les responsables du Conseil départemental ont ainsi déclaré à la mission que les services de PMI voyaient 90 % des enfants après leur naissance.

[512] Gratuits, à vocation universelle (l'accueil est « inconditionnel » et il n'y a pas de formalité d'accueil particulière pour bénéficier de leur intervention), ces services ont pour mission d'accompagner les femmes dès leur début de grossesse ainsi que leurs enfants de la naissance jusqu'à l'âge de six ans.

[513] Ils ont pour singularité de proposer une approche globale - sanitaire, mais aussi sociale -, des questions maternelles et infantiles et donc de la prise en charge des populations qu'ils suivent. Ils mobilisent à ce titre des équipes pluridisciplinaire composées de médecins, d'infirmières, de puéricultrices, de sages-femmes, de psychologues, d'auxiliaires de puériculture, de conseillères conjugales et familiales ou encore d'éducateurs de jeunes enfants. Selon les données de la DREES près de 11 000 ETP au total (précisément 10 870) étaient mobilisés en 2023 dans l'ensemble des services de PMI.

[514] En matière de périnatalité, ils sont censés être un acteur incontournable et jouer un rôle majeur dans la mise en œuvre d'actions précoces au service des populations, notamment les plus défavorisées.

[515] Or, de l'avis unanime, ***depuis plusieurs années, les services de PMI sont confrontés à d'importantes difficultés***, au point qu'un rapport récent, dit « rapport Peyron »[140], qui a fait référence sur le sujet, parlait même de « ***crise majeure*** » et pointait un risque « d'extinction de la PMI dans la majorité des départements ».

[516] Sans chercher à être exhaustive sur les symptômes et manifestations de cette situation critique, ni entrer dans le détail des facteurs qui en sont à l'origine, la mission a relevé, sur le seul champ de la périnatalité qui le concernait, ***plusieurs éléments préoccupants***.

[517] En premier lieu, comme l'avait fait le « rapport Peyron » avant elle, la mission a pu relever, - notamment au cours de ses divers entretiens, des observations qu'elle a pu faire à l'occasion de ses déplacements ou encore lors de l'analyse des réponses au questionnaire adressé à l'ensemble des ARS - qu'il existait ***d'importantes disparités en termes de moyens et de mobilisation des PMI*** d'un département à l'autre et, en conséquence, une grande hétérogénéité en termes de présence et d'action de la PMI selon les territoires considérés. Si ces disparités paraissent anciennes (probablement déjà présentes avant la décentralisation), le fait que les arbitrages en termes de moyens et d'actions relèvent désormais en grande partie de choix politiques locaux, au niveau de chacun des départements, n'a probablement pas permis d'améliorer cette situation, voire a pu conduire à l'amplifier.

[518] En deuxième lieu, ***la répartition de l'activité des PMI entre ses différentes compétences***, comme ont pu le souligner eux-mêmes plusieurs interlocuteurs de PMI, ***pourrait se faire au détriment des sujets liés à la périnatalité***. Ainsi, dans de nombreux départements, les services sont en effet de plus en plus mobilisés sur les questions de protection de l'enfance et sur les sujets d'accueil et de garde du jeune enfant, qui ont vu leur niveau de priorisation s'accroître très fortement, et moins, en conséquence, sur le suivi et la prévention de la santé des enfants. Plusieurs

[140] Rapport « *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !* » de la députée Michèle Peyron, mars 2019.

interlocuteurs dressent ainsi le constat d'un « déplacement du centre de gravité des PMI » vers des sujets plus sociaux que sanitaires.

[519] Le ***suivi effectif par les PMI des femmes enceintes puis, après l'accouchement, des mères et de leur enfant,*** qui peut, notamment, être évalué à partir du nombre de consultations recensées, s'il est hétérogène d'un territoire à l'autre comme évoqué précédemment, semble globalement encore perfectible.

[520] Ainsi, d'après les données de la DREES[141], le nombre total de consultations des futures mères par des services de PMI a baissé au cours des dernières années. Il est ainsi passé de 487 048 consultations réalisées au total en 2016 à 357 345 en 2023. Certes le nombre des naissances, et donc des femmes enceintes à suivre sur la période a diminué, mais la baisse du nombre des consultations est importante. Dans ce total, le nombre et la part des visites à domicile, modalité de contact souvent plus adaptée compte tenu de l'état de santé des mères et signe d'une démarche vertueuse visant à faciliter l'organisation du suivi de la femme enceinte, a toutefois augmenté de façon significative entre 2020 et 2023 : 133 946 visites à domicile en 2020 (année toutefois « particulière » car marquée par l'épidémie de COVID-19) ; 159 895 en 2023. Le nombre des consultations hors visites à domiciles a, pour sa part, chuté en passant de 234 002 en 2020 (alors même qu'il y avait l'épidémie de COVID-19) à 197 450 en 2023.

[521] Au-delà du seul nombre « brut »de consultations, il est intéressant d'examiner l'évolution du nombre de mères ayant été vues au moins une fois en consultation par la PMI au cours de leur grossesse. Là encore, le nombre de femmes enceintes vues en consultation a diminué, mais le nombre de visites à domicile a augmenté (une même femme ayant pu être vue à la fois à domicile et en consultation hors visites à domicile), comme le montre le tableau suivant.

Tableau 12 : Nombre des futures mères vues au moins une fois en consultation par la PMI

	2020	2021	2022	2023
Consultations hors visites à domicile	84 238	73 847	74 358	75 400
Visites à domicile	58 980	68 941	66 553	67 540

Source : Mission à partir des données de la DREES

[522] Au-delà de leur évolution, ces données révèlent, si on les rapporte au nombre total de naissances, que la part de femmes enceintes vues par les services de PMI au cours de leur grossesse est très minoritaire.

[523] Plus globalement, et comme cela a déjà été esquissé plus haut en 2.1, les services de PMI restent ***confrontés à d'importantes difficultés en termes de ressources humaines***. Ils peinent à recruter, parfois même à fidéliser, certains de leurs professionnels et sont confrontés à une évolution défavorable de la pyramide des âges avec le départ à la retraite de nombreux professionnels. Cela entraine une moindre capacité d'intervention, des risques de rupture dans l'organisation des prises en charge et ce que certains qualifient de risque de « perte de mémoire » au sein des PMI. Ainsi, parmi les principales catégories de professionnels susceptibles d'intervenir au cours du parcours périnatal, les difficultés en termes de ressources humaines concernent notamment les médecins. Régulièrement relevées au cours des dernières années, ces difficultés

[141] DREES, « l'activité des services départementaux de PMI 2020-2023 ».

ont continué à s'accentuer. Ainsi, d'après les données de la DREES[142], le nombre de médecins mobilisés au sein des services de PMI est passé de 2 905 en 2010, à 2 616 en 2015, puis à 2 151 en 2020. Il est tombé à 1 967 en 2023. Exprimé en ETP cela représente une évolution de 2 250 ETP en 2010, à 2 047 en 2015 puis à 1 616 en 2020 et à 1 373 en 2023. Le nombre d'infirmières, quant à lui, est passé de 1 376 ETP en 2010 à 1 286 ETP en 2023. De même, le nombre de psychologues, dont l'intervention est souvent utile pour accompagner les femmes au cours de leur grossesse et après leur accouchement, est passé sur la même période (2010 à 2023) de 537 à 438 ETP. Le nombre d'auxiliaires de puériculture a augmenté, puis a baissé (passant de 978 à 925).

[524] Il convient toutefois de signaler que, dans le même temps, le nombre de sages-femmes intervenant dans les PMI a augmenté de presque 20 % (il est passé de 986 ETP en 2010 à 1 180 en 2023). Celui des puéricultrices a quant à lui crû de 17 % (4 193 ETP en 2010. 4 909 ETP en 2023).

[525] En termes d'organisation au niveau local et de ***relation entre les services de PMI et les différents acteurs de la périnatalité***, la mission a relevé, à partir des témoignages recueillis, que les relations entre les services de PMI et les professionnels libéraux (principalement médecins, généralistes et pédiatres), bien que variables selon les territoires, étaient souvent insuffisantes, voire parfois inexistantes. Il convient en revanche de relever que ces relations semblent régulièrement meilleures, plus fluides, mieux organisées avec les établissements de santé (les maternités donc) et les CPP pour les quelques exemples que la mission a pu observer lors de ses visites.

[526] La mission a bien pris note des ***évolutions récentes visant à conforter le rôle et les moyens des PMI*** et, ce faisant, à renforcer leur capacité d'action, notamment au cours du parcours périnatal des mères et de leurs enfants. En particulier, elle signale les actions déployées depuis l'année 2020 dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance (SNPPE) qui, bien que visant principalement la protection de l'enfance en général, offre, *via* la contractualisation entre les acteurs locaux (dont les conseils départementaux et leurs PMI), la possibilité de renforcer le suivi périnatal (par exemple en visant à augmenter le taux de couverture par la PMI des besoins en termes d'entretien prénatal précoce). De même, la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfant devrait susciter des évolutions positives avec, notamment, l'identification de priorités pluriannuelles d'actions en santé maternelle et infantile par le ministre de la Santé en concertation avec les représentants des départements. La mission n'a pas pu procéder à l'évaluation des premiers effets de ces différentes initiatives.

[527] Ces différents constats conduisent la mission à considérer que l'amélioration de la prise en charge des femmes et de leur jeune enfant tout au long de leur parcours périnatal implique, notamment, un nécessaire renforcement de la présence et de l'action des services de PMI, en particulier dans les territoires confrontés aux plus grandes difficultés (en termes d'indicateurs sanitaires, de difficultés sociales et économiques, d'isolement géographique…). Certes, l'organisation des services de PMI, et le choix même d'accorder la priorité à la question de la périnatalité, relève des Conseils départementaux et des arbitrages qu'ils ont à réaliser, dans le cadre des orientations politiques qu'ils arrêtent et des moyens dont ils disposent. Un appel à une mobilisation soutenue de leur part semble toutefois nécessaire afin que la PMI puisse, dans l'ensemble des territoires, assumer pleinement ses responsabilités en matière de périnatalité. ***Une***

[142] DREES, *La protection maternelle et infantile (PMI)-Activité et Personnels des services-* Le personnel des services départementaux de PMI.

part importante de l'amélioration de la situation globale dépendra en effet de la capacité qu'aura la PMI à apporter son concours au renforcement de la prévention, de la détection puis de la prise en charge des situations les plus à risque.

[528] La mission recommande ainsi que, dans l'ensemble des territoires, la PMI soit pleinement associée, et fortement impliquée, dans la conception et la mise en œuvre concrète de toutes les recommandations du présent rapport relatives à l'amélioration de la prise en charge du parcours périnatal qui concernent son champ de compétence.

Recommandation n°16 Appeler les conseils départementaux à renforcer l'action des PMI dans l'ensemble des territoires en les impliquant dans chacune des mesures proposées pour améliorer la prévention, la détection et la prise en charge des difficultés tout au long du parcours périnatal.

[529] La mission préconise, par ailleurs, que soit réalisé à brève échéance un examen approfondi de l'intervention des PMI dans le champ de la périnatalité et suggère pour cela qu'une mission dédiée puisse être diligentée sur cet aspect.

2.7 Une information de la femme tout au long du parcours périnatal devant être mieux organisée et devant davantage aborder certains enjeux de prévention

[530] Au-delà de l'analyse détaillée de l'organisation de chacun des temps du « parcours périnatal » (grossesse, accouchement puis suivi des premières semaines après le retour à domicile), la mission a considéré que, regardée de façon globale, l'information mise à disposition de la femme enceinte puis de la jeune mère avec son enfant - qu'il s'agisse du parcours qui lui est proposé, des principaux messages de prévention ou des conseils utiles pour appréhender au mieux cette période - apparaissait souvent complexe, morcelée, insuffisante sur certains aspects, et n'était finalement pas toujours bien comprise.

[531] ***La mission a certes pu observer qu'il existait de nombreux vecteurs et contenus d'information disponibles tout au long de la période périnatale***.

[532] Ainsi, dès le début de leur grossesse et tout au long des mois qui suivent, les femmes peuvent bénéficier des conseils prodigués par les professionnels de santé qui les accompagnent. Elles disposent par ailleurs de divers documents, dépliants ou affiches mis à leur disposition ou distribués dans les lieux de consultation.

[533] Un « carnet de santé maternité » (également appelé « carnet de grossesse ») est censé être systématiquement envoyé aux femmes par les services du département à l'issue du premier examen prénatal avec toutes les informations utiles sur le parcours, les examens à réaliser, les rendez-vous incontournables[143]. Il doit aussi servir à consigner les résultats de chacun des examens au cours de la grossesse.

[534] Des informations dédiées sont présentes sur les sites internet appropriés (par exemple Améli.fr ou la plateforme des « 1 000 premiers jours »).

[143] La mission a été informée qu'une version actualisée de ce carnet était actuellement en cours de finalisation et qu'elle devait aboutir pour la fin de l'année 2025.

[535] Par ailleurs, l'assurance maladie joue un rôle essentiel en structurant une information personnalisée tout au long de la grossesse puis autour de la naissance *via* le service « J'attends un enfant » du compte Améli et en diffusant des messages ciblés à échéances régulières, par courriels ou textos[144].

[536] Des réunions d'information ou *webinaires* sur divers aspects de la grossesse, de la prise en charge du jeune enfant ou en lien avec la parentalité peuvent être organisées par différents acteurs (assurance maladie, PMI, sages-gemmes, maternités, services sociaux, associations, acteurs locaux divers…).

[537] Des applications sont également proposées, notamment par les maternités, pour accompagner et informer les femmes. De manière plus informelle, ces dernières peuvent également trouver une information utile *via* certains médias spécialisés [145] ou encore par l'intermédiaire de l'entourage, voire des réseaux sociaux.

[538] ***Plusieurs limites ont cependant pu être constatées à propos des modalités actuelles de diffusion de l'information et concernant parfois le contenu même*** des informations transmises.

[539] La mission signale en particulier, s'agissant des modalités de communication :

- la diversité des canaux et la multiplication des contenus insuffisamment coordonnés entre eux donnent tout à la fois un sentiment de chevauchement et de morcèlement de l'information, pouvant entrainer de la confusion sur les messages et des difficultés pour les usagers à bien se repérer dans l'ensemble des contenus proposés ;
- le fait que certains canaux d'information (*via* le numérique en particulier), bien que susceptibles de tout à fait convenir à la majorité de la population ciblée, restent des vecteurs peu efficaces pour toucher les populations qui restent éloignées de l'outil numérique et/ou éloignées du système de santé (femmes en situation de forte précarité, femmes isolées socialement ou culturellement, migrantes…).

[540] La mission relève par ailleurs, sur le fond des messages diffusés que :

- des « manques » ou des insuffisances peuvent être identifiés. En effet, l'information, « institutionnelle » en particulier, est apparue globalement insuffisante sur certains aspects tels que l'alimentation (on peut ainsi noter qu'à l'issue de la dernière enquête nationale périnatale de 2021, déjà évoquée plus haut, il apparaissait que plus de 85 % des femmes indiquaient ne pas avoir bénéficié de consultation abordant la diététique ni de réunion d'information sur le sujet), l'hygiène de vie ou le risque d'exposition à des substances potentiellement nocives pour les femmes enceintes et leurs enfants (à titre d'illustration, les exemples sont fréquents de femmes enceintes participant aux travaux d'aménagement de

[144] A titre d'illustration, peu après la déclaration de grossesse, les femmes enceintes sont invitées à réaliser le bilan prénatal de prévention et l'entretien prénatal précoce. Au quatrième mois de grossesse, elles sont destinataires d'une invitation pour réaliser un examen bucco-dentaire. A huit mois de grossesse, elles sont informées des modalités de suivi à domicile après la sortie de la maternité ainsi que des examens de suivi du nouveau-né (notamment celui à organiser dans les huit jours suivant la naissance). Autour de la naissance, elles sont invitées à réaliser l'entretien post-natal précoce.

[145] La mission signale en particulier l'existence, depuis 2001, sur les chaînes de télévision du service public d'émissions consacrées à la grossesse, à l'accouchement, au nouveau-né, à la parentalité et au jeune enfant.

la future chambre de leur enfant et pouvant à ce moment être conduites à manipuler des produits contenant des substances toxiques) ;

- certaines sources, non institutionnelles mais fréquemment consultées, peuvent diffuser des contenus de qualité médiocre, voire des informations approximatives ou erronées (réseaux sociaux notamment).

[541] Au total, malgré l'existence des nombreuses sources et des différents messages d'information évoqués, plusieurs interlocuteurs ont indiqué que les futurs et jeunes parents de nouveau-nés sont souvent insuffisamment au fait des principales recommandations sanitaires ainsi que du détail des étapes et des rendez-vous de suivi de la grossesse puis de prise en charge de la mère et de son jeune enfant.

[542] Il est donc apparu nécessaire à la mission de chercher à mieux organiser le processus de communication d'une information utile et fiable tout au long du parcours périnatal.

[543] De ce point de vue, deux enjeux lui sont apparus comme étant prioritaires.

[544] ***Le premier concerne la nécessité de disposer, pour la mère comme pour les professionnels qui l'accompagnent, d'un document de référence permettant de les accompagner tout au long de la grossesse puis des premiers temps qui suivent l'accouchement.*** Sans remettre en cause les actions déployées par les différents acteurs, et en particulier les conseils individualisés que les professionnels de santé en ville, en établissement ou dans les PMI, peuvent avoir à donner à leur patiente ainsi que les actions ponctuelles de sensibilisation ou messages de relance de l'assurance maladie à certaines étapes déterminantes, ce document de référence doit permettre, en premier lieu, de rassembler et structurer en un vecteur unique toute l'information indispensable permettant à la femme enceinte de disposer d'une vision à la fois panoramique et détaillée du parcours et de ses différentes étapes, des principaux messages de prévention et des recommandations générales à suivre[146]. En outre, il doit permettre de consigner les principaux résultats d'examen durant la grossesse et les semaines qui suivent l'accouchement.

[545] La mission considère que le « carnet de maternité », évoqué plus haut et qui existe déjà, doit pouvoir jouer ce rôle, comme le fait le carnet de santé pour le jeune enfant dès sa naissance.

[146] En termes de contenu, en plus d'une présentation pédagogique des différentes étapes et rendez-vous incontournables du parcours du début de grossesse à la période, pour la mère, des premières semaines qui suivent l'accouchement et le retour au domicile avec son enfant, ce document doit rappeler les principaux messages de prévention (alcool, tabac, addictions diverses, exposition à certaines substances particulièrement dangereuses pour la femme enceinte et son enfant : plomb, perturbateurs endocriniens…), fournir les informations et conseils importants en matière d'accompagnement médical et concernant les risques principaux (obésité, diabète gestationnel, hypertension, santé mentale…), de nutrition (aliments à éviter durant la grossesse, aliments à privilégier, compléments utiles…), d'hygiène de vie (sommeil, activité physique…), d'environnement, de développement de la relation parent-enfant (dès avant la naissance, puis après la naissance : allaitement, construction du lien affectif, prise en charge de l'hygiène du nouveau-né, place des écrans dans la relation parent/nouveau-né…) . Il doit, en outre, donner des informations utiles sur les démarches administratives à réaliser au cours de la période et fournir quelques contacts utiles (numéros de téléphone, sites internet).

[546] Or, même si elle n'a pas réalisé d'analyse exhaustive de la situation dans l'ensemble des territoires, la mission a pu constater à l'occasion de ses échanges que, en l'état actuel, ce carnet de maternité était en réalité très peu utilisé. En premier lieu, il est apparu qu'il n'était apparemment pas systématiquement remis et que, lorsqu'il l'était, il n'était finalement que peu, voire pas, utilisé par les professionnels ensuite pour le suivi de la femme enceinte. Les femmes rencontrées ayant accouché récemment n'avaient pour la plupart pas le souvenir de ce document ou indiquaient ne pas l'avoir utilisé. Les professionnels eux-mêmes pour le suivi et la consignation des examens privilégient souvent leurs propres outils (dossiers informatiques propres dans les cabinets ou les établissements de santé).

[547] La mission recommande donc que ce carnet redevienne bien le document de référence qu'il est supposé être. Pour s'assurer de sa remise systématique, elle propose qu'une version dématérialisée soit prévue, pour faciliter l'accès et en garantir la conservation, et qu'il soit systématiquement accessible *via* « Mon espace santé », comme le sera également le carnet de santé numérique des enfants, normalement d'ici fin 2026. Des versions papier devront être conservées pour les femmes enceintes qui le souhaiteraient et pour celles qui seraient peu ou pas initiées aux usages numériques.

[548] ***Le deuxième enjeu concerne la nécessité de renforcer, dès le début de la grossesse puis jusqu'à la période post-natale, l'information sur un certain nombre de sujets*** cruciaux pour la santé de la mère et de son enfant, et insuffisamment traités à ce stade.

[549] Sensibilisée par plusieurs de ses interlocuteurs sur ces thématiques, elle recommande en particulier de davantage informer les femmes enceintes sur leur alimentation, sur l'environnement et l'exposition aux produits dangereux pour elles et leur enfant et sur leur hygiène de vie en général (sommeil, activité physique, usage des écrans après l'arrivée de l'enfant…). Les informations utiles sur ces différents aspects pourraient figurer, ou être renforcées, dans le carnet de maternité et faire l'objet de campagnes et d'actions spécifiques.

Recommandation n°17 Renforcer la lisibilité et garantir l'exhaustivité de l'information délivrée à la mère durant la période périnatale et en faciliter l'accès en prévoyant la remise systématique d'une version dématérialisée du carnet de maternité, faire de ce carnet le document de référence dans la relation avec les professionnels de santé pour le suivi des examens et renforcer la diffusion des conseils en matière de nutrition, d'environnement et d'hygiène de vie notamment

3 Une mobilisation stratégique nationale est désormais indispensable, au niveau du pilotage central comme de la coordination territoriale des acteurs

[550] Il est enfin ressorti des travaux de la mission que la politique de santé déployée en matière de périnatalité est insuffisamment pilotée. Cela se caractérise par l'absence de stratégie claire et d'instances de gouvernance suffisamment impliquées sur cette thématique, au niveau national comme au niveau local (3.1), par une insuffisante coordination entre les différents acteurs intervenant tout au long du parcours périnatal (3.2) et, lorsque des évolutions importantes de l'offre doivent être mises en œuvre au niveau local – fermetures de maternités, réorganisation des acteurs… - par des difficultés à anticiper et à impliquer l'ensemble des parties prenantes dans le processus de transformation et par un manque d'outils appropriés pour aider les acteurs à piloter ces restructurations (3.3).

3.1 La santé périnatale doit à nouveau faire l'objet d'un plan stratégique ambitieux et être réellement pilotée, nationalement et localement

[551] La santé périnatale constitue désormais un enjeu de santé publique majeur ; elle doit par conséquent redevenir une priorité nationale, tant au niveau central -niveau de l'élaboration d'un plan stratégique d'action-, que local -celui de l'application de cette doctrine nouvelle à définir par le ministère de la santé publique.

[552] Pour l'heure, le constat doit être fait d'une insuffisance de l'action publique, tant en ce qui concerne la conception de celle-ci que dans son pilotage territorial.

3.1.1 Une indispensable remobilisation nationale, qui passe par l'adoption d'un nouveau plan stratégique

[553] Si la reprise de la mortalité infantile -*via* la seule mortalité néonatale- peut être datée, avec l'INSEE, de l'année 2011, déjà la décennie précédente avait été marquée, on l'a vu, par une stagnation de nos performances en la matière, alors même que celles de nos partenaires européens continuaient à s'améliorer et leurs taux respectifs de mortalité infantile à baisser.

[554] Or aucune prise de conscience tangible des autorités sanitaires n'a suivi les alertes émises par les instances statistiques et les enquêtes épidémiologiques.

[555] Cette lacune avait déjà été pointée par l'importante étude publiée en 2022 dans la revue de référence Lancet que nous avons présentée (*cf. supra*)[147] : alors même que les informations scientifiques étaient disponibles depuis plusieurs années, et que des signaux d'alerte avaient été émis par les auteurs ayant réalisé ces travaux épidémiologiques, aucune suite ne leur a été donnée,

[147] Nhung T.H. Trinh, Sophie de Visme, Jérémie F. Cohen, Tim Bruckner, Nathalie Lelong, Pauline Adnot, Jean Christophe Rozé, Béatrice Blondel, François Goffinet, Grégoire Rey Pierre-Yves Ancel, Jennifer Zeitlin, and Martin Chalumeau, Recent historic increase of infant mortality in France : A time-series analysis, 2001 to 2019, The Lancet Regional Health – Europe 2022;16: 100339 Published online 1 March 2022

ni en termes d'investigation complémentaires, ni sur le plan de l'action publique. De manière significative, l'article relevait, à juste titre, que la question de la périnatalité était absente de la stratégie nationale de santé (SNS) 2017-2022[148].

[556] Cette forme de passivité tranche avec le volontarisme qui avait prévalu jusque-là en matière de santé périnatale. De 1970 à aujourd'hui, trois plans consacrés à la périnatalité ont été mis en œuvre. Ils témoignaient, chacun à sa manière, d'une ambition de santé publique pour la Nation.

[557] En 1970, un premier « Plan périnatal » (1970-1976) avait été adopté ; il comportait deux axes : la prévention *stricto sensu*, avec le passage à quatre consultations obligatoires à des périodes clés de la grossesse, et la sécurisation de la naissance.

[558] A la suite du rapport du Haut comité pour la santé publique (1994), dont il reprenait les recommandations, le « plan périnatalité 1995-2000 » a fixé cinq grands objectifs : la diminution de la mortalité maternelle de 30 % ; celle de la mortalité périnatale de 18 % ; la réduction de l'hypotrophie fœtale de 25 % ; la réduction, enfin, de 50 % (soit de 1 à 0,5 %) du nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse ; la prévention de la mort subite du nourrisson.

[559] Le troisième et, pour l'heure, dernier plan « 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité », a repris à son compte deux des objectifs fixés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique : la réduction de la mortalité périnatale au taux de 5,5 pour mille, soit une baisse de 15 % environ par rapport à 2001 (6,5 pour mille) ; celle de la mortalité maternelle au taux de 5 pour cent mille, soit une baisse de 40 % environ par rapport à 2001.

[560] Depuis vingt ans, par conséquent, aucune planification stratégique n'a été adoptée par les pouvoir publics, au moment même où notre taux de mortalité néonatale, après une décennie de stagnation (2010-2010), a commencé à remonter.

[561] Au-delà de la seule dégradation de l'efficience de la politique de périnatalité -des résultats sanitaires très médiocres et se dégradant à mettre en rapport avec des dépenses publiques croissantes (9,3 milliards d'euros en 2021 contre 8,5 milliards d'euros en 2016)-, relevée par la Cour des comptes, cette évolution renvoie à une forme de dilution de la périnatalité dans un ensemble plus vaste de l'action publique et à un relâchement de l'effort collectif à l'égard d'une politique qui doit redevenir dorénavant prioritaire.

[562] Le témoignage officiel de la Société française de néonatalogie, recueilli par la mission, est, à cet égard, édifiant : « *Depuis le plan périnatal de 2005-2007 (Humanité, proximité, sécurité, qualité), les autorités ont semblé abandonner toute politique périnatale, se contentant de maintenir à tout prix des maternités en grande difficulté. L'abandon de la commission nationale de la naissance et de la petite enfance en est une illustration. Le non-remplacement des référents Périnatalité au sein du ministère de la Santé, qui assuraient un lien avec les sociétés savantes, en est une autre illustration (…) A plusieurs reprises (21 juin 2019, 4 juillet 2022, 6 avril 2023, 8 avril 2024, 17 février 2025), la Société Française de Néonatologie a rencontré les conseillers Santé du Premier*

[148] « *Despite this circumstance, the reduction of IMR in France has not been identified as a priority target by public health authorities (SNS 2017-2022). Although IMR data are regularly published, and concerns have been raised about stagnating mortality in comparison with European neighbors, there has been no in-depth analyses in France of its recent time trends and its different components. This knowledge gap precludes its prioritization among public health issues, the identification of the main drivers of IMR trend, and the definition of corrective plans.* »

Ministre, du Président de la République, le ministre de la Santé lui-même, et les conseillers du ministre de la Santé pour alerter sur la hausse de la mortalité infantile, le déclassement de la France en Europe et la situation dégradée des soins critiques néonatals. Nous avons à chaque fois été écoutés mais, en dehors d'annonces à la marge, aucune réforme structurelle n'a été engagée et les soins critiques néonatals restent organisés par les décrets de périnatalité de 1998 devenus complètement obsolètes. En parallèle, les travaux sur la réforme de l'organisation des soins critiques adultes et pédiatriques ont été menés à leur terme et ont donné lieu à la publication des décrets du 26 avril 2022. Notre impression est que la DGOS est peu investie dans l'offre de soins critiques néonatals, qui est pourtant quantitativement trois fois plus importante que l'offre de soins critiques pédiatriques. En résumé : La réduction de la mortalité périnatale ne semble avoir constitué une priorité ni pour le ministère de la Santé, ni pour Santé publique France. En dépit des alertes réitérées de la Société Française de Néonatologie depuis plusieurs années, aucune réponse concrète n'a été apportée. Depuis plus de quinze ans, la politique périnatale en France souffre d'un manque de pilotage clair et de priorisation. »

[563] Certes, en 2021 la stratégie dite « des 1 000 premiers jours » a été adoptée et est devenue une politique prioritaire en 2023. Présidée par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik, la commission éponyme, regroupant 18 experts de spécialités différentes (neuropsychiatres, spécialistes de l'éducation ou de l'éveil des enfants, acteurs de terrain de l'accompagnement social des parents, cliniciens spécialistes de la grossesse et du jeune enfant, sage-femme), et partant du postulat que les « 1 000 premiers jours » de vie constituent « *une période sensible pour le développement et la sécurisation de l'enfant, qui contient les prémisses de la santé et du bien-être de l'individu tout au long de la vie* », avait préalablement établi un rapport[149] ayant délibérément « *privilégié une approche centrée sur les besoins des enfants, leurs compétences et les conditions de leur construction psychique, affective, cognitive et sociale* ».

[564] D'un point de vue concret, cette stratégie interministérielle, suivie dans le cadre du Comité interministériel à l'enfance, s'est appuyée sur un appel à la mobilisation *via* des appels à projets dans les territoires lancés par les ARS et les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), en association et avec le soutien des CAF, des CPAM et de la Mutualité sociale agricole (MSA), des collectivités locales et des Commissaires à la lutte contre la pauvreté. Les résultats de cette politique fondée sur l'expérimentation sociale et sociétale devraient faire l'objet d'une prochaine évaluation.

[565] Quel que soit son intérêt, le périmètre large, la prédominance de l'approche pédo-psychologique de ce travail comme son centrage sur « *le bien-être physique, psychique et le développement émotionnel et cognitif de l'enfant* » et sur « *la parentalité* » [150], ont mécaniquement conduit à sous-estimer la question de la prévention des risques de prématurité tout au long de la grossesse, celle du nécessaire renforcement de la qualité et de la sécurité des soins en néonatalogie aussi, celle, enfin, de l'indispensable adaptation de nos politiques périnatales au contexte spécifique et difficile des DROM.

[566] Il convient donc désormais de compléter cette approche par un plan d'action spécifique en faveur de la périnatalité ; mais aussi de doter celui-ci, une fois adopté, d'une structure scientifico-

[149] *Les 1 000 premiers jours – Là où tout commence*, septembre 2020.
[150] De façon significative, parmi ses 18 membres la commission comptait 11 spécialistes de psychologie et/ou de psychiatrie -dont son président- et un seul médecin spécialisé en néonatalogie.

administrative permettant l'indispensable mobilisation publique et le nécessaire décloisonnement de la gouvernance de cette politique rénovée.

[567] C'est pourquoi la mission fait sienne les deux propositions de la Cour des Comptes qui, dans son rapport, a recommandé la mise en place « *d'un plan stratégique pluriannuel spécifiquement consacré à la périnatalité, couvrant à la fois les enjeux identifiés dans le cadre du projet des « 1 000 premiers jours » et ceux liés à la qualité et à la sécurité des soins, insuffisamment pris en compte aujourd'hui (…) Pour assurer la gouvernance de cette stratégie 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*. »

[568] La mission propose ainsi qu'un nouveau « plan stratégique périnatalité 2027-2030 » soit préparé dès à présent et que l'année 2026 permette d'en réaliser le travail de préparation. Ce plan devra notamment déboucher sur des instructions générales de politique de périnatalité en direction des ARS -qui ne doivent plus être abandonnées à leur sort.

[569] La mission recommande, par ailleurs, en plus de ce plan stratégique, que l'Etat et ses opérateurs s'organisent au niveau central pour garantir un véritable suivi stratégique, coordonné, décloisonné et opérationnel de la question de la périnatalité. Il est en effet apparu très nettement au cours des travaux que chacun des acteurs nationaux concernés par le sujet (notamment les administrations centrales relevant du ministère de la santé : DGOS, DGS, DREES ; l'assurance maladie ; SpF, la HAS…) ne disposaient que d'une vision partielle du sujet, en lien avec leurs propres périmètres respectifs d'intervention. La réactivation de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, déjà prévue par les textes est donc proposée pour cela.

Recommandation n°18 Travailler dès 2026 à la mise en place d'un nouveau « plan stratégique périnatalité » pour la période 2027-2030 afin de se donner les moyens de faire face aux difficultés qui contribuent à la dégradation de la situation de la France sur ce sujet. Mettre en place en parallèle un dispositif de pilotage national en réactivant la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant

3.1.2 Les instances locales de gouvernance des politiques de santé doivent impérativement se saisir de la question de la périnatalité et organiser en conséquence leur pilotage stratégique

[570] En parallèle de l'ambition qu'il est indispensable d'afficher au niveau national en matière de périnatalité et des organisations et moyens qu'il conviendrait de mettre en œuvre pour mieux la suivre (*cf*. notamment les développements de la partie 1 sur le suivi statistique), mieux la structurer et mieux la piloter (*cf*. les développements du 3.1.1 qui précèdent), il apparaît indispensable de renforcer sensiblement les modalités de pilotage de cette politique au niveau local également.

[571] La mission a en effet pu constater que les différentes instances et les divers outils de gouvernance stratégique et de pilotage des politiques de santé au niveau local, s'ils peuvent dans certaines circonstances traiter de questions en lien avec la périnatalité, n'ont, la plupart du temps, dans leur organisation actuelle, pas pu suffisamment prendre en compte l'ensemble des enjeux liés à cette thématique ni suffisamment permettre les échanges pourtant nécessaires entre acteurs concernés (3.1.2.1). Elle recommande, en conséquence, que la question de la périnatalité soit considérée comme un enjeu prioritaire des prochains mois et années au niveau local et, pour

cela, que la situation locale, l'organisation des acteurs et les perspectives d'évolution fassent l'objet dans chaque territoire, d'une part, d'une revue précise associant l'ensemble des acteurs concernés et, d'autre part, puissent désormais être suivies et discutées avec l'ensemble des acteurs concernés de façon systématisée et à échéances régulières (3.1.2.2).

3.1.2.1 Les différentes instance et outils de pilotage des politiques de santé au niveau local ne prennent pas suffisamment en compte les enjeux de la périnatalité ou ne permettent pas de les traiter de façon appropriée

[572] Les constats dressés par la mission à l'occasion de ses déplacements, de ses auditions et à l'issue de l'exploitation des retours de l'enquête réalisée auprès des ARS (*cf.* annexe 1), ont permis de relever que, dans l'ensemble, les divers dispositifs, instances, ou outils de gouvernance et de pilotage des politiques de santé au niveau local susceptibles de permettre de suivre la situation de la périnatalité, de partager des diagnostics, d'anticiper des difficultés, de coconstruire des solutions n'avaient, à ce stade, pas suffisamment permis de prendre en compte ces enjeux ni d'organiser l'échange nécessaire entre les parties prenantes.

[573] La mission a ainsi plus particulièrement observé, parmi ces différentes instances et les divers outils locaux, le rôle qu'avaient pu jouer jusqu'à présent les projets régionaux de santé (PRS) et le travail de préparation/révision de ces deniers, les instances de démocratie sanitaire que sont les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) au niveau régional et les CTS au niveau local, les CPTS et leurs projets de santé, les contrats locaux de santé (CLS) lorsqu'il en existe ou encore les différents projets déployés en lien avec les collectivités territoriales. Elle a également regardé dans quelle mesure les ARS avaient pu s'organiser pour suivre plus spécifiquement la thématique de la périnatalité.

[574] ***S'agissant en premier lieu des PRS - censés structurer l'offre de soins au niveau local - et plus spécifiquement le temps et les débats consacrés à leur préparation***, la mission a relevé que la question de l'organisation territoriale de la périnatalité avait été abordée lors de la dernière révision des PRS en 2023 dans toutes les régions interrogées. Il apparait cependant que l'intensité, la forme et la portée des débats consacrés au sujet ont pu varier fortement selon les territoires.

[575] Parmi les principaux points débattus lors des échanges préalables à la formalisation de la dernière génération de PRS, les travaux ont permis de constater que le sujet de la répartition des maternités sur le territoire et celui des inégalités territoriales revenaient régulièrement, de même que ceux des fermetures (ou fusions) de sites, de l'adaptation de l'offre à la baisse de la natalité et aux tensions RH, du maintien des « petites » maternités, des transformations en CPP, de la structuration des parcours mère-enfant, de la mutualisation des ressources, de la gradation des soins, de la sécurité et de la qualité, de l'accessibilité, de l'isolement et de l'accès aux soins en zones rurales, enclavées ou défavorisées, des coopérations interrégionales, de la sécurité des transferts ou encore de la coordination ville-hôpital. La mission note que parmi les sujets les plus sensibles, voire conflictuels, les fermetures ou transformations de maternités, perçues localement comme une perte d'attractivité et un recul du service public, ont souvent conduit à opposer, d'une part, les élus locaux, les usagers et certains professionnels exprimant leur attachement au maintien d'une offre de proximité, même à faible activité et, d'autre part, les ARS et les « experts » qui insistent sur la sécurité, la qualité, la gradation des soins et la nécessité d'adapter l'offre aux réalités démographiques et RH.

[576] La mission considère que, malgré ces travaux de préparation et les débats qui ont pu se tenir, et bien que le PRS semble souvent perçu comme un outil de dialogue et de planification utile, l'exercice de préparation/révision des PRS ne paraît dans la majorité des cas pas suffire ni être pleinement adapté (du fait probablement de son approche trop « macro » et balayant nécessairement de nombreuses thématiques) pour traiter de façon appropriée et suffisamment ciblée les questions de périnatalité au niveau local, pour suivre et comprendre, au-delà de la photographie prise à un instant donné les difficultés rencontrées, sortir des postures entre sécurité/qualité et proximité/ équité territoriale et permettre une anticipation aussi dépassionnée que possible des évolutions à concevoir. Il apparaît en outre que les décisions finales sont souvent vécues comme imposées malgré la concertation. Ainsi, s'ils ont permis de traiter de façon globale de l'organisation de certains aspects de l'offre périnatale, les travaux de préparation puis de révision des PRS n'ont, d'après les acteurs rencontrés et les conclusions tirées par la mission de ses observations, pas permis de suffisamment traiter le sujet au niveau local.

[577] ***La mission s'est ensuite intéressée aux instances de démocratie sanitaire au niveau local*** et à la façon dont elles avaient jusqu'à présent pu être mobilisées sur les enjeux de la périnatalité. La question a ainsi systématiquement été abordée lors des déplacements dans les territoires. Et il est apparu que la thématique de la périnatalité, l'existence de difficultés locales, la dégradation des indicateurs sanitaires et celle de l'organisation de l'offre au niveau local n'ont jamais été traitées de façon spécifique à l'occasion des échanges organisés dans les CRSA ou les CTS des territoires interrogés.

[578] ***S'agissant ensuite des différents outils contribuant à structurer les politiques et organisations de santé à un niveau davantage localisé (infra-départemental), il est apparu que des dispositifs tels que les CPTS, et leurs projets de santé, ainsi que les CLS*** pouvaient représenter des instruments potentiellement intéressants pour susciter des échanges entre acteurs sur le sujet de la périnatalité, pour se saisir de certaines des difficultés locales, proposer une stratégie et tenter d'apporter des solutions.

[579] Il est d'ailleurs ressorti des investigations de la mission (enquête auprès des ARS en particulier) que, de façon globale, la périnatalité était de plus en plus régulièrement présente dans les projets des CPTS et des CLS. La plupart du temps le sujet n'est cependant traité que sous certains angles spécifiques tels que la parentalité, la prévention, la santé de l'enfant ou la lutte contre les vulnérabilités. En outre, une grande hétérogénéité entre territoires a pu être relevée avec de fortes disparités concernant l'intégration de la périnatalité dans les CPTS et CLS selon les régions et les territoires.

[580] A titre d'illustrations :

- concernant les CPTS, il a été rapporté à la mission que, dans certaines régions (Hauts-de-France, Ile-de-France, Occitanie, PACA…), plusieurs CPTS intègrent la thématique de la périnatalité dans leurs projets, mais essentiellement sous l'angle de la parentalité, de la prévention, de la santé sexuelle, de l'accompagnement des 1 000 premiers jours, ou de la lutte contre les violences faites aux femmes. Parmi les exemples d'actions remontées, la mission retient notamment la mise en place d'ateliers parentalité, de "cafés poussettes", l'orientation systématique vers une sage-femme dès la déclaration de grossesse, des actions de prévention des infections sexuellement transmissibles, la formation des professionnels à la détection des vulnérabilités, des actions de soutien à l'allaitement… Dans d'autres régions,

la périnatalité semble moins présente dans les projets des CPTS, ou abordée de façon très indirecte ;

- dans les CLS, il y a moins de projets explicitement dédiés à la périnatalité d'après les retours dont dispose la mission. La thématique peut cependant être ponctuellement abordée, souvent indirectement, *via* les questions de parentalité, de santé de l'enfant, de prévention des risques environnementaux, de santé mentale, ou de lutte contre la précarité. D'après l'enquête réalisée par la mission auprès des ARS, quelques CLS ont mis en place des actions spécifiques : ateliers des « 1 000 jours », prévention des risques concernant les perturbateurs endocriniens, soutien à la parentalité, accompagnement des familles vulnérables. Les CLS constituent parfois un levier pour la coordination d'actions locales. La structuration d'un parcours périnatal dédié reste cependant rare.

[581] ***S'agissant des liens ou projets relatifs à l'offre de périnatalité organisés de manière structurée en lien avec les collectivités territoriales,*** l'enquête réalisée par la mission a permis de faire remonter le fait qu'il existe, dans la plupart des régions, des contacts et des projets structurés impliquant les collectivités territoriales (en plus de ce qui peut être fait dans le cadre des CLS), principalement avec les conseils départementaux et les services de PMI. En particulier, la contractualisation tripartite (État/ARS/Département) est désormais la règle dans la quasi-totalité des régions, souvent dans le cadre de la SNPPE (déjà évoquée en partie 2.6) ou de conventions locales spécifiques à la périnatalité. Des exemples d'actions et de projets communs ont été rapportés (portant, par exemple sur le déploiement de dispositifs d'accompagnement à domicile, le renforcement des entretiens prénatals et postnatals, la santé mentale périnatale, des projets de création de maisons des « 1 000 premiers jours », le déploiement d'unités mobiles, la mise en place d'ateliers parentalité, la coordination des parcours vulnérables, la prévention des violences, la promotion de la santé environnementale…). L'implication réelle des acteurs dans le déploiement puis le suivi de ces dispositifs reste cependant très variable selon les territoires.

[582] ***La mission a enfin regardé comment les ARS elles-mêmes s'organisaient pour suivre et piloter les questions de périnatalité***. Il apparaît ainsi que la périnatalité fait l'objet d'un pilotage spécifique au sein des ARS dans toutes les régions, bien que cela se fasse selon des modalités diverses. Le plus souvent, ce pilotage par l'ARS se traduit par l'existence d'un ou plusieurs « référents » périnatalité (médecin, sage-femme, chef de projet, équipe dédiée…), l'animation de groupes de travail, des réunions régulières avec les établissements disposant de maternité, avec les réseaux et avec les PMI. Le pilotage plus opérationnel par les ARS est organisé *via* le suivi d'indicateurs d'activité, de qualité, de sécurité, *via* l'analyse des EIG ou encore *via* la coordination avec les réseaux régionaux de périnatalité. La plupart des ARS disposent ainsi de tableaux de bord régionaux pour le suivi des indicateurs d'activité (nombre d'accouchements, taux de césariennes, taux d'occupation des lits…). D'après les retours obtenus par la mission, certains outils sont très structurés, d'autres sont plus rudimentaires (simples tableaux sous format *Excel* par exemple). Certaines régions disposent par ailleurs d'outils ou d'organisations permettant de visualiser les tableaux de permanence des soins pour les spécialités sensibles du point de vue de la périnatalité (gynécologie-obstétrique, anesthésie, pédiatrie…), mais ce n'est pas systématique. Dans plusieurs régions, le suivi est fait *via* des réunions régulières, des cellules de crise ; les tensions RH sont suivies, mais souvent de façon manuelle ou semi-automatisée.

[583] Au total, la mission a pu relever que les questions de périnatalité pouvaient être abordées et traitées, même indirectement, par les instances de gouvernance ou *via* les outils de pilotage des politiques de santé au niveau local. Cependant, dans leur fonctionnement actuel, ces instances et les outils de pilotage déployés n'ont pas suffisamment pris en compte cette thématique au regard de l'enjeu qu'elle représente désormais dans le contexte de dégradation des indicateurs sanitaires. En outre, malgré les possibilités réelles d'échanges et de débats entre acteurs locaux, permises notamment par les liens réguliers entretenus entre les acteurs et par la réunion des instances prévues, la connaissance de la situation locale en matière de périnatalité et la coordination entre les parties prenantes (administrations, collectivités, représentants des professionnels représentants des usagers…) sont unanimement jugées insuffisantes. Tous les témoignages recueillis par la mission indiquent ainsi que lorsque des situations délicates se présentent dans les territoires (dégradation des indicateurs sanitaires, tension dans une maternité, menace de fermeture, incapacité à prendre en charge correctement certaines situations…), elles ont rarement pu être anticipées et les acteurs, pour la plupart d'entre eux, se retrouvent mis devant le fait accompli. Une telle réalité est peu propice à l'élaboration de solutions coconstruites et acceptables par l'ensemble des parties.

3.1.2.2 Un diagnostic de la situation de la périnatalité doit être réalisé dans chaque territoire et des mécanismes de suivi et de concertation régulière sur le sujet doivent désormais être mis en place localement

[584] Compte tenu du constat dressé, la mission considère qu'il est nécessaire, comme cela a été proposé pour le niveau national (*cf.* 3.1.1), de réserver une vraie priorité à la question de la périnatalité dans la gouvernance des politiques de santé au niveau local. Elle juge également indispensable de mettre en œuvre des organisations, au niveau local garantissant des possibilités d'échange et une information aussi complète et régulière que possible des parties prenantes, sur la situation de la périnatalité dans leur territoire, sur les évolutions à l'œuvre et sur les perspectives à venir, de façon à permettre l'émergence de diagnostics partagés, l'anticipation des difficultés, voire la co-construction de solutions lorsque surviennent des difficultés.

[585] Pour mettre en œuvre ces objectifs, la mission propose deux mesures concrètes.

[586] ***La première consiste à réaliser dans tous les territoires, au cours de l'année 2026, un diagnostic détaillé de la situation locale en matière de périnatalité associant l'ensemble des acteurs*** concernés. La bonne échelle pour réaliser ce diagnostic territorialisé semble être le niveau départemental.

[587] La mission ne préconise pas la mise en œuvre d'instances *ad hoc* pour réaliser cette mission mais propose de prendre appui sur les CTS qui rassemblent déjà, du fait de leur composition[151], dans chaque département, les représentants de tous les principaux acteurs intéressés par ce diagnostic (élus du territoire dont les parlementaires et des représentants des collectivités territoriales, administrations et organismes de sécurité sociale, PMI, représentants des professionnels de santé, représentants des établissements et structures de santé, représentants des usagers…). Le CTS, qui sera probablement à réunir à plusieurs reprises pour réaliser ce diagnostic, devra, le cas échéant, être élargi pour l'occasion à des acteurs ne siégeant

[151] La composition des CTS est détaillée à l'article R. 1 434-33 du Code de la santé publique.

habituellement pas en son sein mais concernés et pouvant apporter leur concours compte-tenu du sujet traité (par exemple les élus et services des territoires disposant de maternité ou de ceux présentant des spécificités en matière de périnatalité ; des professionnels intervenant dans le domaine de la périnatalité ; des représentants d'établissements porteurs de maternités, de CPP, de maisons de naissance ou participant au suivi des femmes enceintes puis des jeunes mères et de leurs enfants ; des organisations/ associations/ collectifs d'usagers ; des représentants des réseaux périnatalité…).

[588] Ce travail à réaliser au cours de l'année 2026 devra naturellement être adapté pour chacun des territoires mais il devra *a minima* conduire à la production :

- d'un bilan partagé de la situation épidémiologique périnatale dans le département et de ses évolutions récentes ainsi que d'un diagnostic concernant les causes des évolutions constatées en la matière, qu'elles soient favorables ou défavorables. La mission a en effet pu constater, à l'occasion de ses déplacements notamment, que les acteurs locaux ne disposaient souvent que de peu d'informations sur les données épidémiologiques relatives à leur territoire (en matière de mortalité infantile ou de naissances hors maternités par exemple) alors même qu'ils disposaient souvent d'éléments permettant d'expliquer les principales difficultés du territoire ;
- d'un point de situation détaillé sur l'offre locale en matière de périnatalité avec un diagnostic partagé sur les atouts et les faiblesses de cette offre ;
- de perspectives sur les évolutions à venir, en particulier concernant les transformations éventuelles à anticiper ;
- d'un plan d'action local en matière de périnatalité permettant d'identifier, compte tenu du diagnostic établi et des enjeux à relever, des solutions opérationnelles pour faire face aux difficultés repérées et d'anticiper les modalités d'organisation des acteurs pour les cinq prochaines années. S'il précède la formalisation de la stratégie nationale demandée dans la recommandation 18 présentée plus haut, ce plan devra être actualisé le moment venu afin de décliner localement la stratégie définie nationalement.

[589] Des synthèses régionales de ce travail territorial pourront être produites sous l'égide des CRSA, notamment pour permettre de traiter ceux des aspects qui dépassent spécifiquement le seul cadre départemental (par exemple les modalités de coopération entre les acteurs de départements différents et les services des maternités de niveau 3 lorsque celles-ci se trouvent en dehors du département). Plus largement, le niveau régional aura à identifier les maternités à transformer et celles à maintenir, ainsi que les moyens, humains notamment, à y consacrer. Dans le cadre d'un contrat territorial de périnatalité engageant l'ensemble des parties prenantes, un volet spécifique relatif aux moyens financiers et en termes de ressources humaines pourrait être prévu et engager l'ARS, le DG et le PCME du CHU de référence ainsi que le Doyen de la ou des facultés concernées qui engageraient leur responsabilité sur ce point.

Recommandation n°19 Etablir dans chaque département, au cours de l'année 2026, un diagnostic territorial partagé de la situation de la périnatalité associant l'ensemble des parties prenantes afin de disposer d'une vision précise de la situation locale (établissement d'une cartographie) sur les perspectives pour les années à venir. Rendre public ce diagnostic. Définir en conséquence un plan d'action territorialisé impliquant le niveau régional, notamment pour la structuration de l'offre en maternités

[590] Au-delà de la « photographie » et de l'analyse de la situation en 2026, la mission considère qu'il importe que le sujet de la périnatalité continue à faire l'objet d'un suivi régulier et dans la durée par les acteurs locaux, au moins jusqu'au retour d'une situation globale plus satisfaisante en matière de périnatalité. Elle propose ainsi que l'évolution de la situation et l'état de mise en œuvre du plan local fassent l'objet de points réguliers, *a minima* semestriels, en CTS et en CRSA à partir de l'année 2027. Les indicateurs évoqués plus haut (recommandation 10) pourront être utilisés pour éclairer la réalité de la situation locale, y compris au niveau de chacune des maternités.

[591] Des points d'étape et des travaux d'actualisation éventuelle du plan d'action territorial et du contrat territorial de périnatalité pourront être réalisés en cette occasion lors des réunions des CTS et de la CRSA.

Recommandation n°20 Prévoir à partir de l'année 2027 de faire le point *a minima* une fois par semestre en CTS et en CRSA sur la situation de la périnatalité

3.2 Les intervenants de la périnatalité doivent davantage se coordonner sur le terrain et les filières davantage se structurer

3.2.1 Des filières doivent désormais davantage se structurer au niveau local

[592] La mission relève la multiplicité des dispositifs et intervenants et la difficulté pour l'usager de s'y retrouver dans l'organisation de la gradation des soins en périnatalité.

[593] Divers dispositifs de gestion spécifiques collectifs ou individuels ont en effet été mis en place mais l'ensemble ne produit pas les effets escomptés. Il est actuellement très difficile de dire qui assure la coordination du parcours de la femme enceinte entre l'ensemble des interlocuteurs possibles.

[594] On notera, en particulier, ***la contribution faible, voire insuffisante, des groupements hospitaliers de territoire (GHT)*** au titre des filières périnatalité : il est vrai que hors CHU, la plupart des GHT peinent déjà à stabiliser le fonctionnement de leurs maternités de niveau 2 et sont souvent dans l'impossibilité de structurer une filière avec les maternités de niveau 1 de leur territoire.

[595] ***Autres acteurs importants, les collectifs professionnels sont évidemment concernés*** : 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 santé, les CPTS offrent un cadre permettant l'exercice coordonné sur un même territoire de

l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux, regroupés autour d'un projet de santé commun. Le dispositif vise à favoriser une prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée. Comme évoqué plus haut, les retours dont dispose la mission indiquent que les CPTS se sont probablement insuffisamment saisies, dans la suite des médecins généralistes, du suivi des femmes enceintes et des familles, et en particulier des femmes enceintes présentant des facteurs de risques somatiques ou psychiques, détectés par exemple dans le cadre de l'entretien prénatal précoce. Les CPTS pourraient mobiliser 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 téléconsultations et interopérables avec mon espace santé.

[596] ***Des dispositifs incitatifs, organisationnels ou financiers existent*** (postes partagés, primes des services publics exclusif, prime d'exercice territorial, soutien des CHU…), mais ils restent très insuffisants pour compenser les fragilités structurelles liées à la non-régulation des différents professionnels, en particulier médicaux.

[597] ***En termes de coordination, des réseaux de périnatalité*** ont été constitués depuis la fin des années 1990, avec un cadre officiel posé par une circulaire du 30 octobre 1998 qui les organise et définit les principes de coopération entre maternités, services de néonatalogie, et acteurs libéraux et médico-sociaux. Ils sont renforcés dans les années 2000 avec l'intégration plus large du pré et post natal, puis transformés en 2021 en 36 dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP)[152]. Une instruction ministérielle du 3 aout 2023 précise et actualise leurs missions pour les cinq années à venir. Ils constituent *a priori* un levier pour décloisonner les acteurs de la périnatalité, notamment hospitaliers et libéraux.

[598] Les DSRP sont des structures spécialisées de coordination et d'expertise. Partenaires des ARS 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 2023, sont diverses[153]. Les DSRP contribuent à la déclinaison locale des parcours de soins périnatals 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 néonatals et, pour plus de la moitié d'entre eux, dans des actions spécifiques en faveur des femmes victimes de violences.

[152] Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 d'organisation et transformation du système de santé, visant à moderniser la coordination des parcours de soins, institués dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007
Décret 2021-295 du 18 mars 2021

[153] 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.

[599] Afin de réaliser ces missions, les DSRP ont bénéficié de 18M€ en 2021, mis à leur disposition à partir des Fonds d'intervention régionaux (FIR) gérés par les ARS. 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 sans doute d'être optimisée.

[600] Il est à noter que leur positionnement par rapport aux ARS mériterait d'être clarifié. Ils fonctionnent en recrutant une partie des ressources humaines des établissements de la région. Dans un contexte où les autres acteurs chargés de la coordination des professionnels se sont multipliés dans la période récente, les instructions ministérielles successives en ont insuffisamment précisé les champs de responsabilité respectifs.

[601] ***Autre acteur de la coordination, la sage-femme référente***[154], professionnelle identifiée comme personne principale de suivi pour une femme enceinte ou un couple du début de la grossesse jusqu'au *post-partum*. Elle connait le parcours et coordonne en fonction des besoins et attentes, en particulier avec la maternité et le médecin traitant. La sage-femme référente n'est pas tenue de réaliser les échographies de la grossesse si elle n'en pratique pas ni les examens de suivi médical de la grossesse s'ils sont réalisés à la maternité. La sage-femme référente a un rôle de prévention auprès de la patiente pour la santé de la femme enceinte et celle de son enfant à naître. Selon le rapport du Sénat la montée en charge a été très rapide, avec au 31 janvier 2024, 2 325 sages-femmes déclarées,16 000 femmes ayant rempli le formulaire.

[602] ***Il convient de signaler ensuite des initiatives locales intéressantes (expérimentations article 51 notamment) qui visent à contribuer à fluidifier les relations entre professionnels et le parcours des femmes***.

[603] De même, la ***mise en place du « référent parcours périnatalité (RéPAP**) »*, déjà mentionné plus haut, a fait l'objet d'une expérimentation dans quatre territoires volontaires. L'objectif est de construire un parcours personnalisé de périnatalité coordonné, de la grossesse aux trois mois révolus de l'enfant. L'expérimentation lancée en 2021 a vu sa généralisation en l'état infirmée par la DGS en 2024. Un rapport d'étape rédigé en septembre 2022 constate 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.

[604] Les moyens de coordination des soins périnatals restent donc à optimiser : compte tenu de la diversité et de la complexité des parcours que peuvent emprunter les femmes enceintes, les

[154] Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 (portant amélioration du système de santé) → création du dispositif de sage-femme référente et décret d'application n° 2023-1035 du 9 novembre 2023 relatif à la désignation d'une sage-femme référente.

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 PMI constitue un enjeu central. Il serait donc 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 différents acteurs proposant un accompagnement personnalisé aux patients (référent parcours périnatalité, sage-femme référente).

Recommandation n°21 Procéder à l'évaluation des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (utilisation des fonds, pertinence de l'action, gouvernance, positionnement) et des différents acteurs proposant un accompagnement personnalisé aux patients (référent parcours périnatalité, sage-femme référente). L'IGAS pourrait être saisie d'une telle mission d'évaluation

3.2.2 Les acteurs et dispositifs sont insuffisamment coordonnés dans le suivi opérationnel des patientes et de leurs enfants

[605] La gradation des soins et des maternités s'est accompagnée d'une coordination entre maternités pour accéder au niveau de recours et pour organiser les transferts *in utero* et en *post-partum*, avec l'appui des dispositifs spécifiques régionaux de périnatalité. Cette coordination intègre également la question des transports et notamment des transports d'urgence. L'objectif a été atteint puisque l'on a constaté une augmentation des transferts *in utero* vers les maternités de type 2 et 3 et partant, renforcé l'adéquation des soins délivrés aux nouveau-nés prématurés. Portées par les DSRP, plusieurs régions se sont dotées de cellules de transferts. Certaines de ces cellules gèrent à la fois les transferts « *in utero* » (grossesse / mère) et les transferts néonatals (nouveau-né), quand le contexte le justifie.

[606] Pour autant, la coordination entre les acteurs ne va pas de soi. A titre d'illustrations :

- concernant la question des transferts et de la constitution des cellules de transfert (*in utero* ou néonataux) il existait, dans certains anciens réseaux (avant regroupement régional), des protocoles départementaux. Mais ceux-ci n'ont pas systématiquement abouti à la mise en place d'une cellule centralisée. En pratique, l'existence et la disponibilité d'une cellule dépend de l'organisation locale, de la densité des maternités, des niveaux de soins (néonatologie, réanimation néonatale) et de la disponibilité des ressources. A date, il semble que la carte des cellules de transfert ne soit pas stabilisée partout ;
- les dispositifs de coordination ville-hôpital se développent pour le suivi des grossesses, mais restent inégaux et perfectibles dans de nombreux territoires : absence de dossier obstétrical partagé, difficultés de transmission d'information, manque de lisibilité du parcours pour les patientes… ;
- les échanges entre établissements, CPP /maternité sont plus ou moins bien organisés selon les territoires ;
- les échanges avec les PMI dans le suivi des patients et des enfants varient fortement (en qualité notamment) d'un département à l'autre.

[607] Il convient donc de chercher à mieux coordonner les différents acteurs au niveau local dans leur prise en charge concrète des patientes et de leurs jeunes enfants. Cela doit passer, notamment, par un meilleur partage des informations et des dossiers.

Recommandation n°22 Améliorer et simplifier les dispositifs opérationnels de coordination entre acteurs de la périnatalité, en particulier en uniformisant et partageant les supports de communication professionnels (ex : dossiers des patients informatisés) et en favorisant les modalités d'échange entre acteurs sur un territoire donné

3.3 Les acteurs locaux doivent être davantage préparés, accompagnés et outillés pour conduire les transformations de l'offre périnatale lorsque celles-ci sont nécessaires

[608] En plus des enjeux généraux de gouvernance et de meilleure coordination opérationnelle des acteurs de la périnatalité, au niveau local notamment, la mission s'est également intéressée à la question des conditions de pilotage et de mise en œuvre des transformations de l'offre locale en matière de périnatalité, lorsque de telles situations se présentent. Il convient de préciser que, le plus souvent, ces transformations de l'offre locale se caractérisent par des fermetures (ou des fusions) de maternités et la mise en place de structures et d'organisations alternatives.

[609] Il ressort très nettement des investigations que ces transformations, auxquelles les territoires sont régulièrement confrontés, sont souvent compliquées à mettre en œuvre et s'accompagnent fréquemment de tensions, parfois importantes (3.3.1). Il est ainsi apparu indispensable à la mission que les acteurs locaux puissent être davantage accompagnés, organisés et outillés pour pouvoir anticiper, concerter, préparer, déployer puis suivre les transformations de l'offre et de l'organisation locales, lorsque ces transformations s'avèrent nécessaires (3.3.2).

3.3.1 Des expériences de transformation de l'offre trop souvent vécues de façon subie, dans un climat de tensions et avec des acteurs locaux insuffisamment préparés

[610] Il ressort des entretiens de la mission, de ses visites sur différents sites et de l'enquête réalisée auprès des ARS (voir sur ce point à l'annexe 1 le détail des réponses aux questions 18 à 30) que les expériences locales de transformation de l'offre sont contrastées.

[611] En effet, si la mission a pu recueillir des témoignages de transformations opérées sans difficultés majeures, voire emportant l'adhésion des acteurs du territoire et vécues rétrospectivement comme des succès[155], les évolutions de l'offre se font rarement sans difficultés

[155] De nombreux acteurs ont indiqué à la mission que les transformations vécues au cours de ces dernières décennies, en particulier les fermetures de petites maternités, avaient pu permettre de progresser en termes de sécurité, de qualité et d'organisation des soins. Elles ont en outre souvent permis une meilleure allocation des moyens humains et matériels grâce à la concentration des naissances dans des structures mieux équipées et à la montée en compétence des équipes ainsi qu'une meilleure organisation des parcours pour les grossesses à risque.

et peuvent représenter un traumatisme durable au niveau local. Elles suscitent ainsi beaucoup plus souvent des mobilisations hostiles que des mouvements massifs d'adhésion.

[612] La mission a tenté de recenser les principaux facteurs pouvant expliquer ces difficultés.

[613] Elle a en premier lieu relevé ***l'importance de nombreux facteurs d'ordre symbolique***. Une fermeture de maternité, même inéluctable et/ou justifiée par une situation qui, raisonnablement, ne devrait pas faire douter de la pertinence de la fermeture (par exemple un niveau de sécurité manifestement insuffisant faisant courir des risques graves aux femmes ou à leur enfant ou encore la multiplication d'incidents graves) est ainsi en première intention souvent perçue comme une perte symbolique pour le territoire, la « fin d'une histoire », un évènement négatif, un recul de l'attractivité - voire une relégation - d'autant plus douloureux qu'il s'inscrit souvent dans le même mouvement que la fermeture récente d'un bureau de poste, d'une usine, d'un commerce de proximité, d'une classe dans une école.. Une fermeture de maternité est aussi perçue comme un désengagement du service public, un évènement qui va accroître les inégalités d'accès aux soins, en particulier en zones rurales ou isolées. Elle peut être interprétée, pour un territoire et pour l'établissement concerné en particulier, comme l'annonce d'autres fermetures à venir.

[614] La perspective qu'il n'y ait désormais plus de naissances enregistrées dans une commune, la maternité fermant ou s'en allant, représente également une dimension symbolique importante, pour les élus locaux en particulier, qui vivent cette évolution comme un effacement, relatif, de leur territoire. Sur ce point de la symbolique du lieu de naissance et du spectre de « 0 naissance » dans la commune, la mission a recueilli différentes idées d'expérimentation d'évolution des règles en matière d'état civil. L'une d'elles consisterait à ne plus faire figurer sur l'acte de naissance le nom de la commune effective de naissance mais celle du lieu d'habitation des parents, pour valoriser le dynamisme local malgré l'absence (et *a fortiori* la fermeture éventuelle) de maternité. Une deuxième consisterait à opérer une double transcription sur l'acte de naissance en y faisant figurer à la fois le lieu effectif de la naissance et la commune de résidence des parents. La mission a pris note de ces demandes mais a considéré qu'il n'était pas de sa compétence de se prononcer sur une éventuelle évolution des règles en matière d'état civil. Elle ne formule donc pas de préconisation sur ce sujet mais indique que ce sujet pourrait mériter une réflexion *ad hoc*.

[615] Outre les aspects symboliques, ***les motifs à l'origine des fermetures et des restructurations rendues nécessaires*** jouent également un rôle essentiel dans l'apparition de difficultés à déployer les transformations ainsi que dans le degré d'acceptation de celles-ci par les différents acteurs locaux. Ainsi, comme suggéré plus haut, des fermetures et des réorganisations faisant suite à une succession d'incidents et à des constats de manquements évidents aux règles en matière de qualité, et encore plus de sécurité, recueillent *a priori* plus facilement l'adhésion des acteurs, voire même peuvent être demandées. *A contrario*, des fermetures et des réorganisations liées à des difficultés de recrutement des professionnels nécessaires au fonctionnement de la maternité ou au choix d'un établissement de réorganiser son activité en ne proposant plus d'accouchements sont *a priori* plutôt facteurs de transformations plus compliquées à concevoir et à déployer.

[616] ***L'environnement dans lequel doivent être réalisées les évolutions (en particulier les caractéristiques du territoire - urbain, rural, isolé… -, l'état de l'offre à proximité et les dynamiques déjà à l'œuvre sur le territoire),*** représente également un facteur qui jouera de façon importante sur l'adhésion des acteurs et sur les difficultés éventuelles à concevoir de nouvelles organisations. Une fermeture de maternité en milieu urbain alors que d'autre structures existent à proximité, ne

sera pas vécue de la même façon, ne se déroulera évidemment pas dans les mêmes conditions et n'impliquera, par exemple, pas la mise en place de dispositifs alternatifs ou d'accompagnements au contraire d'une fermeture intervenant dans un territoire isolé ou rural dans lequel les possibilités d'offre alternative en proximité sont limitées.

[617] Il convient par ailleurs de relever, sans que la mission n'émette de jugement particulier à ce sujet, que ***les éventuels jeux d'acteurs au niveau local, voire les ambigüités, peuvent être déterminants dans la perception des évolutions et dans les conditions de mise en œuvre des réorganisations de l'offre.*** De ce point de vue, toutes les catégories d'acteurs locaux peuvent être évoquées.

[618] En premier lieu, l'Etat lui-même et ses services, lorsqu'ils ont à piloter des transformations de l'offre peuvent adopter des postures qui ne facilitent pas la préparation des évolutions. Ainsi, des approches perçues, à tort ou à raison, comme trop exclusivement « gestionnaires », comme « technocratiques », « désincarnées », descendantes et manquant de pédagogie et de transparence représentent des handicaps.

[619] Les élus locaux, dans les expériences de transformation de l'offre périnatale locale que la mission a pu connaitre, adoptent en général une posture pragmatique mais restent naturellement sensibles à la perception de leurs administrés et doivent, dans certaines circonstances, être des partenaires ouverts et acteurs des transformations tout en pouvant dans le même temps marquer leur opposition à certaines évolutions.

[620] Les professionnels de santé (et les « offreurs de soins » du territoire en général), de l'avis presque unanime des interlocuteurs de la mission jouent un rôle essentiel dans la façon dont sont perçues et dont se déroulent, lorsqu'elles doivent avoir lieu, les restructurations locales de l'offre. Leur parole et leur expertise sont attendues par l'ensemble des autres acteurs et leur mobilisation et leur implication dans les évolutions seront ainsi déterminantes. En particulier, l'importance d'un « *leadership* médical » fort capable de fédérer et de porter un projet est tout particulièrement relevée. Le positionnement propre des professionnels sur les transformations à mener sera fonction de leur expérience et de leur appréhension de la situation antérieure, et sera fonction de leurs perceptions, d'une part, des atouts s'attachant aux nouvelles organisations à concevoir (nouvelles dynamiques, sécurité/qualité renforcées, adaptation des réponses aux besoins et aux capacités à faire…) et, d'autre part, des risques éventuels (crainte du changement, des modifications de travail, perte de sens, difficulté à maintenir la motivation et la cohésion des équipes pendant la période de transition, difficulté à accompagner les équipes, à anticiper et à gérer la souffrance au travail ; perte de compétences lors des fermetures ou transformations…).

[621] Le positionnement de l'opinion publique, des usagers, des patients, des associations, des collectifs éventuels qui seront constitués sera également essentiel. De ce point de vue, il y a souvent une tendance première, quand ils se mobilisent, à ce que les usagers se rangent, sauf cas particuliers, en faveur du maintien de l'offre existante. Mais, fréquemment, il peut aussi être remarqué dans le même temps qu'une partie de ces mêmes usagers peut choisir d'aller accoucher dans des maternités plus éloignées du territoire, autres en tout cas que celle défendue localement. L'existence simultanée d'une expression affichant l'attachement à une maternité locale et de « taux de fuite » plus ou moins élevés a ainsi pu être rapportée à la mission dans certains territoires.

[622] Enfin, le rôle, le positionnement et le contenu des messages diffusés par les médias locaux et véhiculés par les réseaux sociaux ont également des conséquences importantes dans l'appréhension par les acteurs des expériences de transformation de l'offre et dans les conditions concrètes de déroulement de celles-ci. Les médias jouent en effet un rôle de relais, de « caisse de résonance » des débats, des inquiétudes éventuelles, des mobilisations et des décisions. Ils permettent la diffusion des positions des élus, des professionnels, des usagers, et contribuent à la médiatisation des enjeux. De leur côté, les réseaux sociaux sont devenus des lieux majeurs de mobilisation, d'expression et, parfois, de polarisation. Ils servent de support à la diffusion de l'informations. En cas de mobilisation, ils constituent un vecteur pour l'organisation d'actions, de pétitions, de partages de témoignages, de relais de messages adressés aux décideurs. Ils peuvent parfois contribuer à amplifier les tensions, les peurs ou les critiques et, dans certains cas, la viralité des messages a pu contribuer à radicaliser les débats, à diffuser des informations anxiogènes, à remettre en cause la légitimité des décisions.

[623] Les ***conditions concrètes de mise en œuvre des opérations de réorganisation de l'offre en matière périnatale, la méthode et le processus, le « modus operandi »*** jouent un rôle essentiel pour la réussite des transformations et dans la survenue éventuelle de difficultés. Des transformations insuffisamment préparées sont logiquement plus compliquées à décliner, comme ont pu l'illustrer l'examen de plusieurs cas concrets rapportés à la mission.

[624] Sans viser à l'exhaustivité, les principaux écueils et les principales difficultés repérés par la mission en termes de méthode peuvent provenir :

- *d'une insuffisante anticipation au niveau local*, le plus en amont possible de leur survenue, des problèmes à venir, des défauts de l'organisation actuelle, des difficultés des acteurs à assumer leur mission et des évolutions à préparer en conséquence.

  Cela conduit bien souvent à devoir réaliser des transformations dans l'urgence, sans préparation, ni diagnostic étayé, sans stratégie préétablie, sans réflexion préalable, en étant placé face au « fait accompli ».

  Certes, tout ne peut pas être anticipé, mais les dynamiques à l'œuvre sur les territoires, les perspectives en termes de quantification des besoins, d'évolution des ressources, des projets de réorganisation propres à certains des acteurs peuvent souvent être davantage anticipées.

  D'après les retours des ARS consultées sur ce point, dans la majorité des cas, les fermetures et réorganisations récentes de l'offre locale auraient été anticipées par des analyses territoriales, des alertes sur la sécurité ou la qualité, ou des suspensions temporaires répétées. Mais il apparaît aussi que de nombreuses fermetures ont été subies ou précipitées, notamment à la suite d'un événement grave. Dans certaines situations, des plans de transformation ont parfois été préparés sur plusieurs années, avec analyse précise des flux, des besoins, des alternatives mais cela n'a pas toujours pu être le cas, loin s'en faut ;

- *d'une concertation avec l'ensemble des parties prenantes insuffisante ou tardive, d'une absence de co-construction et d'une décision en apparence trop exclusivement « descendante »*. Dans les faits, le degré de concertation et de co-construction des nouvelles organisations est apparu d'intensité et de qualité très variables dans les quelques exemples examinés ou rapportés à la mission ;

- *d'un suivi dans la durée et d'une évaluation des transformations après leur mise en œuvre et de leurs effets concrets lacunaires*. L'absence de suivi, de pilotage dans la durée et d'évaluation peut conduire à une démobilisation progressive des acteurs, à des effets non anticipés et rend plus ténue la possibilité d'adoption puis de mise en œuvre de mesures correctrices éventuellement nécessaires.

[625] De façon transversale, au-delà des différentes phases du processus de préparation des évolutions, les difficultés peuvent provenir :

- *de difficultés d'organisation des transformations dans le temps* avec un temps insuffisant pour préparer les transformations ou, *a contrario*, une durée excessive du processus qui peut conduire à l'enlisement ;
- *d'une insuffisante prise en compte des spécificités locales et de décisions par conséquent inadaptées à la réalité, aux besoins et aux enjeux locaux* avec le sentiment que sont « plaquées » sur un territoire des solutions générales inappropriées au regard du contexte local ;
- *d'une sous-estimation des enjeux humains et sociaux*, symboliques ou réels, dans la préparation des nouvelles organisations comme, par exemple, une insuffisante prise en compte des attentes des usagers ou des capacités de réorganisation des professionnels, de la dimension symbolique des transformations envisagées, des risques psycho-sociaux ;
- *d'une communication et d'une information des parties prenantes et du grand public insuffisantes, tardives, floues ou incomplètes*. Sans communication appropriée et régulière, sans transparence et sans pédagogies suffisantes, les projets de réorganisation peuvent être lourdement handicapés, laissant la place à la rumeur, aux fausses informations, à la suspicion, à l'incompréhension, à la peur, au sentiment de manque de considération ;
- *de partenariats insuffisants* entre acteurs, chacun agissant de façon cloisonnée.

[626] Faute de réunir tous ces éléments de méthode, il est apparu que les récentes transformations de l'offre mises en œuvre dans les territoires ont bien souvent été vécues comme des réorganisations imposées, au mieux issues de compromis subis, sans réelle concertation ou prise en compte des spécificités locales plutôt que comme un progrès partagé.

[627] ***Au niveau plus « opérationnel, les acteurs, au premier rang desquels les ARS*** chargées de piloter les transformations lorsqu'elles sont nécessaires, ***pâtissent du manque d'outils et, bien souvent du manque de soutien nécessaire,*** pour mener à bien les opérations de restructuration de l'offre dans les meilleures conditions.

[628] En effet, le sentiment général qui se dégage des échanges de la mission et de l'enquête réalisée auprès des ARS est que l'accompagnement et les outils mis à leur disposition pour piloter et mettre en œuvre les évolutions de l'offre en périnatalité sont peu nombreux et insuffisants sur le fond. Les dispositifs sur les volets techniques ou réglementaires existent mais des limites importantes sont signalées dès qu'il s'agit de gestion du changement, de communication, d'accompagnement RH, de gestion de crise. Sur ce point la mission a pu prendre connaissance d'un document élaboré au niveau de la DGOS qui comporte quelques éléments utiles et intéressants pour mener à bien des opérations de réorganisation mais il ne saurait suffire en l'état actuel. L'absence, par exemple, de doctrine nationale claire et de stratégie partagée pour la

recomposition de l'offre notamment (*cf. supra* les développements du 3.1.1), de référentiels nationaux harmonisés pour guider les transformations, d'appui politique national comme local ou institutionnel (des sociétés savantes par exemple) pour sécuriser et légitimer les transformations quand les difficultés se manifestent, de possibilités d'échanges et de mutualisation des bonnes pratiques voire de possibilités, même limitées, de renfort externe ou interne, d'accompagnement RH, d'outils pour l'ingénierie de projet peut être avancée. En résumé, les acteurs chargés de piloter les transformations, les ARS en premier lieu, ont exprimé le sentiment de se retrouver le plus souvent isolés notamment lorsque les situations deviennent conflictuelles ou médiatisées et face à la complexité des recompositions à bâtir et d'être souvent confrontés à des injonctions contradictoires (organiser les changements mais sans soulever d'oppositions).

3.3.2 Mieux préparer les transformations, mieux accompagner et mieux outiller les acteurs chargés de les piloter

[629] La mission précise, à titre liminaire, que les transformations susceptibles d'intervenir en matière d'offre de soins sont, presque par nature, toujours sensibles et peuvent générer des tensions. En particulier, en matière de périnatalité, les fermetures ou transformations de maternités sont nécessairement vécues localement comme des pertes symboliques (*cf*. le début du 3.3.1) et entrainent souvent des oppositions fortes de la part de nombreux acteurs locaux.

[630] Ces réactions ne représentent évidemment pas, du point de vue de la mission, un problème en soi et sont même tout à fait naturelles et saines dans une démocratie. Les développements qui suivent ne visent donc pas à chercher à limiter les possibilités d'expression de revendications légitimes ou d'opposition tout à fait naturelles mais à éviter celles qui seraient exacerbées en raison de mauvaises pratiques, de manque d'information, de méconnaissance, d'insuffisante association des parties prenantes. Il ne s'agit pas de faire taire les réticences mais, au contraire, de donner aux acteurs locaux les possibilités de prendre position et de dialoguer dans des conditions optimales, à partir de méthodes permettant d'associer chacun et à partir d'éléments et d'informations fiables. Ce faisant, il s'agit aussi de soutenir les acteurs qui ont à piloter les transformations en leur donnant les moyens d'organiser la préparation puis la mise en œuvre de ces évolutions de façon aussi acceptable et efficace que possible.

[631] En résumé, le principal reproche formulé par les citoyens et tous ceux des acteurs qui expriment le sentiment de subir les événements, est ne pas être informés à temps, d'avoir le sentiment que les décisions sont préparées à l'avance et que l'on profite d'un incident pour les mettre en œuvre. Dès lors, la restauration de la confiance suppose une transparence de l'information et une publicité des débats, comme la mission a pu le constater à l'occasion de ses déplacements, à Le Blanc par exemple.

[632] Ces précisions ayant été apportées, la mission recommande, en conséquence du constat dressé dans les développements qui précèdent (3.3.1), que soit conçu puis déployé tout un panel d'outils permettant d'appuyer les acteurs locaux lorsqu'ils ont à organiser des opérations de transformation de l'offre périnatale locale.

[633] Cet ensemble d'outils doit être constitué, notamment :

- de lignes directrices et d'orientations claires émises depuis le niveau national (*cf.* sur ce volet la recommandation 18 présentée dans la partie 3.1) ;
- d'un guide opérationnel national appropriable par les acteurs locaux permettant de planifier la préparation des différentes étapes d'un projet de réorganisation locale et de conduite du changement (en insistant sur les possibilités d'anticipation, les phase de concertation et de co-construction puis celles de suivi et d'évaluation).

  Ce guide devra notamment encourager à la mise en place de toutes les actions permettant d'éviter les écueils présentés en partie 3.3.1 et d'associer le plus efficacement possible l'ensemble des parties prenantes à chacune des phases du projet.

  Il pourra, par exemple, évoquer les modalités d'association de l'ensemble des parties prenantes, la nécessité et les modalités de réalisation de diagnostics partagés, les modalités de préparation et de déploiement de dispositifs alternatifs en cas de fermetures de maternité, de plans de communication, les outils d'accompagnement des patientes pendant les phases de transition et, ensuite, les modalités d'accompagnement des professionnels : reclassement, soutien… Il est précisé que ce guide ne devra pas être conçu comme un ensemble de solutions préétablies à « plaquer » en toutes circonstances et dans tous les territoires mais davantage comme un support, une « boîte à outils ».

  Il conviendra naturellement de pouvoir adapter les solutions envisagées aux réalités locales (démographie, géographie, accès aux soins, ressources humaines, attentes des populations, contraintes sociales et économiques) et à la capacité à s'appuyer sur les ressources existantes (réseaux, PMI, dispositifs innovants…).

  Ce guide pourrait être élaboré au cours de l'année 2026 et préparé dans le cadre de groupes de travail nationaux réunissant les acteurs concernés sous l'égide des directions d'administration centrale du ministère de la santé ;
- d'instances d'échange et de mutualisation entre ARS permettant de faire remonter, sinon en continu au moins à échéances régulières, les bonnes pratiques, les exemples d'opérations conduites avec succès, mais aussi les difficultés rencontrées. Pour cela, des réunions régulières dès 2026, au niveau national, des référents périnatalité pourront constituer une amorce au lancement de ce travail sur un volet opérationnel. Au niveau plus stratégique, la mission recommande que la question de la périnatalité, et avec elle celle des opérations de transformations de l'offre vécues dans les territoires, fassent l'objet de points réguliers à l'occasion des séminaires des directeurs généraux des ARS (organisés en principe sur un rythme mensuel).

  La mission recommande ainsi qu'un point périnatalité soit prévu à l'ordre du jour de ces séminaires au moins une fois par semestre, à partir du début de l'année 2026. Ces échanges, tant au niveau stratégique qu'opérationnel, pourront ponctuellement être élargis à d'autres acteurs nationaux (représentants des collectivités ; Département de France, Association des maires de France ; représentants des « offreurs de soins : fédérations ; représentants des professionnels de santé : ordres professionnels et sociétés savantes ; représentants des usagers…) ;

- d'outils d'analyse et de pilotage préétablis pour l'ensemble des territoires et déclinables ensuite localement : modèles de tableaux de bord, trames de diagnostics territoriaux, possibilité de suivre aisément un panel d'indicateurs déclinés localement (nombre de naissances, taux d'EIG, taux de transferts, activité des CPP, satisfaction des usagers et des professionnels, suivi des accouchements hors établissement, suivi des parcours vulnérable…) ;
- d'outils appropriés de communication : conception de supports d'information « types » à décliner et à adapter localement, possibilité de soutien opérationnel lors des opérations de restructuration de l'offre périnatale locale.

Recommandation n°23 Prévoir au niveau national la mise en place d'un dispositif complet d'accompagnement et de soutien aux ARS comprenant, notamment, des possibilités d'appui national/ d'intervention d'experts externes, la conception d'outils opérationnels utiles au pilotage des projets de transformation (en matière d'indicateurs, de communication, de conduite de projet, de pilotage RH)

[634] Au -delà, il convient de disposer d'une gouvernance locale appropriée en matière de santé publique et associant bien l'ensemble des parties prenantes.

[635] Cette gouvernance doit fonctionner suivant les principes et à partir des instances de démocratie sanitaire existant (CRSA, CTS principalement), selon les modalités présentées dans les recommandations de la partie 3.1.2. Ce fonctionnement selon les principes détaillés plus haut devra permettre aux acteurs de pouvoir anticiper les évolutions auxquelles chaque territoire pourrait avoir à faire face en matière de périnatalité et d'organisation de son offre.

[636] Lorsque la nécessité de mettre en œuvre des réorganisations de l'offre périnatale locale se profile, la mission recommande que cette gouvernance soit désormais systématiquement et spécifiquement aménagée, afin de garantir, en plus de la bonne association de l'ensemble des parties prenantes, la bonne mise en œuvre des principes de concertation, de co-construction et d'évaluation présentés en 3.3.1. Elle préconise ainsi l'installation systématique, lorsque des transformations doivent être conduites, d'instances de pilotage dédiées au niveau local (comités de pilotage par exemple) en veillant à ce qu'ils rassemblent bien les représentants de toutes les parties prenantes.

[637] L'installation d'un comité de pilotage devra en outre s'accompagner de la mise en place d'un processus formalisé de pilotage de la transformation comprenant, notamment :

- un calendrier de travail permettant de planifier les opérations et garantissant les possibilités de concertation ;
- un diagnostic actualisé et partagé de la situation ;
- un plan de communication, permettant de faire œuvre de pédagogie, de communiquer suffisamment tôt, clairement et régulièrement ;
- une définition des modalités d'évaluation en continu les effets de la transformation (indicateurs d'activité, mais aussi de qualité : indicateurs de satisfaction/ ressenti des femmes…) et permettant d'ajuster les actions si besoin.

Recommandation n°24 Lorsque des évolutions structurelles de l'offre (en particulier fermetures de maternité, réorganisations importantes des acteurs…) doivent être envisagées au niveau local, prévoir la mise en place systématique, sous l'égide de l'ARS, d'un comité de pilotage associant l'ensemble des parties prenantes et d'un plan d'action, garantissant concertation, co-construction des solutions, suivi du déploiement et évaluation dans la durée des effets des transformations opérées

Dr Aquilino MORELLE Alexandre PASCAL Marie-Odile SAILLARD

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Exploitation de l'enquête réalisée par la mission auprès des ARS

Annexe 2 L'offre de soins périnatale – Evolution depuis les années 2000 et analyse territoriale en 2023 (annexe produite par le pôle data de l'IGAS)

Annexe 3 Comparaisons internationales et européennes

Annexe 4 Les indicateurs sanitaires en matière de périnatalité : définitions, diversité, intérêts et portée

Annexe 5 La périnatalité dans les cinq départements d'outre-mer

ANNEXE 1 : Exploitation de l'enquête réalisée auprès des ARS

[1] Afin de pouvoir disposer d'une vision aussi exhaustive et précise que possible de la situation de la périnatalité en France, la mission a pensé utile, en plus des déplacements prévus dans plusieurs territoires, d'interroger l'ensemble des Agences régionales de santé (ARS). Pour ce faire, elle a ainsi réalisé une enquête qui, avec le concours du Secrétariat général des ministères sociaux (SG-MAS), a été diffusée dès le début des travaux à toutes les ARS de métropole et d'outre-mer.

[2] Le questionnaire qui a servi de support à la réalisation de cette enquête avait pour objectif, d'une part, de recueillir des éléments sur la situation de la périnatalité dans chaque territoire et sur les modalités d'organisation de l'offre et des différents acteurs ainsi que, d'autre part, d'interroger les ARS sur leurs expériences récentes en matière de transformation de l'offre locale.

[3] Ce questionnaire était structuré en deux parties (une première partie portant sur la « présentation générale de la situation et de l'organisation de l'offre en matière de périnatalité dans la région » et une deuxième partie consacrée à un « retour sur les transformations de l'offre intervenue au cours des dix dernières années dans la région »). Il comportait 30 questions.

[4] Le taux de réponse à cette enquête a été très satisfaisant puisque sur les 18 ARS sollicitées, 15 ont envoyé leur contribution. Sur le fond, les retours ont été très riches et très détaillés et de nombreuses ARS ont communiqué à la mission des documents complémentaires, en plus des réponses au questionnaire. La mission tient donc à remercier chaleureusement chacune des ARS ayant participé pour la qualité et le nombre des informations communiquées, ainsi que le SG-MAS pour sa mobilisation et son appui qui ont contribué au taux de retour élevé.

[5] Les réponses, très volumineuses, obtenues à l'occasion de cette enquête ont été en partie exploitées en recourant à un outil d'intelligence artificielle (IA) qui a permis de dégager, pour chacune des questions, des premiers résultats. La mission a ensuite repris ce travail, question par question, pour l'affiner et bâtir le document de synthèse de l'enquête.

[6] La présente annexe a ainsi pour objet de restituer la synthèse des réponses apportées à l'enquête réalisée.

PARTIE 1 DU QUESTIONNAIRE
Présentation générale de la situation et de l'organisation de l'offre en matière de périnatalité dans la région

Question 1- Comment ont évolué les principaux indicateurs en matière de périnatalité dans chacun des départements de la région au cours des quinze dernières années (nombre de naissances, taux de mortalité infantile, taux de mortalité maternelle, nombre d'EIG en lien avec les activités d'obstétrique et de périnatalité…) ? Quelle analyse peut-on faire de ces évolutions (principaux facteurs explicatifs) ?

1/ Nombre de naissances : une baisse généralisée et marquée

Toutes les régions constatent une baisse importante du nombre de naissances sur la période 2010-2024, souvent comprise entre -15 % et -30 %. Quelques exemples, dans le détail :

- Île-de-France : -14 % entre 2016 et 2024 (de 177 520 à 152 717 accouchements)
- Auvergne-Rhône-Alpes : -17,5 % entre 2009 et 2024
- Bourgogne-Franche-Comté : -31 % entre 2010 et 2024
- Centre-Val de Loire : -21 % entre 2014 et 2023
- Occitanie : -16,1 % en 10 ans
- Hauts-de-France : -23,6 % entre 2014 et 2023
- Bretagne : -24 % à -32 % selon les départements depuis 2006
- PACA : -15 % entre 2015 et 2024
- Normandie : -21 % entre 2014 et 2024
- Pays de la Loire : -23,5 % entre 2014 et 2023
- La Réunion : -21 % entre 2008 et 2024
- Corse : baisse continue, mais chiffres absolus faibles.

Les principaux facteurs avancés pour expliquer la baisse des naissances dans leurs territoires respectifs sont :

- des facteurs démographiques : vieillissement de la population, baisse du nombre de femmes en âge de procréer, retard de l'âge à la maternité ;
- des facteurs économiques et sociaux : conjoncture économique compliquée, précarité économique, aspirations professionnelles/instabilité professionnelle ;
- des facteurs sociétaux : « émancipation » des femmes, évolution du couple…

2/ Taux de mortalité infantile : stabilité ou légère hausse selon les régions, constat de réelles disparités territoriales

Dans l'ensemble : les taux sont plutôt stables dans la plupart des régions, mais certains sont marqués par une hausse (notamment en Île-de-France, en Seine-Saint-Denis, dans certains DOM). Il est constaté une vraie « surmortalité infantile » dans certains DOM et dans certains quartiers défavorisés en métropole.

Quelques illustrations dans le détail :

- PACA : 3,2 ‰ (2004-2022), inférieur à la moyenne nationale
- ARA : 3,2 ‰ (2009-2023), stable
- BFC : 3,6 ‰, mais disparités (jusqu'à 4,9 ‰ dans le Territoire de Belfort)
- IDF : hausse préoccupante en Seine-Saint-Denis (6,0 ‰ en 2023, 7,7 ‰ à Saint-Denis)
- HDF : en baisse, avec un taux désormais inférieur à la moyenne nationale (3,47 ‰)
- La Réunion : 6,8 ‰, stable mais taux supérieur à celui de la métropole
- Corse : 3,0 à 3,5 ‰ selon les départements
- Bretagne : 3,2 ‰, inférieure à la moyenne nationale

Principaux facteurs avancés pour tenter d'expliquer ces évolutions :

- Facteurs sanitaires : pathologies maternelles, vulnérabilités psychosociales
- Facteurs économiques et sociaux : précarité sociale
- Conditions d'accès aux soins : organisation du système de soins, qualité du suivi prénatal, disparités d'accès selon les territoires
- Effet volume dans les départements à faible natalité (taux très variables d'une année à l'autre dans ces territoires : « effet numérateur »).

3/ Taux de mortalité maternelle : il reste contenu mais constat de disparités territoriales

Le taux national est compris entre 8 et 12 décès pour 100 000 naissances vivantes.

Les évolutions régionales se caractérisent par une stabilité ou une légère hausse dans certaines régions, mais les chiffres restent contenus. Les variations sont donc peu significatives d'une année à l'autre. Constat toutefois d'une surmortalité maternelle dans certains territoires (IDF, PACA, DOM).

Quelques exemples de données régionales :

- Centre-Val de Loire : 7,5 à 11,3/100 000 (2016-2018).
- IDF : 12,9/100 000 (2016-2018), 2ème taux le plus élevé de France métropolitaine.
- PACA : 14,4/100 000 (2016-2018), taux élevé.
- Corse : 11,4/100 000 (2013-2015).

Principaux facteurs de ces évolutions selon les analyses remontées :

- L'âge des femmes au moment de la maternité a augmenté (ce qui est synonyme de risques plus élevés, pour les mères comme pour leurs enfants) ;
- Augmentation du nombre des naissances multiples (ce qui est, là encore, synonyme de risques plus élevés, pour les mères comme pour leurs enfants) ;
- Dégradation de l'état de santé des femmes : obésité, diabète gestationnel…
- Effet de certains facteurs économiques et sociaux : augmentation de la précarité et des « vulnérabilités sociales »

A noter : les retours indiquent un sentiment d'amélioration du suivi des hémorragies du post-partum mais la nécessité de demeurer vigilants sur les causes évitables.

4/ Événements indésirables graves (EIG) : constat d'une tendance à la hausse des déclarations, significatif, selon les répondants d'une « culture qualité » qui progresse

La tendance nationale est à l'augmentation du nombre des EIG déclarés (+50 à +100 % en 5 ans dans certaines régions).

Quelques exemples régionaux :

- PACA : 94 EIGs déclarés entre 2017 et 2024.
- ARA : 81 EIGs en 2024 contre 20 en 2019.
- CVL : 55 EIGs entre 2017 et 2024.
- OCC : 61 EIGs sur 5 ans.
- BFC : 43 EIGs entre 2018 et 2025.
- IDF : 13 EIGs en 2021, 61 en 2023, 69 en 2024.

A noter toutefois d'après les réponses : une sous-déclaration probable des EIGs persistante dans certains territoires, notamment pour les petits établissements.

Sur les EIGs, les principaux commentaires indiquent que :

- la hausse du nombre des déclarations reflète, selon elles, une meilleure culture de la déclaration et de la sécurité des soins mais pas nécessairement une augmentation réelle du nombre/de la fréquence des événements. Le déploiement des dispositifs de signalement, l'implication des réseaux de périnatalité, une meilleure prise en compte des exigences de la HAS contribuent à ce mouvement ;
- la meilleure sensibilisation des équipes, la formation, une meilleure analyse des revues de morbi-mortalité contribuent aussi probablement aux tendances observées sur les déclarations d'EIGs.

5/ Analyse transversale de la situation

Les différentes évolutions constatées s'expliquent principalement par :

- des facteurs démographiques et sociaux : vieillissement de la population, baisse du nombre de femmes en âge de procréer, vieillissement de l'âge de la maternité pour les femmes, augmentation de la précarité dans certains territoires, migrations internes…

- des facteurs organisationnels :
  - tendance à la concentration de l'offre sur les grands centres urbains ;
  - des difficultés de recrutement de professionnels de santé intervenant en matière de périnatalité (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes, sages-femmes), recours accru à l'intérim ;
  - des Inégalités territoriales d'accès aux soins, notamment en zones rurales ou dans les quartiers défavorisés ;
  - un cadre réglementaire jugé obsolète (décrets de 1998) : expression d'attentes concernant leur révision ;

  - une pression sur la rentabilité des petites maternités avec des seuils d'activité (souvent autour de 1 500 naissances/an) de plus en plus élevés pour garantir l'équilibre financier de l'activité.

- des facteurs plus sanitaires :
  - augmentation de l'âge maternel, comorbidités, obésité, diabète, addictions…
  - amélioration du suivi prénatal et postnatal mais constat de disparités selon les territoires
  - des progrès dans la prise en charge des grossesses à risque, mais vigilance sur la qualité du suivi et la coordination ville-hôpital (des retours sur l'existence encore de « marges » pour améliorer la détection, l'orientation et la prise en charge de certaines grossesses à risque).

6/ Points de vigilance et perspectives

- Des disparités territoriales persistantes : certains départements cumulent précarité, faible densité médicale, difficultés d'accès aux soins, et indicateurs dégradés (notamment Seine-Saint-Denis, sud Centre-Val de Loire, certains DOM, des zones rurales de plusieurs régions…).

- Fragilité des ressources humaines : tensions majeures sur les effectifs médicaux et paramédicaux, difficultés de recrutement et de fidélisation, recours à l'intérim, vieillissement des professionnels.

- Effet des restructurations : la fermeture de maternités de proximité, si elle améliore la sécurité des soins selon l'enquête, pose des questions d'accessibilité, de sentiment d'abandon territorial, et de charge sur les établissements restants.

- Culture qualité et sécurité : des progrès notables constatés dans la déclaration et l'analyse des EIGs, mais il demeure encore des marges d'amélioration (sur l'exhaustivité des déclarations notamment).

- Nécessité d'une révision du cadre réglementaire : consensus sur l'obsolescence des décrets de 1998, besoin d'intégrer les nouveaux enjeux (santé mentale, « 1 000 premiers jours », prévention, coordination…).

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 1 :

- **Constat d'une baisse généralisée du nombre des naissances, apparemment aggravée en zones rurales et précaires.**

- **Stabilité ou légère hausse de la mortalité infantile selon les régions**, avec des disparités territoriales marquées.

- **Des taux de mortalité maternelle qui restent contenus mais une nécessaire vigilance sur certains territoires**.

- **Une tendance à la hausse des EIGs déclarés**, interprétée principalement comme la marque d'une meilleure culture qualité.

- **Des facteurs explicatifs multiples à l'origine de ces différents évolutions :** : évolutions démographiques, augmentation dans certains territoires du niveau de précarité, conditions d'accès aux soins, organisation du système, tensions RH, cadre réglementaire obsolète.

- **Un consensus sur la nécessité d'une réforme structurelle** du cadre réglementaire, d'un renforcement de la prévention, de la coordination et de l'attractivité des métiers.

Question 2- Comment est actuellement organisée l'offre régionale en matière de périnatalité ? En particulier, donner le nombre, la répartition et les principales caractéristiques des maternités de la région (compléter pour cela le tableau proposé en insérant autant de lignes qu'il y a de maternités), donner la liste des éventuelles maisons de naissance, donner la liste des éventuels centres périnatals de proximité (CPP) et des différentes structures composant cette offre dans la région.

1/ Tableau synthétique des réponses par région

Région	Maternités	CPP	Maisons de naissance	Principales particularités mentionnées
Ile-de-France	74 en 2025 (79 en 2021)	1 (Dourdan, Essonne)	1 (maison de naissance « CALM » à Paris 12)	Forte concentration à Paris et en petite couronne. Offre très dense à Paris, disparités en grande couronne. Rôle central de l'AP-HP. Réseau de 11 DSRP (réseaux thématiques et territoriaux). Cellule régionale de régulation des transferts 24/7
Auvergne-Rhône-Alpes	56 en 2025 (6 de niveau 3, 9 de niveau 2B, 19 de niveau 2A, 22 de niveau 1)	18 répartis sur tout le territoire (Privas, Die, Ambert…)	2 (Bourgoin-Jallieu, Grenoble)	Maillage dense, y compris en zones de montagne/enclavées. 5 réseaux territoriaux. Cellule régionale des transferts périnataux (CRTPARA) 24/7, Gradation des soins Soutien des CHU aux établissements fragiles.
Bourgogne-Franche-Comté	18 autorisées en 2024	13 répartis dans les zones rurales et ex-maternités	Projet porté par le Cu de Dijon	Maillage territorial, mais forte fragilité des petites structures. Dispositif régional de coordination, équipes territoriales. Soutien des CHU Dispositifs d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM).
Centre-Val de Loire	18 (2 de niveau 3, 4 de niveau 2B, 4 de niveau 2A, 8 de niveau 1)	7 (dans les départements ayant connu des fermetures de maternités)	Projet (à Tours)	2 départements sur 6 ont une maternité de niveau 3 et 4 sur 6 ont une maternité de niveau 2B. 2 CHU Réseau régional porté par le CHU de Tours, coordination avec HAD, Dispositifs d'hébergement Suivi des enfants vulnérables

Provence-Alpes-Côte d'Azur	35 en 2024 (3 de niveau 3, 6 de niveau 2B, 11 de niveau 2A, 15 de niveau 1)	5 (Embrun, Menton, La Seyne, Apt, Valréas)	1 (La Casa de Naissance à Aubagne)	Répartition des maternités par statut : 27 publiques, 2 ESPIC, 6 privées. Cellule régulation PACA/Corse H24. Conventions D3P avec PMI. Staff médico-psycho-sociaux. PRS avec axes forts sur la sécurité et la gradation
Occitanie	Non précisé dans l'enquête	Oui, rôle important dans les territoires fragiles	A priori non	Maillage équilibré, présence de maternités en zone rurale. Gradation des soins. Réseau régional. Cellule de transferts. Staff médico-psycho-sociaux. Dispositifs de coordination ville-hôpital
Bretagne	22 (4 de niveau 3, 2 de niveau 2B, 10 niveau 2A, 6 de niveau 1)	8	Pas de maison de naissance au sens légal, mais filières physiologiques dans certaines maternités	1 niveau 3 par département. Réseau régional unique. Staff médico-psycho-sociaux. Cellule régionale de transferts, Démarche IHAB. Engagement santé-environnement
Normandie	23 (4 de niveau 3, 3 de niveau 2B, 8 de niveau 2A, 8 de niveau 1)	13 (plus 5 consultations avancées de gynécologie-obstétrique)	Un projet (à Rouen)	5 consultations avancées de GO. Cellule de régulation. Staff médico-psycho-sociaux. Conventions avec PMI. Staff de coordination. Staff de suivi des EIG
Pays de la Loire	22	2 (Montaigu, Luçon)	Non	Réseau Sécurité Naissance. Staff médico-psycho-sociaux. Dispositifs d'hébergement. Coordination avec HAD. Staff de coordination régionale.
Hauts-de-France	Non précisé dans l'enquête	8 (tous dans l'ex-Picardie)	Projet (à Tourcoing)	Maillage cohérent. Maternités de tous niveaux.

				Animation territoriale. Staff médico-psycho-sociaux. Cellule de régulation régionale. Staff de coordination. Staff de suivi des EIG
Nouvelle-Aquitaine	Non précisé dans l'enquête	Présents, rôle important dans les territoires fragiles.	Non	Présence de maternités de tous niveaux. Présence de maternités en zones rurales. Réseau régional. Staff médico-psycho-sociaux. Dispositifs de coordination ville-hôpital
Grand Est	Non précisé dans l'enquête	Présents, rôle important dans les territoires fragiles	Non	Présence de maternités de tous niveaux. Présence de maternité en zones rurales Réseau régional. Staff médico-psycho-sociaux, Dispositifs de coordination ville-hôpital
Corse	3 (Ajaccio, Bastia, Porto-Vecchio)	Non	Non	Statut des maternités : 2 publiques (Ajaccio, Bastia), 1 privée (Porto-Vecchio). Isolement Coordination régionale avec PACA. Staff médico-psycho-sociaux. Conventions avec PMI. Staff de coordination. Staff de suivi des EIG
La Réunion	7 (2 de niveau 3 (CHU Nord et Sud), 1 de niveau 2B, 2 de niveau 2A, 2 de niveau 1)	Non	1 (MaNaO à Saint-Paul)	MDN MaNaO. Staff médico-psycho-sociaux. Staff de coordination régionale, staff de suivi des EIG.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 2 :

- **Maillage territorial :** toutes les régions maintiennent un maillage de maternités de niveaux variés, avec une tendance à la concentration sur les grands centres urbains et la transformation des petites maternités en CPP.

- **Centres périnatals de proximité (CPP) :** ils sont présents dans toutes les régions ayant connu des fermetures de maternités, ils assurent le suivi prénatal et postnatal, la prévention, et régulièrement des consultations de gynécologie.

- **Maisons de naissance :** elles sont encore peu nombreuses, mais en développement (par exemple : Bourgoin-Jallieu, Grenoble, Aubagne, Paris, Saint-Paul, projets signalés à Tours et Dijon).

- **Dispositifs de coordination :** La coordination est assurée par les réseaux régionaux de périnatalité, les cellules de régulation des transferts, la HAD ante et post-partum…

- **Quelques spécificités régionales notables :**
  - **Île-de-France :** offre très dense, disparités territoriales, rôle central de l'AP-HP
  - **Corse, La Réunion :** organisation spécifique des transferts et coopération interrégionale compte tenu de l'isolement géographique
  - **Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Bretagne, Normandie :** Importance des CPP, adaptation à la ruralité et à la baisse démographique.

Question 3- Comment qualifieriez-vous la cohérence/l'adéquation entre le niveau des autorisations de maternités et le niveau d'activité effectivement réalisé ? Disposez-vous à l'ARS d'un suivi sur ce point et, si oui, comment est-il organisé (en continu, à l'occasion des EIG, par le service inspection/contrôle…) ? Disposez-vous d'éléments relatifs au transfert des patients entre maternités (vers les maternités de niveau 3 en particulier) et, si oui, ces transferts paraissent-ils toujours adéquats ?

1/ Cohérence entre autorisations et activité réelle

S'agissant des tendances générales, la plupart des régions jugent que la cohérence globale entre le niveau d'autorisation des maternités (niveaux 1, 2A, 2B, 3) et le niveau d'activité réellement constaté est satisfaisante. Mais il peut être relevé quelques exceptions et des fragilités croissantes.

Les principaux points de vigilance relevés concernent les aspects suivants :

- les maternités de niveau 3 (CHU, grands centres urbains) concentrent une part croissante des accouchements (parfois plus du tiers des naissances régionales) ;
- les maternités de niveau 1 et 2A, surtout en zones rurales ou enclavées, voient leur activité baisser, parfois sous les seuils réglementaires de 300 (souvent moins de 500 accouchements par an) ;
- certaines maternités de niveau 1 conservent leur autorisation malgré une activité faible, pour des raisons d'accessibilité territoriale (zones de montagne, territoires enclavés, isolement insulaire…) ;
- les maternités privées à but lucratif sont particulièrement fragilisées par la baisse d'activité et les difficultés de recrutement.

2/ Modalités de suivi de l'activité périnatale par les ARS

Toutes les ARS disent opérer un suivi régulier et structuré de l'activité des maternités mais organisé selon des modalités et canaux variables :

- ***via les données d'activité*** : PMSI, ATIH, SAE, tableaux de bord régionaux, rapports annuels, indicateurs de taux d'occupation, nombre d'accouchements, taux de césariennes… ;
- ***via les Inspection/contrôle*** : visites de conformité, inspections ciblées en cas d'EIG ou de signalement, suivi des autorisations, renouvellements, audits qualité ;
- **via les déclarations d'EIGs** : les EIGs sont un signal d'alerte pour les ARS, qui peuvent déclencher des inspections ou des réorganisations ;
- ***via les* cellules de régulation** : cellules régionales de transferts périnataux (fonctionnant souvent 24/7), staffs médico-psycho-sociaux (SMPS), réseaux régionaux de périnatalité… ;
- ***via la concertation avec les acteurs*** : échanges réguliers avec les établissements, réunions de suivi, animation territoriale, réunions de coordination, implication des réseaux de périnatalité…

3/ Retours sur les modalités d'organisation des transferts entre maternités

Concernant l'organisation des transferts, les retours révèlent que toutes les régions disposent d'une « cellule de régulation des transferts » (qu'il s'agisse de transferts *in utero*, de transferts néonataux/postnataux), souvent mutualisée avec les SAMU ou les réseaux de périnatalité. A noter : il ressort de l'enquête que certaines régions ont mis en place une « charte régionale des

transferts » (Normandie par exemple) et que d'autres ont lancé un travail d'harmonisation des pratiques sur ce sujet.

Les répondants considèrent que les transferts vers les maternités de niveau 3 sont globalement bien organisés, mais plusieurs régions relèvent des difficultés :

- ***saturation des niveaux 3 dans les grandes métropoles*** (exemples : CHU de Nantes, Lyon, Paris, Lille, Marseille, Toulouse…) ;
- ***les transferts interviennent parfois de façon trop tardive ou ne sont pas « optimaux »***, notamment pour les nouveau-nés prématurés ou à risque, ou pour des raisons de « maintien d'activité dans les petites maternités » ;
- ***il* existe parfois des problèmes logistiques** : manque de SMUR néonatal, difficultés de transport, manque de lits de réanimation néonatale, organisation de « re-transferts » vers les niveaux inférieurs ;
- ***certains transferts seraient sans doute évitables*** : certaines cellules identifient 10 à 15 % de transferts comme étant évitables (à titre d'illustration : en ile-de6france, la part de transferts évitables est évaluée à 14 %).

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 3 :

- ***Principaux constats*** :
  - la cohérence entre autorisations et activité est globalement maintenue, mais de plus en plus fragile dans les petites maternités ;
  - d'après les retours, le suivi par les ARS serait régulier et structuré, avec des outils variés selon les régions (PMSI, inspection, cellules de régulation…) ;
  - les transferts sont bien organisés, mais la saturation des maternités de niveau 3, les difficultés logistiques et la pertinence des transferts restent des enjeux majeurs ;
  - l'harmonisation régionale, la révision du cadre réglementaire et le soutien aux maternités fragiles sont des priorités partagées.

- ***Principales difficultés remontées*** :
  - ***la baisse d'activité dans les petites maternités***, seuils réglementaires parfois non atteints ;
  - ***les tensions RH,*** difficultés de recrutement, recours à l'intérim ;
  - ***la tendance à la saturation des maternités de niveau 3*** et le manque de lits de réanimation néonatale ;
  - ***l'existence de problèmes logistiques de transport,*** notamment en zones rurales, montagneuses ou insulaires ;
  - ***l'hétérogénéité des pratiques de transfert,*** besoin d'harmonisation régionale.

- ***Recommandations et perspectives*** :
  - ***Renforcer la coordination régionale***, harmoniser les chartes de transfert ;
  - ***Adapter le maillage territorial*** à la démographie et à la géographie ;
  - ***Soutenir les maternités fragiles*** ou organiser leur transformation en CPP ;

- ***Développer des outils de suivi*** dynamiques et partagés (tableaux de bord, indicateurs, staff de coordination) ;
- ***Réviser le cadre réglementaire*** pour mieux intégrer la réalité des territoires et des parcours de soins.

Q4- Quelles sont les principales caractéristiques de l'offre régionale en matière de suivi et d'accompagnement des femmes du début de leur grossesse à l'accouchement ?

1/ Organisation générale du suivi de la grossesse

Dans toutes les régions, le suivi de grossesse commence dès la déclaration de grossesse, avec un accompagnement qui peut être assuré en ville (par les sages-femmes libérales, les médecins généralistes ou les gynécologues) ou à l'hôpital/ à la maternité.

L'entretien prénatal précoce (EPP) est systématiquement proposé, avec une progression du taux de réalisation ces dernières années (souvent entre 45 % et 75 % selon les régions), mais loin d'être exhaustif donc.

D'après les retours, les femmes sont orientées de façon globalement cohérente vers les professionnels et les structures adaptés à leur niveau de risque (grossesse physiologique ou pathologique), avec une gradation des parcours (niveau 1 à 3).

2/ Dispositifs et outils spécifiques à cette phase du parcours périnatal

L'Entretien prénatal précoce (EPP) est devenu un axe fort de la politique des « 1 000 premiers jours » ; il permet de repérer précocement les besoins, les vulnérabilités, et d'orienter vers les dispositifs adaptés.

Les Staffs médico-psycho-sociaux (SMPS) sont déployés dans la plupart des régions d'après les retours. Ils permettent une prise en charge pluridisciplinaire des situations complexes (vulnérabilités sociales, addictions, violences, santé mentale…).

Pour fluidifier le parcours coordonnés ville-hôpital, les réponses signalent le développement de la télémédecine, de la télé-expertise, de la messagerie sécurisée, de dossiers partagés (mais encore très inégalement déployés).

Des actions de prévention et d'éducation sont mises en œuvre dans toutes les régions : ateliers collectifs, actions de soutien à la parentalité, prévention des risques environnementaux, promotion de la santé mentale, accompagnement des femmes en situation de précarité…

3/ Innovations et spécificités régionales

Parmi les principales spécificités régionales/innovations remontées, la mission retient :

- **les maisons de naissance :** peu nombreuses mais en développement (exemples rapportés : Bourgoin-Jallieu, Grenoble, Aubagne, Paris, Saint-Paul, projets à Tours et Dijon) ;

- **le développement de « filières physiologiques » et de « salles natures » :** certaines maternités proposent des filières physiologiques ou des plateaux techniques accessibles aux sages-femmes libérales ;
- **l'hospitalisation à domicile (HAD) ante et post-partum :** mentionnée par plusieurs régions, la HAD permet un suivi renforcé à domicile pour les grossesses à risque ou les suites de couches complexes ;

- **le développement de dispositifs spécifiques pour les femmes vulnérables :** unités d'accompagnement personnalisées (UAP), parcours spécifiques pour les femmes en situation d'obésité, dispositifs d'accompagnement renforcé à domicile (ex : PANJO en Bretagne, UAP en IDF, dispositifs d'accompagnement en Bourgogne-Franche-Comté…).

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 4 :

- ***Les dispositifs de suivi prévus pour accompagner et suivre les femmes durant leur grossesse*** sont logiquement présents et déployés dans toutes les régions partout mais des marges de progression demeurent concernant certains dispositifs (EPP et actions de prévention par exemple).

- **Les dispositifs d'accompagnement des femmes vulnérables** existent mais leur déploiement et leur efficacité varient selon les régions et les moyens disponibles.

- **Les dispositifs de coordination ville-hôpital se développent** pour le suivi des grossesses**, mais restent inégaux et perfectibles** dans de nombreux territoires (absence de dossier obstétrical partagé, difficultés de transmission d'information, manque de lisibilité du parcours pour les patientes…).

- **Les innovations (**maisons de naissance, HAD, staff médico-psycho-sociaux, parcours spécifiques) **se multiplient, mais les fragilités en termes de ressources humaines** (sages-femmes, PMI, médecins), *turn-over*, recours à l'intérim…) posent problème pour une prise en charge optimale des femmes enceintes .**et les inégalités territoriales persistent** (l'accès au suivi reste plus difficile en zones rurales, montagneuses, insulaires ou dans les quartiers défavorisés).

Question 5- Quelles sont les principales caractéristiques de l'offre régionale en matière de suivi des femmes et de leurs enfants de l'accouchement à la fin de la 1ère année de l'enfant (PMI, sages-femmes, pédiatres…) ?

1/ Organisation générale du suivi postnatal mère-enfant

Le suivi postnatal comprend :

- **le suivi postnatal immédiat :** en principe, après l'accouchement, les femmes bénéficient d'un suivi médical à la maternité (3 à 5 jours selon la voie d'accouchement), puis d'un accompagnement à domicile ou en consultation externe qui passe principalement par :
    - des visites à domicile par des sages-femmes libérales ou hospitalières, éventuellement dans le cadre du dispositif « PRADO maternité (quand il existe) ou sur prescription médicale ;
    - un entretien postnatal précoce (EPNP) : de plus en plus systématique, mais dont le taux de réalisation est encore variable selon les régions (souvent <50 %).
- **Le suivi médical de l'enfant** qui se compose, en principe :
    - dépistage néonatal (audition, maladies rares, etc.) réalisé à la maternité ou à domicile ;
    - de consultations obligatoires chez le pédiatre ou le médecin généraliste (calendrier de la petite enfance) ;
    - de vaccinations (selon le calendrier vaccinal) ;
    - de visites à domicile par des puéricultrices de PMI ou des sages-femmes, selon les situations.

2/ Acteurs impliqués dans ce suivi postnatal et coordination

Les acteurs en principe mobilisés sur la période post-natale sont :

- ***les sages-femmes***. Elles jouent un rôle central dans le suivi postnatal : visites à domicile, soutien à l'allaitement, rééducation périnéale, accompagnement psychologique, repérage des vulnérabilités, relais avec la PMI… Leur densité varie fortement selon les territoires (zones rurales et certains départements sous-dotés) ;
- ***les PMI***. Elles interviennent surtout auprès des familles vulnérables, proposent des consultations médicales, des visites à domicile, du soutien à la parentalité, du dépistage précoce, de la prévention. Leur organisation et leur degré d'implication sur cette phase du suivi postnatal, d'après les retours, varient selon les départements. Les PMI sont souvent confrontées à des difficultés de recrutement, à des fragilités RH. Certaines ont parfois tendance à recentrer leur intervention sur la protection de l'enfance.

- ***les pédiatres et les médecins généralistes***. Ils assurent le suivi médical de l'enfant (consultations obligatoires, dépistages, vaccinations …). La densité de pédiatres est très variable selon les territoires : absence de pédiatres en ville dans de nombreux territoires se traduisant par un recours accru aux généralistes ;

- ***les puéricultrices***. Elles interviennent en PMI, à l'hôpital, parfois en HAD ou en libéral. Les répondants insistent sur le rôle clé de leur intervention dans le suivi des enfants vulnérables, l'accompagnement à domicile ou encore la prévention.

3/ Dispositifs et outils spécifiques mis en œuvre pour accompagner/organiser le suivi postnatal

- ***le « PRADO maternité »*** est mentionné par de nombreuses réponses. Dispositif d'accompagnement au retour à domicile, organisé par l'Assurance maladie, avec intervention de sages-femmes libérales, il a été mis en place au début des années 2010. Il est présent dans la plupart des régions mais en retrait depuis la crise COVID ;

- ***l'hospitalisation à domicile (HAD) post-partum.*** Mentionnée par plusieurs régions, elle permet un suivi renforcé à domicile pour les suites de couches complexes ou les enfants vulnérables.

- ***des dispositifs innovants ont parfois pu être développés localement*** tels, par exemple :

    - le programmes d'accompagnement renforcé à domicile (ex : PANJO en Bretagne, UAP en IDF, dispositifs d'accompagnement en Bourgogne-Franche-Comté…) ;

    - les Unités d'accompagnement personnalisées (UAP) pour les femmes vulnérables (Ile-de-France, 93, 95…) ;

    - les « staffs médico-psycho-sociaux » pour les situations complexes (vulnérabilités sociales, santé mentale, addictions…).

- ***les réseaux régionaux de suivi des enfants vulnérables*** **:** ils interviennent dans le suivi pluriannuel des enfants à risque (prématurés, pathologies lourdes, troubles du neurodéveloppement…), coordination entre maternités, PMI, libéraux, HAD…

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 5 :

- ***le suivi postnatal mère-enfant repose sur*** un maillage de sages-femmes, PMI, pédiatres, puéricultrices, avec des dispositifs d'accompagnement à domicile, de prévention et de soutien à la parentalité ;

- ***des dispositifs « innovants »*** (HAD, UAP, staff médico-psycho-sociaux, programmes d'accompagnement renforcé) se développent, mais la fragilité RH et les inégalités territoriales persistent ;

- la ***coordination ville-hôpital et la systématisation du suivi postnatal*** restent des enjeux majeurs pour garantir l'équité et la qualité des parcours ;

- ***les principaux enjeux et points de vigilance*** concernant le suivi post natal concernent :

    - les Inégalités territoriales (accès plus difficile au suivi postnatal en zones rurales, montagneuses, insulaires ou quartiers défavorisés… ;

    - les fragilités en termes de ressources humaines (sages-femmes, PMI, pédiatres, puéricultrices) ;

    - la coordination ville-hôpital : encore perfectible dans de nombreux territoires (absence de dossier partagé, difficultés de transmission d'information, manque de lisibilité du parcours pour les familles…) ;

    - la prise en charge des vulnérabilités : les dispositifs existent mais leur déploiement et leur efficacité sont variables selon les régions et les moyens disponibles. Il y a des difficultés à systématiser les visites à domicile, l'EPNP, le suivi psychologique et social ;

    - le soutien à la parentalité et la prévention (ateliers collectifs, actions de soutien à la parentalité, prévention des risques environnementaux, promotion de la santé mentale, accompagnement des familles en situation de précarité.

Question 6- Quelle est la place des questions de périnatalité dans les projets des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des contrats locaux de santé (CLS) de la région ? Des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) de la région ont-ils eu des démarches notables (passées ou en cours) de structuration de parcours de périnatalité ? Plus largement, existe-t-il des dispositifs de coordination du lien ville-hôpital propres au champ de la périnatalité ?

1/ Place de la périnatalité dans les CPTS et dans les CLS

La présence des questions de périnatalité dans les projets des CPTS varie selon les régions :

- ***dans certaines régions (par exemple IDF, OCC, PACA, HDF, CVL, BRE…), de nombreuses CPTS intègrent le sujet de la périnatalité dans leurs projets***, mais souvent sous l'angle de la parentalité, de la prévention, de la santé sexuelle, de l'accompagnement des « 1 000 premiers jours » ou de la lutte contre les violences faites aux femmes. Parmi les exemples d'actions relayés par les réponses, la mission retient : les ateliers parentalité, les "cafés poussettes", l'orientation systématique vers une sage-femme dès la déclaration de grossesse, la prévention des IST, les actions de sensibilisation et de formation des professionnels à la détection des vulnérabilités, des actions de soutien à l'allaitement, etc ;

- ***dans d'autres régions (BFC, AURA, PDL…), la périnatalité semble moins présente dans les projets*** des CPTS, ou abordée de façon plus indirecte (santé de la femme, petite enfance, parentalité…).

Dans les CLS, il y a moins de projets explicitement dédiés à la périnatalité. La thématique est cependant régulièrement abordée, au moins indirectement, via les questions de parentalité, de santé de l'enfant, de prévention des risques environnementaux, de santé mentale, ou la lutte contre la précarité. Quelques CLS mettent en place des actions spécifiques : ateliers "1000 jours", prévention des perturbateurs endocriniens, soutien à la parentalité, accompagnement des familles vulnérables, etc… A noter : les CLS constituent parfois un levier pour la coordination d'actions locales, mais la structuration d'un parcours périnatal dédié reste rare.

2/ Démarches des GHT en matière de périnatalité

Dans la majorité des régions, les GHT ont intégré la périnatalité dans leurs projets médicaux partagés (PMP) ou leurs « axes stratégiques », pour mieux structurer les parcours, souvent sous la forme de "filières mère-enfant", de "filières gynéco-obstétrique" ou encore de "filières petite enfance" (les répondants donnent quelques exemples d'objectifs : harmonisation des pratiques, mutualisation des ressources, sécurisation des parcours, développement de l'HAD ante et post-partum, structuration de staff médico-psycho-sociaux, prévention des dépressions périnatales, soutien à la parentalité…).

Certains GHT ont mis en place des pôles inter-établissements ou des fédérations médicales hospitalières pour la périnatalité, permettant un soutien organisationnel et RH aux maternités fragiles.

Parmi les actions concrètes mises en œuvre, il est relevé :

- la création de cellules de crise, de procédures de coopération inter-établissements, de réunions de coordination, de staffs médico-psycho-sociaux, de protocoles de transfert, de groupes de travail sur la santé mentale périnatale… ;
- le développement de parcours spécifiques pour les femmes vulnérables, les situations d'obésité, les grossesses à risque…

3/ Dispositifs de coordination ville-hôpital en périnatalité

Les répondants évoquent principalement sur ce point :

- les ***réseaux régionaux de périnatalité*** qui jouent un rôle central dans la coordination des parcours, la formation, la diffusion de protocoles, l'animation de SMPS, la gestion des situations complexes, la promotion de la qualité et la gestion des EIGs. Ces réseaux animent également des équipes pluridisciplinaires, aident au soutien à la parentalité, et interviennent dans l'accompagnement des familles vulnérables ;

- les ***cellules de régulation des transferts.*** Présentes dans toutes les régions, souvent mutualisées avec les SAMU et/ou les réseaux de périnatalité, elles assurent la gestion des transferts *in utero*, néonataux et postnataux, la fluidité des parcours et la sécurité des prises en charge ;

- l'existence de d***ispositifs « innovants »*** **:**
  - développement de la télémédecine, de la télé-expertise, de la messagerie sécurisée, de dossiers partagés (mais encore très inégalement déployés) ;
  - dispositifs d'accompagnement renforcé à domicile (HAD, PANJO, UAP, etc.), staffs médico-psycho-sociaux, unités d'accompagnement personnalisées, parcours spécifiques pour les femmes vulnérables.

- ***la coordination avec la PMI, les acteurs sociaux et, plus généralement, les collectivités territoriales*** pour la prise en charge globale des familles, la prévention, le soutien à la parentalité, la lutte contre les vulnérabilités.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 6 :

- **La périnatalité est de plus en plus fréquemment présente dans les projets des CPTS et CLS** (davantage dans les CPTS que dans les CLS) ***mais sa place reste encore modeste.*** Elle est en outre abordée sous l'angle plus global et/ou indirect de la parentalité, de la prévention, de la santé de l'enfant ou de la lutte contre les vulnérabilités.

- **Les GHT tentent de structurer des parcours mère-enfant**, de mutualiser les ressources, d'harmoniser les pratiques et de développer des staffs médico-psycho-sociaux.

- **La coordination ville-hôpital s'appuie sur les réseaux régionaux de périnatalité, les cellules de régulation des transferts, les staffs pluridisciplinaires et des dispositifs innovants** (HAD, UAP, staff SMPS…).

- **Des disparités territoriales et des fragilités RH persistent**, la coordination et la lisibilité des parcours restent des enjeux majeurs.

- Les ***principaux enjeux et points de vigilance*** concernent :

    - **l'hétérogénéité entre territoires** (fortes disparités concernant l'intégration de la périnatalité dans les CPTS et CLS selon les régions et les territoires et une coordination ville-hôpital encore perfectible, notamment en zones rurales, de montagne, insulaires ou dans les quartiers défavorisés ;

    - **la fragilité des ressources humaines :** là encore effet important des difficultés de recrutement, fragilité des PMI, manque de pédiatres et de sages-femmes dans certains territoires ;

    - **le manque de lisibilité des parcours** (absence de dossier partagé, difficultés de transmission d'information, manque de lisibilité du parcours pour les familles).

Q7- Comment qualifieriez-vous la situation RH des professionnels de santé (gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes réanimateurs, infirmières puéricultrices…) intervenant en matière de périnatalité dans votre région ? Comment se répartissent ces professionnels sur le territoire et dans les maternités ? Cette répartition vous semble-t-elle convenir ou pas et joue-t-elle un rôle éventuel, de votre point de vue, dans les difficultés rencontrées ? Quel rôle jouent les différents acteurs institutionnels ou pas dans cette répartition ? Des modalités de gestion particulières du personnel médical et paramédical du champ de la périnatalité sont-elles déployées dans la région ? Si oui, sur quelles spécialités et avec quels outils ?

1/ Situation générale des ressources humaines en périnatalité

D'après les retours, la situation est marquée par :

- **des tensions généralisées sur les RH :** toutes les régions signalent des difficultés majeures de recrutement et de fidélisation pour les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les anesthésistes-réanimateurs, les pédiatres et les infirmières puéricultrices ;

- **une « pénurie » de certains professionnels :**

    - ***les gynécologues-obstétriciens*** : diminution du nombre, vieillissement des effectifs, concentration dans les grands centres urbains, tendance au désengagement du secteur hospitalier au profit du libéral ;

    - ***les sages-femmes*** : leur densité est très variable selon les territoires. Il ressort des réponses l'existence de difficultés (« sous-dotation ») dans les zones rurales. Le nombre des sages-femmes exerçant en libéral augmente. En revanche, il est de plus en plus compliqué de pourvoir les postes en établissement (pour pratiquer les accouchements) et en PMI ;

    - ***les anesthésistes-réanimateurs*** : existence de tensions fortes, de postes vacants, recours fréquent à l'intérim, mutualisation des gardes… ;

    - ***les pédiatres*** : pénurie marquée, surtout en zones rurales et dans certains départements, recours accru aux généralistes ;

    - ***les infirmières puéricultrices*** : difficultés de recrutement, baisse du taux d'occupation des formations, postes vacants en PMI et en néonatologie.

2/ Répartition territoriale et dans les maternités

Les professionnels de la périnatalité sont **majoritairement concentrés dans les grands centres urbains, les CHU et les maternités de niveau** 3. Les zones rurales, montagneuses, insulaires ou périphériques sont souvent en difficulté.

Les **petites maternités sont fragiles**. Les maternités de niveau 1 et 2A, surtout en zones rurales, peinent à constituer des équipes complètes et stables, ce qui fragilise la permanence des soins et la sécurité des prises en charge.

Dans certaines régions, **des dispositifs de solidarité existent** : soutien ponctuel des CHU aux établissements périphériques, postes partagés, interventions d'équipes mobiles, mais cela reste limité et souvent insuffisant.

3/ Adéquation de la répartition et effet sur les difficultés

Dans presque toutes les régions, la répartition actuelle des ressources est **jugée non ou peu satisfaisante**. Elle induit des inégalités d'accès aux soins, en termes de charge de travail, le recours à l'intérim, et la fermeture temporaire ou définitive de maternités.

Cette répartition non satisfaisante est responsable de :

- **sous-effectifs** qui engendrent des fermetures ponctuelles ou définitives, une surcharge des équipes, l'épuisement professionnel, le « *turn-over* » et la perte d'attractivité des établissements concernés et/ou des territoires ;

- r**ecours à l'intérim** mentionnée le plus souvent comme synonyme de risque de dégradation de la qualité et de la continuité des soins, de coûts élevés et de handicap pour la cohésion des équipes ;

- **difficulté à maintenir la triple permanence des soins** (obstétrique, anesthésie, pédiatrie), notamment dans les petites structures ;

- **risques accrus en termes de sécurité** : augmentation du risque de survenue d'EIGs…

4/ Rôle des acteurs institutionnels

- **Rôle des ARS :** pilotage de la politique RH régionale, suivi des indicateurs, contractualisation avec les établissements, soutien financier ponctuel, gestion des autorisations et des fermetures, mise en place de dispositifs d'attractivité (primes, aides à l'installation, financement de postes partagés, soutien à la formation, etc.).

- **Rôle des GHT et réseaux régionaux :** mutualisation des ressources, staff médico-psycho-sociaux, staff de coordination, soutien ponctuel des CHU, développement de pôles inter-établissements.
- **Rôle des collectivités territoriales et PMI :** implication variable, difficultés à maintenir les effectifs, recentrage parfois sur la protection de l'enfance.

5/ Dispositifs spécifiques déployés pour faire face aux difficultés rencontrées en termes de ressources humaines

Sur ce point, l'enquête signale, à titre principal, les dispositifs/organisations/mécanismes suivants

- **Les postes partagés** (CHU/CH périphériques, ville/hôpital), assistants à temps partagé, équipes mobiles, primes territoriales (ex : Bourgogne-Franche-Comté, PACA, IDF) ;

- **Les contrats d'allocation d'études** pour les sages-femmes (IDF) ;

- **L'existence de dérogations réglementaires** pour recruter des praticiens contractuels (motif 2) ;

- **des actions de soutien à la formation continue** (simulation, urgences obstétricales, réanimation néonatale…).

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 7 :

- **la situation RH en périnatalité est très tendue dans toutes les régions**, avec des difficultés majeures de recrutement, de fidélisation et de répartition des professionnels.

- **La répartition territoriale est inégale**, avec des difficultés accrues dans les zones rurales, périphériques ou défavorisées.

- **Des dispositifs existent** pour tenter de faire face à ces difficultés (postes partagés, primes, soutien des CHU…), mais restent insuffisants pour compenser les fragilités structurelles.

- **La situation des ressources humaines peut avoir un effet direct sur la sécurité, la qualité et l'accessibilité des soins en périnatalité**.

Question 8- Un positionnement ou des démarches spécifiques des établissements de santé privés, à but lucratif comme à but non lucratif, de la région sont-elles à noter dans le champ de la périnatalité ? Plus globalement comment se positionnent les acteurs privés du secteur libéral dans l'offre de périnatalité (gynécologues obstétriciens, sages-femmes…) ?

1/ Rôle et positionnement des établissements privés dans la périnatalité

Dans toutes les régions, les établissements privés (cliniques à but lucratif ou ESPIC) participent à l'offre de périnatalité, mais leur poids varie fortement selon les territoires.

La tendance générale est ainsi marquée par trois éléments :

- si les établissements privés réalisent une part significative des accouchements dans certaines régions urbaines (Ile-de-France, PACA, Auvergne-Rhône-Alpes…), leur activité est en baisse dans la plupart des régions ;
- les établissements privés de niveau 1 sont particulièrement fragilisés et certains groupes privilégient désormais la fermeture ou le regroupement de leurs maternités à faible activité ;
- les maternités privées sont souvent déficitaires, surtout en dessous de 1 000 à 1 500 accouchements par an, ce qui fragilise leur pérennité et explique des fermetures ou des regroupements.

A noter, concernant les établissements privés :

- l'engagement dans la qualité : plusieurs établissements privés sont engagés dans des démarches qualité (labellisation IHAB, protocoles communs avec le public…) ;
- l'existence de coopérations public-privé : existence de conventions dans certaines régions pour fluidifier les transferts entre établissements publics et privés (ex : absence de dépassements d'honoraires lors des transferts *post-partum*, accueil de patientes orientées par le secteur public…) ;
- des collaborations territoriales innovantes sont ponctuellement signalées (par exemple accueil de femmes vulnérables, mutualisation de ressources…) ;
- la participation à la PDSES : les établissements privés participent mais de plus en plus de praticiens libéraux se désengagent de la garde hospitalière, préférant l'activité programmée.

2/ Positionnement des acteurs privés du secteur libéral

- **les Gynécologues-obstétriciens libéraux** : leur implication dans l'offre de périnatalité hospitalière diminue ; beaucoup choisissent de ne plus assurer la permanence des soins en établissement, se concentrant sur la consultation, la chirurgie gynécologique ou l'activité libérale pure. Dans certaines régions, ils restent impliqués dans les accouchements en clinique privée, mais la tendance est à la baisse.

- **les Sages-femmes libérales :** leur rôle est en fort développement dans toutes les régions (suivi de grossesse, préparation à la naissance, visites à domicile postnatales, accompagnement global, parfois accouchements à domicile ou en maison de naissance…)

Dans certaines régions, elles participent à des dispositifs innovants (astreintes, HAD, staff médico-psycho-sociaux, accès au plateau technique des maternités publiques ou privées…). Leur implication dans la coordination ville-hôpital est croissante, mais leur accès aux plateaux techniques reste parfois limité par des freins administratifs ou financiers.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 8 :

- **Les établissements privés participent à l'offre de périnatalité, mais ils semblent fragilisés** par la baisse de la natalité, les difficultés en termes de ressources humaines et la tendance à une élévation du seuil d'activité nécessaire pour garantir l'équilibre économique **et restent surtout présents dans les grandes agglomérations** (plus rarement dans les zones rurales ou enclavées).

- **Les professionnels de santé libéraux se désengagent progressivement de l'obstétrique hospitalière,** au profit de l'activité programmée et du suivi en ville. Eux aussi concentrent davantage leur activité dans les zones urbaines.

- **Les sages-femmes libérales voient leur rôle croître** dans le suivi global, la préparation à la naissance, le *post-partum* et la coordination ville-hôpital.

- **Des démarches de coopération public-privé existent,** mais restent inégales et souvent dépendantes des dynamiques locales.

Question 9- Quels sont les principaux points forts et les principaux points faibles de l'offre régionale actuelle en matière de périnatalité ?

Tableau synthétique des analyses *(à noter : les éléments sont classés par ordre d'occurrence (du plus fréquemment cité au moins fréquent), avec le nombre d'occurrences indiqué entre parenthèses)*

Points forts	Points faibles
Maillage territorial/gradation des soins/présence de maternités de tous niveaux (14)	Tensions majeures sur les ressources humaines : pénurie, turn-over, intérim (14)
Réseaux régionaux de périnatalité, coordination, staffs médico-psycho-sociaux (13)	Fragilité des petites maternités / seuils d'activité non atteints / fermetures (13)
Solidarité et coopération inter-établissements (public/privé, CHU/CH périphériques) (12)	Inégalités territoriales d'accès aux soins (zones rurales, enclavées, quartiers défavorisés) (12)
Développement de dispositifs innovants (HAD, maisons de naissance, staff, parcours spécifiques) (11)	Saturation des maternités de niveau 3 / surcharge des grands centres urbains (11)
Implication croissante des sages-femmes libérales et de la PMI (10)	Difficultés de coordination ville-hôpital / absence de dossier partagé / ruptures de parcours (10)
Actions de prévention, parentalité, santé mentale, stratégie des « 1 000 premiers jours » (9)	Fragilité économique des établissements privés / fermetures pour cause de non atteinte des seuils d'équilibre économique (9)
Labellisation qualité (IHAB, protocoles, staff qualité) (8)	Difficultés de recrutement et de fidélisation en PMI, en pédiatrie et en anesthésie (8)
Offre diversifiée (public, privé, ESPIC, maisons de naissance, CPP) (8)	Manque de pédiatres, de sages-femmes, de puéricultrices dans certains territoires (8)
Développement de la télémédecine, télé-expertise, outils numériques (7)	Recours accru à l'intérim, risque de dégradation de la qualité et de la continuité des soins (7)
Prise en charge des vulnérabilités, parcours spécifiques (7)	Manque de lisibilité du parcours périnatal pour les familles (6)
Soutien institutionnel (ARS, GHT, contractualisation, aides ciblées) (6)	Difficultés de financement (6)
Dynamique d'innovation, expérimentation (5)	Désengagement progressif du secteur libéral hospitalier (5)

Question 10- ***Les sujets d'organisation territoriale de la périnatalité ont-ils fait l'objet de débats particuliers lors de la révision du dernier PRS ? L'outil PRS permet-il un dialogue régional et territorial sur l'évolution éventuelle de l'offre de périnatalité ? Les modalités d'octroi et retrait des autorisations dans le champ de la périnatalité vous semblent-elles adéquates ?***

1/ Dans toutes les régions, la question de l'organisation territoriale de la périnatalité a été abordée lors de la révision des PRS, mais l'intensité, la forme et la portée des débats varient sensiblement selon les territoires.

2/ Quelques exemples de sujets en liens avec la périnatalité débattus lors des travaux d'actualisation des PRS :

- répartition des maternités sur le territoire régional / prise en compte des inégalités territoriales ;
- risque de saturation des maternités de niveau 3 ;
- fermeture/fusion de sites ;
- ;gradation des soins ;
- couverture des territoires de montagne ;
- sécurité et qualité ;
- maintien des petites maternités, transformation en CPP ;
- mutualisation des ressources ;
- structuration des parcours et coordination ville-hôpital ;
- coopération interrégionale dans certains cas particuliers (PACA/Corse notamment) ;
- sécurité des transferts.

Les sujets sensibles, et parfois conflictuels ont concerné principalement les fermetures ou transformations de maternités, perçues localement comme une perte d'attractivité ou un recul du service public.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 10 :

- **Les sujets d'organisation territoriale de la périnatalité ont fait l'objet de débats lors de la révision du PRS dans toutes les régions.** Ces débats portent principalement sur la gradation des soins, la répartition des maternités, la sécurité, la qualité, l'accès aux soins, la transformation des petites structures, et la coordination des parcours.

- **Points saillants et constats partagés**
  - le PRS est perçu comme un outil de dialogue et de planification, mais il ne suffit pas toujours à apaiser les tensions locales ;
  - les débats sont souvent polarisés entre sécurité/qualité et proximité/ équité territoriale ;
  - les décisions finales sont parfois vécues comme imposées, surtout en cas de fermeture de maternité, malgré la concertation ;
  - la nécessité d'adapter l'offre à la démographie, aux besoins de santé publique et aux ressources humaines fait consensus, mais la mise en œuvre reste difficile.

Question 11- Les questions de périnatalité font-elles l'objet d'un pilotage stratégique ou opérationnel spécifique au sein de votre ARS (tableau de bord, ressource(s) dédiée(s), analyses stratégiques, données épidémiologiques…) ? En particulier, disposez-vous d'un outil ou d'une organisation permettant de visualiser les tableaux de CDS/ PDS pour les spécialités sensibles et en tension (médicales), et de recouper ces tableaux entre eux par périodes ? Des liens sont-ils faits avec les caractéristiques socio-économiques des différents territoires de la région pour une approche éventuellement adaptée des actions conduites ?

1/ Pilotage stratégique et opérationnel de la périnatalité

Dans toutes les régions, la périnatalité fait l'objet d'un pilotage spécifique au sein de l'ARS, mais l'intensité, la structuration et les outils varient.

Ainsi, le pilotage stratégique peut passer, selon les exemples remontés à la mission par :

- la désignation au sein des équipes des ARS d'un ou plusieurs « référents périnatalité » (médecin, sage-femme, chef de projet, équipe dédiée) ;

- l'intégration de la périnatalité dans les axes stratégiques du PRS, dans les COPIL régionaux, dans les réseaux régionaux de périnatalité ;

- l'animation de groupes de travail, staffs médico-psycho-sociaux, réunions de coordination, réunions régulières avec établissements, GHT, réseaux, PMI, etc.

Le pilotage plus « opérationnel » passe par :

- le suivi des indicateurs d'activité, de qualité, de sécurité (PMSI, SAE, ATIH, bases régionales, rapports annuels) ;

- l'analyse des EIGs, des réunions de de suivi, des staffs de coordination, des staffs médico-psycho-sociaux ;

- la coordination avec les réseaux régionaux de périnatalité, les dispositifs de suivi des situations complexes.

2/ Outils de suivi et tableaux de bord

Les principaux outils mentionnés sont :

- ***des tableaux de bord et outils de suivi dédiés* :** la plupart des ARS disposent de tableaux de bord régionaux pour le suivi des indicateurs d'activité (nombre d'accouchements, taux de césariennes, taux d'occupation des lits, EIGs…). Certains outils sont très structurés (suivi dynamique, extraction PMSI…), d'autres plus « rudimentaires » (tableaux Excel, rapports ponctuels) ;

- **concernant la continuité et la permanence des soins :** certaines régions disposent d'outils ou d'organisations permettant de visualiser les tableaux de CDS/PDS pour les spécialités

sensibles du point de vue de la périnatalité (gynécologie-obstétrique, anesthésie, pédiatrie, etc.), mais ce n'est pas systématique. Dans plusieurs régions, le suivi est fait via des réunions régulières, des cellules de crise, ou des extractions ponctuelles ;

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 11 :

- **Toutes les ARS assurent un pilotage stratégique et opérationnel de la périnatalité** (équipes dédiées, tableaux de bord, analyses régulières…). Les outils de pilotage sont cependant très variables selon les régions (certains ARS disposent de systèmes avancés, d'autres de dispositifs plus artisanaux).

- **Les outils de suivi et de visualisation CDS/PDS existent mais sont hétérogènes et souvent perfectibles** : le croisement automatique des données reste rare.

- **Le besoin d'outils dynamiques, interopérables, partagés et permettant une analyse croisée des indicateurs** d'activité, en matière de ressources humaines, de qualité, et des caractéristiques territoriales est largement exprimé pour mieux adapter les actions aux besoins locaux et anticiper les tensions.

- **La coordination** avec les réseaux régionaux, les GHT, les PMI et les collectivités est jugée essentielle pour adapter les actions aux besoins locaux.

Question 12- Le réseau périnatalité est-il un acteur pertinent dans votre région pour la coordination des acteurs de la périnatalité ? Quelles sont les actions notables qu'il a conduites au cours des dix dernières années ? Quel est son budget annuel de fonctionnement (2023 et 2024) ?

Rappel du rôle principal des « réseaux périnatalité » :

- animation et coordination des professionnels hospitaliers, libéraux, PMI, sociaux ;
- diffusion de protocoles, recommandations, bonnes pratiques ;
- organisation de formations, staff médico-psycho-sociaux, staff de coordination, revues de morbi-mortalité (RMM) ;
- appui à la gestion des situations complexes, des EIG, des parcours vulnérables ;
- soutien à la qualité, à la sécurité, à l'innovation et à la prévention.

1/ Le réseau de périnatalité : un acteur central et pertinent partout

Toutes les régions considèrent leur réseau de périnatalité comme un acteur pertinent, structurant et incontournable pour coordonner les acteurs de la périnatalité.

2/ Actions notables conduites au cours des dix dernières années

D'après les retours, les réseaux ont joué un rôle important en termes de :

- **formation et professionnalisation** : organisation de sessions de formation (simulation, urgences obstétricales, réanimation néonatale, interprétation du RCF, santé mentale, parentalité, etc.) ; déploiement de formations pluridisciplinaires (médico-psycho-sociales, regards croisés, etc.) ; développement de la culture qualité et sécurité (EIGs, RMM) ;

- **coordination des parcours et des acteurs** : animation de SMPS dans toutes les maternités ; coordination des transferts *in utero*, néonataux, postnataux (cellules de régulation, staff de coordination) ; soutien à la structuration des parcours vulnérables (femmes en situation de précarité, santé mentale, addictions, etc.) ; déploiement de dispositifs innovants (HAD, maisons de naissance, unités d'accompagnement personnalisées, staff de suivi des enfants vulnérables) ;

- ***production d'outils et de protocoles :*** élaboration et diffusion de protocoles régionaux, référentiels, guides pratiques ; développement d'outils de suivi, d'indicateurs, de tableaux de bord, d'atlas régionaux,; appui à la prévention et à la parentalité ; actions de prévention ; organisation de journées régionales, colloques, campagnes d'information.. ;

- **soutien à l'innovation et à l'expérimentation : p**articipation à des expérimentations nationales (maisons de naissance, HAD, SMPS, parcours spécifiques…) ; déploiement de dispositifs d'accompagnement renforcé à domicile (ex : PANJO, UAP déjà évoqués plus haut…).

3/ Budget annuel de fonctionnement des réseaux (2023 et 2024)

Le budget annuel moyen d'un réseau varie entre 800 000 € et 1,8M € pour la plupart des réseaux régionaux (hors IDF).

Les financements proviennent principalement de dotations ARS (FIR), parfois complétées par des financements spécifiques (CPOM, conventions, appels à projets…).

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 12 :

- **Les réseaux de périnatalité sont partout** considérés comme des **acteurs centraux, pertinents et structurants** pour la coordination, la formation, la qualité et l'innovation.

- **Leur budget** varie de 850 000 € à 1,8 M€ (5,9 M€ en IDF) selon les régions. Les réseaux signalent parfois un manque de moyens.

- **Leurs principales actions notables** ont trait à la formation, à la coordination des parcours, aux protocoles, à la prévention, à l'innovation, au suivi des vulnérabilités.

- **Les réseaux expriment le besoin d'un accompagnement renforcé (de l'ARS notamment) et d'une reconnaissance** accrue pour répondre à l'ensemble des attentes régionales et impulser des transformations majeures.

- **Des évolutions sont en cours** (rapprochement de réseaux, CPOM communs, harmonisation des missions…).

Question 13- Avez-vous organisé de manière structurée des contacts et projets avec les collectivités territoriales relatifs à l'offre de périnatalité ? Plus particulièrement avec les services départementaux concernant les PMI (dont les contrats locaux tripartites Etat / ARS / Département) ?

1/ Des liens structurés et institutionnalisés dans la majorité des régions

La plupart des régions ont mis en place des contacts et des projets structurés avec les collectivités territoriales, principalement avec les conseils départementaux et les services de PMI.

La contractualisation tripartite (État/ARS/Département) est désormais la règle dans la quasi-totalité des régions, souvent dans le cadre de la Stratégie Nationale de Prévention et de Protection de l'Enfance (SNPPE) ou de conventions locales spécifiques à la périnatalité.

2/ Modalités de collaboration et d'organisation

Les réponses mentionnent l'existence **de comités de pilotage et/ou de groupes techniques :** dans la majorité des régions, des comités techniques et des comités de pilotage régionaux et départementaux sont organisés, associant ARS, conseils départementaux, PMI, parfois CAF, MSA, Assurance maladie, associations… Ces instances permettent le suivi des contrats, l'évaluation des actions, la définition des priorités et la coordination des interventions.

Parmi les exemples d'actions et de projets communs rapportés, la mission signale : le déploiement de dispositifs d'accompagnement à domicile (par exemple : le projet « PANJO » déjà évoqué plus haut déjà, les visites à domicile) ; le renforcement des entretiens prénatals et postnatals, des actions concernant la santé mentale périnatale ; la création de maisons des « 1 000 premiers jours » ; d'ateliers parentalité ; de dispositifs d'hébergement pour femmes enceintes éloignées d'une maternité.

3/ Hétérogénéité territoriale et points de vigilance

L'implication est très variable selon les départements : dans certaines régions, la dynamique partenariale est forte et ancienne, avec des projets innovants et une implication active des PMI. Dans d'autres, la contractualisation est plus récente ou moins aboutie, avec des difficultés de mobilisation, des objectifs peu ambitieux ou des retards dans la mise en œuvre.

Exemples de difficultés : difficultés à obtenir des bilans chiffrés, à harmoniser les pratiques, à maintenir les effectifs de PMI ; retards dans la parution de protocoles nationaux, difficultés de financement, manque de temps pour l'animation territoriale.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 13 :

- **la quasi-totalité des régions a organisé de manière structurée des contacts et projets avec les collectivités territoriales**, en particulier avec les PMI, via notamment des contrats tripartites et des comités de pilotage.

- **La dynamique partenariale est forte mais hétérogène**, dépendant de l'implication des acteurs locaux, des moyens RH et de la capacité à dépasser les obstacles organisationnels.

- **Les projets communs portent** sur la prévention, la parentalité, la santé mentale, la détection des vulnérabilités, la continuité des parcours et l'innovation.

- La **contractualisation tripartite est un levier majeur pour la coordination régionale de la périnatalité, mais son efficacité dépend de la mobilisation réelle** des partenaires et de la capacité à dépasser les obstacles RH et organisationnels et à évaluer et adapter les actions.

Question 14- Comment a évolué l'offre en matière de périnatalité dans votre région au cours des quinze dernières années (date et localisation des fermetures de maternité, date et localisation des ouvertures de maternité, changements éventuels de niveau de certaines maternités, liste et date de mise en place de nouvelles structures : CPP, maisons de naissance…).

1/ Les fermetures de maternités

Toutes les régions ont connu des fermetures de maternités, principalement des structures de niveau 1 à faible activité, souvent en zones rurales ou semi-rurales.

Les principaux motifs de fermeture d'après les résultats de l'enquête sont :

- les difficultés pour les maternités de recruter certains des professionnels indispensables à leur fonctionnement (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, pédiatres et même sages-femmes dans certains cas) ;

- la baisse de la natalité qui entraine des niveaux d'activité insuffisants ;

- des incidents graves (EIGs) et/ou des inspections révélant des non-conformités au regard des exigences de qualité et/ou de sécurité ;

- des choix stratégiques (pour le secteur privé essentiellement) des établissements porteurs de maternités.

2/ Des changements de niveau de maternités

Plusieurs régions ont vu certaines de leurs maternités changer de niveau (passage de niveau 2 à 1 ou inversement, requalification de niveau 2A en 2B). Le plus souvent ces évolutions se font pour adapter l'offre à l'activité réelle, à la démographie médicale ou à la sécurité des soins.

Quelques exemples : passage de maternités de niveau 2A à 2B (en Haute-Savoie, dans le Rhône) ; passage de la maternité de Beaune du niveau 1 au niveau 2 ; passage de la maternité de Pithiviers du niveau 2 au niveau 1.

3/ Création et développement des Centres Périnatals de Proximité (CPP), de Maisons de naissance (MDN) et dispositifs innovants

La transformation des maternités fermées en CPP est rapportée par la plupart des régions.

Le nombre de maisons de naissance reste quant à lui limité mais des projets se développent (ex : Bourgoin-Jallieu, Grenoble, Aubagne, Paris, Saint-Paul, projets à Tours, Dijon, etc.).

Certaines maternités proposent des filières physiologiques ou des plateaux techniques accessibles aux sages-femmes libérales.

Hospitalisation à domicile (HAD) ante et post-partum : déploiement progressif dans plusieurs régions.

Des initiatives se développent sur la parentalité, la santé mentale, la prévention, l'accompagnement des familles vulnérables.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 14 :

- **L'offre en périnatalité a évolué partout** et se traduit par une réduction du nombre de maternités, la transformation des petites structures en CPP, et le développement de dispositifs innovants et d'expérimentations (maisons de naissance, HAD…).

- **Les changements sont motivés** par la démographie des professionnels de santé et la baisse de la natalité, ainsi que par des questions de sécurité et/ou la qualité des soins. Elles soulèvent souvent des enjeux d'accessibilité, d'équité territoriale et de charge pesant sur les établissements restants.

- Malgré les fermetures, **le maillage territorial est maintenu** par la gradation des soins, la création de CPP et l'innovation organisationnelle.

Question 15- S'il y a eu des fermetures de maternité au cours des quinze dernières années, quelles en ont été, pour chacune des maternités considérées, les causes/circonstances/faits générateurs (manque de personnel/difficultés de recrutement, survenue d'un accident grave, niveau d'activité insuffisant, choix de l'établissement porteur de cesser son activité et pour quelles raisons, autres causes) ?

1/ Principales causes à l'origine des fermetures de maternités

Le recensement des réponses transmises concernant les principales causes à l'origine des fermetures récentes de maternité dans leurs régions figurent dans le tableau de synthèse ci-dessous.

Tableau récapitulatif des causes fermetures mentionnées par l'enquête :

Cause/Fait générateur des fermetures	Nombre de régions citant cette cause
Manque de personnel / difficultés de recrutement	14
Niveau d'activité insuffisant / baisse natalité	13
Choix stratégique de l'établissement (public/privé)	12
Survenue d'EIG / accident grave	10
Non-conformité réglementaire / certification HAS	8
Fusion/regroupement, politique territoriale	6
Désengagement secteur libéral hospitalier	5

Le manque de personnel et les difficultés de recrutement sont le plus fréquemment citée parmi les motifs de fermeture (14 régions sur 14 répondants à cette question).

Le niveau d'activité insuffisant souvent lié à la baisse de la natalité est mentionné par 13 régions sur 14.

2/ Concernant le « scénario » de fermeture

Il ressort des remontées concernant les scénarios de fermeture qu'ils impliquent le plus souvent les éléments suivants :

- les fermetures sont souvent précédées de suspensions temporaires d'activité, tentatives de maintien avec soutien externe, puis décision définitive après épuisement des solutions ;

- les décisions sont parfois imposées par l'ARS après inspection, mais aussi souvent à l'initiative de l'établissement ;

- le niveau de concertation préalable aux fermetures est variable : parfois il y a anticipation et accompagnement (création de CPP, information des élus et des usagers), parfois la fermeture est rapide et se fait sans concertation (pour le privé notamment),

- les maternités fermées sont fréquemment transformées en CPP pour maintenir une offre de suivi et de prévention.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 15 :

- **La fermeture d'une maternité est rarement le résultat d'une seule cause**, mais résulte souvent d'un cumul de facteurs.

- **Les fermetures** au cours des quinze dernières années **ont principalement été liées à un manque de personnel, une activité insuffisante, des difficultés de recrutement, des choix stratégiques d'établissement, des EIG sou des non-conformités réglementaires. Les fragilités RH et la baisse de la natalité sont les causes majeures**.

- La **transformation en CPP est la réponse la plus fréquente** pour maintenir une offre de proximité.

- Les **fermetures sont souvent vécues localement comme un recul du service public et un facteur de dévitalisation territoriale**, même si elles sont justifiées par les impératifs de sécurité et/ou de qualité des soins.

Question 16- Pour chacun des cas de fermeture intervenus dans la région au cours des quinze dernières années, d'éventuels dispositifs d'accompagnement/ de substitution ont-ils été ont-ils été mis en place ? Si oui, lesquels (CPP, dispositifs d'hébergements, dispositifs dédiés de transport…) et quelle appréciation peut-on porter sur leur fonctionnement sur leur efficacité ?

1/ La mise en place d'un CPP est souvent la principale réponse suite à une fermeture

Dans la quasi-totalité des régions, la fermeture d'une maternité a été suivie de la création d'un CPP sur le même site ou à proximité (pour rappel, les CPP ont pour rôle d'assurer le suivi prénatal et postnatal, la préparation à la naissance, la prévention, les consultations de gynécologie, l'accompagnement social et psychologique ; ils permettent de maintenir une offre de proximité pour les femmes et les familles, en lien avec une maternité de référence.

Les CPP sont **jugés globalement efficaces** pour garantir la continuité du suivi, la prévention et l'accès aux soins de base. D'après les retours, leur efficacité dépend de la qualité du partenariat avec la maternité de rattachement, de la stabilité des équipes, et de la capacité à proposer une offre diversifiée (consultations, ateliers, accompagnement social…). Ils présentent cependant des limites (difficulté à maintenir certaines activités (échographies, suivi pédiatrique), visibilité parfois insuffisante auprès des usagers) et sont eux aussi confrontés à des fragilités RH.

2/ D'autres dispositifs d'accompagnement / de substitution sont parfois mis en place

Les réponses à l'enquête mentionnent notamment :

- **les dispositifs d'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM),** surtout pour les femmes enceintes éloignées d'une maternité. Il peut s'agir de chambres familiales dans les maternités, de conventions avec des maisons des familles ou de partenariats avec des établissements hôteliers. Le recours à ce dispositif est variable selon les territoires. Il est jugé efficace pour sécuriser l'accès à la maternité en cas d'éloignement, mais parfois sous-utilisé faute d'information ou d'adaptation aux besoins locaux ;

- **des dispositifs dédiés ou des organisations spécifiques de transport obstétricaux et néonataux** dans les territoires isolés ou ruraux (par exemple astreinte de sage-femme, couveuse héliportée, conventions avec le SAMU…). Quelques exemples : astreinte sage-femme H24, couveuse pour transport héliporté ; organisation spécifique des transports en lien avec le SMUR. Ces dispositifs sont jugés indispensables pour garantir la sécurité des patientes éloignées, mais leur efficacité dépend de la disponibilité des équipes et des moyens logistiques ;

- **des unités mobiles de suivi et antennes territoriales,** (antennes de CPP, équipes mobiles de sages-femmes ou de puéricultrices…) ;

- **des staffs médico-psycho-sociaux :** équipes pluridisciplinaires pour accompagner les situations complexes et les familles vulnérables ;

- **un accompagnement RH et psychologique des équipes** (soutien à la reconversion, formation spécifique, accompagnement psychologique lors de la fermeture).

Tableau récapitulatif des retours obtenus par la mission :

Dispositif d'accompagnement/ substitution	Nombre de régions évoquant ce dispositif	Appréciation sur l'efficacité
Création de CPP	14	Globalement efficace, solution de référence, dépend de la qualité du partenariat et des RH
Hébergement temporaire non médicalisé	10	Utile pour l'éloignement, parfois sous-utilisé, efficacité variable
Dispositifs dédiés de transport	8	Indispensable en zones isolées, efficacité dépend des moyens logistiques
Unités mobiles/antennes territoriales	6	Renforce la proximité, efficacité reconnue
Staff médico-psycho-sociaux renforcés	7	Permet la prise en charge des situations complexes, apprécié
Accompagnement RH/psychologique	5	Soutien utile lors des fermetures, à renforcer

---

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 16 :

- **La création de CPP est la réponse quasi-systématique** en cas de fermeture de maternité pour maintenir une offre de proximité. Les CPP sont globalement jugés efficaces.

- **Les dispositifs d'hébergement et de transport sont utiles mais leur efficacité dépend de** leur adaptation locale et de la mobilisation des équipes. Ils ont tendance à être sous-utilisés faute d'information ou d'adaptation aux contraintes du territoire.

- **L'efficacité globale des dispositifs d'accompagnement dépend** de la stabilité des ressources humaines, de la qualité du partenariat avec la maternité de rattachement, de la visibilité des dispositifs et de l'accompagnement des professionnels et des usagers.

- Il est nécessaire de prévoir **un accompagnement renforcé** pour les professionnels et une communication claire auprès des usagers sur l'ensemble de ces dispositifs.

Question 17- Quelles sont les perspectives d'évolution de l'offre régionale pour les prochaines années (orientations du PRS en la matière, évolutions à venir…) ?

1/ la plupart des régions ont comme perspective le maintien de l'offre et du maillage existants mais :

- sans exclure de nouvelles évolutions ;
- en accordant la priorité à la sécurité, à la qualité et à la permanence des soins ;
- des fermetures ou transformations de maternités restent possibles en cas de fragilité des ressources humaines, de baisse d'activité ou de non-conformité, avec transformation en CPP ou en structures alternatives.

L'offre dans les territoires devrait donc continuer à s'adapter à la baisse de la natalité, à la démographie médicale et aux exigences de sécurité.

2/ la transformation des maternités fragiles en CPP est appelée à se poursuivre pour garantir une offre de proximité, notamment en zones rurales ou enclavées.

3/ la gradation des soins reste un axe fort avec la garantir que les accouchements à risque aient lieu dans des maternités adaptée. Des évolutions de niveau de certaines maternités sont envisagées (passage de niveau 1 à 2A ou inversement, requalification selon l'activité et les ressources).

4/ Beaucoup de région anticipent un développement de dispositifs innovants et/ou de nouvelles organisations (création ou consolidation de maisons de naissance ; développement de la HAD *ante* et *post partum* ; unités mobiles, équipes mobiles de sages-femmes ou de puéricultrices ; déploiement de parcours spécifiques pour les femmes vulnérables, santé mentale périnatale, parentalité ; renforcement de la télémédecine et des outils numériques pour améliorer la coordination ville-hôpital et l'accès aux soins…

5/ Sur le volet ressources humaines, des mesures d'attractivité et de fidélisation des professionnels sont envisagées pour répondre aux difficultés (postes partagés, aides à l'installation, soutien à la formation, mutualisation des ressources, développement de la polyvalence…).

6/ L'objectif de renforcer la prévention, la parentalité et de la santé mentale est mis en avant (déploiement des politiques des 1000 premiers jours, actions de prévention, soutien à la parentalité, santé mentale périnatale, accompagnement des familles vulnérables, développement d'ateliers…).

7/ En termes de gouvernance et de pilotage, les répondants anticipent un renforcement de la contractualisation tripartite (État/ARS/Département).

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 17 :

- **L'offre régionale de périnatalité va probablement continuer à évoluer pour s'adapter à la démographie, à la réalité des ressources humaines et aux exigences de sécurité**

- **Le maintien d'un maillage territorial pertinent, la sécurisation des parcours et la qualité des soins restent les priorités, mais de nouvelles fermetures ou transformations de maternités restent possibles** (avec transformation en CPP)

- **Le développement des dispositifs innovants,** la prévention et la parentalité, la santé mentale et la coordination ville-hôpital sont au cœur des évolutions à venir.

PARTIE 2 DU QUESTIONNAIRE
Retour sur les transformations de l'offre intervenue au cours des dix dernières années dans la région

Question 18, Comment se sont concrètement déroulées chacune des transformations de l'offre en matière de périnatalité intervenues dans la région au cours des quinze dernières années (notamment les fermetures éventuelles de maternité) ? En particulier :

- ***comment qualifieriez-vous le degré d'anticipation de ces transformations (en particulier des fermetures de maternité) ?***
- ***comment ces transformations ont-elles été concertées ?***
- ***comment ont-elles été concrètement préparées (procédures mises en œuvre, modalités d'association des différents parties prenantes, principales étapes de la réorganisation…) ?***
- ***comment ont-elles ensuite été mises en œuvre puis accompagnées dans leur déploiement : dispositifs d'accompagnements éventuels (par exemple en matière de transports, d'hébergement…), modalités formalisées de suivi de la mise en œuvre… ?***
- ***Quels outils ont été mobilisés à chacune des étapes de l'opération ?***
- ***Avez-vous utilisé des indicateurs spécifiques dans le cadre de ces démarches ? Si oui, lesquels et dans quels objectifs ?***

1/ Le degré d'anticipation des transformations (en particulier des fermetures de maternité) est variable selon les régions et les situations. D'après les retours :

- dans la majorité des cas, les fermetures ont été anticipées par des analyses territoriales, des diagnostics RH, des alertes sur la sécurité ou la qualité, ou des suspensions temporaires répétées ;

- certaines fermetures ont été « subies » et/ou réalisées de façon rapide, parfois sans préavis. C'est le cas notamment des fermetures intervenues dans le secteur privé (décision du groupe) ou à la suite d'un événement grave (EIG, inspection défavorable) ;

- des plans de transformation ont parfois été préparés sur plusieurs années, avec analyse des flux de patientes, des besoins, des alternatives, et concertation avec les acteurs locaux.

2/ La concertation autour des transformations serait systématique dans le public, plus aléatoire dans le privé. La concertation passe par :

- la mise en place de comités de pilotage associant ARS, établissements, élus, professionnels, usagers, PMI, réseaux de périnatalité ;

- l'information et l'implication des élus locaux (maires, conseils départementaux), parfois des parlementaires ;
- la consultation des équipes médicales et paramédicales.

3/ La préparation concrète des transformations est structurée dans la plupart des cas et passe par :

- des diagnostics partagés : analyse des besoins, flux, ressources, alternatives… ;
- des plans de communication : information des patientes, des professionnels, des élus, des usagers (flyers, réunions, vidéos…) ;
- un accompagnement des personnels des établissements concernés par les évolutions ;
- l'organisation de parcours de soins (redéfinition des circuits, conventions de partenariat, protocoles de transfert, staff médico-psycho-sociaux renforcés…) ;
- la mise en place de dispositifs de substitution : création de CPP, unités mobiles, dispositifs d'hébergement, organisation des transports, staff de coordination…

4/ La mise en œuvre et l'accompagnement du déploiement des transformations implique le plus souvent :

- **l'accompagnement des patientes** (organisation des transferts, information sur les nouvelles modalités de suivi, maintien d'une offre de proximité via les CPP..) ;
- **l'accompagnement des** professionnels le cas échéant (reclassement, formation, soutien psychologique, adaptation des plannings…) ;
- **le suivi de la mise en œuvre** (points réguliers avec les équipes, les élus, les usagers, staffs de suivi, suivi d'indicateurs d'activité et de qualité…) ;
- **la mise en place de dispositifs spécifiques** (staffs médico-psycho-sociaux, réunions de coordination, suivi des EIGs…).

5/ Outils mobilisés à chacune des étapes :

- outils d'analyse et de pilotage : tableaux de bord, diagnostics territoriaux, analyses PMSI, staff médico-psycho-sociaux, réunions de coordination, suivi des EIGs ; suivi d'indicateurs (nombre de naissances, taux d'EIG, taux de transferts, activité des CPP, satisfaction des usagers et des professionnels, suivi des accouchements hors établissement, suivi des parcours vulnérables…) ;
- outils de communication : réunions publiques, supports d'information pour les patients et les professionnels… ;
- outils RH : plans de reclassement, accompagnement psychologique, formation ;
- outils organisationnels : protocoles de transfert, conventions de partenariat, réunions de coordination, suivi des indicateurs…

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 18 :

- **Les transformations de l'offre en périnatalité sont, dans la mesure du possible, anticipées, concertées et préparées** avec un diagnostic partagé, l'implication des parties prenantes, la mise en place de dispositifs de substitution (CPP, transports, hébergement…), et un accompagnement organisationnel et en termes de ressources humaines.

- **La réussite des transformations dépend de l'anticipation, de la qualité du partenariat, et de l'adaptation aux besoins locaux.**

Question 19- Des appuis éventuels (du niveau national : DGOS, assurance maladie, CNAF… ou externes : cabinets privés) ont-ils été mobilisés ? Si oui, quelle appréciation portez-vous sur ces appuis, sur leur capacité à répondre à vos attentes/besoins, sur leur valeur ajoutée, sur leur capacité à vous accompagner ?

Dans les faits, l'intervention d'appuis (nationaux ou externes) pour mener à bien des transformations locales de l'offre est très rare.

Concernant les quelques exemples pour lesquels de tels appuis ont pu intervenir, cela s'est principalement traduit par :

- des appuis techniques ponctuels (par exemple : un accompagnement sur la communication, en matière juridique, voire la réalisation de missions d'audit ou d'expertise) ;

- l'intervention de cabinets privés pour des audits, des diagnostics, des accompagnements RH ou des évaluations de dispositifs (ex : cabinets mobilisés pour l'évaluation d'un CPP, prestataires communication sollicités lors d'une fermeture….) ;

- l'appui de sociétés savantes (experts du CNGOF, experts médicaux pour la réalisation d'audits…).

Dans l'ensemble, les réponses :

- jugent les **appuis nationaux (administrations centrales, opérateurs…) insuffisants** ;

- expriment souvent un **sentiment d'isolement** dans la gestion des transformations, avec peu de soutien stratégique ou politique du niveau national ;

- relèvent **l'absence de stratégie nationale structurée** pour accompagner les recompositions de l'offre, le manque de doctrine partagée et l'absence de dispositifs d'appui opérationnel ;

- reconnaissent l'intérêt de **groupes de travail nationaux** (sur les CPP par exemple) pour l'élaboration de référentiels, mais jugent leur impact opérationnel limité ;

- **apprécient les appuis externes occasionnels** (cabinets privés, experts, sociétés savantes…) pour leur expertise technique, leur regard extérieur, leur capacité à objectiver les diagnostics mais **soulignent aussi leurs limites** (intervention ponctuelle qui ne remplace pas un accompagnement institutionnel pérenne).

Les répondants expriment en conséquence les attentes suivantes :

- le besoin d'un accompagnement national plus structuré et assumé avec :
    - une stratégie nationale claire, une doctrine partagée, des outils d'aide à la décision, un soutien politique et une communication institutionnelle ;
    - un partage d'outils, de référentiels, de bonnes pratiques et une mutualisation des expériences entre régions ;

- un appui en gestion de crise, en communication, en ingénierie de projet, en gestion RH.

- le besoin d'appuis opérationnels pour objectiver les diagnostics, accompagner les équipes, sécuriser les décisions et légitimer les transformations auprès des acteurs locaux.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 19 :

- Les **ARS, et les acteurs locaux en général, ont très rarement bénéficié d'appuis nationaux** lorsqu'ils ont eu à gérer des opérations de transformation de l'offre. Des cabinets privés ou des « experts externes » ont pu être ponctuellement (et utilement d'après les retours) sollicités mais leur intervention est restée limitée et ils ne remplacent pas un accompagnement institutionnel, ni une stratégie nationale assumée. Les acteurs locaux se sentent ainsi souvent seules pour porter les transformations, notamment face à la pression locale, aux enjeux politiques et à la complexité des recompositions ;

- Il ressort de l'enquête **un besoin fort d'accompagnement national structuré, d'outils partagés, de soutien politique et d'appui opérationnel** pour sécuriser et légitimer les transformations.

Question 20- Comment les différentes catégories d'acteurs concernés (professionnels de santé du territoire ; établissements de santé du département ; élus/collectivités ; autres services de l'Etat : préfecture, sous-préfecture ; usagers ; collectifs/associations divers ; médias locaux…) se sont-elles positionnées lors de ces transformations et, le cas échéant, comment se sont-elles concrètement impliquées dans la préparation puis la mise en œuvre de ces transformations ? Quel a été le rôle des « médias sociaux » ?

Tableau synthétique des réponses

Catégories d'acteurs	Positionnement	Modalités d'implication les plus fréquentes
Professionnels de santé	Souvent hétérogènes : - certains soutiennent les évolutions pour des raisons de sécurité et de qualité ; - d'autres expriment des inquiétudes ou une opposition, notamment en cas de fermeture de maternité ou de modification de leur exercice	- participation aux diagnostics, réunions de concertation, comités de pilotage… ; - mobilisation pour défendre l'offre locale, participation à des actions collectives, mobilisation dans les médias ou sur les réseaux sociaux ; - dans certains cas, implication dans la co-construction de solutions alternatives (CPP, organisation des parcours…
Etablissements de santé	Les établissements supports (CHU, CH cliniques…) sont souvent partenaires des transformations. Les établissements concernés par la fermeture peuvent être en opposition ou en difficulté, mais participent souvent à la préparation de la transformation.	- participation à la réorganisation des parcours, à la mise en place des dispositifs de substitution (CPP, conventions de partenariat…) ; - adaptation des locaux, accompagnement RH, communication auprès des patientes…
Elus et collectivités territoriales	Les élus locaux sont souvent opposés aux fermetures ou à la réduction de l'offre de proximité, invoquant la perte d'attractivité, la désertification médicale, la charge symbolique, un retrait du service public… Leur mobilisation est particulièrement forte dans les territoires ruraux ou fragiles	- participation aux comités de pilotage, relais des inquiétudes des citoyens, organisation/soutien de manifestations, interpellation des ARS, des ministères, des médias… ; - parfois, co-construction de solutions alternatives : soutien à la création de CPP, d'unités mobiles…
Services de l'Etat	Les préfectures et sous-préfectures se positionnent souvent en médiateurs institutionnels. Elles accompagnent la mise en œuvre des décisions, veillent à l'ordre public.	Participation aux réunions de crise, soutien aux ARS, parfois actions de médiation entre les parties prenantes…
Usagers, collectifs et associations	Les usagers et leurs représentants (associations, collectifs de défense, …) sont souvent en première ligne pour défendre le maintien de l'offre locale. Ils expriment leurs inquiétudes sur l'accessibilité, la sécurité, la continuité des soins, la perte de lien social.	- pétitions, manifestations, réunions publiques, participation aux comités de pilotage, interventions dans les médias et sur les réseaux sociaux ; - parfois, implication dans la co-construction de solutions alternatives et dans l'évaluation des dispositifs mis en place

Médias locaux et réseaux sociaux	***Les médias locaux*** jouent un rôle de caisse de résonance des débats, des inquiétudes, des mobilisations et des décisions. Ils relaient les positions et contribuent à la médiatisation des enjeux. ***Les réseaux sociaux*** sont devenus des espaces majeurs de mobilisation, d'expression et, parfois, de polarisation. Ils contribuent à organiser des actions, à diffuser des pétitions, à partager des témoignages, à interpeller les décideurs, mais aussi à amplifier les tensions, les peurs ou les critiques. Dans certains cas, la viralité des messages a contribué à radicaliser le débat, à diffuser des informations anxiogènes, à remettre en cause la légitimité des décisions institutionnelles. Les ARS et les établissements ont parfois utilisé les réseaux sociaux pour informer, expliquer, ou répondre aux inquiétudes.

<u>En synthèse, principales conclusions concernant la Question 20 :</u>

- La préparation et la mise en œuvre des transformations sont souvent marquées par une **forte mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux** avec des positions souvent divergentes.

- **Les médias et les réseaux sociaux** sont devenus des acteurs à part entière et jouent un rôle croissant dans la mobilisation, la diffusion de l'information et parfois la polarisation des débats sur la périnatalité. Ils ont un impact croissant sur la perception et l'acceptabilité des transformations.

Question 21- Quels sont les principaux enseignements que vous tirez de la façon dont ces transformations de l'offre en matière de périnatalité se sont passées ?

Les principaux enseignements remontés par l'enquête sont les suivants :

- **1er enseignement : l'anticipation et la concertation sont essentielles** :
  - les transformations réussies sont celles qui ont été anticipées, préparées sur plusieurs mois ou années, avec un diagnostic partagé, une analyse des besoins et des risques, et une planification progressive ;
  - la concertation avec l'ensemble des parties prenantes (professionnels, élus, usagers, ARS, PMI, réseaux, associations…) est un facteur déterminant de réussite. Elle permet d'identifier les freins, de coconstruire les solutions et de faciliter l'adhésion et de renforcer le degré d'acceptation des changements.

- **2ème enseignement : la communication et la pédagogie sont déterminantes :**
  - une communication transparente, régulière et adaptée envers les professionnels, les élus, les usagers et le grand public est indispensable pour éviter les incompréhensions, les rumeurs et les tensions ;
  - l'accompagnement au changement (explications, réunions publiques, supports d'information, réponses aux inquiétudes…) favorise l'adhésion.

- **3ème enseignement : l'accompagnement de certains acteurs lors de la mise en œuvre des transformations est crucial :**
  - **accompagnement RH** (reclassement, formation, soutien psychologique…) des professionnels des équipes concernées par les fermetures ou transformations ;
  - **accompagnement des usagers**, en particulier des patientes et des familles (information sur les nouveaux parcours, maintien d'une offre de proximité via les CPP, dispositifs d'hébergement et de transport).

- **4ème enseignement : la qualité du partenariat et la stabilité des équipes font la différence :** la réussite des transformations dépend en grande partie de la qualité du partenariat entre les acteurs locaux (établissements supports, CPP, réseaux de périnatalité, PMI, collectivités…). La stabilité des équipes médicales et paramédicales est un facteur de sécurisation des parcours et d'efficacité des dispositifs proposés.

- **5ème enseignement : les dispositifs souvent proposés suite à des fermetures (CPP, unités mobiles…) sont pertinents mais nécessitent un accompagnement** et la mobilisation de ressources

- **6ème enseignement : les transformations sont toujours sensibles et génèrent des tensions :** les fermetures/transformations de maternités sont vécues localement comme des pertes symboliques et suscitent des oppositions fortes, notamment de la part des élus, des usagers et des collectifs de défense, voire parfois des professionnels de santé.

- **8ème enseignement : l'appui institutionnel** (soutien des ARS, des sociétés savantes, des experts et des réseaux régionaux) **et la légitimité scientifique sont nécessaires** pour légitimer les décisions, objectiver les diagnostics et sécuriser les parcours. L'absence de doctrine nationale claire ou de soutien politique explicite peut fragiliser la conduite des transformations.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 21 :

- **Les transformations de l'offre en périnatalité réussissent lorsqu'elles sont anticipées, concertées, accompagnées** et adaptées aux besoins locaux.

- **La communication, l'accompagnement RH, la qualité du partenariat entre les acteurs locaux et la stabilité des équipes** sont des facteurs déterminants de réussite.

- **Les dispositifs de « substitution » ou d'accompagnement déployés pour accompagner des fermetures sont pertinents mais** nécessitent un accompagnement et une adaptation locale.

- **Les tensions et les oppositions sont inévitables, mais peuvent être atténuées** par la pédagogie, la transparence et le soutien institutionnel.

Question 22- Quels ont été les principaux points forts et les principaux points faibles de la méthode déployée pour mener à bien les évolutions souhaitées de l'offre ?

Tableau synthétique des réponses

Principaux points forts (les plus fréquemment cités)	Principaux points faibles (les plus fréquemment cités)
Concertation et implication des parties prenantes *via*, par exemple : - une large consultation des professionnels, élus, usagers, réseaux, PMI, associations… ; - la mise en place de comités de pilotage, de groupes de travail… ; - la coconstruction de solutions « alternatives » (CPP, dispositifs d'accompagnement…)	***Concertation parfois insuffisante ou tardive :*** certaines décisions sont parfois prises sans information préalable ni, *a fortiori*, réelle co-construction ; difficulté à associer tous les acteurs.
Anticipation et partage du diagnostic **:** - analyse préalable des besoins, risques, ressources et alternatives ; - planification progressive, préparation sur plusieurs mois/années.	***Communication insuffisante, mal organisée, mal perçue :*** manque de clarté, de régularité, de pédagogie, générant incompréhensions, rumeurs ou tensions ; difficulté à contrer la désinformation et/ou les discours anxiogènes ou polarisants sur les réseaux sociaux.
Communication transparente et pédagogique : Information régulière et adaptée à tous les acteurs (professionnels, élus, usagers, grand public…) Utilisation de supports variés (réunions publiques, réseaux sociaux, communiqués…).	***Accompagnement RH insuffisant des équipes concernées par les transformations :*** soutien à la reconversion, formation ou accompagnement psychologique jugés insuffisants ou trop tardifs ; difficulté à anticiper et à gérer la souffrance au travail, le turn-over, la perte de compétences…
Accompagnement RH et organisationnel : soutien à la reconversion, formation, accompagnement psychologique des équipes, organisation des parcours, accompagnement des patientes…	***Le rythme de mise en œuvre, qu'il soit 1/ trop rapide*** (certaines transformations menées dans l'urgence, sans préparation suffisante, suite à un EIG par exemple), ***ou,2/ a contrario, trop long.*** Cela génère de l'incertitude et de la démobilisation.
Mise en place de dispositifs de substitution adaptés : création de CPP, solutions de HAD, unités mobiles, dispositifs d'hébergement et de transport…	***Manque d'outils partagés et de doctrine nationale*** (absence d'outils de pilotage, de référentiels partagés, de doctrine nationale claire ; difficulté à mutualiser les bonnes pratiques et à harmoniser les méthodes entre régions).
Suivi et évaluation des transformations opérées : mobilisation d'indicateurs de suivi (activité, qualité, sécurité, satisfaction ; points réguliers avec les équipes, élus et usagers…)	***Difficulté à gérer les tensions:*** réticences fortes de certains acteurs locaux, mal anticipées ou mal accompagnées ; gestion des conflits et des mobilisations insuffisante.

Question 23- A quelles difficultés principales avez-vous été exposés lorsque vous avez eu à réaliser ces transformations ?

Les principales difficultés remontées par l'enquête concernant le pilotage des opérations de transformations sont les suivantes :

- ***dés résistances/réticences voire des tensions locales ;***

- ***des difficultés d'explication et de communication avec les parties prenantes :*** difficultés à expliquer les raisons des transformations (sécurité, qualité, démographie médicale..) face à des attentes de maintien de l'offre de proximité ; gestion des rumeurs, des discours anxiogènes, des informations polarisées sur les réseaux sociaux ; manque de temps ou de moyens pour une communication pédagogique, transparente et régulière ;

- ***des fragilités RH persistantes*** ;

- ***des difficultés d'organisation des transformations*** : temps insuffisant ou durée excessive du processus, difficulté à coordonner les acteurs et à synchroniser les étapes du projet, complexité de la réorganisation des parcours, difficulté à garantir la continuité et la qualité des soins pendant la transition ; sous-utilisation ou manque de visibilité de certains dispositifs de « substitution » (hébergement…) ;

- ***un manque d'outils, de référentiels nationaux harmonisés pour guider les transformations, de doctrine nationale claire et d'appui politique aux acteurs locaux qui ont à piloter et mettre enœuvre les transformations.***

Question 24- Considérez-vous avoir été suffisamment outillés et accompagnés pour piloter et mettre en œuvre ces évolutions ? Si non, de quoi avez-vous manqué ?

Le sentiment général qui se dégage de l'enquête est que l'accompagnement et les outils mis à la disposition des acteurs locaux pour piloter et mettre en œuvre les évolutions de l'offre en périnatalité sont insuffisants. Des limites importantes sont en particulier mentionnées dès qu'il s'agit de gestion du changement, de communication, d'accompagnement RH, de gestion de crise.

Les principaux manques et besoins exprimés concernent :

- les outils de pilotage et de suivi (manque d'outils ; absence de référentiels nationaux harmonisés pour guider les transformations, la gradation des soins, la gestion des fermetures, la création de CPP ; difficulté à mutualiser les bonnes pratiques et à harmoniser les méthodes entre régions et établissements…) ;

- l'absence de doctrine nationale claire et de stratégie partagée pour la recomposition de l'offre notamment ;

- un manque d'appui politique et « institutionnel » ;

- un sentiment d'isolement des acteurs locaux (dont des ARS), notamment lors des situations conflictuelles ou médiatisées ;

- un manque d'appui pour l'accompagnement RH et la gestion du changement (manque d'outils et de moyens pour accompagner les équipes… ;

- un manque de ressources et de compétences en communication de crise, en gestion des conflits, en pédagogie auprès des élus, des usagers, des professionnels, en ingénierie de projet…

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 21 :

- **La plupart des régions estiment avoir manqué d'outils, de référentiels nationaux, d'accompagnement et de ressources** pour piloter et mettre en œuvre les évolutions de l'offre en périnatalité.

- **Les besoins principaux de soutien portent** sur le pilotage, l'accompagnement RH, la gestion du changement, la communication, la gestion de crise, la gestion des conflits, la formation et accompagnement des équipes, la mutualisation des bonnes pratiques.

- **Les acteurs locaux demandent un accompagnement national structuré, le développement d'outils partagés** (tableaux de bord, référentiels, guides pratiques, plateformes d'échange, capitalisation/partage des bonnes pratiques entre régions et établissements), un soutien politique explicite (doctrine nationale, appui politique) pour sécuriser et légitimer les transformations lorsqu'ils ont à en réaliser.

Question 25- Au regard de votre expérience, quels sont les principaux besoins des ARS pour piloter et mener à bien de telles transformations ?

Les principaux besoins exprimés dans le cadre de l'enquête concernent :

- **un besoin d'accompagnement national structuré et assumé passant** (une doctrine nationale claire et partagée pour la recomposition de l'offre en périnatalité (critères objectifs, gradation des soins, seuils d'activité, sécurité, équité territoriale) ; un soutien politique et institutionnel explicite ; l'existence d'outils nationaux partagés : référentiels, guides pratiques… ;la création d'outils de mutualisation des expériences entre régions et de capitalisation et de partage des bonnes pratiques (plateformes d'échange, retours d'expérience pour mutualiser les outils et harmoniser les méthodes, diffuser les innovations et les solutions efficaces) ;

- **un besoin d'appui à la concertation et à la co-construction :** temps et moyens pour organiser une concertation large et efficace avec tous les acteurs (professionnels, élus, usagers, PMI, réseaux, associations…) ; appuis à la co-construction des solutions alternatives (CPP, dispositifs d'accompagnement, parentalité, santé mentale…) ; appuis à la médiation et à la gestion des tensions locales..

- **un besoin en outils de pilotage :**
  - développement d'outils de pilotage, partagés et interopérables pour le suivi des indicateurs d'activité, de qualité, de sécurité, de RH, de tensions territoriales, de satisfaction des usagers et des professionnels ;
  - des tableaux de bord régionaux et nationaux :extractions PMSI, suivi des EIGs… ;
  - des outils d'aide à la décision pour anticiper les fragilités, objectiver les diagnostics, harmoniser les pratiques et guider les transformations.

- **un besoin d'accompagnement renforcé en matière de ressources humaines et en gestion du changement** : accompagnement méthodologique, animation territoriale, gestion de crise, coordination des acteurs, synchronisation des étapes (diagnostic, concertation, communication, mise en œuvre)… ;

- **un besoin d'appui spécifique en matière de communication et de gestion des conflits** (ressources et compétences en communication de crise, gestion des conflits ; outils et expertise pour contrer les discours anxiogènes ou polarisants sur les réseaux sociaux, pour informer, expliquer et accompagner les transformations…) ;

- **un besoin de financements adaptés et pérennes :** financements spécifiques pour accompagner les transformations (création de CPP, innovations organisationnelles…) ; reconnaissance et valorisation des temps de coordination, d'animation territoriale et de pilotage dans le calcul de l'activité des professionnels et des équipes.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 25 :

- **Les acteurs locaux ont besoin** d'un accompagnement national structuré et assumé (doctrine, soutien politiques, partage des bonnes pratiques, outils nationaux…), d'appuis à la concertation et à la co-construction, d'outils de pilotage, d'accompagnements renforcés en matière de ressources humaines et de conduite du changement, d'un appui spécifique en matière de communication (de crise notamment) et de gestion des conflits, de financements adaptés et pérennes.

- **La réussite des transformations dépend de** la capacité à anticiper, à objectiver, à accompagner, à communiquer, à coconstruire et à sécuriser les décisions dans un cadre national clair et partagé.

Question 26- Au regard de votre expérience, le cadre réglementaire et financier du champ de la périnatalité vous semble-t-il pertinent ?

1/ Principaux constats relevés par l'enquête

Sur le volet réglementaire, il y a un retour la quasi-unanime sur l'obsolescence des décrets de périnatalité. Les principaux arguments relayés soulignent que :

- les textes actuels ne tiennent plus compte de l'évolution des pratiques médicales, de la démographie, des attentes sociétales, ni des nouveaux enjeux (prévention, parentalité, santé mentale, gradation des soins, coordination ville-hôpital…) ;

- les normes de fonctionnement (ratios, seuils d'activité, triple permanence des soins…) sont jugées trop rigides ou inadaptées à la réalité des territoires, notamment pour les petites maternités ou les zones rurales et /ou isolées ;

- les décrets ne prennent pas en compte les nouvelles compétences des sages-femmes, la diversification des parcours ni les besoins nouveaux en santé mentale ou en prévention ;

- les textes ne prennent pas suffisamment en compte des indicateurs de qualité, de sécurité, de performance, d'équité territoriale, de gradation des soins et ne permettent pas d'adapter rapidement l'offre aux évolutions démographiques, à la baisse de la natalité, à la fragilité RH.

Sur le volet financier, les retours présentent un cadre actuel présenté comme insuffisamment incitatif. Ainsi :

- le modèle de financement est jugé inadapté à la réalité des maternités :
    - la T2A et les seuils de rentabilité (souvent de l'ordre de 1 500 accouchements par an) pénalisent les petites maternités, même quand elles sont nécessaires en termes d'accessibilité territoriale ;
    - les maternités de niveau 2B et 3 sont mieux financées, ce qui favorise la concentration de l'offre et fragilise les structures de proximité ;
    - les missions de prévention, de parentalité, d'accompagnement social, de santé mentale, de coordination, ne sont pas suffisamment valorisées dans le modèle actuel.

- les dispositifs alternatifs (CPP, maisons de naissance…) nécessitent des financements adaptés ;

- les aides ponctuelles (FIR, contractualisation, primes) sont utiles mais insuffisantes pour garantir la stabilité des équipes et la qualité de l'offre.

2/ Principales attentes et recommandations.

- une révision du cadre réglementaire ;

- une évolution du modèle financier :
    - mise en place d'un financement plus incitatif pour la prévention, la coordination, la parentalité, la santé mentale, la proximité ;
    - valorisation des missions de service public, des dispositifs alternatifs, des parcours vulnérables ;
    - soutien financier pérenne pour les structures fragiles, les CPP, les maisons de naissance, les dispositifs innovants.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 26 :

- **Les cadre réglementaire et financier actuels de la périnatalité sont jugés obsolètes, inadaptés et insuffisamment incitatifs** pour répondre aux enjeux contemporains de sécurité, de qualité, de prévention, de parentalité, de santé mentale et d'équité territoriale. En particulier, le cadre actuel favorise la concentration de l'offre et la fermeture des petites maternités, ce qui pose des enjeux d'accessibilité et d'équité territoriale. Les attentes des usagers évoluent vers plus d'humanisation, de prévention, de personnalisation, de coordination.

- **Une révision du cadre juridique et financier est par conséquent souhaitée** pour l'avenir.

Question 27- Au regard de votre expérience, quels sont les facteurs clés de réussite d'un projet de transformation de l'offre périnatale et, a contrario, quels sont les écueils à éviter au risque sinon d'échouer ou de rendre les évolutions très compliquées ?

1/ D'après les retours de l'enquête, les principaux facteurs clés de réussite d'un projet de transformation de l'offre périnatale sont :

- ***le degré d'anticipation et la préparation*** (anticiper les transformations, les préparer en amont, réaliser un diagnostic territorial partagé, prendre le temps d'analyser les besoins, les ressources, les risques, les impacts sur le territoire…) ;

- ***la qualité du travail de concertation et de co-construction*** (impliquer tous les acteurs ; organiser des groupes de travail, des ateliers thématiques, des comités de pilotage élargis, des réunions régulières avec les élus et les usagers ; privilégier la transparence, la pédagogie et la communication continue pour expliquer les choix, répondre aux inquiétudes et partager les difficultés et solutions) ;

- ***l'existence d'un leadership médical fort*** capable de fédérer et de porter un projet ***et une gouvernance claire*** (avec une équipe projet stable, compétente, et une répartition des rôles et responsabilités bien définie) ;

- ***un soutien politique et institutionnel*** pour légitimer et accompagner les évolutions et la nécessité d'associer les collectivités comme co-acteurs et non simples observateurs ;

- l***a capacité de prise en compte des spécificités territoriales*** : adaptation des solutions aux réalités locales (démographie, géographie, accès aux soins, ressources humaines, attentes des populations, contraintes sociales et économiques) et capacité à s'appuyer sur les ressources existantes (réseaux, PMI, dispositifs innovants) ;

- ***la capacité à former, accompagner au niveau RH et soutenir les équipes*** : formation et accompagnement des professionnels (notamment lors de changements de pratiques, de statuts, de lieux d'exercice) ; valorisation de l'innovation (télémédecine, dispositifs d'accompagnement à domicile, outils numériques…) ;

- ***la capacité à communiquer, à faire œuvre de pédagogie et à évaluer*** : communiquer tôt, clairement et régulièrement auprès de tous les acteurs et de la population ; évaluer en continu les effets de la transformation (indicateurs d'activité, de qualité, de satisfaction…) et ajuster les actions si besoin.

2/ *A contrario*, les principaux écueils à éviter sont :

- le fait de devoir décider dans l'urgence, sans préparation ni diagnostic partagé ;

- l'absence ou l'insuffisance de concertation avec les parties prenantes (les professionnels, les élus, les usagers, les associations, les collectifs…) ;

- une communication tardive, floue ou incomplète, générant peurs et incompréhensions ;
- l'existence de projets menés sans ou contre les professionnels, sans *leadership* médical, ou sans implication des équipes de terrain ;
- une approche trop technocratique ou descendante, déconnectée des réalités locales et des besoins des usagers ;
- un isolement institutionnel, l'absence de soutien politique ou national, laissant les acteurs locaux seuls face aux tensions locales ;
- une sous-estimation des enjeux humains et sociaux (risques psycho-sociaux, attachement symbolique à la maternité, impact sur le tissu local) ;
- l'absence d'accompagnement RH ;
- un manque d'outils méthodologiques, d'indicateurs de suivi, de financements adaptés pour accompagner la transformation ;
- l'absence d'évaluation ou de pilotage dans la durée (qui peut conduire à une démobilisation ou à des effets non anticipés).

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 27 :

Facteurs clés de réussite	*Écueils à éviter*
Anticipation, diagnostic partagé	Décisions dans l'urgence, sans préparation
Co-construction, concertation, implication de tous	Absence de concertation, projet imposé
Leadership médical, gouvernance claire	Manque de leadership, projet sans portage médical
Soutien politique et institutionnel	Isolement institutionnel, absence de soutien national
Adaptation aux spécificités territoriales	Solutions standardisées, non adaptées au territoire
Formation, accompagnement RH, innovation	Sous-estimation des enjeux humains, absence d'accompagnement RH
Communication, pédagogie, évaluation continue	Communication floue, absence d'évaluation et de suivi

Question 28- Au regard de votre expérience, comment associer au mieux et impliquer de façon positive et constructive chacune des parties prenantes (professionnels de santé, élus, usagers…) dans les projets de transformation ?

D'après les retours de l'enquête, une implication positive des parties prenantes est possible à condition de :

- ***prévoir une concertation et une co-construction dès la phase amont des projets de transformations :*** impliquer très en amont tous les acteurs concernés (professionnels de santé (hospitaliers et libéraux), directions d'établissements, élus locaux, usagers, associations, PMI…) ; organiser des groupes de travail, ateliers thématiques, comités de pilotage réunissant les parties prenantes pour partager le diagnostic, les enjeux, les contraintes et les solutions ; favoriser la co-construction du projet, en intégrant les retours et les attentes de chacun, et en adaptant les solutions aux spécificités locales ;

- ***privilégier la transparence, la communication et la pédagogie :*** communiquer tôt, clairement et régulièrement sur les objectifs, les étapes, les difficultés, les choix et les impacts attendus ; expliquer les raisons des transformations, les bénéfices attendus, les alternatives envisagées, et les conséquences pour les professionnels et les usagers, valoriser la pédagogie pour lever les incompréhensions, apaiser les inquiétudes et favoriser l'adhésion ;

- ***reconnaitre et valoriser les acteurs*** : reconnaître l'expertise et le rôle de chaque acteur ; associer les professionnels de terrain à la définition des parcours, à l'organisation des soins et à l'élaboration des solutions alternatives ; impliquer les élus dans la gouvernance du projet, dans la communication et la médiation auprès de la population ;

- ***privilégier une gouvernance partagée*** (comité de pilotage représentatif, réunions régulières, circuits de décision clairs…) et ***s'appuyer sur un leadership médical et institutionnel fort*** (désigner des référents ou des leaders locaux pour porter la transformation et relayer l'information) ;

- ***prendre en compte les spécificités locales et humaines*** (notamment les enjeux humains, sociaux et symboliques : attachement à la maternité, identité locale, craintes de perte de service public…) : prévoir des temps d'écoute, de dialogue et d'accompagnement pour les professionnels et les usagers concernés ;

- ***soutenir et accompagner le changement*** : accompagner les équipes dans le changement ; prévoir des dispositifs d'accompagnement pour les usagers (information, orientation, suivi personnalisé) ; valoriser les initiatives locales et les retours d'expérience pour renforcer l'adhésion et la confiance ;
- ***évaluer et ajuster en continu*** : mettre en place des indicateurs de suivi (activité, qualité, satisfaction) et des temps d'évaluation partagés ; ajuster la démarche en fonction des retours des parties prenantes et des résultats observés.

En synthèse, principales conclusions concernant la Question 28 :

- ***L'implication positive et constructive des parties prenantes repose sur*** une co-construction sincère, une communication transparente, une gouvernance partagée, la reconnaissance de chacun, l'adaptation aux réalités locales et un accompagnement humain fort.

- ***Les projets de transformation réussis sont ceux qui donnent du sens, qui associent tous les acteurs dès l'amont***, qui valorisent l'expertise de terrain, qui prennent le temps du dialogue et qui s'ajustent en fonction des besoins et des retours.

- ***Les écueils à éviter sont*** la prise de décision « descendante », le manque de concertation, la communication tardive ou floue, la sous-estimation des enjeux humains ou encore la non-prise en compte des spécificités locales.

Question 29- Avec le recul, quel bilan tirez-vous de ces transformations récemment opérées ? En particulier :

- ***quels sont les principaux points de succès, principaux points d'échec éventuel ?***
- ***Considérez vous que le/les territoires considérés a/ont au final tiré bénéfice (ou non) de ces transformations et au regard de quel critère le diriez-vous ?***
- ***Vous semble-t-il à distance de l'évènement que les populations considérées, les femmes en particulier, sont satisfaites de la nouvelle organisation ?***
- ***Vous semble-t-il à distance de l'évènement (effets popularité dépassé) que les élus soient satisfaits de cette nouvelle organisation ?***

Les principaux éléments de bilan évoqués par l'enquête concernant les transformations de l'offre de périnatale intervenues récemment sont les suivants :

- ***1er point : des avancées indéniables sur la sécurité, la qualité et l'organisation des soins*** : d'après les réponses obtenues, dans la majorité des régions, les transformations ont permis d'améliorer la sécurité des accouchements et la prise en charge des situations à risque, grâce à la concentration des naissances dans des structures mieux équipées et à la montée en compétence des équipes ainsi qu'une meilleure organisation des parcours pour les grossesses à risque ;

- ***2ème point : la rationalisation de l'offre a souvent permis une meilleure allocation des moyens*** humains et matériels ;

- ***3ème point :*** **un accès aux soins préservé mais des disparités territoriales** :
  - dans la plupart des cas, les maternités de proximité ou les CPP ont permis de maintenir une offre de suivi et d'accompagnement, limitant le risque de rupture. En particulier, les territoires ayant vécu une transformation bien anticipée et accompagnée ont pu absorber le flux de patientes sans dégradation de la prise en charge, et parfois même renforcer l'offre de prévention ou de suivi postnatal ;
  - MAIS, certains retours indiquent que la fermeture de maternités a pu accentuer les inégalités d'accès, notamment en zones rurales ou isolées, et générer un sentiment de recul du service public.

- ***4ème point : un impact humain et symbolique à ne pas sous-estimer :***
  - les transformations sont fréquemment vécues par les professionnels, les usagers et les élus comme un compromis subi, comme étant imposées, sans réelle concertation ou prise en compte des spécificités locales plutôt que comme un progrès partagé ;
  - la fermeture est perçue comme une perte d'attractivité, voire « la fin d'une histoire » pour le territoire.

- ***5ème point : un niveau de satisfaction nuancé des usagers et des élus :*** si certains reconnaissent les bénéfices en termes de sécurité, beaucoup expriment une forme de résignation ou de regret face à la perte de proximité. Le niveau de satisfaction est plus souvent lié à des expériences individuelles positives qu'à une adhésion globale à la nouvelle organisation ;

- ***6ème point : les évolutions ont des effets contrastés sur les professionnels :***
    - les professionnels non-médicaux (sages-femmes, auxiliaires) se sont généralement bien intégrés dans les nouvelles organisations, surtout quand ils ont été accompagnés et formés ;
    - on note en revanche des difficultés d'intégration ou de reclassement pour certains praticiens libéraux, notamment en cas de différences de pratiques ou de statuts et les transformations ont parfois généré une démotivation, une charge de travail accrue et des tensions RH, surtout dans les établissements devant absorber un surcroît d'activité.

- ***7ème point : les principales conditions de réussite sont les suivantes :***
    - les évolutions les mieux vécues sont celles qui ont été anticipées, coconstruites, accompagnées d'un dialogue constant, d'un accompagnement adapté ;
    - la réussite dépend de la capacité à maintenir ou à développer une offre de soins de proximité, à garantir la sécurité et la qualité, et à associer l'ensemble des parties prenantes dans la durée ;
    - l'évaluation continue, la communication transparente et l'adaptation aux besoins locaux sont essentielles pour renforcer l'adhésion et la confiance.

<u>En synthèse, principales conclusions concernant la Question 29 :</u>

- **Les transformations de l'offre périnatale ont permis des avancées** en matière de sécurité, de qualité, de rationalisation, d'après les retours, mais elles restent sensibles et complexes à mettre en œuvre.

- **Le bilan est contrasté** : l'acceptabilité sociale et humaine dépend fortement de la méthode, du dialogue, de l'accompagnement, de la capacité à maintenir une offre de proximité adaptée aux besoins des territoires.

- **La réussite passe par** l'anticipation, la co-construction, l'accompagnement humain et la transparence.

Question 30- Y aurait-il d'autres points que ce questionnaire ne vous a pas permis d'aborder et que vous souhaiteriez évoquer, ou d'autres messages que vous souhaiteriez adresser à la mission ?

Les principaux points complémentaires ou messages sur lesquels souhaitent insister les répondants sont les suivants :

- le ***besoin d'une stratégie nationale claire, assumée et partagée pour piloter l'offre de périnatalité :*** de nombreuses réponses insistent sur ce point ;

- ***ia nécessité d'actualiser le cadre réglementaire*** : beaucoup soulignent l'obsolescence des décrets de 1998 et la nécessité de réviser le cadre réglementaire pour intégrer les évolutions des pratiques, les nouveaux besoins en ressources humaines, les attentes sociétales ;

- ***une doctrine différenciée pour l'Outre-mer,*** tenant compte de l'isolement, des spécificités sociales, des déterminants de santé locaux, est demandée par plusieurs des répondants ;

- ***concernant les « moyens » (financements et outils),*** le financement des petites maternités et des CPP est considéré comme inadapté. Les réponses insistent, à nouveau, sur le besoin d'outils méthodologiques nationaux (guides de concertation, kits de communication, modèles de plans locaux de continuité de l'offre, outils d'évaluation de l'accessibilité…) ;

- ***concernant les volets RH et attractivité***, les difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels constituent une difficulté majeure. Des répondants demandent des mesures d'attractivité, de valorisation des carrières, de formation continue, de reconnaissance des compétences et soulignent l'importance de l'accompagnement RH lors des transformations ;

- ***les questions de prévention, de santé mentale et de parentalité sont des enjeux majeurs,*** de même que la nécessaire prise en compte *renforcée de* la santé environnementale, la promotion et la prévention de la santé ;

- ***les sujets de transport, d'accessibilité et de continuité des soins*** constituent un point de vigilance majeure, notamment en zones rurales ou isolées. Plusieurs répondants demandent des dispositifs de transport adaptés, des solutions d'hébergement non médicalisé pour les femmes éloignées d'une maternité, et une meilleure coordination des parcours et soulignent l'importance de maintenir une offre de proximité, même en l'absence de plateau technique pour éviter les ruptures de suivi et garantir l'équité d'accès ;

- quelques réponses proposent ***d'expérimenter la double transcription de l'acte de naissance dans la commune de résidence des parents*** (pour valoriser le dynamisme local malgré la fermeture de la maternité) ;

- des répondants insistent sur la ***nécessité de renforcer la démocratie sanitaire, d'associer davantage les usagers et les élus***, et de mieux intégrer la dimension sociale et territoriale dans les politiques de périnatalité.

ANNEXE 2 : L'offre de soins périnatale – évolution depuis les années 2000 et analyse territoriale en 2023

ANNEXE 2 : ..... L'OFFRE DE SOINS PERINATALE – EVOLUTION DEPUIS LES ANNEES 2000 ET ANALYSE TERRITORIALE EN 2023 224

1 DEPUIS LES ANNEES 2000 L'OFFRE DE SOINS PERINATALE A SENSIBLEMENT EVOLUE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE 225

1.1 UNE DIMINUTION GENERALISEE DE L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT QUI TOUCHE PRINCIPALEMENT LE SECTEUR PRIVE ET LES MATERNITES DE NIVEAU 1 225
1.2 ... QUI PARAIT POUR AUTANT COHERENTE FACE A LA DEMANDE 226
1.3 MOINS DE PROFESSIONNELS DEDIES A LA FOIS DANS LES ETABLISSEMENTS ET AUSSI DANS L'OFFRE LIBERALE OU IL EXISTE DE FORTES DISPARITES 229

2 UNE OFFRE AUTOUR DE LA PERINATALITE TRES LIEE AUX NIVEAUX DES MATERNITES ET DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES TERRITOIRES 232

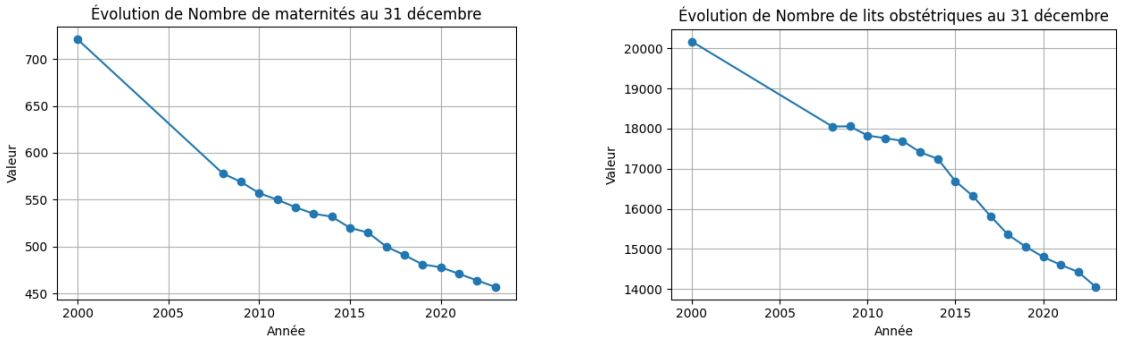
2.1 MISE EN PLACE D'UN CLUSTERING POUR IDENTIFIER DES PROFILS DE DEPARTEMENTS SUR L'OFFRE DE PERINATALITE 232
2.1.1 Construction du jeu de données 232
2.1.2 Données exploitées 233
2.1.3 Méthode 234
2.2 LES 6 TYPOLOGIES DE L'OFFRE PERINATALE EN FRANCE 235
2.2.1 Deux groupes liés à la présence ou non des maternités de niveau 3 235
2.2.2 Le groupe A : les départements composés des maternités de niveau 3 236
2.2.3 Le groupe B : les départements démunis de maternités de niveau 3 238
2.2.4 En résumé 240
2.3 L'EVOLUTION DES TYPOLOGIES ET CONFRONTATION AUX INDICATEURS SOCIO-ECONOMIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES 241
2.3.1 Une offre périnatale corrélée à la situation socio-économique 241
2.3.2 Une évolution de l'offre et de l'activité sur l'ensemble des typologies 242
2.3.3 La mortalité périnatale et la situation particulière des DROM 244

1 Depuis les années 2000 l'offre de soins périnatale a sensiblement évolué sur l'ensemble du territoire

1.1 Une diminution généralisée de l'offre de prise en charge en établissement qui touche principalement le secteur privé et les maternités de niveau 1…

[1] Les premières décennies des années 2000 ont été marquées par une diminution importante du nombre de maternités. En 25 ans le nombre de maternités a baissé de plus de 40 % quand le nombre de lits en obstétrique diminuait de 30 %.

Graphique 1 : Evolution du nombre de maternités et de lits en obstétrique de 2000 à 2023



Source : DREES-SAE

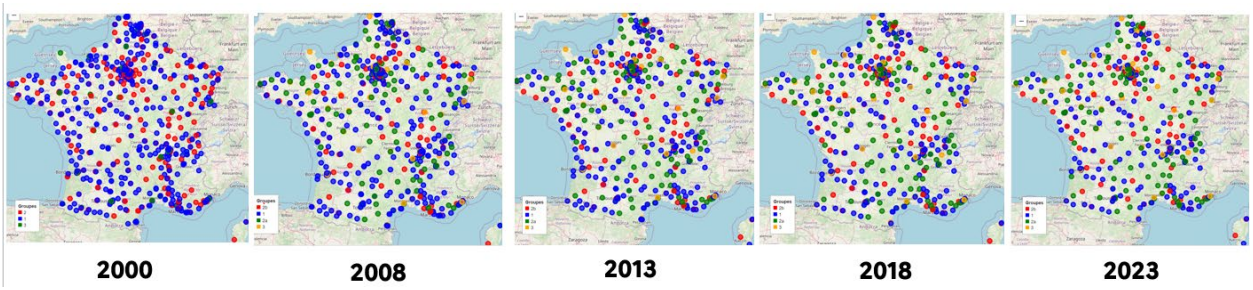
[2] Cette diminution s'est traduite par une restructuration complète de l'offre. Les fermetures ont essentiellement ciblé des maternités de petite taille ne pouvant prendre en charge que des accouchements sans complication. Ainsi, le nombre de maternités de niveau 1 a été pratiquement divisé par 3 en plus de 20 ans, passant de 450 en 2000 à 160 en 2023. Ces fermetures ont été réalisées au profit de maternités mieux équipées (niveaux 2 et 3), dont le nombre augmente respectivement de 10 % et 9 % sur la période.

Graphique 2 : Evolution du nombre de maternités par niveau de prise en charge depuis 2000

Niveau de maternité\Année	2000	2008	2013	2018	2023	Baisse entre 2000 et 2023
1	450	297	240	194	160	-64%
2a	210 (anciennement 2)	135	144	142	142	+10%
2b		81	85	88	88	
3	61	65	66	67	67	+9%

[3] La fermeture des maternités s'est opérée de façon plutôt homogène sur le territoire comme l'illustrent les cartes ci-dessous.

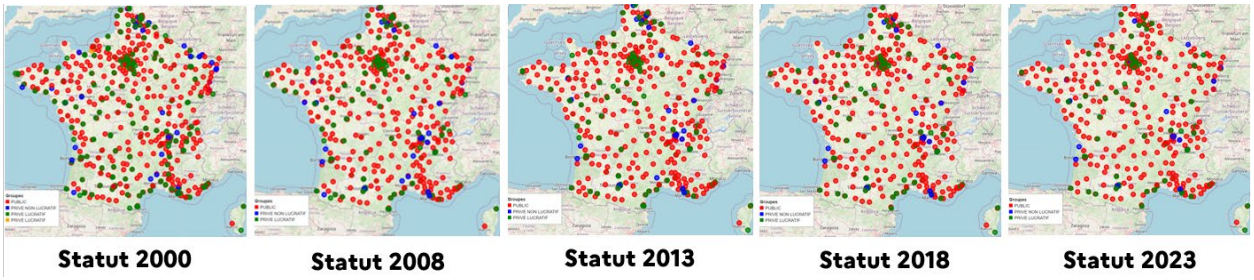
Carte 1 : Evolution de la répartition des maternités par niveaux entre 2000 et 2023



Source : Données DREES-SAE, analyse pôle data de l'Igas

[4] Si l'offre de maternités diminue de façon globalement homogène sur le territoire, c'est essentiellement dans le secteur privé que l'on observe le plus fort désengagement. En effet sur la période étudiée (2000-2023) le nombre de maternités des secteurs privés lucratif et non lucratif a chuté de 60 % et 50 % respectivement. En 2000 le secteur privé (lucratif et non lucratif) représentait 45 % des maternités, en 2023 il ne représente plus que 28 %. Les cartes ci-dessous illustrent cette évolution.

Carte 2 : Evolution de la répartition des maternités par statut entre 2000 et 2023



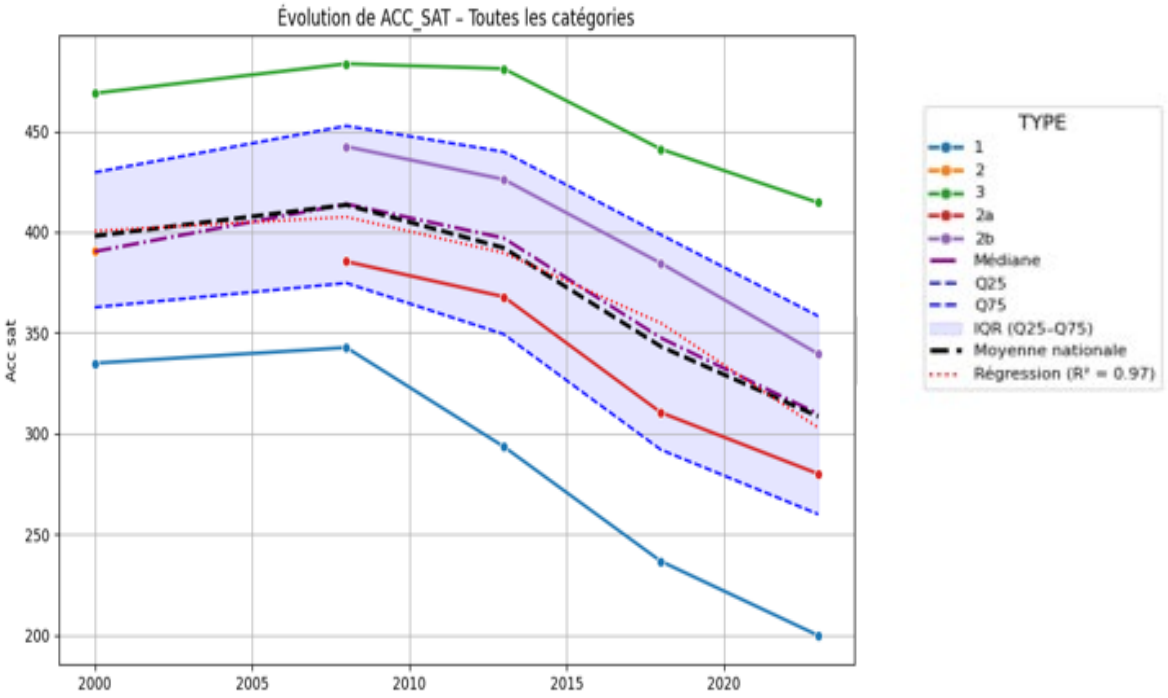
Légende : en rouge les maternités publiques, en bleu les maternités privées du secteur non lucratif et en vert les maternités du secteur privé lucratif.

1.2 … qui paraît pour autant cohérente face à la demande

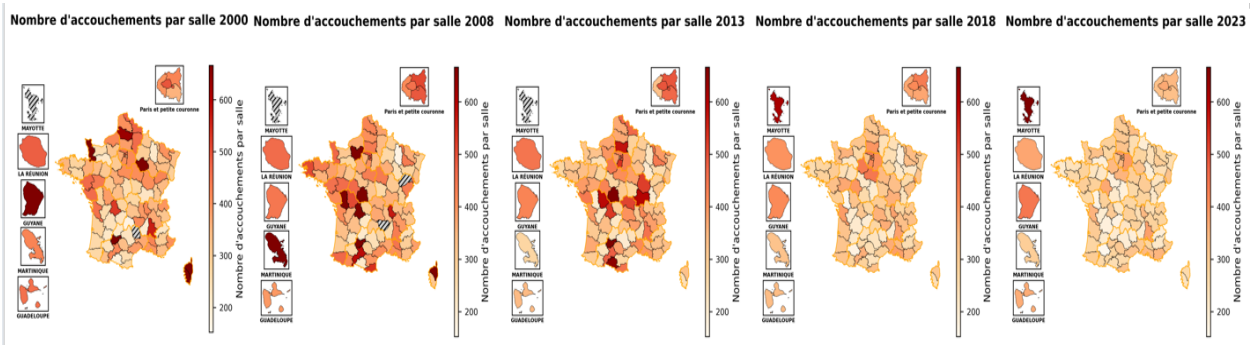
[5] Malgré la fermeture d'un nombre important de maternités, le **nombre de salles de travail sur l'ensemble du territoire est resté relativement stable sur les 25 dernières années** (+3 % entre 2000 et 2023).

[6] Par ailleurs, la sollicitation des salles de travail après avoir stagné au début des années 2000 est en diminution constante quel que soit le niveau de la maternité (Graphique 3) du fait de la chute de la natalité. D'un point de vue géographique, on observe que la tension sur les salles de travail diminue avec le temps sur l'ensemble du territoire, excepté Mayotte (Carte 3).

Graphique 3 : Evolution du nombre d'accouchements par salle de travail

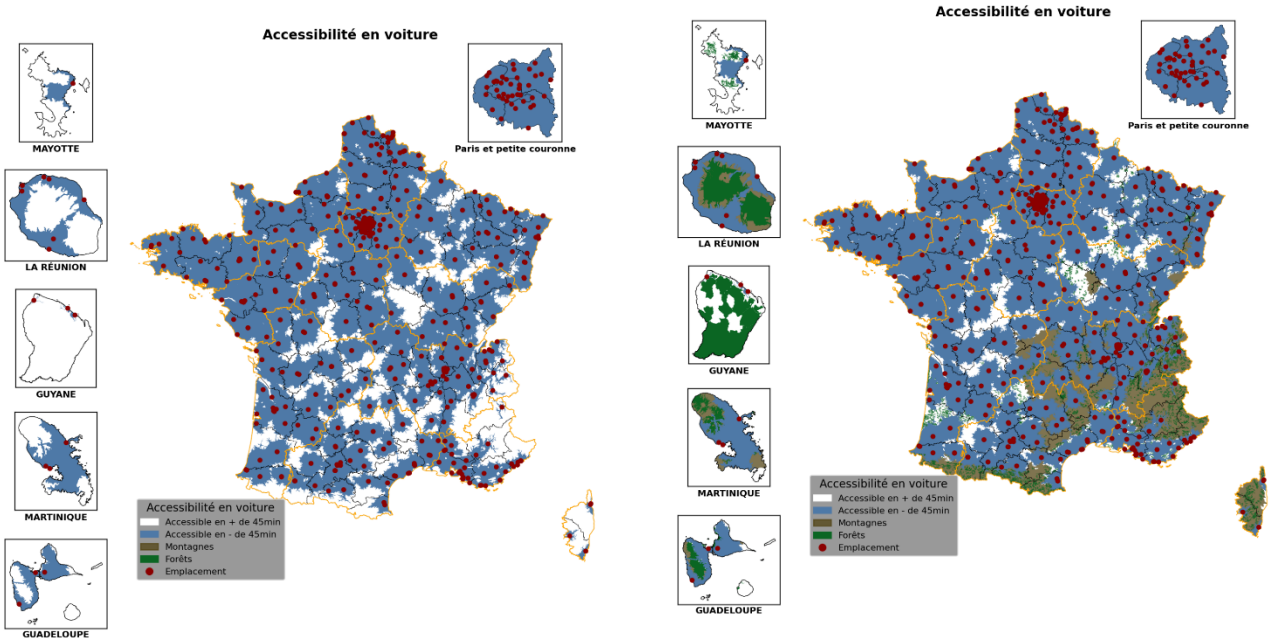


Carte 3 : Evolution du nombre d'accouchements par salle de travail de 2000 à -2023



[7] En termes d'accessibilité à une maternité, 61 % de la surface du territoire se situe à moins de 45 mn d'une maternité. Mais comme l'illustre la carte de droite certaines zones peu accessibles sont très faiblement peuplées car elles correspondent à des zones montagneuses ou de forêts.

Carte 4 : Territoire accessible en voiture à plus ou moins de 45 minutes d'une maternité (sans et avec représentation des zones montagneuses et des forêts)



Source : Liste maternités 2023 (DREES)- traitement pôle data de l'Igas

Méthodologie

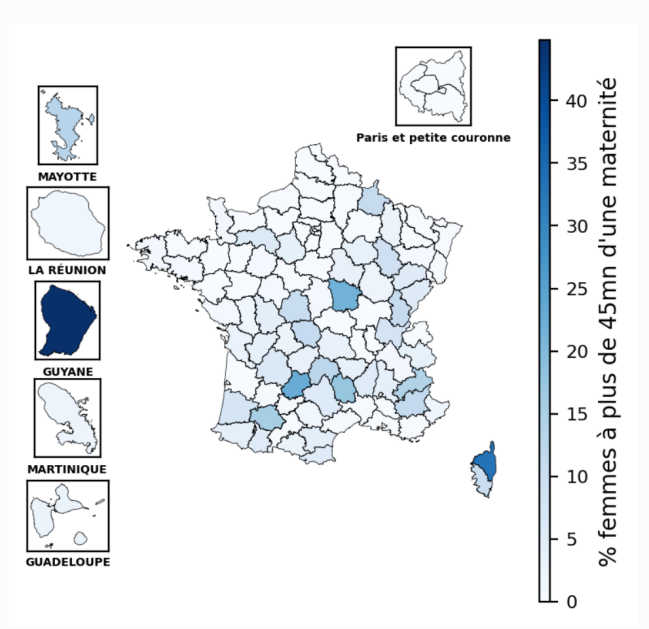
L'API Mapbox[156] est utilisée pour générer une carte d'accessibilité en voiture selon différentes échelles de temps de trajet. Concrètement, ce programme trace autour de chaque lieu d'accueil une zone (un polygone) représentant la distance parcourue en X minutes de voiture, où X minutes est un seuil choisi. Les seuils exploités ici sont 20, 30, 45 et 60 minutes. La carte globale d'accessibilité est obtenue en faisant l'union de toutes ces zones individuelles.

[8] En ajoutant une dimension populationnelle, on observe qu'en moyenne plus de 97 % des femmes (99 % en médiane) âgées de 18 à 45 ans (y compris les DROM) ont accès à une maternité à moins de 45 minutes en voiture. Comme précisé en carte 4, la quasi-totalité du territoire non accessible (zones blanches sur la carte) sont des zones très peu denses car montagneuses ou forestières.

[9] Un accès rapide à une maternité semble donc aujourd'hui garanti sur la plupart du territoire, même si certaines zones plus rurales ou très montagneuses restent encore éloignées d'une maternité, affectant une partie non négligeable de la population féminine comme en Guyane (44 %), Haute Corse (33 %), dans le Lot (23 %) et la Nièvre (22 %).

[156] L'API (Interface de Programmation d'Application) de Mapbox permet de calculer des zones accessibles à X minutes en voiture à partir de latitudes et longitudes. Pour plus d'infos, regarder la page Mapbox | Maps, Navigation, Search, and Data.

Carte 5 : Part de femmes à plus de 45mn d'une maternité en 2023

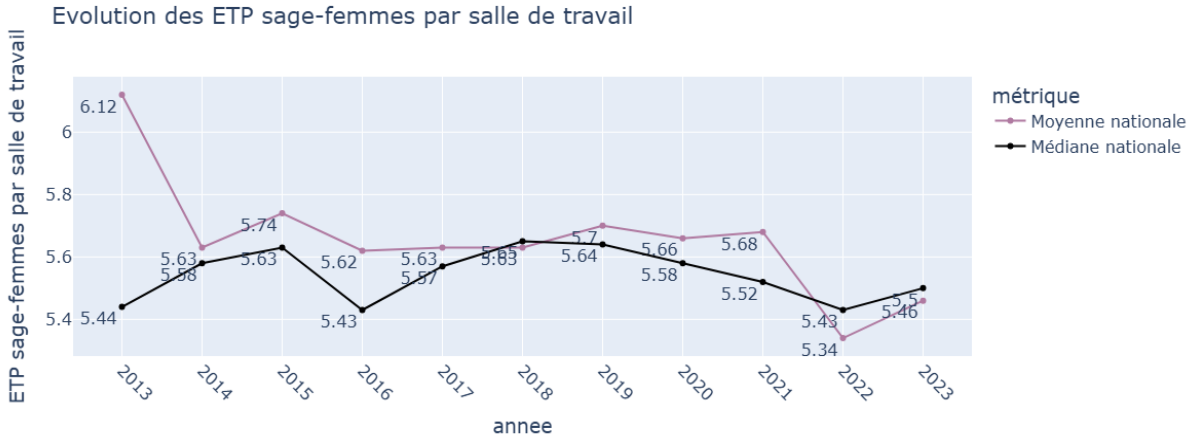


Source : Liste maternités 2023 (DREES), population femmes 18-45 ans par commune 2020 (INSEE)

1.3 Moins de professionnels dédiés à la fois dans les établissements et aussi dans l'offre libérale où il existe de fortes disparités

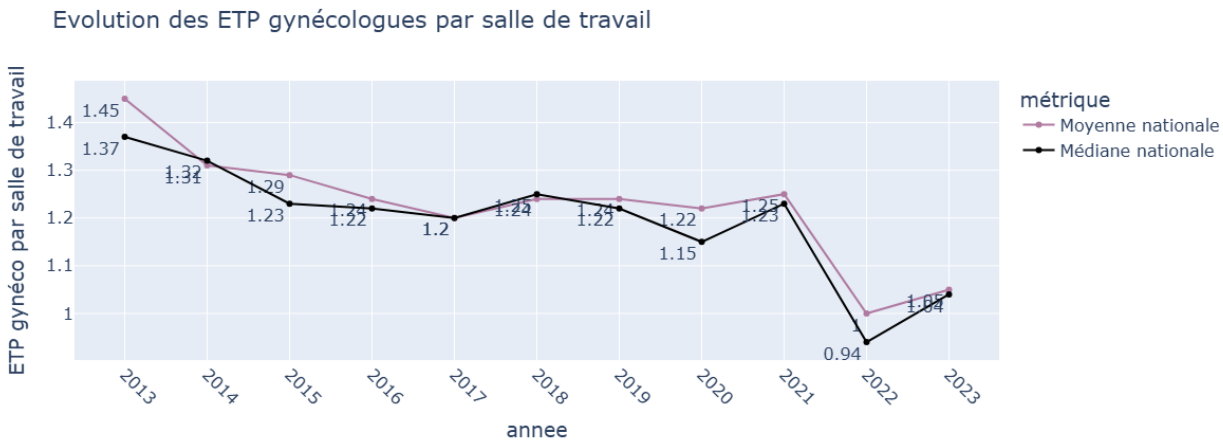
[10] Cette diminution du nombre d'accouchements par salle de travail est concomitante d'une baisse nombre d'ETP en obstétrique (gynécologues et sage-femmes) sur la période. Le nombre d'ETP de gynécologues par salle de travail passe de 1.45 à 1.05 entre 2013 et 2023, soit une baisse de pratiquement 30 % quand le nombre de sage-femmes par salle de travail passe de 6.1 à 5.5 sur la même période soit une baisse de 10 % sur la période.

Graphique 4 : Evolution du nombre d'ETP sage femmes par salle de travail de 2013-2023



Source : Données DREES SAE – analyse pôle data

Graphique 5 : Evolution du nombre d'ETP de gynécologues par salle de travail de 2013-2023



Source : Données DREES SAE – analyse pôle data

[11] En revanche le nombre de pédiatres par salle de travail baisse relativement moins sur la période (- 6 %). Les pédiatres n'opérant pas seulement sur les accouchements, le ratio par salle de travail doit être moins sensible à l'activité autour des naissances.

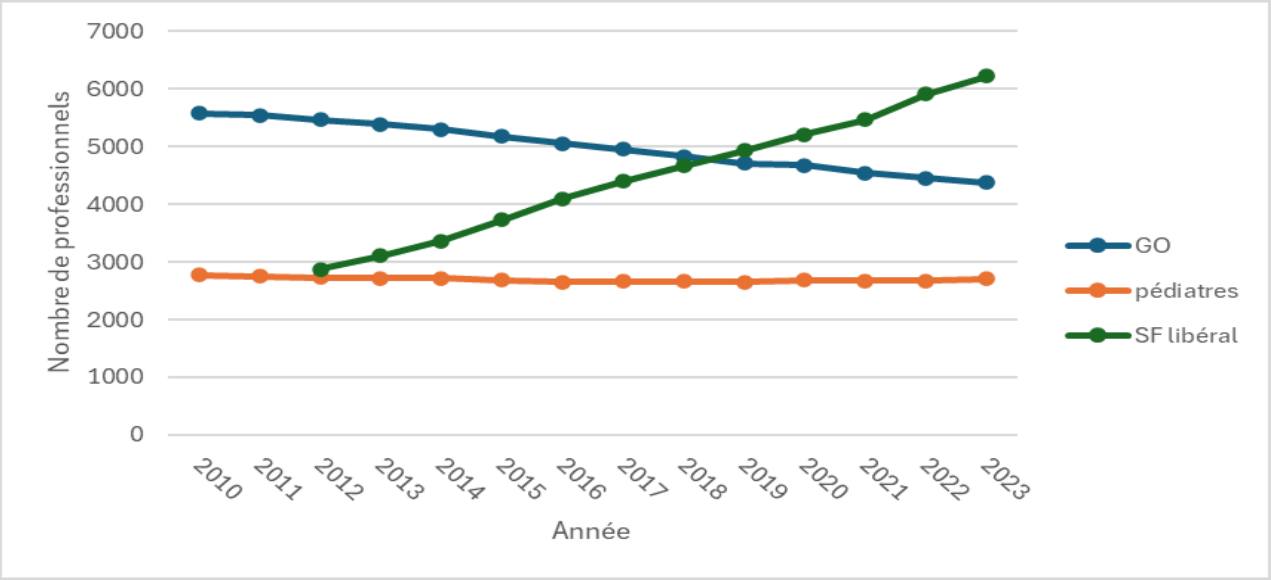
Graphique 6 : Evolution du nombre d'ETP de pédiatres par salle de travail



Source : Données DREES SAE – analyse pôle data

[12] Parallèlement l'offre de prise en charges en ville par les pédiatres les gynécologues obstétriciens suit une tendance similaire. L'arrivée des sage-femmes en libéral en 2012 compense au fur et à mesure la diminution du nombre de gynécologues.

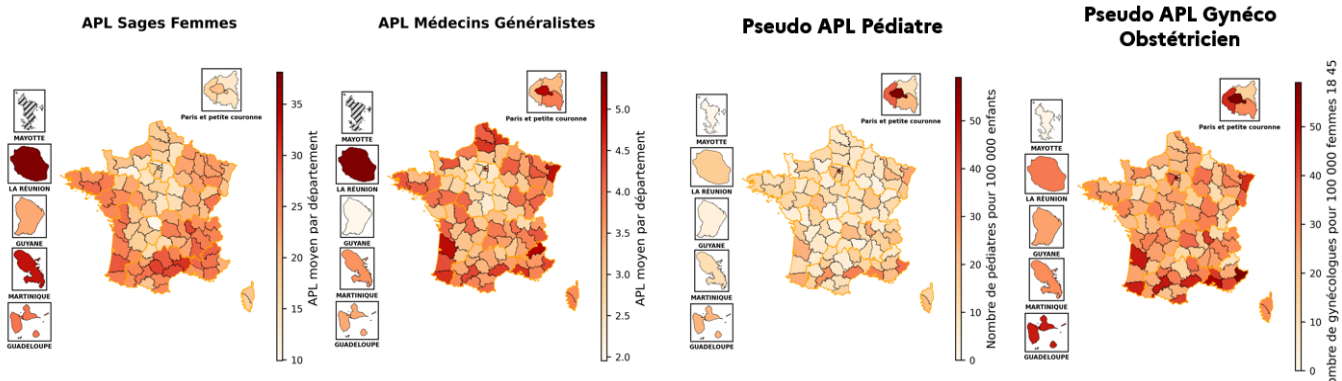
Graphique 7 : Evolution du nombre de gynécologues-obstétriciens et pédiatres conventionnés et sage-femmes en libéral depuis 2010



Source : CNAM-RPPS

[13] Cette évolution du nombre de professionnels de santé se traduit par une accentuation de l'hétérogénéité de l'offre de prise en charge sur le territoire. En 2021, l'offre de prise en charge en ville en périnatalité est très hétérogène sur le territoire. L'arc méditerranéen et les grands centres urbains sont bien mieux dotés que départements ruraux.

Carte 6 : Répartition par département de l'offre de prise en charge périnatale en ville



Source : Accessibilité Potentielle Localisée des professionnels de santé 2021 (DREES)
La pseudo APL a été calculée en faisant le ratio nombre de professionnels de santé/nombre d'usagers concernés pour 100k usagers.
Les professionnels de santé en libéral ou mixte sont considérés à mi-temps (pondération à ½).

2 Une offre autour de la périnatalité très liée aux niveaux des maternités et des caractéristiques socio-démographiques des territoires

2.1 Mise en place d'un clustering pour identifier des profils de départements sur l'offre de périnatalité

[14] Dans l'idée de mieux appréhender les caractéristiques de l'offre de soins périnatale en France aujourd'hui et d'en approcher les différences, un clustering a été réalisé sur un ensemble de données décrivant l'offre en établissements et également en ville à l'échelle des départements. Des données complémentaires sur les caractéristiques socio-économiques des départements ont été par la suite analysées pour compléter l'analyse.

2.1.1 Construction du jeu de données

[15] Les données utilisées proviennent pour la majorité de la SAE (Statistiques Annuelles des Etablissements), construites par la DREES. Ces données, initialement à la granularité maternité[157], sont agrégées par département, afin de pouvoir construire des profils départementaux de l'offre de périnatalité en France.

[16] Les données départementales liées à la périnatalité sont ensuite rationalisées par le nombre de femmes entre 18 et 45 ans, le nombre d'enfants entre 0 et 18 ans, le nombre d'accouchements ou le nombre de salles de travail. Cette démarche de rationalisation permet de comparer les départements entre eux en supprimant l'effet lié à la taille du département.

[17] Ensuite, les données sont, lorsque possible, déclinées par niveau de maternité (CPP, 1, 2a, 2b et 3) et par statut juridique (public, privé lucratif et privé non lucratif).

[18] Les valeurs manquantes ont été imputées grâce une méthode d'imputation itérative[158], fondée sur un modèle prédictif à base d'arbres de décision.

[19] Les données sont mises à la même échelle en les standardisant entre -1 et 1, car les ordres de grandeurs sont différents. Par exemple la densité de médecins et le nombre de salles de travail dans les maternités.

[20] Finalement 198 variables sont présentes dans le jeu de données, pour chacun des 101 départements français (DROM inclus). Elles sont présentées dans le tableau ci-dessous.

[157] Le terme maternité est utilisé dans cette annexe au sens large du terme et inclus également les CPP (Centres de Proximité Périnataux).

[158] La méthode d'imputation itérative ou *IterativeImputer* impute les valeurs manquantes en modélisant chaque variable à tour de rôle comme des fonctions des autres variables observé es, en itérant plusieurs fois pour affiner les estimations. L'imputation itérative utilisée ici avec des modèles à base d'arbres (modèles à seuil) permettent de capturer des relations non linéaires et des interactions complexes entre variables ; et aboutit à une estimation plus précise des valeurs manquantes qu'une stratégie univariée (par exemple la médiane).

2.1.2 Données exploitées

Type de données	Données exploitées	Variable de rationalisation	Sources
Offre de soins liés à la périnatalité	Par niveau de maternité et statut juridique : • nombre de lits en obstétrique • nombre de salles de travail • nombre de maternités • nombre de berceaux/couveuses (réanimation, néonatalogie hors soins intensifs, ou néonatalogie soins intensifs)	pour 100 000 femmes entre 18 et 45 ans	DREES – SAE 2023 granularité maternité agrégée à l'échelle départementale
Activité périnatalité à l'hôpital	Par niveau de maternité et statut juridique : • nombre de femmes transférées pour accouchement depuis un autre établissement • nombre de consultations externes réalisées par des sages-femmes • nombre de consultations externes (hors AMP/DPN) réalisées par gynécologues obstétriciens • nombre d'entretiens prénataux précoces (4e mois) en consultations externes • nombre de transferts d'enfants à la naissance	par accouchement	DREES – SAE 2023 granularité maternité agrégée à l'échelle départementale
	Par niveau de maternité et statut juridique : • nombre d'accouchements total • nombre de séjours en obstétrique • nombre de séjours en néonatalogie (hors soins intensifs) • nombre de séjours en néonatalogie soins intensifs • nombre de séjours avec passage en réanimation • nombre de séjours avec accouchement	pour 100 000 femmes entre 18 et 45 ans	
	Par niveau de maternité et statut juridique : • nombre d'accouchement	par salle de travail	
Activité périnatalité en PMI (Protection Maternelle Infantile)	• nombre de (futures) mères ayant bénéficié d'au moins une consultation au cours de l'année, hors VAD[159] (médecin ou sage-femme) • nombre de (futures) mères ayant bénéficié d'au moins une VAD • nombre de mères ayant bénéficié d'un entretien prénatal précoce	par accouchement	DREES – PMI 2023

[159] VAD = Visite A Domicile

Offre des professionnels de santé en ville	• APL[160] médecins généralistes et sage-femmes • Densité de gynécologues et pédiatres[161] pour 100 000 femmes) entre 18 et 45 ans (respect. enfants de 0 à 18 ans)	/	DREES et INSEE 2021
Offre des professionnels de santé en établissement	Par niveau de maternité et statut juridique : • ETP salariés et libéraux (sage-femme, gynécologues, pédiatres) *Les effectifs libéraux sage-femmes n'ont pas été intégrés de l'analyse car la donnée est manquante.*		DREES – SAE 2023
Accessibilité	• Part des femmes à plus de 45 minutes d'une maternité	/	DREES – SAE 2023

2.1.3 Méthode

[21] Afin d'obtenir les typologies départementales les plus précises, les données standardisées précédemment sont ensuite projetées en différentes combinaisons linéaires ou non afin de diminuer le nombre de variables, grâce à la méthode ACP[162] puis UMAP[163]. Ces méthodes de réduction de dimensions permettent de passer de 198 à 43, puis à 2 axes.

[22] Deux clusterings sont effectués grâce à l'algorithme K-Moyenne[164]. Un premier clustering sépare les départements en deux groupes selon la présence ou non de maternités de niveau 3 : les groupes A et B. Chaque groupe est ensuite subdivisé en trois sous-clusters (A.1, A.2, A.3, B.1, B.2, B.3).

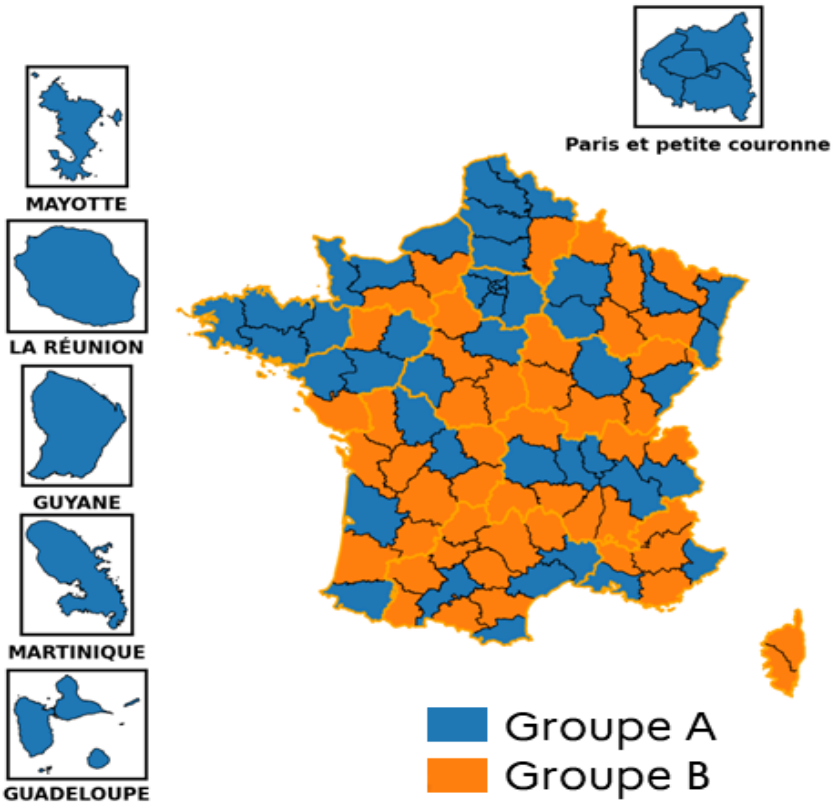
[160] APL = Accessibilité potentielle localisée disponible seulement pour 2021 (pas de série longues disponibles)
[161] La densité de gynécologues et pédiatres est construite à partir du fichier RPPS Médecin 2021 de la DREES, en prenant les exercices libéraux et mixtes. Les médecins ayant un exercice mixte ont été considérés comme exerçant pour moitié en libéral (ETP=0.5). Les effectifs ont ensuite été sommés par département.
[162] ACP (Analyse en Composante Principales) permet de réduire le nombre de variables initiales du jeu de données en créant des axes qui sont des combinaisons linéaires des variables initiales. Le nombre d'axes est choisi de façon à expliquer 95 % de la variance des données, ici 43 axes sont construits à partir des 198 variables initiales. Autrement dit, l'ACP permet de passer de 198 variables à 43 axes uniquement ; axes qui résument 95 % des données. Cette méthode est nécessaire et permet d'améliorer fortement les performances du clustering.
[163] UMAP ou Uniform Manifold Approximation and Projection est une méthode de réduction de dimension des variables utilisées pour résumer l'information contenue dans les variables en créant des combinaisons linéaires ou non (donc combinaisons complexes) des variables initialement utilisées. Ici, seuls les 2 premiers axes sont conservés pour résumer au plus simplement l'information contenue dans les 43 axes ACP précédemment construits.
[164] K-moyenne ou K-means est un algorithme de clustering qui calcule une distance euclidienne entre les observations (ici les départements), à partir de l'ensemble des variables utilisées. Les points qui sont proches entre eux constituent des groupes homogènes. La séparation entre les clusters/groupes est calculée en fonction de la convergence de l'algorithme sur le nombre de clusters demandé. Le choix du nombre de clusters est fonction des métriques de performance/qualité des clusters obtenus. Ici le score silhouette, qui mesure la qualité de la représentation graphique des clusters, a été utilisé pour déterminer le nombre optimal de clusters.

2.2 Les 6 typologies de l'offre périnatale en France

2.2.1 Deux groupes liés à la présence ou non des maternités de niveau 3

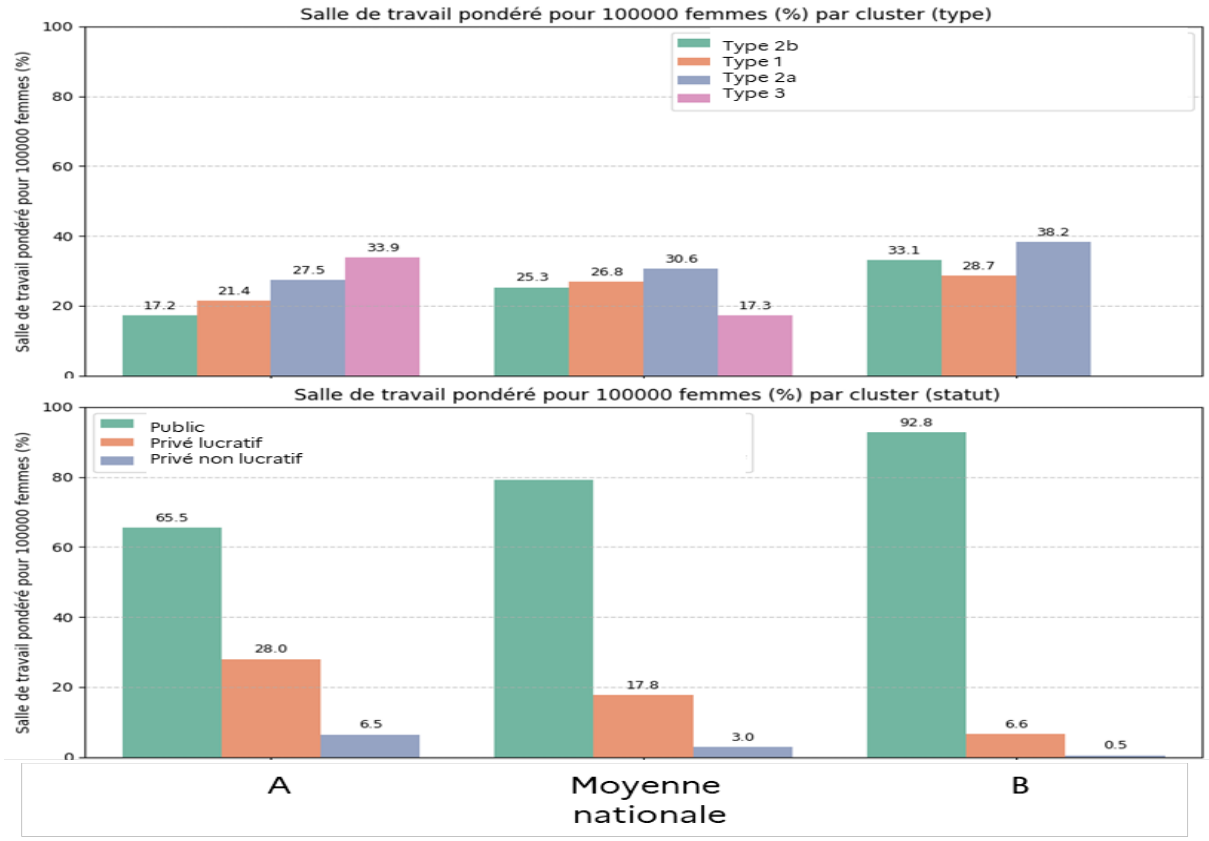
[23] Le premier clustering fait émerger deux groupes A et B, constitués respectivement de 51 départements et 50 départements. Décrits en graphique 8 et carte 7, le groupe A est composé principalement de départements urbains et périurbains disposant de maternités de niveau 3 et des maternités privées à but non lucratif, alors que le groupe B est composé des départements à dominante rurale sans maternités de niveau 3. La répartition géographique des deux groupes est disponible carte 7.

Carte 7 : Les deux typologies principales d'offre périnatale



Source : Données DREES, INSEE 2021, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 8 : Niveaux et statuts juridiques des maternités (nombre de salles de travail pour 100000 femmes entre 18-45 ans)



Source : Données DREES, INSEE 2021, traitement pôle data de l'Igas

Note de lecture : dans le cluster A, 33.9 % sont des maternités de niveau 3, 17,3 % à l'échelle nationale avec une absence de maternité de niveau 3 dans le cluster B.

2.2.2 Le groupe A : les départements composés des maternités de niveau 3

[24] Afin d'affiner les typologies obtenues sur le Groupe A, 3 sous-groupes sont identifiés après un deuxième clustering réalisé à partir des mêmes variables sur ce sous-échantillon. Ces 3 sous-groupes sur-représentent le secteur privé lucratif par rapport à l'offre nationale, tels que décrits en graphique 9. Chacun des départements du groupe A est composé de maternités très accessibles en voiture.

[25] L'offre des professionnels de santé en ville est plus élevée que la moyenne nationale, mise à part une plus faible présence des sage-femmes dans le premier sous-groupe A.1 (graphique 12). Les consultations externes par accouchement effectuées par des sage-femmes dans les maternités sont cependant plus faibles dans le Groupe A : environ 3 consultations externes par accouchement contre un peu moins de 4 au niveau national (graphique 13).

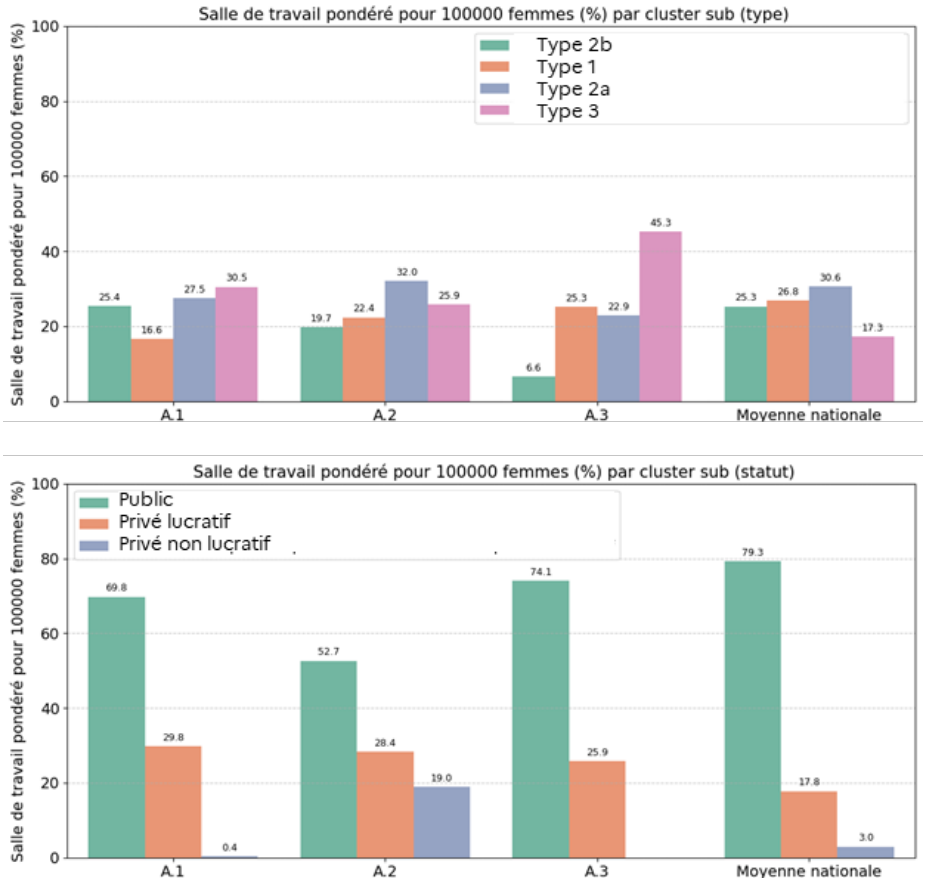
[26] Le premier sous-groupe (A.1) est composé de **16 départements** (banlieues et villes moyennes). L'offre de maternité est variée et très accessible, avec un tiers de maternités de niveau 3 pour moins de maternités de niveau 1 que la moyenne nationale. L'activité des maternités est élevée, avec une **sur-représentation des transferts ascendants** depuis le niveau 1 et **des transferts**

provenant du privé lucratif (graphique 11). L'activité PMI est moyennement active. L'offre de personnel en ville est proche de la moyenne mais plus faible pour les sage-femmes, en ville ou en établissement. Les **consultations externes sont faibles**.

[27] Le second sous-groupe (A.2) est composé de **14 départements** (grandes villes). Les maternités privées du secteur non lucratif sont présentes dans ce sous-groupe, alors que le secteur public est sous-représenté. **L'offre est très variée** et très accessible avec un peu plus de maternités de niveau 2a pour moins de niveaux 2b. **L'activité des maternités est très élevée** avec des transferts depuis tout niveau de maternités, avec une **sur-représentation des transferts ascendants depuis le niveau 1 et des transferts du privé non lucratif** (graphique 11). L'activité PMI est faible. L'offre de personnel est plus élevée notamment en gynécologues et en pédiatres, pour peu de consultations externes (graphique 13).

[28] Le troisième sous-groupe (A.3) est composé de 21 départements (villes modestes et DROM). L'offre est variée mais plus concentrée : une maternité sur 2 est de niveau 3, au détriment du niveau 2b. L'activité reste élevée mais très peu de transferts ont lieu. Lorsqu'ils ont lieu, ils sont majoritairement depuis le niveau 1, en sur-représentation ; de plus **les transferts sont sur-représentés dans le privé lucratif** (graphique 11). L'activité PMI et l'offre en personnel est similaire à la moyenne nationale, pour peu de consultations externes.

Graphique 9 : Niveaux et statuts juridiques des maternités des sous-groupes issus du groupe A (nombre de salles de travail pour 100 000 femmes entre 18 et 45 ans)



Source : Données DREES, INSEE 2021, traitement par le pôle data Igas

2.2.3 Le groupe B : les départements démunis de maternités de niveau 3

[29] De même, pour le groupe B, un deuxième clustering permet de dégager 3 sous-groupes. Ces 3 sous-groupes sur-représentent le secteur public par rapport à l'offre nationale, tels que décrits en graphique 10. Les départements du groupe B sont composés de maternités moins accessibles en voiture.

[30] L'offre des professionnels de santé en ville est plus faible que la moyenne nationale, notamment pour les pédiatres qui sont sous-représentés (graphique 12). Les sage-femmes sont cependant proches de la moyenne nationale. Les consultations externes par accouchement effectuées par des sage-femmes dans les maternités sont beaucoup plus élevées dans le Groupe B : entre 4 et 5 consultations externes par accouchement contre un peu moins de 4 au niveau national (graphique 13).

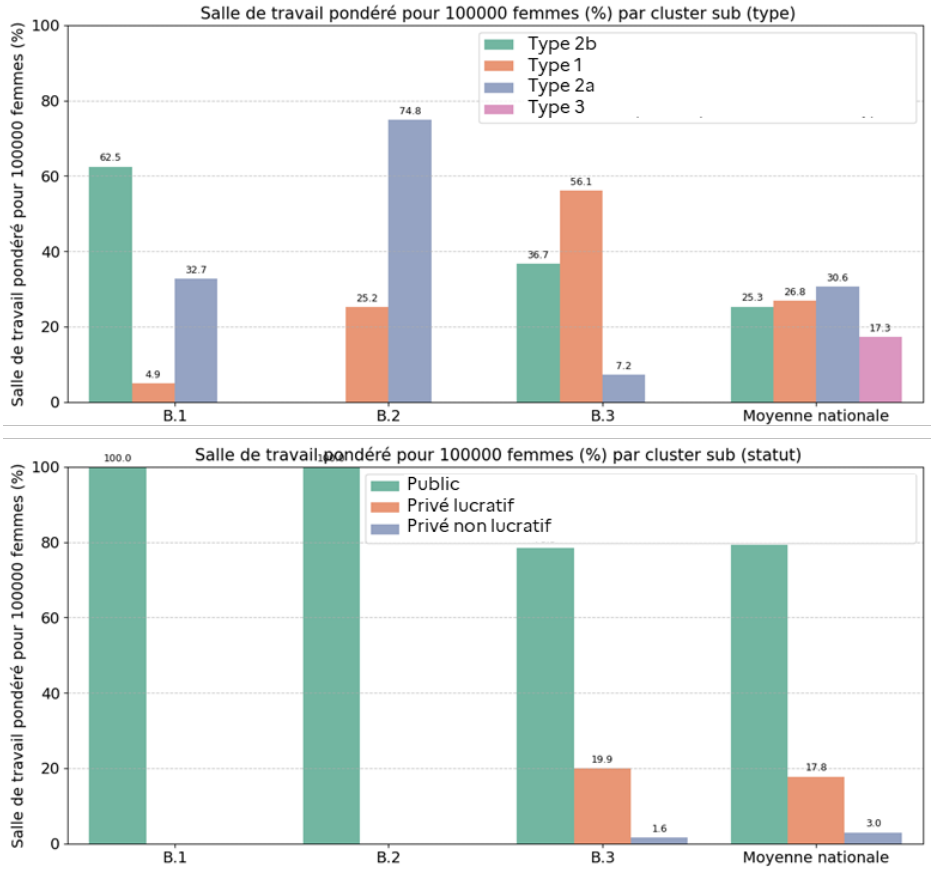
[31] Le premier sous-groupe (B.1) est composé de **15 départements ruraux**, où **l'offre est intégralement publique**. L'offre est restreinte avec une sur-représentation du niveau 2, notamment 2b, et très peu de niveau 1. L'activité des maternités est dans la moyenne nationale. Les transferts se font majoritairement depuis le niveau 2b, avec une sur-représentation du niveau 1 (graphique 11). La **PMI est active** avec de **nombreuses consultations externes** mais l'offre de personnel est limitée.

[32] Le deuxième sous-groupe (B.2) est composé de **15 départements très ruraux**, où l'offre est également **intégralement publique**. L'offre est très restreinte et **limitée aux niveaux 1 et 2a** ; le niveau 2a étant sur-représenté. **L'activité des maternités est basse** mais l'activité **PMI est très forte**. Les transferts se font majoritairement depuis le niveau 2a, avec une sur-représentation du niveau 1 (graphique 11). Les **consultations externes sont élevées**, notamment une **sur-représentation de celles en CPP**[165] (graphique 13) mais l'offre **est limitée** en ville. L'accessibilité aux maternités est la plus faible : presque 10 % des femmes en moyenne dans ce groupe sont à plus de 45 minutes d'une maternité.

[33] Le troisième sous-groupe (B.3) est composé de **20 départements** mixtes (urbains/ruraux) dans la moyenne nationale des secteurs public et privé (80 % public et 20 % privé lucratif). L'offre de maternité, décrite par les variables associées (tableau Données exploitées), correspond à la moyenne nationale, avec une sur-représentation des niveaux 1 et 2b. L'activité des maternités est cependant faible et les transferts ascendants proviennent majoritairement des maternités de niveau 1 issues du secteur privé lucratif (graphique 11). L'activité PMI et les consultations externes sont dans la moyenne, excepté une **sur-représentation des consultations externes dans les CPP.**

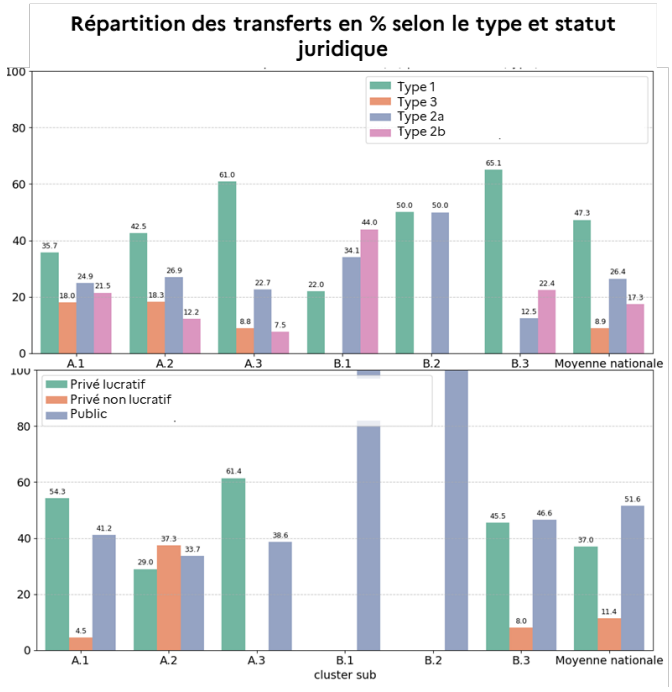
[165] CPP : Centre de Proximité Périnataux

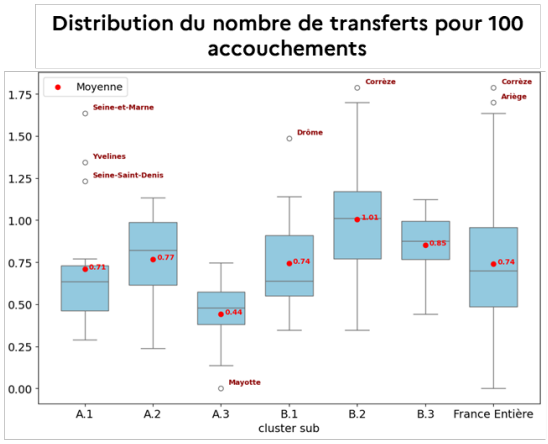
Graphique 10 : Niveaux et statuts juridiques des sous-groupes issus du groupe B



Source : Données DREES, INSEE 2021, traitement par le pôle data Igas

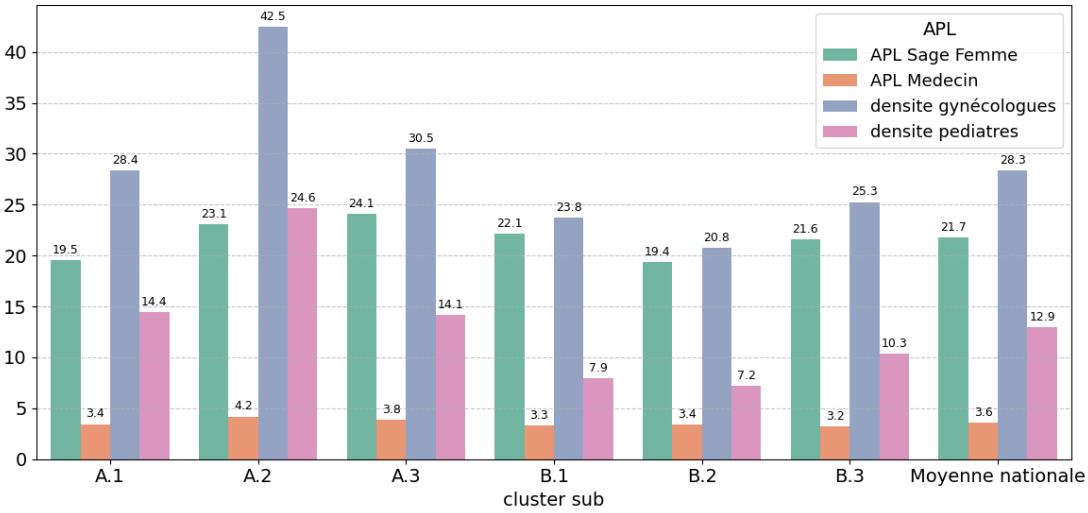
Graphique 11 : Les transferts (descendants ou ascendants) d'enfants à la naissance (0 jour) par typologie d'offres, statuts juridiques et niveaux





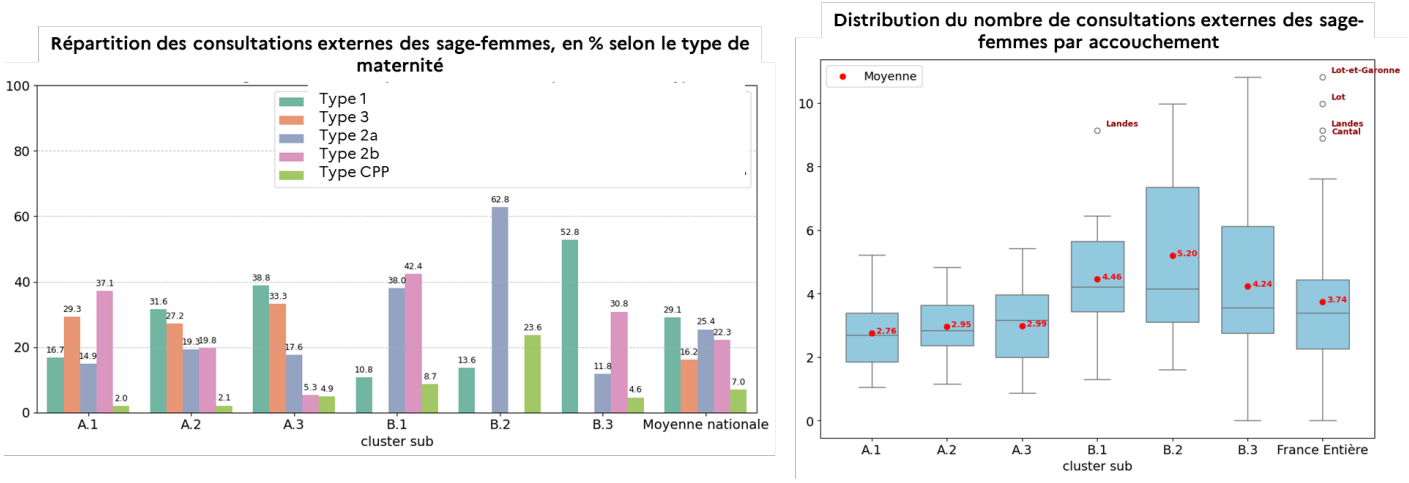
Source : DREES – SAE 2023, INSEE 2021, traitement par le pôle data Igas

Graphique 12 : L'offre de professionnels de santé en ville (Accessibilité Potentielle Localisée – APL, et densité)



Source : Données DREES, INSEE 2021, traitement par le pôle data Igas

Graphique 13 : Les types de maternités et consultations externes effectuées par des sage-femmes



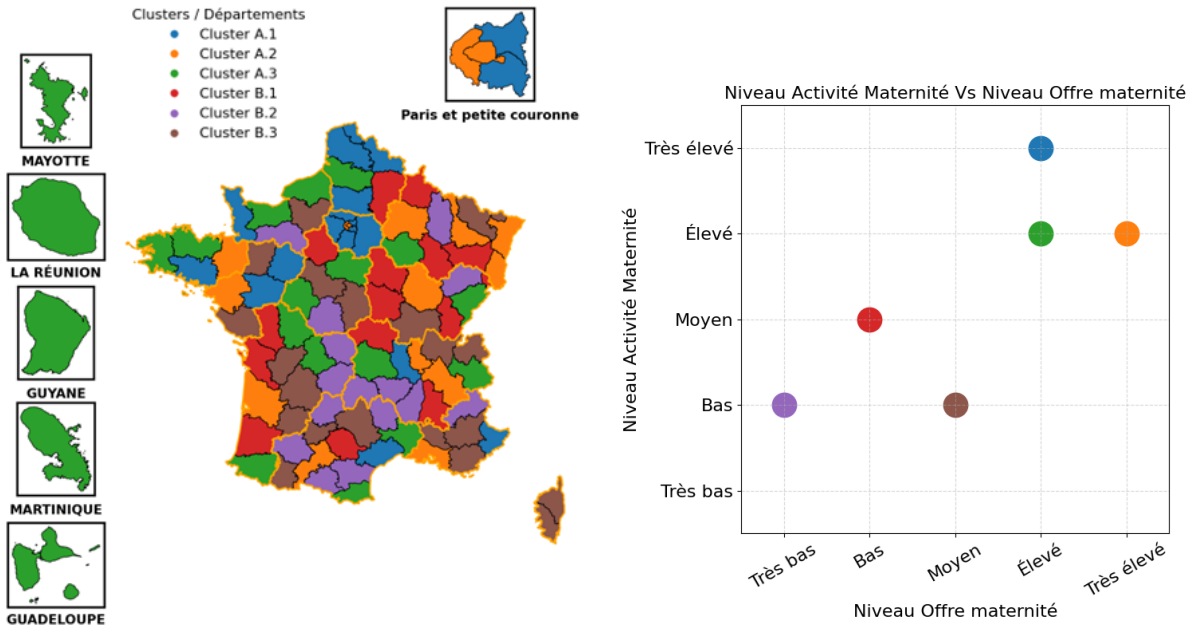
Source : Données DREES, INSEE 2021, traitement par le pôle data Igas

2.2.4 En résumé

[34] Six typologies de départements sont identifiées telles que présentées en carte 8. L'offre en termes de salles de travail est globalement adéquate à l'activité en comparant le niveau de l'activité au niveau de l'offre (carte 8 – graphique de droite), excepté pour le sous-groupe B.3 qui propose une offre plus importante que la demande associée. La moitié des départements français sont cependant dépourvus de maternités de niveau 3. Le secteur privé non lucratif est très faiblement représenté sur le territoire français et concentré dans certaines zones du territoire.

[35] L'activité PMI et l'offre de professionnels de santé sont corrélées à la géographie du territoire. En effet, plus un département est rural et l'offre de soins périnatale est faible, plus l'activité PMI est élevée. A l'inverse, l'offre de personnel en ville et en établissement est corrélée positivement à l'urbanisation du territoire.

Carte 8 : Les 6 typologies d'offre périnatale en France



Source : Données DREES, INSEE 2021, traitement par le pôle data Igas

Note de lecture : le niveau de l'offre de maternité est déterminé à partir des variables associées à cette catégorie, telles que décrites dans la section « Données exploitées » (nombre de salles de travail, nombre de maternités…). Par exemple, si l'ensemble des variables liées à l'offre de soins est supérieur à la moyenne, alors l'offre est considérée comme élevée. A l'inverse, le niveau de l'offre est considéré comme bas. Le niveau de l'activité des maternités est construit de la même façon.

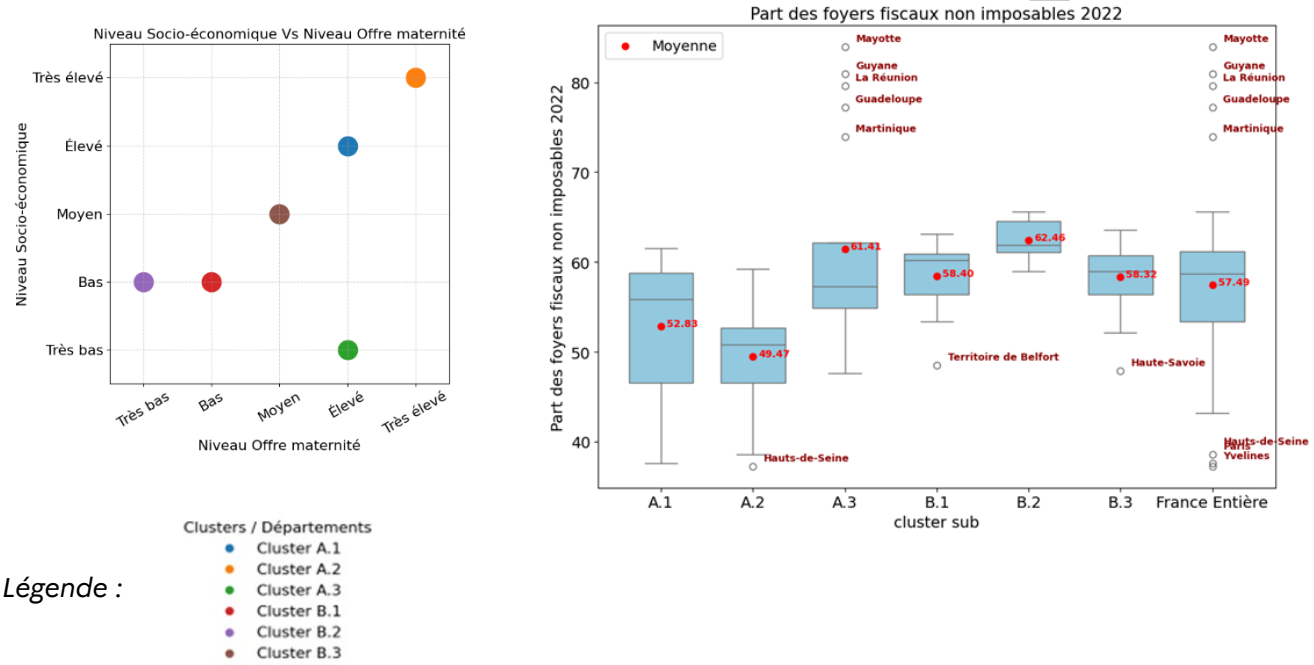
2.3 L'évolution des typologies et confrontation aux indicateurs socio-économiques et épidémiologiques

2.3.1 Une offre périnatale corrélée à la situation socio-économique

[36] Le niveau socio-économique est décrit selon plusieurs indicateurs, provenant de l'INSEE et de l'ATIH. Les indicateurs exploités provenant de l'ATIH (Scan Santé) sont la part de familles monoparentales, la part de personnes sans diplôme, la part de personnes diplômées du supérieur, la part des foyers fiscaux non imposables, le revenu net moyen imposable des foyers fiscaux, l'âge de la mère. Le dernier indicateur exploité est le taux de chômage, provenant de l'INSEE.

[37] Décrit en graphique 14, plus l'offre de soins périnatale est élevée, plus le niveau socio-économique est élevé. Seul le sous-groupe A.3 qui contient les DROM et les villes modestes, a la situation socio-économique la plus faible, alors que l'offre périnatale est élevée. L'âge moyen de la mère est plus élevé dans les sous-groupes A.1 et A.2 qui sont les moyennes grandes villes en territoires urbains.

Graphique 14 : L'offre périnatale et niveau socio-économique



Légende :

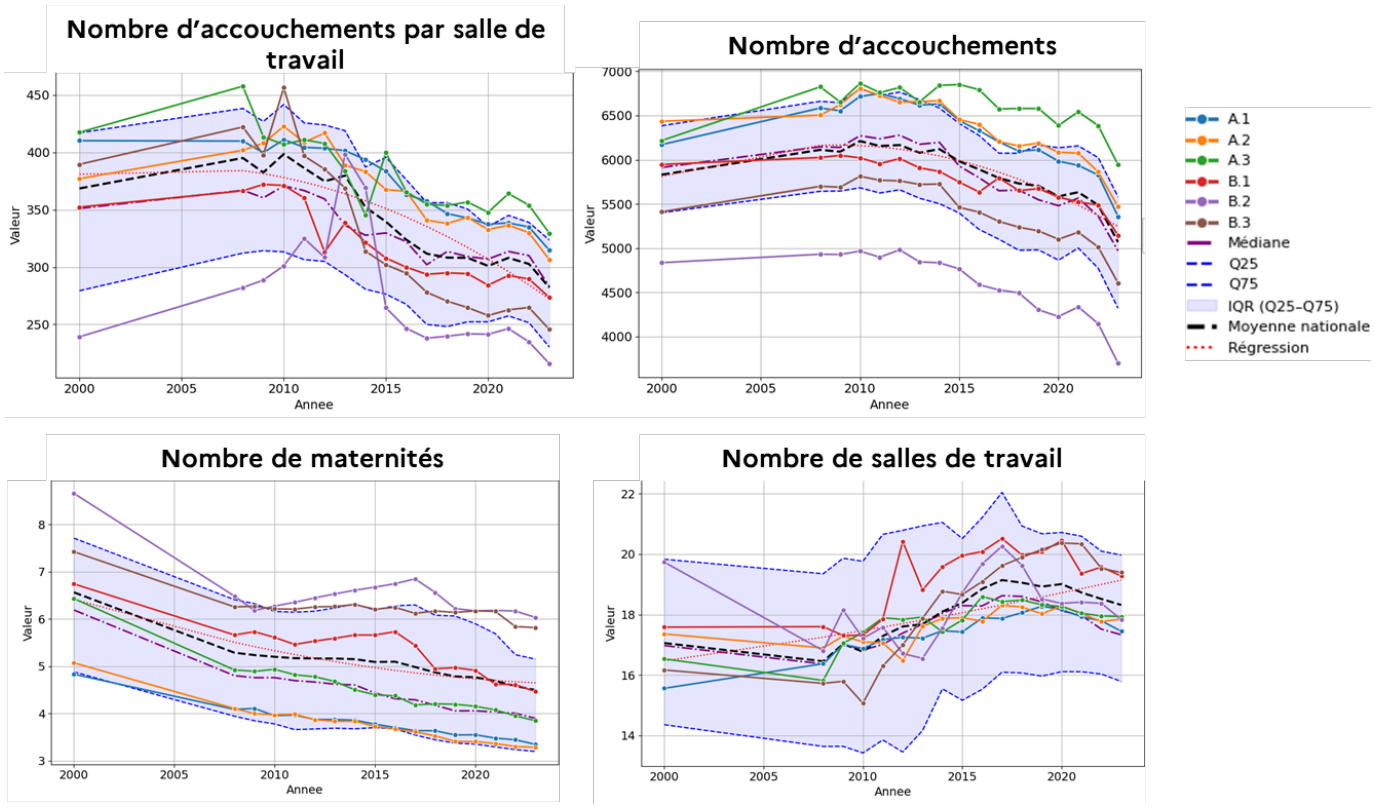
Source : Données DREES, INSEE 2021, ATIH 2023, traitement par le pôle data Igas

[38] *Note de lecture : le niveau de l'offre de maternité est déterminé à partir des variables associées à cette catégorie, telles que décrites dans la section « Données exploitées » (nombre de salles de travail, nombre de maternités…). Par exemple, si l'ensemble des variables liées à l'offre de soins est supérieur à la moyenne, alors l'offre est considérée comme élevée. A l'inverse, le niveau de l'offre est considéré comme bas. Le niveau socio-économique est construit de la même façon et défini à partir des indicateurs socio-économiques précédemment décrits.*

2.3.2 Une évolution de l'offre et de l'activité sur l'ensemble des typologies

[39] L'offre de soins est en baisse et par ailleurs on observe une baisse relative des accouchements. Le nombre de salles de travail pour 100 000 femmes est en augmentation depuis 2010 quelle que soit la typologie et équivalente entre les typologies. La typologie B.2 associée aux départements très ruraux et dotée de maternités de faibles niveaux en termes de plateaux techniques, semble surdotée en maternités par rapport au nombre d'accouchements effectués (graphique 15).

Graphique 15 : Evolution de l'offre de soins périnatale et de l'activité des maternités entre 2000 et 2023

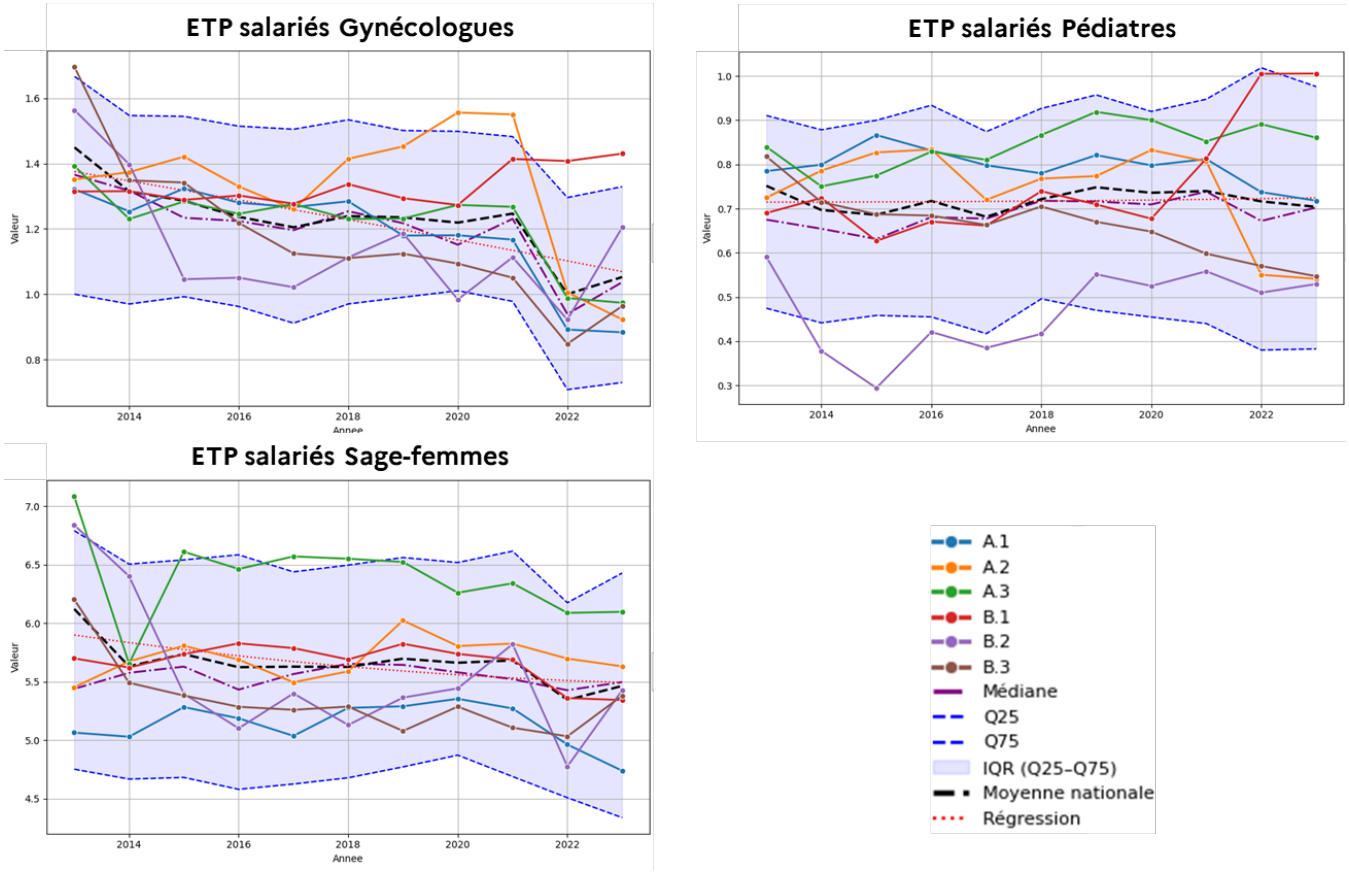


Source : Données DREES, INSEE 2021, traitement par le pôle data Igas

Note de lecture : les indicateurs sont rapportés à 100 000 femmes entre 18 et 45 ans. La surface contenue dans les pointillés bleus représente l'intervalle interquartile. La courbe de régression (ligne en pointillés rouge) modélise la tendance combinée des différentes typologies d'offres de soins. Les courbes en dehors de la zone bleue sont donc en dehors des tendances nationales.

[40] Les professionnels de santé salariés en établissement sont globalement stables, malgré une légère baisse du nombre de gynécologues par salle de travail depuis 2020 (graphique 16). Le sous-groupe B.2 a connu une baisse du nombre de pédiatres par salle de travail jusque dans les années 2015. Depuis, les pédiatres sont à nouveaux comparables aux autres typologies, mais restent bien inférieurs à la moyenne nationale.

Graphique 16 : Evolution des professionnels de santé en établissement par salle de travail entre 2008 et 2023



Source : Données DREES, INSEE 2021

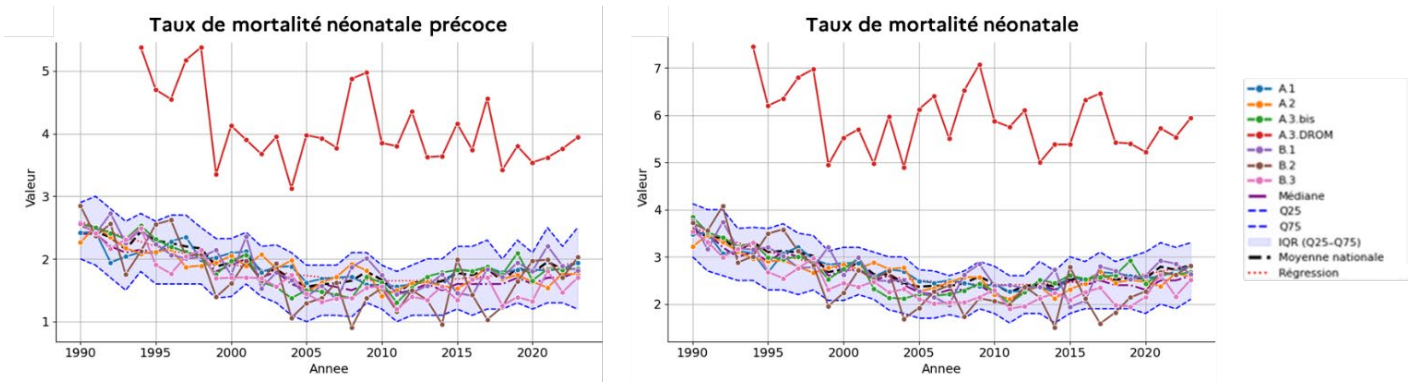
2.3.3 La mortalité périnatale et la situation particulière des DROM

[41] Quelle que soit la typologie, la mortalité néonatale[166] et la mortalité néonatale précoce[167] sont à niveaux équivalents et suivent la même tendance (graphique 17). Cette mortalité a baissé jusque dans les années 2010 mais remonte progressivement depuis. Le cluster B2 est celui où les taux de mortalité sont les plus volatiles, ce qui s'explique par une natalité plus faible dans ces départements. Mais quel que soit le cluster, aucune rupture de tendance des taux de mortalité n'est observée sur les 30 dernières années. La situation des DROM reste atypique par rapport à celle de l'ensemble du territoire. L'analyse par DROM montre que la Guyane se rapproche de l'ensemble des autres DROM depuis les dernières années (graphique 18).

[42] La mortalité néonatale ne semble donc pas être en lien avec l'évolution de l'offre de soins en périnatalité.

[166] Le taux mortalité néonatal correspond au nombre de décès d'enfants dans les 28 premiers jours de vie pour 1000 naissances vivantes sur l'année.
[167] Le taux mortalité néonatal précoce correspond au nombre de décès d'enfants dans les 7 premiers jours de vie pour 1000 naissances vivantes sur l'année.

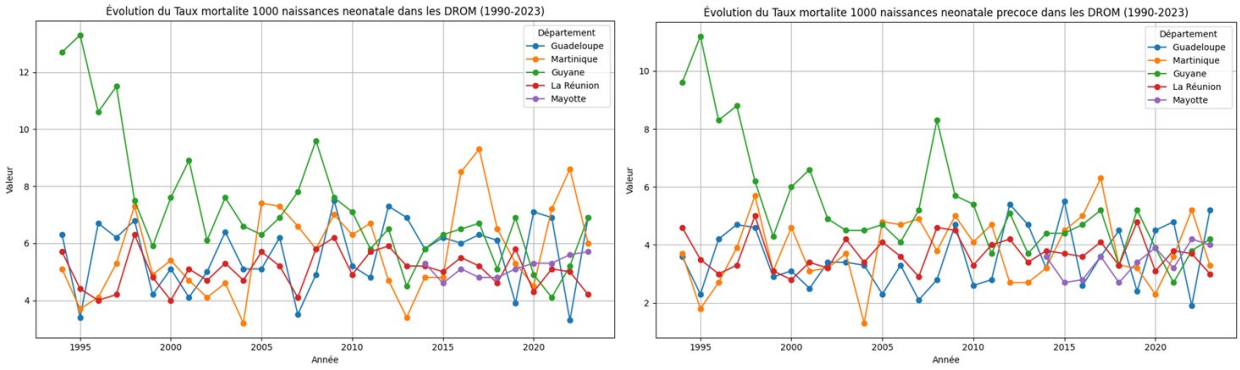
Graphique 17 : L'évolution du taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances entre 1990 et 2023



Source : Données DREES, INSEE 1990-2023

[43] *Note de lecture : le sous-groupe A.3 a été divisé en deux parties pour distinguer les DROM des autres départements du cluster. Le A.3.DROM contient uniquement les DROM et les A.3.bis contiennent les autres départements du sous-groupe A.3 hors DROM.*

Graphique 18 : L'évolution du taux de mortalité néonatale pour 1000 naissances dans les DROM entre 1990 et 2023



Source : Données DREES, INSEE 1990-2023

ANNEXE 3 : Comparaisons internationales et européennes

[1] Afin d'enrichir sa réflexion, la mission s'est intéressée à la situation de la périnatalité dans des pays comparables à la France.

[2] Elle a ainsi regardé comment avaient évolué plusieurs des principaux indicateurs permettant d'éclairer la situation épidémiologique en matière de périnatalité sur la période récente dans un certain nombre de pays étrangers (partie 1 de l'annexe) et s'est ensuite plus particulièrement penchée sur les modalités d'organisation de l'offre dans certains pays proches de la France (partie 2 de l'annexe).

[3] Pour disposer des informations nécessaires à la réalisation de ces comparaisons, la mission a mené des recherches spécifiques et a interrogé, au fil de ses auditions, les différents interlocuteurs rencontrés sur leur analyse des systèmes étrangers. Elle s'est par ailleurs beaucoup appuyée, sous l'égide et avec l'appui de la DAEI, sur la contribution des conseillers pour les affaires sociales (CAS) placés auprès des ambassades. Les résultats de travaux antérieurs déjà réalisés sur le sujet par la DAEI et par les CAS ont ainsi été communiqués à la mission dès le début de ses investigations. Ces éléments ont ensuite été actualisés et précisés grâce à une enquête complémentaire élaborée par la mission et diffusée par la DAEI auprès de plusieurs CAS[168].

[4] La mission tient à remercier chaleureusement la DAEI ainsi que les CAS pour leur contribution et la grande richesse des informations fournie, largement reprises dans le présent document.

[168] Ont participé à cette enquête les CAS placés auprès des ambassades d'Allemagne, du Danemark, d'Espagne, d'Italie, du Royaume-Uni et de la Suède.

1 Comparaison des principaux indicateurs en matière de périnatalité

[5] Les comparaisons internationales en matière de périnatalité peuvent être réalisées à partir d'indicateurs relatifs :

- au contexte démographique d'ensemble (1.1). Les principaux indicateurs retenus par la mission de ce point de vue sont :
  - le taux de natalité (nombre de naissances rapporté à la population pour un pays donné) ;
  - le taux/indice de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme en âge de procréer pour un pays donné) ;
- à la situation épidémiologique relative à la périnatalité. Les principaux indicateurs disponibles sur ce point sont :
  - le taux de mortalité infantile (nombre d'enfants nés vivants décédés au cours de leur première année de vie, rapporté au nombre total des enfants nés vivants) (1.2) ;
  - le taux de mortinatalité ou « mort fœtale tardive » (nombre d'enfants mort-nés rapporté au nombre de naissances totales) (1.3) ;
  - le taux de mortalité néonatale (nombre d'enfants nés vivants et décédés au cours des 28 premiers jours de vie rapporté à l'ensemble des enfants nés vivants ; avec la distinction entre mortalité néonatale totale et ses deux composantes que sont la mortalité néonatale précoce (décès intervenus au cours des 7 premiers jours) et la mortalité néonatale tardive (entre 7 et 28 jours)) (1.4) ;
  - le taux de mortalité maternelle (nombre de femmes décédées du fait de leur grossesse, pendant leur grossesse et jusqu'à 42 jours après l'accouchement rapporté au nombre de naissances vivantes) (1.5).

[6] Les comparaisons internationales peuvent également être établies à partir d'indicateurs complémentaires relatifs aux pratiques cliniques (le taux de césarienne par exemple), à la situation des mères au moment de l'accouchement (leur âge par exemple) ou encore à l'état de santé du nouveau-né (avec, par exemple, la prévalence d'enfants souffrant de « petit poids » à la naissance) (1.6).

1.1 Indicateurs illustratifs de la dynamique des naissances au sein des pays membres de l'Union européenne (UE)

1.1.1 Présentation de l'évolution des taux de natalité dans les pays de l'UE

Tableau 1 : Evolution du taux de natalité (en ‰) dans les pays de l'UE de 1999 à 2023

Pays	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Allemagne	9,4	8,9	8,6	8,3	8,3	8,1	(*) 8,3	8,5	8,8	9,0	9,6	9,5	9,5	9,4	9,3	9,6	8,8	(e) (p) 8,3
Autriche	9,8	9,4	9,5	9,5	9,2	9,2	9,3	9,4	9,6	9,8	10,0	10,0	9,7	9,6	9,4	9,6	9,1	8,5
Belgique	11,2	11,2	11,0	11,4	11,7	11,8	(*) 11,7	11,3	11,2	10,8	10,8	10,5	10,4	10,2	9,9	10,2	9,8	(p) 9,4
Bulgarie	8,8	8,5	8,7	9,3	10,0	10,9	9,6	9,3	9,6	9,4	9,4	9,4	9,3	9,3	9,0	9,0	8,8	8,9
Chypre	12,4	11,6	11,3	11,2	11,2	11,9	11,3	10,8	10,9	10,8	11,1	10,7	10,7	10,8	11,1	11,4	11,2	(p) 11,1
Croatie	10,0	(*) 9,5	9,2	9,9	9,7	10,4	9,6	9,4	9,4	9,0	9,1	9,0	9,3	9,1	9,2	9,4	8,8	8,3
Danemark	12,4	12,2	12,0	11,9	11,7	11,4	10,6	10,0	10,1	10,2	10,8	10,6	10,6	10,5	10,4	10,8	9,9	9,7
Espagne	9,4	9,9	10,4	10,6	10,9	10,6	10,1	9,1	9,2	9,0	8,8	8,4	7,9	7,6	7,2	7,1	6,9	(p) 6,7
Estonie	8,9	9,1	9,5	10,6	11,8	11,8	11,1	10,3	10,3	(*) 10,6	10,7	10,5	10,9	10,6	9,9	10,0	8,6	8,0
Finlande	11,1	10,8	10,9	11,0	11,1	11,3	11,1	10,7	10,5	10,1	9,6	9,1	8,6	8,3	8,4	9,0	8,1	7,8
France	**12,9**	**13,1**	**12,8**	**12,8**	**12,8**	**12,8**	**12,7**	**12,3**	**12,4**	**12,0**	**11,8**	**11,5**	**11,3**	**11,2**	**10,9**	**10,9**	**(p) 10,7**	**(p) 9,9**
Grèce	9,4	9,4	9,6	9,8	10,1	10,6	9,6	8,6	8,5	8,5	8,6	8,2	8,1	7,8	7,9	8,1	(*) 7,3	(e) (p) 6,8
Hongrie	9,2	9,5	9,3	9,7	9,7	9,6	8,8	9,1	9,5	9,4	9,8	9,7	9,6	9,6	9,7	9,8	9,3	9,1
Irlande	14,4	15,0	15,4	14,8	16,2	16,7	16,2	14,9	14,4	13,9	13,4	12,8	12,5	11,9	11,1	11,8	10,4	10,3
Italie	9,4	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6	9,1	8,5	8,3	8,1	7,9	7,6	7,3	(*) 7,0	6,8	6,8	6,7	(p) 6,4
Lettonie	8,1	8,4	9,2	9,8	10,9	10,3	9,1	10,2	10,9	11,1	11,2	10,7	10,0	9,8	9,2	9,2	8,5	7,7
Lituanie	10,3	9,0	8,8	8,9	9,3	10,2	10,0	9,7	10,0	10,3	10,3	9,8	9,5	8,9	8,4	8,3	7,8	7,2
Luxembourg	13,0	12,4	11,7	11,5	11,4	11,3	10,9	11,3	10,9	10,7	10,4	(*) 10,4	10,3	10,0	10,2	10,5	9,9	9,5
Malte	11,4	10,1	10,2	9,6	9,3	9,8	10,0	9,5	9,7	9,7	9,8	9,2	9,2	8,6	8,6	8,5	8,1	8,1
Pays-Bas	12,7	12,6	12,3	11,5	11,1	11,2	10,8	10,2	10,4	10,1	10,1	9,9	9,8	9,8	9,7	10,2	9,5	(p) 9,2
Pologne	9,9	9,6	9,2	9,5	10,2	10,9	10,2	9,7	9,9	9,7	10,1	10,6	(e) 10,2	(e) 9,9	(e) (p) 9,4	(*) 9,0	8,3	7,4
Portugal	11,4	10,9	10,8	10,4	9,7	9,4	9,2	7,9	7,9	8,2	8,4	8,3	8,4	8,4	8,1	7,6	8,0	8,1
Tchéquie	8,7	8,9	9,2	10,0	11,1	11,3	10,4	10,2	10,4	10,5	10,7	10,8	10,7	10,5	10,3	(*) 10,6	(*) 9,5	8,4
Roumanie	10,4	10,0	9,8	10,4	10,3	10,9	9,7	9,4	10,0	10,2	10,4	10,8	10,4	(e) 10,3	(e) 10,3	(e) 10,1	(e) 9,4	(e) (p) 8,0
Slovaquie	10,4	9,5	9,6	10,1	10,1	11,4	11,3	10,1	10,2	10,3	10,6	10,7	10,6	10,5	10,4	10,4	9,7	9,0
Slovénie	8,8	8,8	8,7	9,1	9,8	10,7	10,7	10,2	10,3	10,0	9,9	9,8	9,4	9,3	8,9	9,0	8,3	8,0
Suède	10,0	10,3	11,1	11,2	11,7	12,0	11,8	11,8	11,9	11,7	11,8	11,5	11,4	11,1	10,9	11,0	10,0	9,5
UE à 27	**10,3**	**(*) 10,2**	**10,1**	**10,2**	**(*) 10,4**	**10,5**	**(*) 10,1**	**(*) (e) 9,7**	**(*) (e) 9,9**	**9,8**	**(e) 9,9**	**9,7**	**(e) (p) 9,5**	**9,3**	**(*) (e) 9,1**	**(*) (e) (p) 9,2**	**(*) (e) (p) 8,7**	**(e) (p) 8,2**

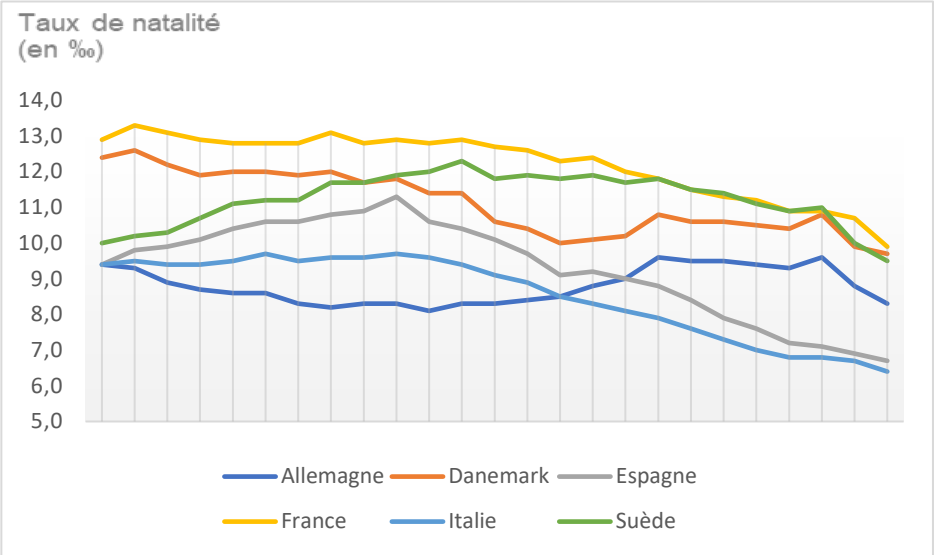
(e) = donnée estimée ; (p) = donnée provisoire ; (*) = rupture de série

Mission à partir des données en ligne de l'INSEE- « Mesurer pour comprendre – Statistiques et Etudes- Natalité et fécondité dans l'Union européenne – Données annuelles de 1999 à 2023 » - reprenant les données Eurostat (extraction INSEE du 7 janvier 2025) et pour la France des données INSEE, recensements et estimations de population, statistiques et estimations d'état civil.

[7] Il ressort des données présentées dans le tableau ci-dessus que le taux de natalité dans les pays de l'Union a connu une baisse significative, de plus de 2 points au total, au cours des 25 dernières années, passant de 10,3 ‰ à 8,2 ‰ en moyenne sur l'ensemble de la zone. A l'exception de la Bulgarie, tous les pays ont un taux de natalité inférieur en 2023 à celui de 1999.

[8] L'analyse plus spécifique de la situation dans quelques pays proches de la France pour lesquels la mission a pu bénéficier des investigations des CAS confirme cette même tendance (*cf*. graphique ci-dessous).

Graphique 1 : Evolution du taux de natalité de 1999 à 2023 dans les pays étudiés plus spécifiquement par la mission



Source : Mission à partir des données INSEE et Eurostat

1.1.2 Présentation de l'évolution de la fécondité dans les pays de l'UE

Tableau 2 : Evolution de l'indicateur conjoncturel de fécondité[169] dans les pays de l'UE de 1999 à 2023 (exprimé en nombre d'enfants par femme en âge de procréer)

Pays	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Allemagne	Nd	1,35	1,34	1,34	1,37	1,36	(*) 1,39	1,42	1,47	1,50	1,60	1,57	1,57	1,54	1,53	1,58	1,46	nd
Autriche	1,34	1,33	1,38	1,41	1,38	1,39	1,43	1,44	1,46	1,49	1,53	1,52	1,47	1,46	1,44	1,48	1,41	nd
Belgique	1,62	1,67	1,67	1,76	1,82	1,84	(*) 1,81	1,76	1,74	1,70	1,68	1,65	1,62	1,60	1,55	1,60	1,53	nd
Bulgarie	1,23	1,21	1,26	1,37	1,49	1,66	1,51	1,54	1,62	1,64	1,67	1,71	1,73	1,79	1,77	1,80	1,65	nd
Chypre	1,67	1,57	1,51	1,48	1,44	1,47	1,35	1,30	1,31	1,32	1,37	1,32	1,32	1,33	1,36	1,39	1,37	nd
Croatie	Nd	1,46	1,41	1,50	1,48	1,58	1,48	1,46	1,46	1,40	1,42	1,42	1,47	1,47	1,56	1,63	1,53	nd
Danemark	1,73	1,74	1,76	1,80	1,84	1,84	1,75	1,67	1,69	1,71	1,79	1,75	1,73	1,70	1,68	1,72	1,55	nd
Espagne	1,17	1,23	1,30	1,33	1,38	1,38	1,34	1,27	1,32	1,33	1,33	1,31	1,26	1,23	1,18	1,18	1,16	nd
Estonie	1,30	1,32	1,37	1,52	1,69	1,70	1,61	1,52	1,54	(*) 1,58	1,60	1,59	1,67	1,66	1,58	1,61	1,41	nd
Finlande	1,73	1,73	1,76	1,80	1,83	1,86	1,83	1,75	1,71	1,65	1,57	1,49	1,41	1,35	1,37	1,46	1,32	nd
France	**1,81**	**1,90**	**1,89**	**1,94**	**1,98**	**2,00**	**2,01**	**1,99**	**2,00**	**1,96**	**1,92**	**1,89**	**1,87**	**1,86**	**1,82**	**1,83**	**(p) 1,78**	**(p) 1,66**
Grèce	1,23	1,25	1,29	1,34	1,41	1,50	1,40	1,29	1,30	1,33	1,38	1,35	1,35	1,34	1,39	1,43	1,32	nd
Hongrie	1,28	1,31	1,27	1,31	1,32	1,32	1,23	1,35	1,44	1,45	1,53	1,54	1,55	1,55	1,59	1,61	(*) 1,56	nd
Irlande	1,90	1,94	1,96	1,86	2,01	2,06	2,03	1,93	1,89	1,85	1,81	1,77	(e) 1,75	(e) 1,71	1,63	1,78	1,54	nd
Italie	1,23	1,25	1,29	1,33	1,39	1,44	1,42	1,39	1,38	1,36	1,36	1,34	(*) 1,31	(*) 1,27	1,24	1,25	1,24	nd
Lettonie	Nd	1,22	1,32	1,39	1,54	1,46	1,33	1,52	1,65	1,70	1,74	1,69	1,60	1,61	1,55	1,57	1,47	nd
Lituanie	1,46	1,29	1,26	1,29	1,36	1,50	1,55	1,59	1,57	1,63	1,63	1,57	1,53	1,43	1,36	1,36	1,27	nd
Luxembourg	1,74	1,66	1,62	1,63	1,61	1,59	1,52	1,55	1,50	1,47	1,41	(*) 1,39	1,38	1,34	1,36	1,38	1,31	nd
Malte	1,73	1,48	1,48	1,38	1,35	1,42	1,45	1,36	1,38	1,37	1,37	1,26	1,23	1,14	1,13	(p) 1,13	(p) 1,08	nd
Pays-Bas	1,65	1,71	1,75	1,71	1,72	1,79	1,76	1,68	1,71	1,66	1,66	1,62	1,59	1,57	1,54	1,62	1,49	nd
Pologne	1,37	1,31	1,22	1,24	1,31	(*) 1,40	1,33	1,29	1,32	1,32	1,39	1,48	(e) 1,46	1,44	(e) (p) 1,39	(e) (p) 1,33	(*) 1,29	nd
Portugal	1,50	1,45	1,44	1,41	1,35	1,34	1,35	1,21	1,24	1,31	1,37	1,38	1,42	1,44	1,42	1,35	1,43	nd
Tchéquie	1,13	1,15	1,18	1,29	1,45	1,51	1,43	1,46	1,53	1,57	1,63	1,69	1,71	1,71	(*) 1,74	1,83	1,64	nd
Roumanie	1,30	1,27	1,30	1,40	1,45	1,66	1,47	1,46	1,56	1,62	1,69	1,78	1,76	(e) 1,77	(e) 1,80	(e) 1,81	(e) 1,71	nd
Slovaquie	1,33	1,20	1,20	1,27	1,27	1,44	1,45	1,34	1,37	1,40	1,48	1,52	1,54	1,57	1,59	1,63	1,57	nd
Slovénie	1,21	1,21	1,20	1,26	1,38	1,53	1,56	1,55	1,58	1,57	1,58	1,62	1,60	1,61	1,59	1,64	1,55	nd
Suède	1,50	1,57	1,71	1,77	1,88	1,94	1,90	1,89	1,88	1,85	1,85	1,78	1,76	1,71	1,67	1,67	1,53	nd
UE à 27	**Nd**	**1,43**	**1,44**	**1,47**	**1,52**	**1,56**	**(*) 1,54**	**1,51**	**(*) 1,54**	**(*) 1,54**	**1,57**	**(*) 1,56**	**(e) (p) 1,54**	**(*) (e) (p) 1,53**	**(*) (e) (p) 1,51**	**1,53**	**(*) (e) (p) 1,46**	**nd**

(e) = donnée estimée ; (p) = donnée provisoire ; (*) = rupture de série ; (nd) = donnée non disponible

Mission à partir des données en ligne de l'INSEE- « Mesurer pour comprendre – Statistiques et Etudes- Natalité et fécondité dans l'Union européenne – Données annuelles de 1999 à 2023 » - reprenant les données Eurostat (extraction INSEE du 7 janvier 2025) et pour la France des données INSEE, recensements et estimations de population, statistiques et estimations d'état civil.

[169] L'indicateur conjoncturel de fécondité est égal à la somme des taux de fécondité par âge pour une année donnée. Il peut être analysé comme le nombre moyen d'enfants qu'aurait une femme si elle connaissait, durant toute sa vie, les conditions de fécondité observées pour l'année considérée.

1.2 Mortalité infantile

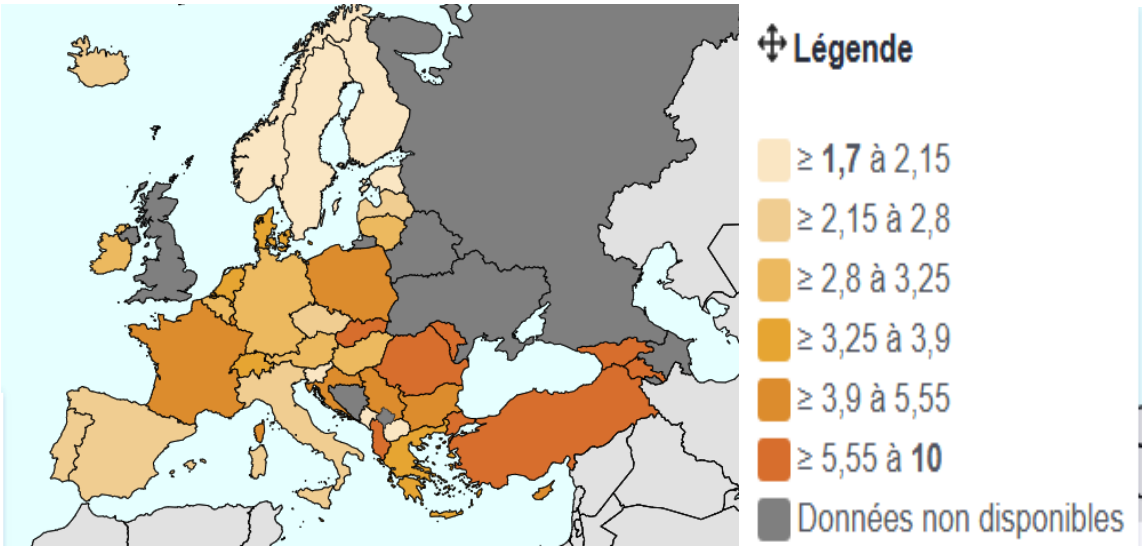
Tableau 3 : Evolution de la mortalité infantile de 2014 à 2023 dans plusieurs pays (en ‰ pour 1 000 naissances vivantes)

Zone/Pays	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Pays membres de l'Union européenne										
Union européenne à 27	3,6	3,6	3,6	3,5	3,4	3,4	3,3	3,2	3,3	3,3
Union européenne à 28	*3,7*	*3,6*	*3,6*	*3,6*	*3,5*	-	-	-	-	-
Allemagne	3,2	3,3	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	3,2	3,2
Autriche	3,0	3,1	3,1	2,9	2,7	2,9	3,1	2,7	2,4	2,8
Belgique	3,4	3,3	3,2	3,6	3,8	3,7	3,3	2,9	2,9	3,1
Bulgarie	7,6	6,6	6,5	6,4	5,8	5,6	5,1	5,6	4,8	4,9
Chypre	2,1	2,7	2,6	1,3	2,4	2,6	2,1	2,7	3,1	4,5
Croatie	5,0	4,1	4,3	4,0	4,2	4,0	4,0	3,8	4,1	3,9
Danemark	4,0	3,7	3,1	3,8	3,7	3,0	3,2	3,1	3,3	3,5
Espagne	2,8	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,5	2,6	2,6
Estonie	2,7	2,5	2,3	2,3	1,6	1,6	1,4	2,2	2,2	1,7
Finlande	2,2	1,7	1,9	2,0	2,1	2,1	1,8	1,8	2,0	1,8
France	3,5	3,7	3,7	3,9	3,8	3,8	3,6	3,7	4,0	4,0
Grèce	3,7	4,0	4,2	3,5	3,5	3,7	3,2	3,5	3,0	3,4
Hongrie	4,5	4,2	3,9	3,5	3,3	3,6	3,4	3,3	3,6	3,0
Irlande	3,3	3,4	3,0	3,0	2,9	2,8	3,0	3,2	3,2	3,2
Italie	2,8	2,9	2,8	2,7	2,8	2,4	2,4	2,3	2,3	2,5
Lettonie	3,8	4,1	3,7	4,1	3,2	3,4	3,5	2,7	2,4	2,6
Lituanie	3,9	4,2	4,5	3,0	3,4	3,3	2,8	3,1	3,0	2,8
Luxembourg	2,8	2,8	3,8	3,2	4,3	4,7	4,5	3,1	3,5	4,3
Malte	5,0	5,8	7,4	6,7	5,6	6,7	3,9	3,9	5,3	3,6
Pays-Bas	3,6	3,3	3,5	3,6	3,5	3,6	3,8	3,3	3,2	3,6
Pologne	4,2	4,0	4,0	4,0	3,8	3,8	3,6	3,9	3,8	3,9
Portugal	2,9	2,9	3,2	2,7	3,3	2,8	2,4	2,4	2,6	2,5
Roumanie	8,2	7,5	6,8	6,5	6,0	5,8	5,6	5,2	5,7	5,6
Slovaquie	5,8	5,1	5,4	4,5	5,0	5,1	5,1	4,9	5,4	5,6
Slovénie	1,8	1,6	2,0	2,1	1,7	2,1	2,2	1,8	2,5	1,8
Suède	2,2	2,5	2,5	2,4	2,0	2,1	2,4	1,8	2,2	2,1
Tchéquie	2,4	2,5	2,8	2,7	2,6	2,6	2,3	2,2	2,3	2,2
Pays d'Europe hors Union européenne										
Albanie	7,9	7,1	8,7	8,0	8,9	10,3	10,0	8,4	6,5	6,1
Islande	2,1	2,2	0,7	2,7	1,7	1,1	2,9	3,3	1,4	2,3
Norvège	2,4	2,3	2,2	2,3	2,3	2,1	1,7	1,9	1,9	2,0
Royaume-Uni	3,9	3,9	3,8	3,9	3,9	:-	-	-	-	-
Serbie	5,7	5,3	5,4	4,7	4,9	4,8	5,0	4,7	4,0	4,7
Suisse	3,9	3,9	3,6	3,5	3,3	3,3	3,6	3,1	3,8	3,3
Turquie	11,1	10,7	10,0	9,2	9,3	9,1	-	9,3	9,2	10,0

Pays hors Europe										
Pays	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Canada	4,7	4,5	4,5	4,6	4,8	4,4	4,6	4,4	4,8	4,6
Etats-Unis	4,4	4,9	4,9	4,8	4,7	4,7	4,5	4,6	4,8	4,8
Japon	1,9	1,8	1,8	1,7	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,7

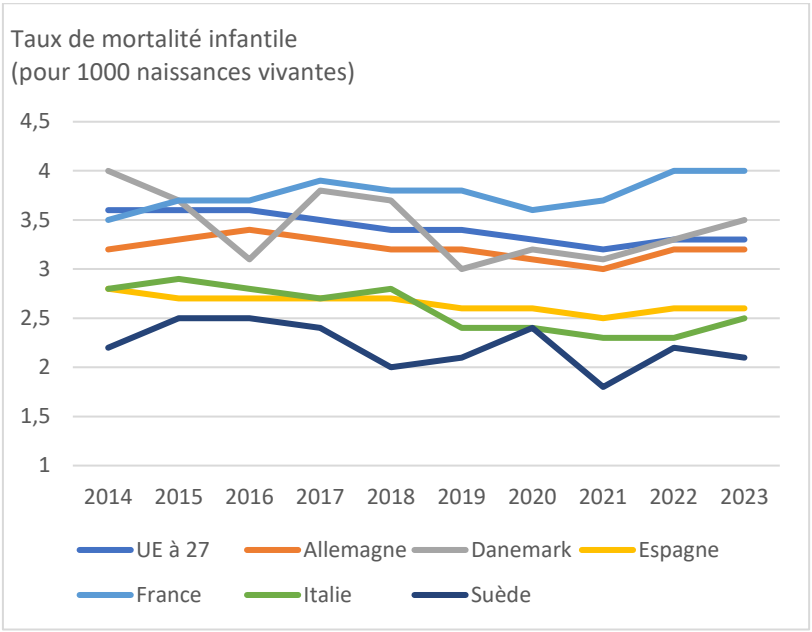
Source : Mission à partir des données Eurostat pour les pays européens, des données OCDE pour les Etats-Unis et le Japon, des données « Statistique Canada » pour le Canada (en rouge : valeur supérieure à la moyenne UE27 ; en noir : valeur égale à la moyenne UE27 ; en vert : moyenne inférieure à la moyenne UE27)

Carte 1 : Mortalité infantile par pays en Europe en 2023 (en ‰ pour 1 000 naissances vivantes)



Source : Site internet Eurostat

Graphique 2 : Evolution du taux de mortalité infantile dans les pays étudiés par la mission



Source : Mission à partir des données Eurostat

1.3 Mortinatalité ou « mort fœtale tardive »

Tableau 4 : Evolution de la mortinatalité de 2014 à 2023 dans plusieurs pays (en ‰ du nombre total de naissances)

Zone/Pays	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Pays membres de l'Union européenne										
Allemagne	3,6	3,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Autriche	-	-	-	3,3	2,2	2,2	2,6	2,3	2,2	2,3
Belgique	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgarie	7,3	6,3	7,1	6,3	6,1	5,6	6,0	6,6	5,6	4,9
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croatie	3,8	4,3	4,5	4,1	4,4	4,4	3,9	3,6	4,2	4,8
Danemark	4,1	-	3,8	4,0	3,3	-	-	-	-	-
Espagne	3,1	3,1	3,2	3,2	:	3,1	3,0	2,8	2,8	2,7
Estonie	2,8	3,1	2,7	2,6	2,0	1,8	2,0	1,9	1,6	1,7
Finlande	3,8	2,1	2,2	1,9	2,1	2,1	1,9	1,8	2,1	2,0
Grèce	3,2	3,0	3,0	3,6	3,9	3,4	5,2	:	3,6	2,9
Hongrie	4,5	4,4	4,3	4,6	4,1	4,2	4,3	4,9	4,7	4,1
Irlande	2,4	-	2,7	-	-	-	-	-	-	-
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lettonie	3,8	3,3	4,0	3,3	3,7	3,1	3,6	3,5	3,6	3,1
Lituanie	4,6	4,0	4,2	3,5	4,1	4,1	3,3	3,8	3,9	3,3
Luxembourg	4,9	8,1	5,9	6,0	5,9	8,3	6,8	6,8	7,8	7,7
Malte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pays-Bas	2,8	2,9	2,8	2,8	3,0	3,0	-	-	-	-
Pologne	2,5	-	-	-	2,4	2,3	2,4	2,7	2,4	2,4
Portugal	2,6	2,3	2,2	2,1	2,6	2,3	2,3	2,2	2,4	2,2
Roumanie	3,9	3,6	3,5	3,3	3,4	3,1	3,4	3,3	3,4	-
Slovaquie	3,0	3,3	2,8	2,7	2,9	2,8	3,2	3,3	3,4	3,2
Slovénie	-:	2,7	3,3	2,7	1,8	1,9	2,7	3,0	2,8	2,4
Suède	4,0	3,7	3,5	3,4	3,8	3,2	3,1	3,2	3,1	2,8
Tchéquie	2,7	2,7	2,6	2,6	2,4	2,6	2,7	2,6	2,6	2,2
Pays d'Europe hors Union européenne										
Albanie	-	-	-	0,0	3,2	3,0	3,8	-	4,1	-
Islande	-	-	2,5	1,7	1,2	2,5	2,0	3,5	2,0	1,6
Norvège	3,7	2,9	3,1	2,4	2,7	2,3	1,6	-	-	-
Royaume-Uni	4,6	4,4	4,3	4,2	-	-	-	-	-	-
Serbie	5,2	5,9	5,8	5,3	5,4	5,5	5,7	5,4	5,3	6,3
Suisse	4,3	-	4,2	4,1	4,3	4,0	3,7	-	-	-
Turquie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Source : Mission à partir des données Eurostat

1.4 Mortalité néonatale

Tableau 5 : Evolution de la mortalité néonatale précoce (1), tardive (2)* et totale (3) de 2014 à 2023 dans plusieurs pays (en ‰ pour 1 000 naissances vivantes)

Pays	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	(1)	*(2)**	(1)	*(2)**	(1)	*(2)**	(1)	*(2)**	(1)	*(2)**	(1)	*(2)**	(1)	*(2)**	(1)	*(2)**	(1)	*(2)**	(1)	*(2)**
	(3)		**(3)**		**(3)**		**(3)**		**(3)**		**(3)**		**(3)**		**(3)**		**(3)**		**(3)**	
Pays membres de l'Union européenne																				
Allemagne	1,8	*0,4*	1,8	*0,5*	1,9	*0,5*	1,8	*0,5*	1,8	*0,5*	1,8	*0,5*	1,8	*0,4*	-	-	1,8	*0,5*	1,9	*0,4*
	2,2		**2,3**		**2,4**		**2,3**		**2,3**		**2,3**		**2,2**		**:**		**2,3**		**2,3**	
Autriche	-	-	-	-	-	-	1,6	*0,4*	1,6	*0,4*	1,9	*0,4*	2,0	*0,5*	1,9	*0,3*	1,4	*0,5*	1,7	*0,3*
	-		**-**		**-**		**2,0**		**2,0**		**2,3**		**2,5**		**2,2**		**1,9**		**2,0**	
Belgique	1,6	*0,7*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2,3		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**2,0**		**2,2**	
Bulgarie	3,1	*1,3*	2,8	*1,2*	2,8	*1,1*	2,6	*1,2*	2,5	*1,1*	2,2	*0,9*	1,9	*0,9*	2,2	*0,9*	1,7	*0,7*	-	-
	4,4		**4,0**		**3,9**		**3,8**		**3,6**		**3,1**		**2,8**		**3,1**		**2,4**		**-**	
Chypre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**	
Croatie	3,1	*0,7*	2,2	*0,9*	2,1	*0,9*	2,0	*0,7*	2,4	*0,8*	2,2	*0,8*	2,5	*0,6*	2,0	*0,7*	2,5	*0,6*	1,8	*0,9*
	3,8		**3,1**		**3,0**		**2,7**		**3,2**		**3,0**		**3,1**		**2,7**		**3,1**		**2,7**	
Danemark	2,7	*0,4*	2,6	*0,4*	2,3	*0,3*	2,7	*0,4*	2,5	*0,3*	2,1	*0,3*	2,4	*0,3*	2,3	*0,3*	-	-	-	-
	3,1		**3,0**		**2,6**		**3,1**		**2,8**		**2,4**		**2,7**		**2,6**		**-**		**-**	
Espagne	1,4	*0,7*	1,2	*0,6*	1,3	*0,6*	1,2	*0,6*	1,3	*0,6*	1,3	*0,5*	1,2	*0,6*	1,2	*0,6*	1,3	*0,4*	1,2	*0,6*

	2,1		**1,8**		**1,9**		**1,9**		**1,9**		**1,8**		**1,8**		**1,8**		**1,7**		**1,8**	
Zone/Pays	**2014**		**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
Estonie	1,1	*0,5*	1,2	*0,3*	0,7	*0,7*	1,1	*0,3*	0,8	*0,1*	0,4	*0,5*	-	-	1,2	*0,4*	0,8	*0,6*	0,5	*0,1*
	1,6		**1,5**		**1,4**		**1,4**		**0,9**		**0,9**		**-**		**1,6**		**1,4**		**0,6**	
Finlande	1,1	*0,4*	1,0	*0,3*	1,0	*0,3*	1,1	*0,4*	1,3	*0,3*	1,2	*0,2*	1,0	*0,3*	0,8	*0,4*	1,1	*0,4*	1,0	*0,2*
	1,5		**1,3**		**1,3**		**1,5**		**1,6**		**1,4**		**1,3**		**1,2**		**1,5**		**1,2**	
France	1,7	*0,7*	1,8	*0,8*	1,8	*0,8*	2,0	*0,8*	1,8	*0,9*	2,0	*0,7*	1,8	*0,8*	1,9	*0,8*	1,9	*0,9*	2,0	*0,9*
	2,4		**2,6**		**2,6**		**2,8**		**2,7**		**2,7**		**2,6**		**2,7**		**2,8**		**2,9**	
Grèce	1,8	*0,8*	1,9	*0,7*	-	-	1,6	*0,7*	1,6	*0,8*	1,7	*0,9*	1,6	*0,7*	1,6	*0,8*	1,4	*0,7*	1,5	*0,7*
	2,6		**2,8**		**-**		**2,3**		**2,4**		**2,6**		**2,3**		**2,4**		**2,1**		**2,2**	
Hongrie	1,7	*1,2*	1,7	*0,9*	1,5	*1,0*	1,4	*0,8*	1,6	*0,5*	1,4	*0,8*	1,3	*0,8*	1,4	*0,7*	1,6	*0,7*	1,3	*0,6*
	2,9		**2,6**		**2,5**		**2,2**		**2,1**		**2,2**		**2,1**		**2,1**		**2,3**		**1,9**	
Irlande	1,8	*0,5*	2,2	*0,5*	1,8	*0,5*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2,3		**2,7**		**2,3**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**	
Italie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	-		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**		**-**	
Lettonie	2,1	*0,7*	2,0	*0,5*	1,7	*0,8*	2,4	*0,8*	1,2	*0,6*	1,8	*0,4*	2,1	*0,3*	1,5	*0,3*	0,8	*0,3*	1,0	*0,6*
	2,8		**2,5**		**2,5**		**3,2**		**1,8**		**2,2**		**2,4**		**1,8**		**1,1**		**1,6**	
Lituanie	1,6	*0,9*	1,7	*0,7*	1,6	*0,9*	1,4	*0,3*	1,3	*0,9*	1,3	*0,9*	1,1	*0,8*	1,4	*0,7*	1,5	*0,5*	1,2	*0,7*
	2,5		**2,4**		**2,5**		**1,7**		**2,2**		**2,2**		**1,9**		**2,1**		**2,0**		**1,9**	
Luxembourg	1,6	*0,2*	1,5	*0,5*	2,1	*0,9*	2,1	*0*	3,0	*0*	3,4	*0,8*	3,4	*0,5*	2,4	*0,3*	2,6	*0,3*	3,5	*0,5*

	1,8	**2,0**	**3,0**	**2,1**	**3,0**	**4,2**	**3,9**	**2,7**	**2,9**	**4,0**

Zone/Pays	2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023	
Malte	3,6	*0,2*	2,5	*1,0*	4,9	*1,6*	-	-	3,2	*1,5*	3,7	*0,4*	2,7	*0,7*	2,0	*0,7*	3,0	*1,2*	2,5	*0,6*
	3,8		**3,5**		**6,5**		-		**4,7**		**4,1**		**3,4**		**2,7**		**4,2**		**3,1**	
Pays-Bas	1,9	*0,3*	1,7	*0,8*	2,0	*0,6*	2,0	*0,7*	1,9	*0,6*	2,1	*0,6*	2,2	*0,7*	1,9	*0,7*	1,9	*0,5*	2,0	*0,7*
	2,2		**2,5**		**2,6**		**2,7**		**2,5**		**2,7**		**2,9**		**2,6**		**2,4**		**2,7**	
Pologne	2,1	*0,8*	2,1	*0,8*	2,1	*0,8*	2,1	*0,7*	2,1	*0,7*	2,0	*0,7*	1,9	*0,7*	2,1	*0,8*	1,9	*0,7*	1,9	*0,7*
	2,9		**2,9**		**2,9**		**2,8**		**2,8**		**2,7**		**2,6**		**2,9**		**2,6**		**2,6**	
Portugal	1,5	*0,6*	1,4	*0,6*	1,5	*0,8*	1,2	*0,6*	1,6	*0,6*	1,2	*0,7*	1,1	*0,6*	1,2	*0,5*	1,0	*0,6*	1,0	*0,6*
	2,1		**2,0**		**2,3**		**1,8**		**2,2**		**1,9**		**1,7**		**1,7**		**1,6**		**1,6**	
Roumanie	3,3	*1,6*	3,0	*1,3*	2,5	*1,3*	2,3	*1,3*	2,3	*1,2*	2,3	*1,1*	2,1	*1,1*	1,9	*1,2*	2,1	*1,2*	2,1	*1,2*
	4,9		**4,3**		**3,8**		**3,6**		**3,5**		**3,4**		**3,2**		**3,1**		**3,3**		**3,3**	
Slovaquie	2,4	*0,9*	2,2	*1,1*	1,6	*1,3*	1,8	*0,8*	2,0	*1,0*	2,1	*1,1*	2,0	*1,1*	1,6	*1,0*	2,2	*1,1*	2,0	*1,0*
	3,3		**3,3**		**2,9**		**2,6**		**3,0**		**3,2**		**3,1**		**2,6**		**3,3**		**3,0**	
Slovénie	0,9	*0,4*	0,6	*0,2*	0,9	*0,5*	0,9	*0,4*	0,9	*0,5*	0,8	*0,5*	1,0	*0,4*	1,2	*0,2*	1,4	*0,2*	0,9	*0,3*
	1,3		**0,8**		**1,4**		**1,3**		**1,4**		**1,3**		**1,4**		**1,4**		**1,6**		**1,2**	
Suède	1,1	*0,3*	1,3	*0,4*	1,1	*0,4*	1,1	*0,5*	0,9	*0,4*	1,0	*0,4*	1,2	*0,5*	0,9	*0,4*	1,0	*0,4*	1,1	*0,4*
	1,4		**1,7**		**1,5**		**1,6**		**1,3**		**1,4**		**1,7**		**1,3**		**1,4**		**1,5**	
Tchéquie	1,0	*0,6*	1,0	*0,5*	1,2	*0,5*	1,2	*0,6*	1,1	*0,5*	1,0	*0,6*	1,2	*0,4*	1,0	*0,4*	0,9	*0,3*	0,9	*0,5*
	1,6		**1,5**		**1,7**		**1,8**		**1,6**		**1,6**		**1,6**		**1,4**		**1,2**		**1,4**	

Pays hors Union européenne																				
Pays	**2014**		**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**	
Albanie	4,7	*0,8*	4,3	*0,9*	5,7	*1,2*	5,0	*1,3*	5,5	*1,8*	7,4	*1,1*	7,0	*1,2*	5,0	*1,6*	3,4	*1,2*	3,2	*1,1*
	5,5		**5,2**		**6,9**		**6,3**		**7,3**		**8,5**		**8,2**		**6,6**		**4,6**		**4,3**	
Islande	-	-	-	-	0,0	*0,5*	1,7	*0,5*	0,9	*0,3*	0,4	*0,3*	-	-	-	-	-	-	-	-
	-		-		**0,5**		**2,2**		**1,2**		**0,7**		-		-		-		-	
Norvège	1,4	*0,4*	1,2	*0,3*	1,1	*0,5*	1,3	*0,5*	1,3	*0,6*	0,9	*0,4*	0,9	*0,4*	-		-		-	
	1,8		**1,5**		**1,6**		**1,6**		**1,7**		**1,3**		**1,3**		-		-		-	
Royaume-Uni	2,1	*0,6*	2,1	*0,6*	-	-	2,2	*0,6*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	2,7		**2,7**		-		**2,8**		-		-		-		-		-		-	
Serbie	3,6	*0,7*	2,9	*0,9*	2,9	*1,1*	2,5	*0,7*	2,8	*0,,9*	2,6	*1,0*	2,5	*1,3*	2,8	*0,9*	2,1	*0,7*	2,3	*0,8*
	4,3		**3,8**		**4,0**		**3,2**		**3,7**		**3,6**		**3,8**		**3,7**		**2,8**		**3,1**	
Suisse	2,7	*0,4*	2,5	*0,6*	2,5	*0,5*	2,4	*0,4*	2,3	*0,4*	2,3	*0,4*	2,7	*0,3*	-	-	-	-	-	-
	3,1		**3,1**		**3,0**		**2,8**		**2,7**		**2,7**		**3,0**		-		-		-	
Turquie	5,1	*2,2*	4,7	*2,1*	4,3	*2,1*	3,9	*1,9*	4,1	*1,9*	3,8	*1,9*	-	-	4,1	*1,9*	3,8	*1,9*	4,0	*2,0*
	7,3		**6,8**		**6,4**		**5,8**		**6,0**		**5,7**		-		**6,0**		**5,7**		**6,0**	
Canada	3,0	0,6	3,0	0,5	2,8	0,5	2,9	0,5	3,0	0,5	2,8	0,5	2,9	0,6	2,8	0,6	3,0	0,6	2,8	0,7
	3,6		**3,5**		**3,4**		**3,5**		**3,6**		**3,4**		**3,5**		**3,4**		**3,6**		**3,4**	

*Source : Mission à partir des données Eurostat pour les pays européens et des données « Statistique Canada » pour le Canada * Sauf pour le Canada, la mortalité néonatale « tardive » (de 7 à 27 jours de vie) a été estimée par la mission à partir des données de mortalité néonatale totale et de mortalité néonatale précoce.*

[9] A titre comparatif, la mortalité néonatale totale était estimée à 5,5 en 2021 aux Etats-Unis[170].

[170] Valenzuela CP, Gregory ECW, Martin JA: Perinatal Mortality in the United States, 2020-2021. NCHS Data Brief. 2023;(489):1-8

1.5 Mortalité maternelle

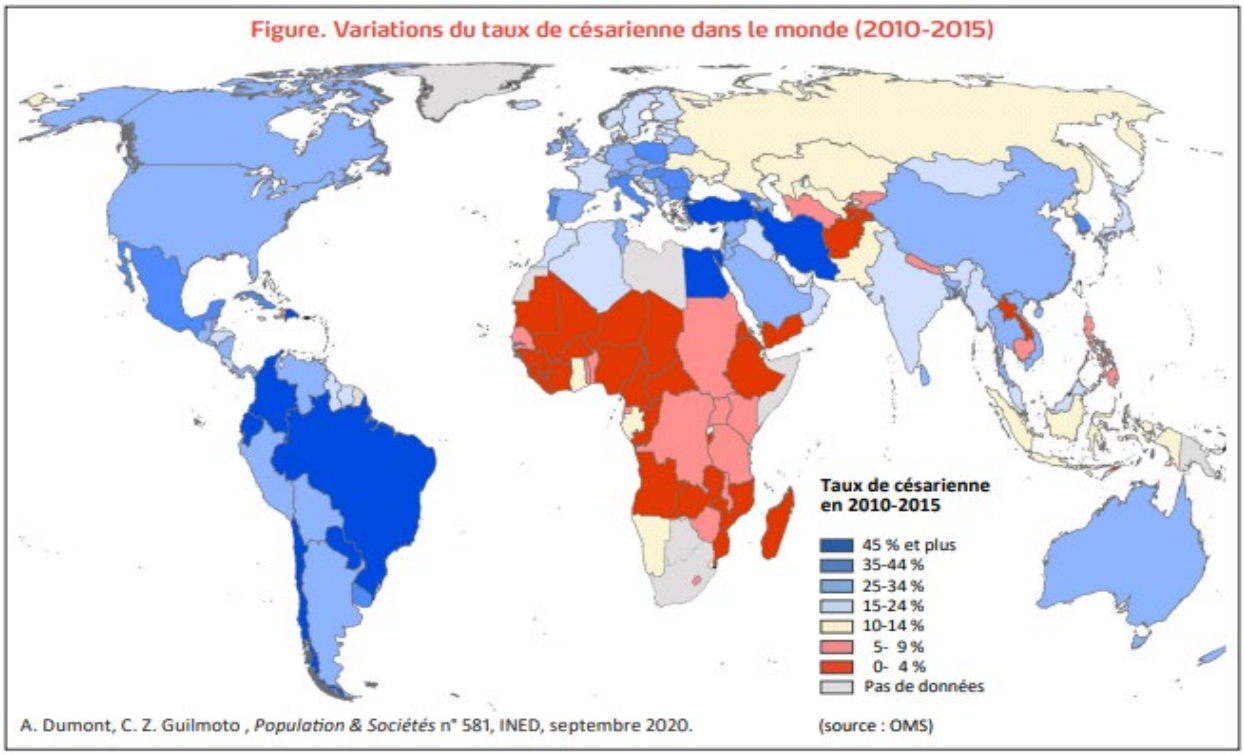
Tableau 6 : Taux de mortalité maternelle (nombre de décès rapporté à 100 000 naissances vivantes)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Allemagne	4,1	3,3	2,9	2,8	3,2	3,2	3,6	3,5	4,1	4,2
Argentine	37,3	38,7	33,7	28,7	37,5	30,1	41,4	74,2	34,3	31,9
Autriche	8,6	4,7	5,7	2,3	7,1	5,9	2,4	3,5	3,6	2,6
Belgique	4,8	4,1	3,3	3,3	5,1	7,6	3,5	9,3	8,8	
Bulgarie	7,4	6,1	3,1	7,8	6,4		6,8	5,1	12,4	8,7
Canada	6,0	7,1	6,3	6,6	8,6	7,5	8,4	8,2	8,5	12,2
Croatie	2,5	2,7	2,7	0,0	0,0	5,5	5,5	11,0	5,9	6,2
Espagne	2,1	3,6	3,7	3,3	1,9	1,7	2,9	3,3	3,3	3,4
Estonie	0,0	0,0	14,4	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	9,3
États-Unis	-	-	-	-	17,4	20,1	23,8	32,9	22,3	18,6
Finlande	5,3	3,6	5,6	8,0	4,2	10,9	4,3	4,0	8,9	11,5
France	7,6	7,6	10,0	7,7	8,2	-	-	-	-	-
Grèce	4,3	5,4	6,5	11,3	4,6	7,2	3,5	5,9	3,9	-
Hongrie	6,6	5,5	11,8	15,3	10,0	11,2	15,2	25,8	7,9	12,9
Irlande	1,5	1,5	6,2	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
Islande	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Italie	1,2	3,4	2,8	3,5	2,5	2,9	2,7	2,5	3,6	-
Japon	3,3	4,4	3,7	3,8	3,6	3,7	2,7	3,4	4,3	3,6
Lettonie	14,0	55,2	23,0	4,8	15,7	37,6	22,9	34,6	31,6	27,8
Lituanie	3,3	9,5	6,5	7,0	14,2	11,0	0,0	0,0	0,0	9,7
Luxembourg	0,0	0,0	0,0	32,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,8
Norvège	3,3	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	3,7	0,0	1,9	3,8
Pays-Bas	2,9	3,5	3,4	1,8	3,0	5,3	1,2	2,8	3,0	4,3
Pologne	2,1	1,6	2,4	2,2	1,3	1,1	2,5	2,1	2,0	2,6
Portugal	7,3	7,0	6,9	12,8	17,2	10,4	20,1	8,8	13,1	-
Slovaquie	3,6	1,8	6,9	5,2	3,5	0,0	1,8	1,8	3,8	2,1
·Roumanie	12,1	13,4	8,3	11,4	8,6	9,5	15,5	25,6	12,3	13,7
Royaume-Uni	6,7	4,5	6,6	5,5	-	-	-	-	-	-
Slovénie	4,8	5,0	5,0	5,0	0,0	0,0	21,6	10,7	11,5	0,0
Suède	3,5	1,7	2,5	4,3	4,3	3,5	7,0	2,6	4,8	3,0
Suisse	5,9	6,9	3,4	4,6	6,8	7,0	1,2	4,5	1,2	2,5
Tchéquie	6,4	6,3	7,1	7,0	4,4	4,5	6,4	6,3	4,0	7,7
Turquie	15,0	14,6	14,7	14,5	13,5	13,0	13,0	13,0	12,6	13,5

Source : Mission à partir des données de l'OCDE disponibles en ligne

1.6 Comparaison de quelques indicateurs relatifs aux pratiques cliniques, à la situation des femmes au moment de l'accouchement et à la santé du nouveau-né

1.6.1 Comparaison des taux de césarienne dans le monde



Source : INED- Population & Sociétés n°581 – Septembre 2020

1.6.2 Age moyen des femmes à la maternité

Tableau 7 : Evolution de l'âge moyen des femmes à lors de leur accouchement dans les pays de l'UE depuis l'année 2000

Pays	2000	2004	2008	2012	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Allemagne	28,8	29,4	30,1	30,6	30,9	31,0	31,1	31,2	31,3	31,5	31,4
Autriche	28,2	28,8	29,5	30,2	30,6	30,7	30,9	31,0	31,0	31,2	31,2
Belgique	28,8	29,2	29,6	30,0	30,5	30,6	30,7	30,8	30,8	31,0	31,1
Bulgarie	25,0	25,6	26,5	27,1	27,5	27,6	27,7	27,7	27,8	27,9	28,0
Chypre	28,7	29,2	30,1	30,6	31,4	31,4	31,5	31,7	31,7	31,8	31,5
Croatie	nd	28,1	28,7	29,4	30,1	30,3	30,4	30,5	30,5	30,7	30,7
Danemark	29,7	30,2	30,4	30,7	31,0	31,1	31,2	31,3	31,4	31,6	31,7
Espagne	30,7	30,9	30,8	31,6	32,0	32,1	32,2	32,2	32,3	32,6	32,6
Estonie	26,9	27,8	28,7	29,6	30,2	30,4	30,5	30,6	30,7	31,0	30,9
Finlande	29,6	29,9	30,1	30,4	30,8	30,9	31,0	31,1	31,2	31,4	31,5
France	**29,3**	**29,5**	**29,8**	**30,1**	**30,5**	**30,5**	**30,6**	**30,7**	**30,8**	**30,9**	**(p) 31,0**
Grèce	29,6	29,8	30,2	30,7	31,3	31,4	31,5	31,7	31,7	32,1	32,0
Hongrie	27,3	28,2	28,9	(*) 29,4	29,6	29,8	29,8	29,9	29,9	30,0	(*) 30,0
Irlande	30,4	30,9	31,3	31,5	32,1	32,1	(e) 32,2	(e) 32,4	32,6	32,7	33,1
Italie	30,4	30,7	31,0	31,4	31,8	31,9	(*) 32,0	(*) 32,1	32,2	32,4	32,4
Lettonie	26,7	27,4	28,1	28,8	29,6	29,7	29,9	30,0	30,0	30,2	30,3
Lituanie	26,6	27,3	28,1	29,0	29,5	29,7	30,0	30,0	30,2	30,4	30,2
Luxembourg	29,3	29,7	30,5	(*) 31,0	31,7	(*) 31,9	32,1	32,3	32,3	32,5	32,4
Malte	27,9	27,8	29,2	29,8	30,6	30,5	30,8	30,7	30,7	(p) 30,9	(p) 31,2
Pays-Bas	30,3	30,5	30,7	30,9	31,3	31,4	31,5	31,6	31,7	31,8	31,8
Pologne	(*) 27,3	28,0	28,5	28,9	29,4	29,5	(e) 29,6	29,7	(e) (p) 29,8	(e) (p) 29,9	(*) 30,0
Portugal	28,6	29,2	29,6	30,2	31,1	31,2	31,4	31,4	31,6	31,8	31,7
Tchéquie	27,2	28,3	29,3	29,8	30,0	30,0	30,1	30,2	(*) 30,2	30,4	30,4
Roumanie	25,7	26,5	26,7	27,2	27,7	27,9	28,0	(e) 28,1	(e) 28,2	(e) 28,2	(e) 28,2
Slovaquie	26,6	27,4	28,3	28,7	28,8	28,8	28,8	28,8	28,9	28,9	28,9
Slovénie	28,2	29,2	29,9	30,1	30,3	30,3	30,4	30,5	30,4	30,5	30,4
Suède	29,9	30,4	30,6	30,9	31,1	31,1	31,1	31,3	31,3	31,5	31,6
UE à 27	**nd**	**29,4**	**29,8**	**(*) 30,2**	**30,6**	**(*) 30,7**	**(e) (p) 30,8**	**30,9**	**(*) (e) (p) 31,0**	**31,1**	**(*) (e) (p) 31,1**

(e) = donnée estimée ; (p) = donnée provisoire ; (*) = rupture de série ; (nd) = donnée non disponible

Source : Mission à partir des données en ligne de l'INSEE- « Mesurer pour comprendre – Statistiques et Etudes- Natalité et fécondité dans l'Union européenne – Données annuelles de 1999 à 2023 » - reprenant les données Eurostat (extraction INSEE du 7 janvier 2025) et pour la France des données INSEE, recensements et estimations de population, statistiques et estimations d'état civil.

1.6.3 Santé du nourrisson

Tableau 8 : Proportion d'enfants souffrant d'un faible poids à la naissance (en % des enfants nés vivants)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Allemagne	-	-	--	-	-	-	-	-	-	-
Australie	6,4	6,5	6,5	6,7	6,7	6,6	6,5	6,3	6,5	-
Autriche	6,6	6,5	6,4	6,4	6,2	6,2	5,8	5,9	6,0	6,0
Belgique	6,9	6,8	6,7	6,8	6,8	6,7	6,4	6,5	6,6	-
Canada	6,3	6,3	6,4	6,5	6,5	6,7	6,5	6,6	7,0	7,2
Danemark	5,2	4,9	4,9	4,9	4,8	4,6	4,7	4,7	4,8	4,8
Espagne	7,8	7,9	7,8	7,8	7,7	7,5	7,1	7,2	7,4	7,6
Estonie	4,6	4,2	4,1	4,2	4,1	4,4	4,2	4,0	3,6	3,6
États-Unis	8,0	8,1	8,2	8,3	8,3	8,3	8,2	8,5	8,6	8,6
Finlande	4,2	4,2	4,1	4,2	4,1	4,0	3,9	4,0	4,0	4,0
France	7,5	7,6	7,5	7,6	7,6	7,4	7,2	7,3	7,5	7,6
Grèce	9,0	9,2	9,4	9,3	9,6	9,4	9,1	9,7	10,1	10,0
Hongrie	8,9	8,6	8,5	8,3	8,5	8,2	7,7	7,4	7,7	7,7
Irlande	5,6	5,6	5,6	5,7	5,7	5,6	5,5	5,6	6,0	-
Islande	4,0	4,4	4,4	3,8	3,6	4,4	3,6	3,7	3,5	3,8
Israël	7,8	8,0	7,7	7,7	7,4	7,4	6,8	7,0	7,2	6,8
Italie	7,2	7,4	7,4	7,4	7,2	7,1	6,8	6,8	7,0	7,0
Japon	9,5	9,5	9,4	9,4	9,4	9,4	9,2	9,4	9,4	9,6
Lettonie	4,4	4,5	4,3	4,4	4,3	4,3	4,1	4,2	4,3	4,5
Lituanie	4,5	4,5	4,5	4,9	4,6	4,6	4,2	4,6	4,9	4,0
Luxembourg	6,6	6,3	6,9	6,3	6,2	6,7	5,6	5,7	5,9	6,5
Norvège	4,6	4,5	4,7	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,5	4,2
Pays-Bas	6,1	6,0	5,8	5,9	5,8	5,7	5,7	5,6	-	-
Pologne	5,9	5,8	5,8	5,7	5,5	5,6	5,4	5,7	5,7	5,6
Portugal	8,7	8,9	8,7	8,9	9,0	8,9	7,9	8,4	8,5	8,5
Slovaquie	7,8	7,7	7,5	7,5	7,3	7,5	7,3	7,2	7,7	8,2
Royaume-Uni	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,6	6,5	7,0	7,1
Slovénie	6,4	6,4	6,6	6,6	6,3	5,9	5,7	5,5	5,1	5,7
Suède	4,3	4,2	4,3	4,2	4,1	4,2	4,0	4,0	4,2	4,1
Suisse	6,4	6,5	6,6	6,4	6,5	6,1	5,9	5,9	6,0	6,1
Tchéquie	7,8	7,8	7,6	7,5	7,0	6,8	6,6	6,4	6,7	6,6
Turquie	8,6	8,6	8,3	8,1	7,6	8,0	7,7	8,4	8,9	9,1
Bulgarie	9,4	8,9	9,3	9,1	9,2	9,5	8,9	9,2	9,3	9,3
Croatie	5,0	5,1	5,3	5,2	5,3	5,3	5,2	5,5	5,5	5,4
Roumanie	8,1	7,8	7,6	7,3	7,0	6,9	6,5	6,7	7,2	7,7

Source : Mission à partir des données de l'OCDE disponibles en ligne

2 Organisation de l'offre périnatale et des parcours dans quelques pays européens comparables à la France

[10] La mission a pu disposer, grâce aux travaux de la DAEI et des CAS, d'informations détaillées sur l'organisation du parcours périnatal dans six pays européens : l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, le Royaume-Uni et la Suède. Les tableaux qui suivent reprennent ces informations pour la période prénatale (2.1), pour l'accouchement/la naissance (2.2) puis pour le suivi postnatal (2.3).

2.1 Organisation de la prise en charge des femmes pendant leur grossesse

Tableau 9 : Dispositifs et modalités de suivi de la grossesse dans plusieurs pays européens

Pays	Principales caractéristiques	Evolutions récentes et/ou notables
Allemagne	Il est prévu ***10 consultations au cours de la grossesse*** : la première consultation a lieu entre la 5ème semaine et la 8ème semaine de grossesse puis des consultations préventives sont ensuite prévues environ toutes les 4 semaines puis toutes les deux semaines à compter de la 32ème semaine de grossesse. Si l'accouchement n'a pas encore eu lieu, à partir de la 41ème semaine de grossesse, le médecin ou la sage-femme examinent la femme enceinte tous les deux jours. ***Trois échographies*** sont prévues à compter de la 32ème semaine de grossesse et des ***examens biologiques à plusieurs échéances***. ***Le suivi de la grossesse peut être assuré par*** des médecins spécialisés (gynécologues) et/ou des sages-femmes, féminins comme masculins. En cas de grossesse « normale », le gynécologue peut permettre le suivi de grossesse par une sage-femme dans le champ des compétences qui lui sont dévolues (contrôle du poids, de la tension artérielle, de l'évolution de l'utérus et de l'enfant à naitre, contrôle du rythme cardiaque de l'enfant à naitre…) mais le médecin doit pratiquer lui-même les actes pour lequel il est le seul compétent (échographie, examens biologiques et bactériologiques…).	L'Allemagne a engagé depuis 2022 une **digitalisation du suivi prénatal** :avec la mise en place du « Mutterpass électronique » qui remplace le carnet de maternité papier remis à chaque femme enceinte. A noter : il est prévu, à moyen terme, d'intégrer le carnet de maternité dans le dossier médical électronique (elektronische Patientenakte).
Danemark	Au Danemark, ***les consultations prénatales sont proposées à toutes les femmes enceintes et sont gratuites mais elles ne sont pas obligatoires*** (dans les faits, toutefois, la plupart des patientes suivent le parcours et le calendrier de consultations proposé). Le dispositif proposé prévoit ***8 consultations*** auprès d'un médecin ou d'une sage-femme. Dans le détail, après un premier rendez-vous avec son médecin généraliste, la femme enceinte rencontre jusqu'à l'accouchement 4 ou 5 fois la sage-femme à l'hôpital, ainsi que 2 fois son médecin généraliste. Le suivi à l'hôpital conduit également à la réalisation de ***deux échographies*** « de routine » : celle du 1er trimestre (réalisée entre les semaines 11 et 13° qui inclut une échographie de clarté nucale pour la détection de certaines anomalies congénitales, en particulier la trisomie 21, et celle du 2ème trimestre (réalisée entre les semaines 18 et 20) au cours de laquelle sont notamment examinés les organes du fœtus.	Des travaux sont en cours pour développer **une future plateforme numérique** commune – **sous la forme d'une application** – qui pourrait **remplacer à l'avenir le carnet de grossesse et le carnet de santé**.

	A l'occasion de ce suivi prénatal, ***quatre niveaux possibles de suivi sont prévus pour individualiser au mieux l'accompagnement*** et offrir à la femme enceinte et à son partenaire le soutien et les soins nécessaires ainsi que les services dont ils ont besoin : *le niveau 1* correspond à l'offre de suivi de base ; *le niveau 2* prévoit un suivi renforcé de la part d'une sage-femme et/ou d'un obstétricien ou d'un médecin généraliste et concerne des femmes présentant un risque accru de santé : tabagisme, surpoids, grossesses multiples, risque de diabète gestationnel… ; *le niveau 3* implique une coopération multidisciplinaire avec des professionnels autres que ceux qui travaillent dans le domaine des soins prénataux dans la région et concernent plutôt des femmes souffrant de troubles somatiques ou mentaux complexes ou de difficultés sociales importantes ; *le niveau 4* implique une coopération avec des institutions spécialisées ou services de traitement hautement spécialisés. Les parents sont classés à ce niveau lorsqu'ils sont confrontés à des problèmes particulièrement complexes (consommation nocive d'alcool, de drogues ou de médicaments créant une dépendance, troubles mentaux graves et/ou de fortes tensions sociales). La détermination du niveau dont doit relever chacune des femmes est réalisée par le médecin généraliste lors de la première consultation, en fonction des facteurs de risques obstétriques, sociaux et mentaux (le médecin regarde en particulier le mode de vie de la femme enceinte, ses antécédents médicaux et psychologiques pour détecter des vulnérabilités). Il est possible de changer de niveau au cours de la grossesse. La municipalité de résidence est informée des vulnérabilités et pourra ensuite mettre en place un soutien spécial, en lien avec différents acteurs.	
Espagne	En Espagne, ***un cadre général de suivi de la grossesse est défini au niveau national. Au niveau régional, les communautés autonomes peuvent proposer également des protocoles qui leur sont propres***, mais qui ne peuvent être moins-disant par rapport aux recommandations nationales. ***Au niveau national, entre 6 et 10 consultations sont recommandées durant la grossesse***, pour les femmes dont la grossesse ne présente pas de complications. Ces consultations prénatales recommandées s'organisent de la façon suivante : - ***3 consultations au cours du 1er trimestre*** (avant la 8e semaine ; vers 8-10 semaines ; au cours de la 12e -14e semaine) ; - ***3 consultations au cours du 2ème trimestre*** (au cours de la semaine 16-18., réalisée par une sage-femme en soins primaires ; au cours de la semaine 18-22, réalisée par un échographiste ; au cours de la 26e-28e semaine par une sage-femme de soins primaires pour évaluer les analyses sanguines du deuxième trimestre, réaliser un examen général et mesurer la tension artérielle et l'indice de masse corporelle) ; - ***4 consultations au cours du 3ème trimestre*** (au cours de la semaine 28-30. Réalisée par un obstétricien ; au cours de la 34ème semaine par un obstétricien avec la réalisation d'une échographie ; au cours de la semaine 37-38., effectuée par une sage-femme., au cours de la 40ème semaine, effectuée par un obstétricien. ***Trois échographies sont prévues*** (une par trimestre) lorsque la grossesse ne présente pas de risque particulier : - *la 1ère échographie* a lieu pendant la 12ème semaine. Elle a pour but d'identifier une éventuelle grossesse multiple, de mesurer la clarté nucale pour identifier de potentielles malformations,, d'écouter les battements cardiaques de l'embryon… ;	

	- *la 2ème échographie* intervient pendant la 20ème semaine (avant la 22ème qui est la limite prévue pour un avortement pathologique). Elle permet le diagnostic d'anomalies structurelles ; - *la 3ème échographie* a lieu pendant la 32ème semaine. Elle a pour but d'apprécier la vitalité fœtale, d'estimer la croissance fœtale, de diagnostiquer d'éventuelles anomalies (localisation placentaire, anomalie du volume de liquide amniotique…). Des échographies supplémentaires peuvent être effectuées en cas de grossesses à risque, évaluées au cas par cas.	
Italie	En Italie, ***2 consultations prénatales sont obligatoires*** : - *la 1ère visite gynécologique ou obstétrique avant la 10ème semaine* : le médecin évalue tous les facteurs de risques liés à la maternité et établit le calendrier des examens ; - *la 2ème visite, préférablement entre la 9ème et la 10ème semaine* : le médecin effectue des examens sanguins (numération sanguine pour exclure une anémie ou des anomalies plaquettaires, une glycémie pour exclure un diabète, des transaminases pour évaluer la fonction hépatique et des tests de dépistage pour le VIH, la toxoplasmose, le VHB et le VHC… Il est en outre r***ecommandé d'effectuer une visite chez la sage-femme et un test sanguin et urinaire tous les mois/mois et demi***. Lors de la première visite, la sage-femme prend en charge la femme ou le couple, planifie le déroulement de la grossesse et apporte des réponses aux doutes et aux questions. ***Trois échographies facultatives sont proposées*** (1 par trimestre) ***mais seules les deux premières sont remboursées*** : - ***la 1ère échographie***, (de préférence entre la 11ème et la 13ème semaine de grossesse).vise à vérifier la vitalité du fœtus, déterminer le nombre exact de semaines de grossesse et la date estimée de l'accouchement, signaler une possibilité de naissances multiples ; - ***la 2ème échographie*** (entre la 19ème et la 21ème semaine) a pour objet de vérifier le développement de l'enfant, évaluer le risque d'anomalie chromosomique ou génétique. La position du placenta et la quantité de liquide amniotique sont également contrôlés ; - ***la 3ème échographie*** (entre la 30ème et la 34ème semaine) a pour but de confirmer le bon développement de chaque organe et l'éventuelle apparition d'anomalies non révélées par les précédentes échographies. Ainsi que le positionnement du fœtus. ***Pendant la grossesse, il est en outre possible de faire des tests facultatifs*** pour diagnostiquer avant la naissance certaines pathologies (dépistage du syndrome de Down par exemple).	
Royaume-Uni	Au Royaume-Uni (Angleterre plus précisément), le suivi de la grossesse est différent selon les situations : ***en cas de première grossesse, 10 consultations*** périnatales sont prévues ; pour les ***grossesses ultérieures,*** il n'est plus prévu que ***7 consultations***. Dans les deux cas, ces consultations sont facultatives. D'après les éléments communiqués à la mission, **cette absence *d'obligation de participer aux consultations***	

	prénatales entraîne une faible adhésion des mères **(**seulement un peu plus de 60 % des femmes effectuent leur première consultation prénatale avant 10 semaines). Le suivi des grossesses comprend ***2 échographies (facultatives elles-aussi)*** : l'échographie de datation a lieu entre les semaines 11 et 14 (elle permet d'estimer la date de naissance, de vérifier le développement et de dépister d'éventuelles affections ; la 2ème échographie (dite « de la 20ème semaine) est proposée entre la 18ème et la 21ème semaine de grossesse : elle permet l'analyse en détail les organes du fœtus. Des échographies supplémentaires peuvent être proposées.	
Suède	En Su-de, le suivi prénatal est ***très peu médicalisé***, et il est, dans sa large ***majorité, réalisé par les sages-femmes***. Le parcours proposé ***est gratuit et non obligatoire***. Au total, les femmes se rendent généralement ***six à dix fois chez leur sage-femme*** (généralement dans une « *barnmorskemottagning* ») durant leur grossesse. Le premier rendez-vous a généralement lieu entre la 8ème et la 12ème semaine de grossesse. ***Elles réalisent une seule échographie prénatale de « routine »*** (proposée à toutes les femmes enceintes entre 18 et 20 semaines de grossesse). ***Aucun rendez-vous avec un médecin*** **(**gynécologue) n'est prévu, de tels rendez-vous étant réservés aux complications médicales liées à la grossesse. En cas de maladie, d'hypertension, ou de diabète, la sage-femme ou le médecin repérant la situation adresse la future mère vers une maternité spécialisée.	

Source : Mission à partir des éléments fournis par les CAS et la DAEI

2.2 Prise en charge des accouchements

Tableau 10 : Organisation de la prise en charge des accouchements dans plusieurs pays européens

Pays	Principales caractéristiques	Evolutions récentes et/ou notables
Allemagne	***Plus de 98 % des accouchements a lieu en établissements*** (avec une durée moyenne du séjour de l'ordre de 3,4 jours). Les accouchements hors établissements se répartissent environ à moitié entre maisons de naissance et accouchements à domicile (à noter toutefois : en 2020, près de 19 % des accouchements commencés en maison de naissance ont fait l'objet d'un transfert à l'hôpital, mais sans urgence dans 93 % des cas). Le **développement des accouchements physiologiques** constitue un objectif de la politique déployée actuellement. **En 2023**, il était recensé **606 établissements au total** pratiquant des accouchements. Ils se répartissaient de la façon suivante : - **165 centres périnatals de niveau I**, disposant d'une unité de néonatologie de soins intensifs (prise en charge de situations à très haut risque) ; - **42 centres de niveau II**, disposant d'unités spécialisées pour les grossesses et naissances à risque intermédiaire ; - **129 centres dits "périnataux à orientation spécifique"**, avec une offre de néonatologie de base ;	Le nombre de maternités a fortement diminué au cours des deux dernières décennies (environ 1 180 établissements en 1991 ; moins de 800 au début des années 2000, 606 en 2023). Cette réduction du nombre des maternités s'est poursuivie au cours des deux dernières années (le nombre de maternité encore ouvertes fin 2024 avoisinerait les 530).

	- **270 maternités sans service pédiatrique** mais autorisées à pratiquer les accouchements et dotées de compétences fondamentales en néonatologie.	
Danemark	***Pour environ 97 % d'entre elles, les naissances ont lieu en maternité***. La proportion d'accouchements à domicile a longtemps représenté un peu plus de 1 % des naissances. Ces dernières années, elle a augmenté, atteignant 3,3 % en 2017, puis a diminué (avec l'épidémie de COVID-19). En 2020, la proportion était tombée à 2,9 %, Il y a actuellement ***22 maternités sur tout le territoire*** (chacune des 5 régions danoises disposant de 3 et 6 hôpitaux dotés de services de maternité). La majorité des maternités accueille entre 1 500 et 3 500 naissances par an, mais le nombre de naissances varie d'un peu moins de 300 à 7 000 dans l'ensemble des maternités. ***Il n'existe pas réellement de distinction de niveaux entre maternités*** et ***le choix de l'établissement est libre.*** Toutefois, en fonction de la commune/quartier de résidence, les patients sont automatiquement dirigés vers un hôpital. En outre, des circonstances particulières au cours de la grossesse peuvent conduire à ce que la femme soit orientée et prise en charge pour l'accouchement vers un hôpital ayant des capacités de prises en charge plus adaptées au profil de la parturiente. Les ***accouchements sans complication se déroulent désormais soit en ambulatoire, soit avec une seule nuitée***. Ainsi, en 2018, 30 % des femmes sont rentrées chez elles dans les 12 heures suivant l'accouchement et un peu plus de la moitié (56 %) dans les 2 jours, tandis que 17 % ont été hospitalisées plus de 3 jours après l'accouchement. Cette stratégie n'est toutefois pas sans susciter un certain nombre de débats, les cas de réadmission de la mère et de son enfant étant importants.	Il y a eu une centralisation des maternités ces dernières années sur le territoire, et donc une réduction de leur nombre. Cette rationalisation n'a pas provoqué de véritables oppositions au Danemark.
Espagne	***Presque tous les accouchements ont désormais lieu en établissement*** (en 2017, moins de 0,4 % de l'ensemble des naissances avait eu lieu à domicile). Cette tendance est cependant récente : en 1980, 16,9 % des naissances avait encore lieu à domicile. Le décrochage a eu lieu au milieu des années 90. En 2018 (dernière année pour laquelle la mission a pu disposer de données fiables), ***508 hôpitaux offraient une prise en charge en gynécologie-obstétrique*** dont 54,7 % publics (278) et 45,3 % privés (230). Il y avait au total 1 005 salles d'accouchement (à 77 % dans le secteur public) et 8 736 lits pour les services de gynécologie et d'obstétrique (la majeure partie de ces lits (80,3 %, soit plus de 7000) relevait du secteur public). Entre 2010 et 2018, on observe une légère tendance à la hausse avec 146 salles d'accouchement supplémentaires (+ 14,5 %) mais une diminution du nombre de lits (réduction de 1 840 lits), soit une baisse de 17,4 %. Le Ministère de la santé espagnol ***ne recommande pas la présence d'une maternité lorsque la demande dans l'aire de population est inférieure à 600 accouchements par an***, sauf pour des raisons d'accessibilité ou de durée de déplacement. Les données disponibles pour l'année 2020 montrent que 29 % des hôpitaux publics et privés pratiquaient moins d'un accouchement par jour : 45 % dans le secteur privé, et 20 % dans les hôpitaux publics. En revanche, 38 % des hôpitaux étudiés dépassaient le seuil de 1 000 naissances annuelles.	***Entre 2011 et 2020, 27 maternités ont fermé mais 21 autres ont été ouvertes***. 20 des 27 maternités ayant fermé prenaient en charge moins d'un accouchement par jour et étaient à moins de 15 km d'une autre maternité. ***Le nombre de salles d'accouchement ayant augmenté*** entre 2010 et 2018, le taux de salles d'accouchement pour 1 000 accouchements est passé sur cette période de 1,8 à 2,7. **Le nombre de lits en gynécologie-obstétrique**, a diminué entre 2010 et 2018, passant d'un total de

	Les ***maternités sont classées en 3 groupes, selon le niveau de risque*** pour la mère et/ou l'enfant : complexité faible (niveau 1), complexité moyenne (niveau 2) ou complexité élevée (niveau 3). ***Le maillage territorial dépend de chaque communauté autonome***, l'organisation des soins faisant partie de leurs prérogatives. La ***durée moyenne des séjours*** en cas d'accouchement par voie basse est stable depuis 2010 et se maintient ***à 2,7 jours***. La durée moyenne du séjour en cas de césarienne a en revanche baissé d'une moyenne de 4,95 jours en 2010 à 4,4 jours en 2018.	10 576 lits en 2010 à 8 736 lits en 2018.
Italie	***La quasi-totalité des accouchements en Italie a lieu en établissement***. Il n'existe pas de statistiques officielles sur les accouchements à domicile mais leur part est estimée à moins de 1 % du total des naissances ***En 2022, il y avait 395 lieux de naissance actifs*** en Italie (contre 411 en 2019 répartis de la façon suivante : 172 dans le Nord, 79 dans le Centre et 160 dans le Sud et les Îles, et dont 118 étaient équipés d'une unité de soins intensifs néonataux). Parmi ces 395 lieux de naissances, 96 ont compté moins de 500 naissances et 137 en ont enregistré plus de 1 000. La ***durée standard de séjour en maternité est de deux jours pour un accouchement classique, et de trois ou quatre jours pour un accouchement par césarienne***, sauf problème particulier. Certains hôpitaux offrent la possibilité d'un départ anticipé, toujours à la condition que le nouveau-né et sa mère soient en bonne santé, et moyennant un suivi à distance. L'Italie a également développé un type de structure similaire aux maisons de naissance en France, nommé "***centre de naissance***". Ces centres, qui proposent une approche plus physiologique et individualisée, se déclinent en trois niveaux distincts de prise en charge.	***Entre 2013 et 2021, 127 points de naissance ont été fermés*** (soit -24,1 %). Ces fermetures ont été motivées à la fois par des raisons budgétaires et par des raisons de sécurité (taille trop petite et/ou nombre trop réduit d'accouchements).
Royaume-Uni	La ***tendance des accouchements à domicile*** ne semble pas être une pratique fréquente et se maintient à un faible niveau. Ente 2012 et 2016 le taux de naissance à domicile se situait autour de 2 % en moyenne (2,4 % en 2012, 2 % en 2014 et 2,4 % en 2016). ***Il n'existe pas de statistique pour l'ensemble du Royaume-Uni concernant le nombre de maternités***. Néanmoins, entre août 2022 et décembre 2023, la CQC ***avait inspecté 131 maternités en Angleterre.*** Les maternités britanniques gérant entre 2 000 et 2 200 naissances par an sont considérées comme de « petites maternités ». Deux types de maternités coexistent : - l***es services d'obstétrique (« obstetrical unit »)*** qui suivent à la fois les grossesses à risque et des grossesses sans risque identifié, sans gradation selon le niveau de risque périnatal qu'ils peuvent prendre en charge. Ils disposent en moyenne de 10 salles de naissance ; - ***les services gérés par des sages-femmes (« midwifery unit »),*** au nombre de 173, qui ne gèrent que les grossesses sans risque pré-identifié. Ils disposent en moyenne de 2 à 4 salles de naissance. Dans 70 % des cas, ces services sont établis dans un hôpital qui dispose également d'un service d'obstétrique. Il existe toutefois 61 structures indépendantes de l'hôpital et sous la responsabilité exclusive de sages-femmes.	

Suède	La Suède ***compte 44 services de maternité*** dans lesquels naissent environ 110 000 à 120 000 enfants chaque année). ***Il y a au moins une maternité dans chaque région*** et les unités varient en termes de nombre d'accouchements, de personnel et d'organisation des soins obstétriques. Les maternités ne se différencient pas formellement en fonction du niveau de risque périnatal qu'elles peuvent prendre en charge, il existe des différences de compétences et de possibilité de prise en charge selon les maternités (présence d'un service de réanimation néonatale, …). En 2019, la ***durée moyenne de séjour était de 1,7 jour après un accouchement par voie basse*** et de ***2,9 jours après une césarienne***. La durée moyenne du séjour pour les femmes primipares est d'environ un jour de plus que pour celles qui ont déjà accouché. ***Il n'existe pas de statistiques sur le nombre d'accouchements à domicile planifiés et sur les régions où ils ont lieu***. Il est cependant estimé que ce nombre est très limité (une centaine d'accouchements chaque année), mais en hausse ces dernières années. Les projets de lieux de naissance « alternatifs » (types maisons de naissances ou « cliniques » dirigées exclusivement pas des sages-femmes), n'ont pas prospéré en Suède. Des maternités alternatives, (ou « Active Birth Center »), dans lesquelles les femmes étaient suivies par la même sage-femme tout au long de leur grossesse et avec une médicalisation moindre existaient auparavant à Stockholm et Göteborg, mais elles ont fermé.	***La moitié des services de maternité a fermé depuis 1970*** (malgré une hausse du nombre de naissances), et les actes ont été centralisés dans des unités plus grandes. Les raisons à l'origine des fermetures sont la qualité et la sécurité des soins (à noter : il existe en Suède un fort consensus sur le fait qu'il est plus sûr et meilleur d'accoucher dans de grands hôpitaux), les enjeux de rentabilité et le manque de personnel soignant. La réduction du nombre de maternités s'inscrit par ailleurs dans la stratégie de centralisation en cours des services de santé, qui, dans le cas des soins obstétriques, inclut la proximité d'une clinique pédiatrique. Le nombre de lits d'hôpitaux disponibles pour les accouchements a diminué au cours des dix dernières années, à la fois en termes absolus et par rapport au nombre d'enfants nés.

Source : Mission à partir des éléments fournis par les CAS et la DAEI

2.3 Organisation du suivi des femmes après leur accouchement et des enfants au cours de leur première année de vie

Tableau 11 : Dispositifs et modalités de suivi de la femme après son accouchement et de l'enfant après sa naissance dans plusieurs pays européens

Pays	Principales caractéristiques	Evolutions récentes et/ou notables
Allemagne	Le suivi post-natal en Allemagne repose sur deux piliers principaux : - d'une part, les ***sages-femmes assurent des visites à domicile*** dans les premières semaines suivant l'accouchement, prises en charge par l'assurance maladie légale jusqu'à 12 semaines, avec possibilité de prolongation en cas de besoin médical ou social. Durant les dix premiers jours après l'accouchement, ces visites peuvent être biquotidiennes, puis quotidiennes. A l'occasion de ces visites, les sages-femmes effectuent des examens de contrôles sur la mère (contrôles des suites liées à l'accouchement, premiers exercices de rééducation, prévention des dépressions *post partum*…) ainsi que sur le nourrisson (contrôle de la prise de poids, contrôle de la cicatrisation de l'ombilic,…) ; - d'autre part, les enfants bénéficient d'un ***programme standardisé d'examens pédiatriques (« U1 » à « U9 »)***, étalés de la naissance jusqu'à l'âge de cinq ans, avec un ***calendrier de 9 à 10 consultations pédiatriques obligatoires,*** dont plusieurs interviennent au cours de la première année de vie. Dans le détail, ***les mères*** bénéficient pendant les semaines qui suivent l'accouchement d'un suivi rapproché qui se compose : - de ***divers examens avant la sortie de l'hôpital*** avec, notamment, un examen de l'état de l'utérus ; - ***d'un suivi étroit par une sage-femme*** **pendant** ***environ 6 semaines.*** Cette période correspond au « Wochenbett » (littéralement « le lit pour plusieurs semaines ») ; - ***d'un examen par un gynécologue à l'issue du Wochenbett*** qui vérifie, notamment, la régression du col de l'utérus, l'évolution des lésions du vagin et dans la région du périnée, l'engorgement et l'inflammation éventuelle des seins, la tension artérielle et le poids. Il réalise également un frottis de dépistage du col de l'utérus, voire une prise de sang pour mesurer le taux de fer et le fonctionnement de la thyroïde. ***Pour leur part, les enfants***, bénéficient au cours de ses premières semaines de vie : - d'un ***premier examen dès après la naissance*** : score d'Agpar (couleur de la peau du bébé, rythme cardiaque, réflexes, tension musculaire et respiration), test d'oxygénation par prélèvement de sang dans le cordon ombilical et détermination du pH, observation d'éventuelles malformations visibles à l'œil. Le bébé est mesuré et pesé et reçoit, avec l'accord des parents, de la vitamine K pour prévenir les hémorragies internes ; - d'un « ***screening du nouveau-né*** », proposé aux parents dans les 36 à 72 heures suivant la naissance. A cette occasion, le dépistage de maladies rares est réalisé (recherche de maladies hormonales, de maladies métaboliques, détection précoce des déficits immunitaires) ; - d'un ***examen (« U2 ») entre le 3ème et le 10ème jour :*** à l'occasion duquel sont, notamment, prodigués des conseils en matière d'alimentation et d'allaitement, de prévention de la mort subite du nourrisson, de prévention	Il existe des « **programmes d'aides précoces** » (*Frühe Hilfen*) mis en place à l'échelle fédérale depuis 2012. Ces dispositifs associent services de santé publique, travailleurs sociaux et associations pour accompagner les familles vulnérables dès la grossesse et au cours des premières années de vie. Ils incluent notamment des visites à domicile par des sage-femmes ou infirmières spécialisées, un accompagnement psychosocial et une orientation vers les services adaptés. Fin 2023, le financement fédéral a été prolongé jusqu'en 2028, garantissant la stabilité du dispositif et permettant un maillage territorial plus homogène.

	du rachitisme (vitamine D) et des caries. Un contrôle des hanches par échographie est également réalisé ; - une nouvelle consultation obligatoire (U3) intervient ***4 à 5 semaines après la naissance***.	
Danemark	Le ***suivi postnatal est en principe réalisé en ville*** le plus souvent par des sages-femmes, des puéricultrices (ou visiteuses de santé), qui se rendent au domicile des parents pour peser l'enfant, le mesurer et plus globalement vérifier que tout va bien. Ce suivi postnatal à domicile relève de la compétence des municipalités. Les médecins généralistes interviennent plus rarement dans ce suivi. Le parcours « standard » prévoit : - ***une visite à domicile*** par une sage-femme ***dans les 48 à 72 heures suivant la naissance*** ; - ***six visites d'une infirmière puéricultrice au domicile des parents lors de la première année de l'enfant,*** afin de suivre son évolution (poids, taille…). Ces visites sont également l'occasion d'échanger avec la mère et le père sur l'expérience vécue en tant que parent, notamment les cas de dépression post-partum et des difficultés d'attachement à l'enfant). Au niveau plus « médical », il est prévu : - ***peu après la naissance deux examens de dépistage :*** un dépistage de 19 maladies congénitales ; un dépistage de surdité congénitale ; - ***une consultation 8 semaines après l'accouchement auprès du médecin généraliste*** pour examiner l'état physique de la mère et aborder les sujets de santé mentale avec les parents - ***7 examens de santé préventifs pour l'enfant chez le médecin généraliste au cours des cinq premières années de leur vie, dont trois la première année :*** o une première consultation à 5 semaines pour détecter d'éventuelles maladies congénitales non détectées, examiner, peser et mesurer l'enfant ; o une deuxième consultation à 5 mois : moins approfondi que le précédent, il vise principalement à détecter d'éventuelles pathologies mais se concentre surtout sur le bien-être, le poids et la taille de l'enfant La discussion avec les parents tourne autour de la nutrition dont l'allaitement et une transition vers une autre nutrition, ainsi que sur la dentition et la manière de gérer la fièvre ; o une troisième consultation à 12 mois :l'examen porte à nouveau sur le bien-être de l'enfant, son poids, sa taille, son développement. L'échange avec les parents concerne la nutrition, notamment l'arrêt du biberon, le traitement des maladies infectieuses et les soins dentaires	
Espagne	En Espagne, le dispositif général de suivi post-natal prévoit : - ***2 visites dans les 40 jours qui suivent l'accouchement*** : la première est organisée dans les 24h/48h après la sortie maternité ; la seconde a lieu autour de J+40. Ces visites peuvent se réaliser à domicile ou dans un centre de soins primaires (selon le souhait de la mère, selon les circonstances et selon les conditions de l'accouchement). Elles sont coordonnées par des sages-femmes. Elles ont pour but de vérifier la bonne santé de la mère et de l'enfant et de s'assurer du bon état émotionnel de la mère ; - ***un parcours de suivi et de prise en charge de l'enfant tout au long de sa première année*** avec des visites médicales, lorsque l'enfant est en bonne santé, recommandées, à 2 mois, à 4 mois, à 6 mois, à 9-10 mois, à 12-15 mois (puis postérieurement à 18 mois et 2 ans). Ces consultations ont pour objet	

	d'évaluer que la croissance physique est adéquate (poids, taille, circonférence du crane), mais aussi de vérifier les capacités visuelle, auditive et la mobilité des hanches et que l'enfant atteint progressivement les étapes de la maturité correspondant à son âge. ***En termes de dépistage,*** une recherche de diverses pathologies doit être réalisée sur tous les nouveau-nés, de préférence dans les 24 à 72 heures suivant leur naissance (7 jours pour les grands prématurés). Le consentement éclairé des parents est nécessaire, par écrit. Il existe une liste commune de pathologies à dépister sur l'ensemble du territoire espagnol mais les Communautés autonomes peuvent élargir ce dépistage à d'autres maladies (la Galice dépiste ainsi 30 pathologies au total). Il est également prévu un dépistage de la perte auditive au cours du premier mois de vie de l'enfant. ***Le_parcours de soins de la femme après son accouchement est coordonné par le médecin traitant*** Les protocoles étant mis en place au sein de chaque communauté autonome, voire de chaque hôpital, ils sont hétérogènes et il n'existe pas de compilation des données	
Italie	***Dans la période qui suit le retour à domicile***, il est prévu une visite obstétricale et une visite pédiatrique (pour tous les nouveau-nés, un contrôle clinique est prévu dans les 7 à 10 jours suivant la sortie de la maternité). En complément, des visites post-partum sont conseillées. Elles visent à vérifier le rétablissement du corps de la mère après l'accouchement (retour à la fonctionnalité d'avant la grossesse) et le bon développement de l'enfant dans les premières étapes de la vie, ainsi que l'adaptation des parents aux soins du nouveau-né. ***Pour la femme, il est prévu une consultation post-accouchement obligatoire, 40 jours après l'accouchement.*** Cette consultation consiste en une visite obstétrique ou médicale, en fonction du type d'accouchement vécu (césarienne ou non). En ***cas d'accouchement par césarienne, un rendez-vous préalable est également recommandé 7 à 10 jours après l'accouchement***. Au cours de la visite la position de l'utérus (et l'état de la cicatrice en cas de césarienne) est vérifiée, un examen mammaire est effectué, auquel s'ajoute, dans certains cas, une prise de sang. Lors de cette visite, l'état psychologique de la patiente est également évalué. ***Pour l'enfant, 5 consultations néonatales sont obligatoires au cours de sa première année :*** - ***la 1ère visite pédiatrique (entre 30 et 45 jours après la naissance)*** : visite au cours de laquelle sont évoqués les sujets des soins, de l'alimentation et du sommeil du bébé ; - ***la 2ème visite pédiatrique (entre 2 et 3 mois) :*** le médecin donne des informations sur les vaccinations ; - ***la 3ème visite pédiatrique (entre 4 et 6 mois) :*** l'alimentation complémentaire commence à être évoquée avec premiers repas, normalement proposés à partir du 6ème mois ; - ***la 4ème visite pédiatrique (entre 7 et 9 mois)*** : le développement psychomoteur est évalué. Dans certaines régions un dépistage audio logique et comportemental des problèmes d'audition est également effectué ; - ***5ème visite pédiatrique*** (entre le 10ème et le 12ème mois) : évaluation du langage, de la marche et des questions de nutrition. ***Le dépistage néonatal*** est obligatoire et offert gratuitement à tous les nouveau-nés. Il doit être effectué dans les 48 à 72 heures suivant la naissance. Il permet de dépister 49 pathologies différentes, parmi lesquelles la mucoviscidose, l'hypothyroïdie congénitale, la phénylcétonurie et d'autres anomalies congénitales du métabolisme intermédiaire.	

Royaume-Uni	***Le suivi post-natal de la mère commence à la maternité***, à la suite de l'accouchement. Les sage-femmes conviennent avec la mère d'un programme de visites, à domicile ou dans un centre de santé, jusqu'aux 10 jours de l'enfant, afin de vérifier l'état de santé de la mère et de l'enfant, et d'apporter, le cas échéant, un soutien psychologique aux parents. Un ***examen post-natal maternel*** (auprès d'un médecin généraliste) est prévu 6 à 8 semaines après l'accouchement. Cet examen donne lieu à l'évaluation de l'état de santé physique et mentale de la mère). Cette consultation n'est donc obligatoire et de nombreuses femmes en Angleterre ne bénéficient pas de ce rendez-vous (non par volonté, mais par manqué d'accessibilité d'après les éléments communiqués à la mission). ***Après la sortie de la maternité, le suivi de l'enfant se poursuit*** *via* des visites médicales au domicile, dans un cabinet de médecin généraliste, une clinique ou un centre pour enfants, aux échéances suivantes : - *entre 1 à 2 semaines après la naissance de l'enfant* : examen du nouveau-né permettant de vérifier l'état de santé de l'enfant et de donner des conseils aux parents sur le sommeil et la sécurité, les vaccinations, l'alimentation (allaitement et biberon) ; - *entre 6 à 8 semaines après la naissance de l'enfant* : un examen physique approfondi (examen du cœur, des yeux, de la taille, du poids…) est proposé Il est effectué par un médecin généraliste. Cette consultation permet également au médecin de questionner la mère sur son propre état physique et mental. ***Le dépistage de maladies rares*** (au nombre de 9 au total) a lieu au 5ème jour après sa naissance de l'enfant.	
Suède	***Le suivi postnatal est très peu médicalisé*** en Suède, et il est, dans sa large majorité, réalisé par l***es sage-femmes.*** Après l'accouchement, les parents doivent contacter la garderie/crèche pour convenir d'un rendez-vous avec une infirmière qui effectuera un contrôle régulier de l'état de santé de la mère et de l'enfant jusqu'à l'âge de cinq ans. Le suivi postnatal de la mère a lieu avec la même sage-femme qui a suivi la mère pendant sa grossesse. Le suivi du nouveau-né se fait lui dans les centres de soins pour enfants par des infirmières puéricultrices. D'une manière générale, les visites s'effectuent au barnvårdcentral (BVC), le service de santé chargé de la protection maternelle et infantile, jusqu'aux 8 mois de l'enfant. A compter de la naissance de l'enfant : Une première visite a pour objectif d'évaluer l'état de santé de la mère et de l'enfant, l'alimentation, la qualité du sommeil, l'hygiène et la sécurité de l'enfant. Ce dernier est examiné, mesuré et pesé. Entre *2 et 8* semaines, les visites de l'infirmière du BVC sont planifiées selon les besoins des parents afin de suivre l'évolution de l'état de santé de la mère et du nouveau-né. Tout comme la visite précédente, l'enfant est examiné, mesuré et pesé. L'alimentation, le sommeil, la sécurité ainsi que le contact avec le nouveau-né sont les principaux sujets de discussion de ces visites. Lorsque l'enfant a 4 semaines, une infirmière et un médecin rendent visite aux parents pour suivre les progrès et le développement de l'enfant. Le médecin examine la tête, la peau, la bouche, les yeux, le cœur, les poumons, l'estomac, les organes génitaux, le dos, les bras, les hanches, les jambes ainsi que les réflexes de l'enfant.	

	Entre 6 et 8 semaines, une autre visite est prévue. Lorsque l'enfant a entre 3 et 5 mois, les parents doivent également visiter le BVC une fois par mois, ou plus souvent si nécessaire. À 6 mois puis à 10 mois, puis à 12 mois d'autres visites sont prévues.	

Source : Mission à partir des éléments fournis par les CAS et la DAEI

ANNEXE 4 : Les indicateurs sanitaires en matière de périnatalité : définitions, diversité, intérêts et portées

[1] Les indicateurs de périnatalité qui vont être présentés[171], leurs niveaux relatifs -considérés entre des pays comparables- et leurs évolutions temporelles respectives, livrent des informations précieuses sur trois plans :

- ils permettent de saisir la qualité de la prise en charge médicale de la femme enceinte et du suivi de sa grossesse en termes de prévention, celle de la sécurité de l'accouchement qui la conclut, aussi ;
- ils représentent également un moyen de prévoir l'état de santé futur de la mère comme de l'enfant, au cours des années qui suivent la naissance, tant les conditions de déroulement de la grossesse et de l'accouchement sont des facteurs déterminants du développement -physiologique et psychologique- de l'enfant et de sa trajectoire sanitaire ultérieure.
- ils constituent, enfin, des éléments d'appréciation de grande valeur sur l'état général du système de santé publique d'un pays. Cette caractéristique justifie que, parmi les 8 objectifs prioritaires retenus par les Nations unies, en septembre 2000, lors du Sommet pour le Millénaire, avec une échéance fixée à 2015, 2 concernent explicitement la santé des mères et des jeunes enfants. Il s'agit de :
  - OMD 4 – Réduire la mortalité infantile : réduire de deux tiers, de 1990 à 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans
  - OMD 5 – Améliorer la santé maternelle : réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

[2] De même, après le sommet du Millénaire, en 2015, l'OMS a placé en tête de sa « Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base » ceux relevant de la santé périnatale, rangeant même deux d'entre eux, le taux de mortalité de l'enfant ou le ratio de mortalité maternelle parmi les indicateurs les plus « puissants », ceux « qui peuvent permettre un engagement politique au-delà du secteur de la santé »[172].

[171] En dépit de sa dimension négative -tout décès constitue un échec pour la médecine, les médecins et la santé publique-, la mort, par son caractère objectif, univoque, et par la (relative) simplicité de son traitement statistique, est au fondement de nombre d'indicateurs sanitaires : ceux relatifs à la périnatalité ne font pas exception

[172] *Liste mondiale de référence des 100 indicateurs sanitaires de base 2015 OMS, WHO/HIS/HSI/2015.3*

[3] **Ainsi, l'OMS retient 9 indicateurs de santé périnatale[173] :**

- Taux de mortalité périnatale : soit le rapport du nombre d'enfants nés sans vie et d'enfants décédés à moins de 7 jours à l'ensemble des enfants nés, qu'ils soient vivants ou sans vie (décès intra-utérins et décès néo-natals jusqu'au 7ème jour de vie).
- Taux de mortinatalité spontanée : qui rapporte le nombre d'enfants mort-nés (hors interruption médicale de grossesse) au nombre total de naissances (vivantes ou non),
- Taux de mortalité néonatale : recensant les décès d'enfants de J0 à J27 rapportés à 1.000 naissances vivantes, mortalité néonatale elle-même subdivisée entre :
  - mortalité néonatale précoce : décès entre J0 et J6,
  - et mortalité néonatale tardive : décès entre J7 et J27.
- Pourcentage de nouveau-nés avec un poids de naissance < 2 500 g ;
- Prévalence d'anomalies congénitales ;
- Pourcentage de nouveau-nés allaités à 3 et à 6 mois ;
- Taux de mortalité maternelle : 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, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite[174].
- Âge des mères ;
- Nombre de sage-femmes pour 100 000 habitants.

[4] A noter que l'OMS ne retient pas le taux de mortalité infantile, qui rapporte le nombre d'enfants décédés avant l'âge d'un an (J0 à J364) au nombre d'enfants nés vivants au cours de la même période (l'année calendaire). Il s'agit, à l'inverse, d'un taux fréquemment utilisé par les diverses instances nationales et dans les comparaisons internationales. L'explication de cette divergence entre l'OMS et les autres autorités sanitaires est à trouver dans le caractère composite de cet indicateur, qui résulte de l'addition de deux taux renvoyant à des temps de développement de l'enfant et des causes de décès différents par leur nature. Concernant les enfants nés vivants et décédés entre J0 et J364, la mortalité infantile comprend en effet : la mortalité néonatale (décès de J0 à J27) et la mortalité post-néonatale (décès de J28 à J364).

[5] **L'Union européenne (UE),** afin de faciliter les comparaisons entre Etats-membres, et compte-tenu de l'importance de cette question de santé publique, (5 millions de grossesses et un nombre équivalent de naissances par an), a mis en place le dispositif épidémiologique Euro-

[173] Base de données « Santé pour tous », bureau régional pour l'Europe.

[174] Les morts maternelles se répartissent en deux groupes : 1. Décès par cause obstétricale directe : ce sont ceux qui résultent de complications obstétricales (grossesse, travail et suites de couches), d'interventions, d'omissions, d'un traitement incorrect ou d'un enchaînement d'événements résultant de l'un quelconque des facteurs ci-dessus. 2. Décès par cause obstétricale indirecte : ce sont ceux qui résultent d'une maladie préexistante ou d'une affection apparue au cours de la grossesse sans qu'elle soit due à des causes obstétricales directes, mais qui a été aggravée par les effets physiologiques de la grossesse.

Péristat, recueillant et analysant les données des 27 pays de l'UE, rejoints par le Royaume-Uni, la Norvège, la Suisse et l'Islande.

[6] Ce programme **a privilégié 10 indicateurs (« *core indicators* »)** sur le fondement d'un consensus sanitaire (« *Delphi consensus process* »).

[7] Trois d'entre eux sont des indicateurs de mortalité de l'enfant :

- la mortinatalité (C1)[175];
- la mortalité néonatale (C2)[176];
- la mortalité infantile (C3)[177];

[8] Deux caractérisent l'enfant nouveau-né :

- le poids de naissance (C4)[178];
- et l'âge gestationnel (C5)[179].

[9] Trois ont trait à la population maternelle :

- le nombre de grossesses multiples (C7) ;
- l'âge maternel (C8)[180] ;
- et la parité (C9).

[175] C1. Fetal mortality rate by gestational age, birth weight, plurality. Definition : The number of fetal deaths at or after 22 completed weeks of gestation in a given year per 1000 live and stillbirths in the same year calculated by gestational age, birth weight and plurality. Fetal deaths are differentiated by whether they are spontaneous fetal deaths or result from a termination of pregnancy.
[176] C2. Neonatal mortality rate by gestational age, birth weight, plurality. Definition: The number of neonatal deaths (day 0 through 27) after live birth in a given year per 1000 live births in the same year calculated by gestational age, birth weight and plurality. This rate is presented for all births at or after 22 completed weeks of gestation. This rate is sub-divided by timing of death into early neonatal deaths (0-6 days of life) and late neonatal deaths (7-27 days). Cohort rates (deaths after live birth in the year, even if the deaths occur in the following year) are also collected by the Euro-Peristat project.
[177] C3. Infant mortality rate by gestational age, birth weight, plurality. Definition: The number of deaths (day 0-364) after live birth in a given year per 1000 live births in the same year calculated by gestational age, birth weight and plurality. This rate is presented for all births at or after 22 completed weeks of gestation. Cohort rates (deaths after live birth in the year, even if the deaths occur in the following year) are also collected by the Euro-Peristat project.
[178] C4. Distribution of birth weight by vital status, gestational age, plurality Definition: Number of births within each 500g weight interval expressed as a proportion of all live and stillbirths calculated by gestational age and vital status at birth for singletons and multiples.
[179] C5. Distribution of gestational age by vital status and plurality. Definition: Number of live births and fetal deaths at each completed week of gestation (starting from 22 weeks) expressed as a proportion of all live and stillbirths for singletons and multiples. Gestational age is defined as the best obstetrical estimate. This distribution is presented, as follows : 22-36 weeks of gestation (preterm births); 37-41 weeks (term births); 41+ weeks (post-term births). Preterm births can also be presented as : 22-27 weeks (extremely preterm) ; 28-31 weeks (very preterm) ; 32-36 weeks (moderately preterm).
[180] Distribution of age in years at delivery for women delivering a live or stillbirth. Recommended presentation, as follows: <15,15-17, 18-19,20-24,25-29,30-34,35-39,40-44,45-49,50+.

[10] Le dernier (C10) est relatif aux modes d'accouchement : il recense le nombre de naissances par an obtenues respectivement par voie vaginale simple, par voie vaginale avec forceps, par voie vaginale avec ventouse, par voir vaginale avec autre instrument (spatule…), par césarienne programmée, par césarienne en urgence au cours du travail.

[11] Bien que retenue parmi les indicateurs essentiels (core indicators) la mortalité maternelle (C6)[181] n'est pas étudiée dans les rapports de l'Euro-Péristat, en raison des difficultés statistiques de recueil des informations nécessaires, liées en particulier au très faible nombre de cas recensés. Devenue très rare dans les pays développés, la mortalité maternelle demeure néanmoins un indicateur très important et à surveiller, dans la mesure où elle représente un « événement sentinelle » [182] . Ceci justifie l'existence en France, depuis 1996, de l'enquête nationale confidentielle sur la mortalité maternelle (ENCMM).

[12] 20 autres indicateurs, recommandés, ne font pas l'objet d'une exploitation épidémiologique régulière.

tableau 4

Les indicateurs Péristat

Catégorie	Indicateurs essentiels		Indicateurs recommandés		Indicateurs à développer à l'avenir	
Santé néonatale	C1	Taux de mortinatalité	R1	Prévalence des malformations congénitales	F1	Causes de décès périnatals
	C2	Taux de mortalité néonatale	R2	Distribution du score APGAR à 5 minutes	F2	Prévalence de la paralysie cérébrale
	C3	Taux de mortalité infantile			F3	Prévalence de l'encéphalopathie hypoxique-ischémique
	C4	Distribution des poids de naissance				
	C5	Distribution de l'âge gestationnel				
Santé maternelle	C6	Taux de mortalité maternelle	R3	Taux de mortalité maternelle par cause de décès	F4	Prévalence de l'incontinence fécale
			R4	Morbidité maternelle sévère		
			R5	Prévalence du traumatisme du périnée (déchirures + épisiotomies)		
Caractéristiques de la population/ Facteurs de risque	C7	Taux de naissances multiples par nombre de fœtus	R6	Pourcentage de femmes qui fument pendant la grossesse	F5	Distribution des pays d'origine des mères
	C8	Distribution de l'âge maternel	R7	Distribution du niveau d'études des mères		
	C9	Distribution de la parité				
Services de santé/ Prise en charge médicale	C10	Distribution des naissances par mode d'accouchement	R8	Pourcentage de grossesses suivant un traitement d'infertilité	F6	Indicateur du soutien aux femmes enceintes
			R9	Distribution du moment de la 1re visite prénatale	F7	Indicateur de satisfaction maternelle
			R10	Distribution des naissances par mode du début de travail		
			R11	Distribution du lieu de naissance		
			R12	Pourcentage des nouveau-nés allaités à la naissance		
			R13	Pourcentage des naissances très prématurées qui ont lieu dans une maternité sans service de réanimation sur place		

La définition de chaque indicateur et les ventilations proposées sont disponibles sur le site : **europeristat.aphp.fr**

[13] Les autorités sanitaires nationales ont repris à leur compte les indicateurs essentiels[183] Péristat.

[181] Definition: The number of maternal deaths (the death of a woman while pregnant or within 42 days of the termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, for any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management, but not from accidental or incidental causes) per 100 000 live births.

[182] Santé publique : l'état des savoirs, sous la direction de Didier Fassin et Boris Hauray, ouvrage réalisé avec le concours de l'INSERM, éditions La Découverte, 2010.

[183] Note d'information n° DREES/BESP/DGS/SP1/DGOS/R3/2023/90 du 4 juillet 2023 relative à la diffusion de définitions harmonisées dans le champ de la mortalité périnatale permettant un recueil homogène des données d'enregistrement des naissances et des décès périnataux dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

ANNEXE 5 : L'enjeu de la périnatalité dans les outremers

[1] Les enjeux liés aux questions de la périnatalité sont très importants en Outre-mer ; ils se traduisent par de très fortes disparités des résultats enregistrés par rapport à ceux de l'Hexagone, mais également entre les territoires ultramarins eux-mêmes. Bien identifiés par la DGOM et le ministère chargé de la santé, ces enjeux ont été mis en relief dans de nombreux travaux et rapports. Ainsi, le projet de Stratégie nationale de santé (SNS) pour la période 2023-2033 reprend dans ses objectifs spécifiques aux outre-mer, celui d'améliorer la santé des mères et des enfants, déjà présent dans la SNS 2018-2023. La diminution des inégalités sociales de santé caractérisant les territoires ultramarins demeure une priorité.

1 Des résultats de santé périnatale très préoccupants

[2] Selon l'INSEE[184], de 2004 à 2022, **le taux moyen de mortalité infantile est resté plus de deux fois plus élevé dans les DROM (8,0 ‰), qu'en France métropolitaine (3,5 ‰).** La Guyane est le département avec le plus fort taux (9,7 ‰), suivi par Mayotte (9,2 ‰), la Martinique (8,0 ‰), la Guadeloupe (7,8 ‰) et La Réunion (6,9 ‰). En France métropolitaine, tous les départements ont un taux de mortalité infantile inférieur ou égal à 5 ‰, et toutes les régions un taux inférieur à 4 ‰.

[3] **Le taux de mortalité néonatale** (décès entre 0 et 27 jours de vie), entre 2019 et 2021, s'établit dans les DROM à plus du double (de 5,1 ‰ pour La Réunion à 6,0 ‰ pour la Guadeloupe) de la moyenne hexagonale (2,5 ‰). A titre d'exemple ce taux est de 3,8 ‰ en Seine-Saint-Denis.

[4] Même si les résultats enregistrés par les DROM n'ont que peu d'impact sur ceux de la France entière en raison des faibles effectifs concernés, 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**, si des contrastes importants apparaissent dans l'Hexagone, **les résultats enregistrés sont, à l'exception de La Réunion, sans commune mesure avec ceux observés en métropole.** Ainsi la mortinatalité spontanée moyenne observée entre 2019 et 2021 est deux fois plus élevée en outre-mer (11,2 ‰) que dans l'Hexagone (5 ‰), avec des situations particulièrement dégradées en Guadeloupe (14,4 ‰), à Mayotte (14,3 ‰) et en Guyane (13,8 ‰), sans amélioration depuis dix ans.

[5] **Certains indicateurs relatifs à la santé des 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 sanitaires préconisent un

[184] INSEE Première, n° 2048, avril 2025, op.cit.

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'ENP 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.

[6] Quant aux femmes résidant en outre-mer, elles présentent un risque de mortalité maternelle plus de trois fois supérieur à celui constaté pour celles résidant dans l'Hexagone (32,1 pour 100 000 naissances vivantes, contre 9,5 pour la période 2013-2015).

[7] **La santé des femmes ultramarines, précisément, est moins bonne que dans l'Hexagone.**

[8] Les facteurs de risques tels que le diabète gestationnel, les troubles hypertensifs pendant la grossesse sont retrouvés plus fréquemment dans les DROM que dans l'Hexagone[185]. En 2021, entre 22 % et 25 % des femmes ultramarines étaient atteintes d'obésité avant leur grossesse, contre 14 % en France métropolitaine. De même, la part des enfants avec un poids à la naissance inférieur à 2.500 g était globalement plus élevée (entre 10,5 % et 12,4 %, contre 7,1 % en France métropolitaine).

[9] Il faut noter la 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'1 sur 613 nouveau-nés, contre 1 sur 424 en outre-mer.

[10] Il existe également un risque périnatal lié aux arboviroses. En effet, le risque de transmission materno-fœtale, notamment pour la dengue et le virus Zika est prouvé. Concernant, le Chikungunya et le West-nile, les risques sont moins certains. Le virus Zika, par exemple, peut provoquer des malformations congénitales touchant essentiellement le système nerveux chez des nouveau-nés dont la mère a été contaminée par le virus. Les arboviroses peuvent être à l'origine de malformations congénitales, d'accouchements prématurés, d'infections néonatales, ou dans les pires des cas, de morts fœtales *in utero*.

[11] **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'Hexagone. 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 %).

2 Les caractéristiques sociales, démographiques, culturelles et humaines des Outremers rendent compte, dans une large mesure, de cette réalité sanitaire

[12] La population la plus jeune se retrouve à Mayotte et en Guyane, avec l'impact d'une forte population migrante. Les taux de natalité sont très hauts : 27,3 ‰ en Guyane et 36,4 ‰ à Mayotte,

[185] Rapport de surveillance de la santé périnatale en France, SpF, 2022.

les deux taux les plus élevés parmi les régions françaises[186]. Le taux de fécondité, même s'il est en diminution, reste plus important dans les DROM, tout particulièrement à Mayotte avec 3,6 enfants par femme en 2024, et en Guyane avec un taux de 3,1[187], celui de l'Hexagone pour 2024 n'étant que de 1,6. Les femmes accouchent plus jeunes dans les DROM notamment en Guyane, à La Réunion, en Martinique et à Mayotte et sont souvent moins bien suivies pendant leur grossesse.

[13] **Les populations ultramarines souffrent également de conditions sociales plus défavorables que dans l'Hexagone.**

[14] La pauvreté y est plus répandue qu'en métropole. En 2020, le taux de chômage était compris entre 12,4 % et 27,6 % dans les DROM pour une moyenne nationale de 7,8 % (INSEE 2021). Il existe 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.

[15] A ceci s'ajoutent les conséquences d'exposition à la pollution (chlordécone, mercure, etc.), d'épidémies, de maladies tropicales, d'une prévalence importante de certaines maladies chroniques (par exemple diabète, obésité qui y touche particulièrement les femmes, hypertension, maladies cardiovasculaires, etc.). Ils connaissent par ailleurs une proportion nettement plus élevée de familles monoparentales que dans l'Hexagone [188] et de grandes inégalités sociales dans l'accès aux aliments de qualité, aux soins ou aux équipements sportifs.

[16] **Ces facteurs économiques, sociaux et culturels peuvent entraver le suivi de la grossesse :**

- les femmes enceintes peuvent éprouver des difficultés à se rendre à la maternité, au centre de protection maternelle et infantile (PMI) ou chez les professionnels de ville, en raison de contraintes de transport, d'obligations parentales ou de leur isolement social. Par exemple, une femme, 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, renonce souvent à se rendre au centre de consultations ou à l'hôpital ;
- 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 ;
- l'observation des recommandations sanitaires par certaines femmes et leurs familles et l'accès à une couverture sociale peuvent parfois être rendus plus difficiles en raison d'une plus grande réserve quant aux messages institutionnels et de santé publique et d'une moindre démarche d'inscription dans les parcours administratifs permettant l'accès aux soins et leur prise en charge.

[17] **Les parcours de soin sont trop souvent erratiques.**

[186] Drees, Panorama 2020. Source Drees ; Insee, estimations de population/données provisoires, état civil.
[187] INSEE (2024).
[188] Dans chacun des territoires, près d'un ménage sur quatre est composé d'une famille principale monoparentale, alors que c'est le cas de moins d'un sur dix en Hexagone

[18] La santé périnatale outre-mer présente en effet 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 risque les plus importants :

- 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.

[19] Par conséquent, il n'est pas rare que des femmes arrivées au terme de leur grossesse sans avoir bénéficié au préalable de suivi se présentent aux urgences de manière inopinée. Ces situations peuvent conduire à des décès maternels qui auraient pu être évités.

[20] Des accouchements interviennent également au sein de centres ambulatoires non équipés en matériel ou personnels adéquats, par exemple dans le centre délocalisé de prévention et de soins d'Apatou en Guyane ou le centre périnatal de proximité de Saint-Martin.

[21] **Le rapport à la santé est différent.**

[22] Les modes de vie, la faible population, les liens étroits entre les populations vivant au sein de chaque territoire rendent les consultations difficiles et mettent à mal le respect de l'anonymat et du secret médical.

[23] Le rapport à la médecine est différent de celui dans l'Hexagone dans certaines populations d'outre-mer qui se tournent en effet plus facilement vers les médecines dites traditionnelles.

[24] La discrimination envers les Personnes Vivant avec le virus d'immunodéficience humaine - VIH (PVVIH) est forte et les taux d'incidence sont plus forts qu'en Hexagone (notamment en Guyane).

[25] Les moyens de contraception sont moins utilisés et parfois plus difficiles d'accès. Les grossesses à risque et/ou précoces sont plus nombreuses et le recours à l'IVG est plus important. L'entrée dans la sexualité est plus violente[189].

[26] Les taux de déclaration de grossesse sont globalement plus faibles dans les DROM que dans l'Hexagone. La Guyane, présente les taux de déclaration au 1er trimestre les plus faibles comparés aux autres régions.

[27] **Les territoires des Outre-mer se caractérisent enfin par un déficit d'infrastructures et de professionnels de santé souvent mal répartis sur le territoire.**

[189] Avis et recommandations sur la prévention et la prise en charge des IST en Guyane et dans les Antilles françaises, adopté par le CNS le 18/01/2018 : https://cns.sante.fr/sites/cns-sante/files/2018/03/2018-01-18_avi_fr_prise_en_charge.pdf

[28] Selon les données Eurostat, Mayotte compte 81 médecins pour 100 000 habitants et la Guyane 219, tandis que la moyenne de l'Union européenne est de 391. L'organisation sanitaire est très contrainte par la géographie (insularité, relief accidenté, vaste territoire peu peuplé, etc.) et les capacités d'accueil en hospitalisation complète rapportées à la population sont moins élevées et moins variées que dans l'Hexagone.

3 Quelques constats propres à chaque territoire[190]

[29] **A La Réunion :** les indicateurs sont similaires à ceux observés pour l'Hexagone en matière de suivi de grossesse (déclaration de grossesse au 1er trimestre, mesure de la clarté nucale, nombre d'échographies), mais avec des facteurs de risque maternels plus importants (diabète gestationnel, troubles hypertensifs pendant la grossesse) et des résultats de santé plus dégradés (prématurité, hémorragie du post-partum, mortalité périnatale).

[30] **Aux Antilles :** les taux de déclaration de grossesse au 1er trimestre sont proches de ceux de l'Hexagone ; les taux de petits poids pour l'âge gestationnel sont toutefois plus importants (autour de 15 %). La situation économique des mères y est également plus problématique notamment en Guadeloupe (20 % de mères en moins couvertes par l'Assurance maladie, 10 % de mères en plus en situation irrégulière et bénéficiant de l'aide médicale d'Etat - AME) avec un suivi de grossesse moins adéquat (moins de dépistage anténatal, moins d'échographies) et un taux de naissances prématurées plus important.

[31] **A Mayotte et en Guyane,** la situation est la plus défavorable. Les résultats de santé y sont particulièrement préoccupants avec des prévalences de la prématurité et de la mortinatalité les plus élevées en France et en augmentation pour la mortinatalité.

[32] **En Guyane,** les mères sont dans une situation globalement précaire (un tiers des accouchements est non couvert par l'Assurance maladie et près d'un quart des femmes est en situation irrégulière et bénéficie de l'AME). Elles sont également beaucoup moins suivies pendant leur grossesse que dans les autres DROM (hors Mayotte[191]).

[33] **A Mayotte,** les caractéristiques sociodémographiques des mères sont spécifiques (mères plus jeunes, natalité plus élevée, deux tiers sans couverture sociale), en raison notamment d'une immigration importante venue des Comores. Certains indicateurs comme les hémorragies du post-partum et le faible poids de naissance pour l'âge gestationnel sont particulièrement éloignés de ceux observés pour l'Hexagone. Les données y sont par ailleurs parfois non disponibles ou exploitables en raison de l'absence de sources (cf. les premiers certificats de santé par exemple) ou d'exhaustivité.

[190] Rapport de surveillance périnatale 2022 de Santé publique France.
[191] Pas de données pour le suivi des grossesses disponibles

4 Orientations et priorités de l'action de l'Etat dans les DROM

[34] L'État est compétent en matière de santé pour les DROM, ainsi que pour les collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna. Saint-Martin et Saint-Barthélemy sont rattachés à la Guadeloupe concernant les questions de santé. La Polynésie française et la Nouvelle-Calédonie exercent, quant à elles, une compétence locale dans ce domaine.

[35] L'enjeu des données.

[36] Les données concernant les territoires des outre-mer sont parfois inexistantes ou non exhaustives, et souvent invisibilisées par leur intégration dans les études avec les données nationales. Leur collecte et leur analyse sont donc rendues plus difficiles.

[37] Les enquêtes ENP DROM sont une avancée majeure, malgré :

- les délais de publication. En effet, les ENP 2021 « outre-mer » ont été publiées en 2023 ;
- le manque de régularité des enquêtes qui ne permet pas de mettre en évidence les tendances.

[38] Pour adapter l'action publique au plus près des besoins, il est indispensable que la territorialisation des données de santé soit d'un meilleur niveau d'exhaustivité concernant l'outre-mer : toutes les enquêtes et études en santé comprenant un volet territorial devraient être adaptées et déclinées dans l'ensemble des outre-mer et a minima dans les DROM.

[39] Concernant les enquêtes nationales, la DGOM incite à une prise en compte des outre-mer dans leur périmètre dès leur conception. En effet, les méthodes employées pour l'Hexagone doivent souvent être adaptées : les bases de données utilisées ne sont parfois pas déployées dans les territoires, notamment à Mayotte et dans les collectivités d'outre-mer (COM), les effectifs sont petits et donc moins représentatifs, etc.

[40] En matière de santé et d'offre de soins, la DGOM veille à la bonne prise en compte des particularités ultramarines, propose les adaptations nécessaires aux politiques publiques nationales et contribue, le cas échéant, à l'élaboration de politiques publiques spécifiques à ces territoires. Elle conseille également sur l'applicabilité en outre-mer des lois et règlements et participe à la préparation et à l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Elle est ainsi en relation directe avec l'ensemble des services du ministère chargé de la santé.

[41] La DGOM mobilise, par ailleurs, les crédits de l'action 4 du programme 123 « conditions de vie outre-mer » pour soutenir des actions, notamment portées par le tissu associatif, ne relevant pas des crédits de droit commun des autres ministères, qui visent à améliorer l'état de santé des populations des outre-mer et leurs conditions de vie.

[42] **Les stratégies et plans de santé nationaux ont vocation à s'appliquer en Outre-mer comme dans l'Hexagone**. Des efforts particuliers sont souvent nécessaires pour assurer leur déploiement et obtenir des avancées significatives. Ainsi, des volets spécifiques aux Outre-mer sont ajoutés, lorsque c'est pertinent, afin de prendre en compte les particularités des territoires.

[43] **La prise en compte des collectivités d'outre-mer reste un point d'attention particulier à signaler, notamment pour ne pas creuser le retard qui existe déjà dans certains territoires.** En effet, d'un point de vue règlementaire, il est important d'associer les collectivités de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Wallis-et-Futuna où la compétence santé revient à l'État, ainsi que, conformément à l'article L.1411-10 du code de la santé publique, « proposer à la Polynésie française et à la Nouvelle-Calédonie de s'associer par convention, dans le respect de leurs compétences, à la mise en œuvre des plans et des programmes qui résultent de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé ».

[44] **La transformation de maternités en centres périnatals de proximité (CPP),** dans l'Hexagone comme en outre-mer, a permis la création de parcours de soins davantage sécurisés. Ces centres assurent l'ensemble du suivi de grossesse pré et post-partum des femmes.

[45] **Les « hôtels hospitaliers** » : Le contexte de tensions démographiques s'exerçant sur les professionnels de santé a des effets en termes de fermetures de maternités. La démarche nationale engagée pour garantir la sécurité du suivi des grossesses et accouchements comprend un dispositif d'hébergement en proximité des maternités pour les femmes enceintes éloignées de plus de 45 minutes d'une maternité est proposé. Cet hébergement avant le terme prévu de la grossesse (physiologique), à proximité de la maternité d'accouchement, a pour but de limiter les accouchements inopinés. La spécificité de la géographie de la Guyane et de la précarité de sa population, entraine des conditions dérogatoires pour le dispositif d'hébergement qui n'est pas limité dans le temps.

[46] **En Guyane, des actions « d'aller-vers » sont mises en place afin de pallier les difficultés d'accès aux droits.** Ainsi, des conseillers assurances maladie se rendent dans les villages isolés de Guyane intérieure afin de renseigner les populations sur leurs droits et de les accompagner dans leur ouverture.

[47] **L'Etat appuie des projets portés par des associations en outre-mer (subventions DGOM),** visant à soutenir la parentalité, à informer et à permettre le recours à l'allaitement maternel ou relatifs à la périnatalité.

[48] S'agissant de la parentalité :

- en lien avec LADOM (Agence de l'outre-mer pour la mobilité), l'Etat (DGOM) a mis en place en octobre 2021 un nouveau dispositif de formation spécialement conçu pour s'adapter aux besoins des mères monoparentales. Ainsi, l'expérimentation a pour objectif de sortir du cycle de la précarité 12 femmes originaires de La Réunion et de Mayotte ;
- depuis 2022, le Régiment du Service militaire Adapté (RSMA) de Guadeloupe a mis en place un projet spécifique pour accueillir et accompagner les jeunes mères célibataires. L'objectif est de leur permettre de construire leur avenir grâce aux formations du SMA et de les aider à sortir de la précarité. Ainsi, en partenariat avec les acteurs locaux de la petite enfance, des places de crèches ont été créées et 10 berceaux sont réservés au RSMA. Le même projet est en cours de construction à La Réunion et doit s'étendre à partir de 2024 aux RSMA des autres territoires ;
- diverses associations sont subventionnées chaque année pour leurs actions visant à améliorer les situations locales.

[49] Le volet santé des femmes du Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes (PIEFH) : dans le PIEFH de mars 2023, il a été inscrit une action visant à « Renforcer les actions de la stratégie nationale de santé sexuelle concernant l'Outre-Mer, en particulier l'amélioration de l'accès à la contraception, et déployer des actions de prévention des décès maternels évitables et de santé périnatale ». Sur la deuxième partie de cette mesure, la DGS qui était désignée comme pilote, a organisé, en lien avec la FFRSP, une mission exploratoire pour « analyser de manière systématique les cas de décès périnataux à terme avec une méthode harmonisée ». Cette mission initialement prévue en Guyane s'est déroulée à La Réunion et les résultats étaient attendus pour mai 2025.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

1 Cabinets ministériels

1.1 Cabinet de la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles

Pr Brigitte CHABROL, Conseillère médicale

1.2 Cabinet du ministre délégué, chargé de la santé et de l'accès aux soins

Michael GALY, Directeur de cabinet
Marc PENAUD, Conseiller spécial du ministre

2 Services de l'État et opérateurs

2.1 Administrations centrales

2.1.1 Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)

Mme Frederique COLLOMBET-MIGEON, chargée de mission périnatalité et santé des femmes
Mme Anne HEGOBURU sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital
Mme Camille HALLAK-ZABROCKI, cheffe du bureau des prises en charge en médecine chirurgie et obstétrique

2.1.2 Direction Générale de la Santé (DGS)

M. Patrick AMBROISE, adjoint à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques
Mme Caroline BUSSIERE, chef du bureau santé des populations
Dr. Nathalie RABIER -THOREAU, médecin général de santé publique,
Dr. Khadoudja CHEMLAL, conseiller médical maladies à prévention vaccinales

2.1.3 Direction générale des outre-mer (DGOM)

Mme Sandrine JAUMIER, Adjointe à la sous-directrice des politiques publiques à la direction générale des outre-mer
Mme Corinne LOCATELLI-JOUANS, adjointe au chef de bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement et de la culture"

2.1.4 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistique (DRESS)

M. Benoît OURLIAC, Sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
Mme Fanny MIKOL, adjointe au sous-directeur de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
Dr Jeanne FRESSON
Mme Christelle MINODIER, Chef de service, adjointe au DREES
M. Alexandre CAZENAVE-LACROUZT Chef du bureau établissements de santé
Mme Isabelle LEROUX, Responsable du bureau des professionnels de santé
Mme Nadia AMROUSM, Protection maternelle et infantile - Personnel médico-social
Mme Julie LABARTHE, Sous-directrice de l'observation de la solidarité
Mme Clotilde SARRON, Cheffe du bureau des collectivités locales

2.1.5 Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI)

Mme Catherine BORSI-SERHANE, Responsable du pôle « Animation du réseau des CAS »
Les conseillers pour les affaires sociales placés auprès des ambassades d'Allemagne, du Danemark, d'Espagne, d'Italie, du Royaume-Uni et de la Suède

2.1.6 Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SG-MAS)

Mme Fanny DANELON, Cheffe de projet – Pôle ARS
M. Yann DEBOS, Chef de service, Pôle Travail Solidarités
M. Marc-David SELIGMAN, Délégué Outre-mer
Mme Solène WIEDNER-PAPIN, Coordonnatrice - Centre de ressources national en appui aux ARS ultramarines

2.2 Établissements et autres opérateurs publics

2.2.1 Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)

Mme Marguerite CAZENEUVE, Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Mme Stéphanie DESCHAUME, Directrice adjointe organisation des soins
Dr Catherine GRENIER, Médecin conseil national
M. Gonzague DEBEUGNY, Responsable du département études sur les pathologies et les patients
M. Artus de CORMIS, Directeur de Cabinet, Direction Déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Mme Marie GOURAIN, Responsable du département hospitalisation
Mme. Camille MICLOT, Adjointe à la responsable du Département prévention et promotion de la santé
Mme Armance PHILIZOT, Directrice de la Prévention et de la Promotion de la Santé,

2.2.2 Haute autorité de santé (HAS)

M. Alexandre FONTY, Directeur de cabinet
Dr Amelie LANSIAUX, Directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Mme Laetitia MAY-MICHELANGELI, Chef du service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins
Mme Morgane LE BAIL, Chef du service bonnes pratiques
Mme Marie-Claude HITTINGER, Conseillère médicale à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
M. Patrick MECHAIN, Chef du service de certification des établissements de santé,
Mme Christine REVEL-DELHOM, Adjointe à la cheffe du service des bonnes pratiques

2.2.3 Centre National de Gestion (CNG)

Mme Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, Directrice générale
Mme Séverine MASSON, Cheffe du département de gestion des praticiens hospitaliers.
Dr Chafika MENARD, Adjointe à la Cheffe du Département de Gestion des Praticiens Hospitaliers

2.2.4 Santé publique France (SpF)

Mme Marie-Anne JACQUET, Directrice générale
Dr Thierry CARDOSO, Responsable unité Périnatalité/Petite Enfance Direction de la Prévention et Promotion de la santé
Mme Alima MARIE-MALIKITE, directrice de cabinet
Dr Michel VERNAY, Epidémiologiste
Dr Elodie LEBRETON, Epidémiologiste, chargée de projets scientifiques en santé périnatale
M. Pierre ARWIDSON, Directeur adjoint de la prévention et de la promotion de la santé

2.2.5 Agence technique de l'information hospitalière (ATIH)

Mme Pauline RENAUD, Directrice de la direction demande accès traitements analyses (DATA)
M. Vincent BIOT, Datascientist, service DATA, responsable de pôle
Mme Marlène BERNARD, Chargée d'études · Ingénieur statisticien
Mme Catherine LEGOUHIR, Chef de projet MCO

2.2.6 Comité innovation en santé (article 51)

Mme Cécile LAMBERT, Rapporteuse générale « Article 51 »
Mme Camille de COMBARIEU, Responsable équipe « Article 51 »
Mme Claire OGET-GENDRE, SGMCAS, Chargée de mission

2.2.7 DG des ARS d'outre-mer

M Sergio ALBARELLO DG ARS Mayotte
M. Laurent BIEN, DG ARS Guyane
M. Gérard COTELLON, DG ARS La Réunion
M. Yves SERVANT, DG ARS Martinique
M. Laurent LEGENDART, DG ARS Guadeloupe

3 Parlementaires

Mme Véronique GUILLOTIN, Sénatrice, Rapporteur de la mission d'information du Sénat relative à l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale
Mme Annick JACQUEMET, Sénatrice, Présidente de la mission d'information du Sénat relative à l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale
Les parlementaires rencontrés par la mission à l'occasion de ses déplacements figurent au point 10 du présent document.

4 Associations d'élus et organismes représentant les collectivités territoriales

4.1 Association des maires de France (AMF)

Dr Claire PEIGNE, Co-présidente de la commission santé de l'AMF- Présidente de l'Association des Maires du Rhône et de la Métropole de Lyon- Maire de Morancé–
Mme Sarah REILLY, Conseillère santé

4.2 Département de France (DF ex ADF)

M. Yves LE BRETON, Préfet, Directeur général de Départements de France
Mme Laurette LE DISCOT, Conseillère Enfance et famille.

5 Personnalité qualifiée

Pr. René FRYDMAN

6 Sociétés savantes : Contributions écrites

Académie de médecine
Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
Collège national des pédiatres universitaires
Collège des pédiatres des hôpitaux généraux (COLPEHGE)
Collège national des sages-femmes de France (SNSFF)
Société française de néonatalogie (SFN)
Société française de médecine d'urgence (SFMU)
Collège d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire.
Fédération des cercles d'étude des gynécologues obstétriciens des centres hospitaliers non universitaires

7 Conférences et collèges

7.1 Conférence Nationale des Directeurs Généraux de CHU

Mme Floriane RIVIERE, DG du CHU de TOURS
Mme Cécile JAGLIN, DG du CHU d'ANGERS
Thierry GAMOND-RIUS, DG du CHU de Besançon
M. Michael BATTESTI, DGA du CHU de Saint Etienne
Mme Armelle DREXER, Directrice des affaires médicales -HUS Strasbourg
Mme Celine WASMER, Secrétaire Générale de la Conférence
Marie FRANCONY, Directrice adjointe du CHU de Besançon

7.2 Conférence Nationale des Directeurs de Centres Hospitaliers

M. Jean-Rémi RICHARD - Directeur de l'hôpital d'Angoulême
M. Bastien RIPERT - Directeur de l'hôpital d'Antibes
M. Francis SAINT-HUBERT - Directeur de l'hôpital Aix-Pertuis
M. Fabrice LEBURGUE - Directeur du GHT de Saintes

7.3 Conférence des Présidents de Commission Médicale d'Etablissement de CHU

Pr Rémi SALOMON, Président de la conférence, PCME AP-HP, néphrologie-pédiatrique Hôpital Necker-Enfants malades
Dr Amélie RYCKEWAERT, Vice-Présidente CME du CHU de Rennes, pédiatre néphrologue
Dr Véronique EQUY, Vice-Présidente CME du CHU de Grenoble, obstétricienne, coordonnatrice du réseau périnatal Alpes Isère
Pr Régis HANKARD, Président CME du CHU d'Orleans, pédiatre, coordonnateur du réseau national de recherche clinique pédiatrique (PEDSTART)

7.4 Conférence des Présidents de Commission Médicale d'Etablissement de Centres Hospitaliers

Thierry GODEAU – Président de la conférence, PCME du CH de La Rochelle
David PINEY - Vice-président de la conférence, PCME du Groupe hospitalier de l'Est de la Meurthe-et-Moselle
Pascal BOLOT -PCME du CH Delafontaine à St Denis, chef du pôle femme enfant, service de néonatologie et réanimation néonatale

7.5 Conférence des Doyens des facultés de médecine

Pr Nathalie BEDNAREK WEIRAUCH, Doyenne de l'UFR Médecine de Reims
Pr Bérénice ROY-DORAY, Doyenne de l'UFR Santé de La Réunion, Vice-Présidente Politique Hospitalo-Universitaire et Territoriale en Santé
Pr Sabine SARNACKI-FERAY, Doyenne de l'UFR Médecine de Paris Cité

7.6 Conférence nationale des enseignants en maïeutique (CNEMa) :

Mme Fabienne DARCET, Présidente

7.7 Collège des Directeurs Généraux d'ARS

Mme Marie-Hélène LECENNE DG de l'ARS Corse
M Hugo GILARDI DG de l'ARS Hauts de France
Dr Patrick GOLDSTEIN Conseiller médical
M. Pierre BOUSSEMART Directeur de l'offre de soins
Mme Stéphanie DEMEULENAERE, Sage-femme chef de projet périnatalité

8 Fédérations représentatives des établissements de santé dotés de maternités

8.1 Fédération hospitalière de France (FHF)

Mme Cécile CHEVANCE, Responsable du pôle Offre de la FHF, soins, finances, FHF data, recherche, e-santé
Mme Kathia BARRO, Responsable adjointe du pôle offres de la FHF
Pr Olivier CLARIS, Professeur des universités-praticien hospitalier aux hospices civils de Lyon, néonatalogiste, membre du bureau de la FHF
Pr Delphine MITANCHEZ, Présidente de la société française de médecine périnatale, néonatologiste au CHRU de Tours
Pr Olivier MOREL, Chef du pôle Gynécologie Obstétrique du CHU de Nancy

8.2 Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) :

Mme Frédérique GAMA, Présidente de la FHP-MCO
M. Thierry BECHU, Délégué Général
M. Bertrand SOMMIER, Secrétaire général

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

M. Arnaud JOAN-GRANGE, Directeur de l'Offre de soins et des parcours de santé

8.4 Fédération Française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP)/dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP)

Dr Margaux CREUTZ LEROY, Présidente de la FFRSP, médecin de santé publique, coordonnateur du réseau périnatal Lorrain
Mme Laure BENNET, Coordinatrice administrative de la FFRSP
Dr Christophe SAVAGNER, Pédiatre au réseau RPCO (Occitanie) et membre du bureau

Dr Isabelle JORDAN, Pédiatre au réseau AURORE (Lyon) et membre du bureau
Mme Sabrina HEDHILI, Sage-femme au réseau NEF (Est-Francilien) et membre du bureau
Mme Sylvie BOUKERROU, sage-femme au réseau REPERE (Réunion) et membre du bureau

9 Associations et représentants des usagers

Mme Anne EVRARD, Collectif inter associatif autour de la naissance (CIANE)

Coordination Nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité (CNCDHMP) :

Mme Michèle LEFLON, Présidente, comité de Sedan
M. Jean-Luc LANDAS, trésorier, Comité de Nantes
M. Jean PIERREL, Président du comité de défense de Remiremont

France assos santé :

Nicolas BRUN, Chargé de mission santé de l'UNAF
M. André CICOLELLA, Président du Réseau Environnement Santé (RES)
Mme Marie-Pierre GARRIEL, Administratrice de France assos santé
Mme Anne TAQUET, Chargée de mission offre de soins

10 Visites dans les territoires

10.1 Meurthe et Moselle, Territoire de Lunéville

Mme Françoise SOULIMAN Préfète de Meurthe-et-Moselle
M. Adrien GAUBERT Sous-préfet de Lunéville

ARS Grand Est :
Mme Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL, Directrice Générale, ARS Grand Est
M. Frédéric REMAY DGA ARS Grand Est
M.ORCIER – Délégué Territorial 54 ARS GE
M. Michel MULIC - Directeur de la direction de l'inspection contrôle-ARS GE
Mme Joséphine MAROTTA - Médecin inspecteur de santé publique - DA inspection contrôle
Mme Monica BOSI, Directrice de l'offre sanitaire (DOS) ARS GE

Lunéville :
Jérôme MALFROY, Directeur du CH de Lunéville
Frédérique RUSTI, Directrice des soins / directrice qualité usagers CH de Lunéville
Dr. David PINEY, PCME du CH de Lunéville et Pdt du CTS -
Mme Catherine PAILLARD, Maire de Lunéville depuis 2020
M. Jacques LAMBLIN : Député maire de Lunéville pendant 12 ans – Président du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier

M. Thibaut BAZIN, Député de la 4ème circonscription de Meurthe-et-Moselle -Conseiller départemental du canton de Lunéville (succède à J. Lamblin)
Mme Malica GHOMERANI, Chargée de mission contrat local de santé

Table ronde / professionnels de santé de Lunéville :
Mme Alizée HENRI , Sage-femme
Mme Maud ANDRE, Pédiatre
Mme Zahra SHAHKARASMI, Gynécologue -Obstétricienne
M. David ROSA, Chef de pôle
M. Baptista AGULLES, Urgentiste
Mme Carole TERNARO, IADE, Cadre de santé
Mme Caroline MAREAU, Etudiante cadre de santé
Mme Isabelle LOUIS, Cadre de pôle
Mme Amélie SEGEARD, Chargée de communication

Réseaux périnatals :
Pr Nathalie BEDNAREK - Présidente de la fédération des 3 réseaux périnatals du GE CoPèGE - Pédiatre néonatologiste - CHU de Reims-Doyen de l'UFR de médecine et de maïeutique.
Dr Emilie GAUCHOTTE, Présidente du réseau périnatal Lorrain, Vice-présidente CoPèGE-Obstétricienne au CHU de Nancy
Mme Emilie ROSE - Coordinatrice de la CoPèGE (trois réseaux périnataux du GE)

Conseil départemental-SDIS-PMI :
Mme Rosemary LUPO, Vice-Présidente du conseil départemental de Meurthe-et-Moselle
Dr. Sébastien METZ, SDIS 54
Lieutenant CELZARD, SDIS 54
Dr Alan CHARISSOU - Médecin responsable PMI 54
Dr Stéphanie REMILLIEUX - Médecin PMI
Mme Séverine DEHE - Cadre de santé PMI
Mme Aurélie DECKER – Sage-femme coordinatrice PMI

URPS 54 :
Dr. BRONNER Président URPS Médecins 54
Dr. Henri-Pierre MONTEILLET, Pédiatre URPS Médecins 54
Mme Marie BAUER URPS Sage-femme
Mme Marie-Christine BAUCHOT URPS Infirmier

CRSA-CSOS
Dr Vincent Royaux, Membre de la CRSA, représentant le président de la CRSA,
Président de la CSOS, Ex Président du CDOM 54, médecin généraliste à Lunéville

Association des maires de France :
Mme Rose-Marie FALQUE Présidente AMF 54
M. Philippe DANIEL AMF 54 Territoire de Lunéville

CHU de Nancy :
M. Arnaud VANNESTE – DG du CHU de Nancy
Pr Marc DEBOUVERIE - PCME du CHU de Nancy
Pr Olivier MOREL Coordinateur Gynéco-Obstétrique-CHU de Nancy
Dr Sophie HARTER, Gynécologie Chirurgicale
Pr Mathias POUSSEL, PCMG (GHT7) et VPCME du CHU

10.2 Lot

Mme Claire RAULIN - Préfète du Lot

ARS Occitanie
M. Didier JAFFRE, Directeur général ARS Occitanie
Dr Caroline SUBERBIELLE Conseillère médicale
Mme Julie SENGER, Directrice de l'offre de soins et de l'autonomie (DOSA)
Dr Axel WIEGANDT, médecin référent périnatalité, pédiatrie–(DOSA)
Mme Valérie DEBAYE, Cadre référent Périnatalité, Pédiatrie, AMP-DPN, génétique-(DOSA)
M. Quentin DELATOUR, Directeur territorial Lot
Mme Maguelone LE ROY, Directrice adjointe DT Lot
Dr Stéphanie POUMEAUD, Conseiller médical

Conseil départemental-SDIS-PMI :
M. Serge RIGAL, Président du Conseil Départemental du Lot
Mme Nelly GINESTET, 1ère Vice-présidente, en charge de l'Action sociale, de la Protection de l'enfance et de la Lutte contre les exclusions
Mme Maryse MAURY, 5ème Vice-présidente, en charge des Personnes âgées et des Personnes handicapées, Présidente du CTS
M. Rémi BENSOUSSAN, Directeur général des Services du CD
M. Damian MOORE, Directeur des Solidarités départementales,
Mme Mélanie RIDEL, Directrice adjointe Enfance, Famille, Santé
M. Axel HOFFMAN, Chef de service Protection maternelle et infantile.
Colonel GALTIER - Directeur du SDIS

Parlementaires du lot :
M. Aurélien PRADIE, Député du Lot
M. Raphaël DAUBET, Sénateur du Lot, membre de la commission de finances du Sénat
M. Jean-Marc VAYSSOUZE-FAURE, Sénateur du Lot

Réseau perinatal Occitanie
Mme Armelle BERTRAND Gynécologue obstétricienne, Pilote de la gestion des risques
Mme Laura FABRE KRAMARTZ, Directrice du du réseau périnatal Occitanie
Mme Géraldine GASCOIN, Présidente du réseau périnatal Occitanie
M. Christophe SAVAGNIER

Ordre départemental des médecins :
Dr Françoise DE MEIXMORON, Président du CDOM 46

Ordre départemental des sages-femmes :
Mme Nathalie CHARBONNIER, Sage-femme libérale- Nord du département du Lot
Mme Marie-Emilie LANDES, Sage-femme à la maternité de Cahors
Mme Anaïs LASBOUYGUES, Présidente du CDOSF – Sage-femme à la maternité de Cahors
Mme Cloé RABOU, Sage-femme libérale- Nord du département du Lot

Table ronde centre hospitalier et Centre périnatal de proximité de Saint Céré :
Mme Dominique BIZAT, Maire de Saint-Céré, Présidente du Conseil de Surveillance
M. C. MEZZONE, Directeur adjoint
Dr Franck PICOT, Président de la CME
Mme Fabienne GUEDJ, Coordonnatrice des soins
Mme Marie-Pierre LACHAISE Sage-femme CPP
Mme Cécile AUTHIER-MARTIN, Sage-femme CPP
Mme Stéphanie TEMPLIER, Sage-femme CPP
Dr Xavier QUERAN Responsable SMUR-Urgences

Centre Hospitalier de Cahors :
Mme Sonia NEURRISSE, Directrice du Centre Hospitalier de Cahors, GHT du Lot
Dr Thierry DEBREUX, Président de la CME PCME
Dr David LAGARDE, Adjoint au médecin DIM
Dr Karim CHAOUI, Chef de pôle Urgences / Réanimation
M. Henri LE SAINT, Directeur adjoint ne charge des ressources humaines médicales et non médicales
M. Laurent ORSINI, Directeur adjoint en charge de la performance des affaires financières et du système d'information

Table ronde professionnels, CH de Cahors :
Mme Emilie VIDAL, Faisant fonction de directeur des soins
Mme Claire PIERON, Cades supérieur de santé
Mme Alice GAYDOU, Sage-femme
Mme Catherine GRAFF, Sage-femme
Mme Myriam LOMBARD, Auxiliaire de puériculture
Dr Nathalie LERET, Pédiatre
Dr Pascal RESSIGEAC, Chef de service, Gynécologue Obstétricien - Exercice mixte libéral / Hospitalier

CPP de Figeac
Mme Florence GRELLET, Directrice du CH de Figeac
Mme Valérie LAQUERBE, Sage-femme au CPP de Figeac

Représentants des usagers
M. Jean RIGAL, Représentant des usagers au CTS 46 ; Président de l'association de lutte contre les déserts médicaux 46 ; Membre de l'association de défense des hôpitaux et maternités de proximité
Mme Noëlle BOYER

10.3 Centre Val de Loire, territoires de l'Indre et du Cher (Le Blanc, Saint Amant Montrond)

Mme Clara DE BORT, Directrice générale ARS Val de Loire
Mme Sabine DUPONT, Directrice de l'offre sanitaire ARS VDL
Mme Stéphanie BERNARD, Conseillère sage-femme
Mme Frédérique GERBAUD, Sénatrice de l'Indre
M. Gérard MAYAUD, Vice-Pdt Conseil départemental, délégué aux affaires sociales depuis 1977
Mme Françoise LE MONNIER DEGOUVILLE, Directrice de la prévention et du développement social de l'Indre, en charge des politiques sociales depuis 2004
Mme Dominique ZILLIOX, Infirmière Coordinatrice Service PMI

Mme Léa MORAND - Présidente URPS Sage-femme Centre-Val-De-Loire
Mme Muriel CHERADAME - Coordinatrice URPS CVL
Mme Anne TOURJANSKY – sage-femme libérale

Dr. Hervé Mignot Président Conseil Territorial de Santé de l'Indre

Châteauroux
M. Le Gilles AVEROUS, Maire de Châteauroux, Président du Conseil de surveillance du CH de Châteauroux -Le Blanc
M. Philippe SIMONET, Adjoint au maire de Châteauroux, administration générale et finances
M. Cyrille HARMEL, directeur du Centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc
Dr. Gilbert MEKONDJI, Président de la CME du Centre hospitalier de Châteauroux-Le Blanc
Dr. Renaud DESCHAMPS Vice-président de la CME,
Dr. Michel HIRA Président de la Commission médicale de groupement
M. Sébastien DESFOSSES, Coordonnateur général des soins site de Châteauroux
Dr Francoise BANDALY, Cheffe du pôle femme-mère-enfant
Mme Laurence GRILLON-PASCAUX, Cadre de pôle femme-mère-enfant
Mme Sandrine ALNO, Secrétaire générale du Groupement hospitalier de territoire , relations ville-hôpital
M. Clément BARRICAULT, Directeur adjoint en charge des ressources médicales
M. Julien DUBOT, Directeur adjoint en charge des SI, des relations avec les usagers et affaires juridiques
Mme Catherine FOUCARD, Directrice adjointe en charge de la qualité et la gestion des risques
M. Philippe SCHNEIDER, Représentant des usagers
M. Hubert JOUOT, Représentant des usagers
Dr Lucie MARCHAIS, cheffe du service SAMU 36-Centre 15
Mme Caroline RAMBERT sage-femme coordonnatrice,
Dr Denis LECOMTE, chef de service de pédiatrie
Mme SART infirmière puéricultrice
Mme RAUDIER, auxiliaire puéricultrice

Mme Marine COUSSET, responsable CPTS de Châteauroux
Mme Emilie VILETTE sage -femme CPTS de Châteauroux
Mme Fabienne POITOU, sage-femme CPTS de Châteauroux

Centre hospitalier site de Le Blanc
M. Gilles LHERPINIERE - Maire de Le Blanc depuis 2020
Nathalie CORBEAU 1ère adjointe et conseillère départementale Le Blanc
Mme Corinne MARBOT-FAUCONNEAU, directrice adjointe en charge du site Le Blanc
Mme Nathalie BRAJARD, Coordonnatrice générale des soins, sites de Le Blanc et La Châtre
Mme Valérie PETERSHCMITT, Sage-femme libérale
Mme Christelle BRENAUT
M. Jean-Michel MOLLS, Président du Comité des usagers
M. Claude MERIOT Président de la Communauté de Communes Brenne-Val de Creuse

Bourges
M. Rémi FAUQUEMBERGUE, Directeur Centre hospitalier de Bourges
Dr Laurent VAZ, Président de la CME, centre hospitalier de Bourges

Saint Amant Montrond
M. Emmanuel RIOTTE, Maire de Saint Amant Montrond
M. Patrick ARRIOT, Personnalité qualifiée désigné au CS de l'hôpital de Saint Amant Montrond
Mme Françoise TESSENDIER, ancienne élue de la ville de St Amand Montrond
M. Loïc KERVRAN, Député 3ème circonscription Cher-St Amand Montrond

Issoudun
M. Marc KUGELSTADT, Directeur du centre hospitalier d'Issoudun
Dr Sophie QUER, Médecin généraliste, coordonnatrice médicale du centre santé d'Issoudun
Dr Emilie MOREAU, Chef de service des urgences d'Issoudun
Mme Hélène JOBIC, Sage-femme -Centre périnatal de proximité d'Issoudun
Mme Céline VALENTIN, Sage-femme -Centre périnatal de proximité d'Issoudun

Mme Dominique DALLAND - Représentante des usagers « Génération Mouvement » - Responsable service action social / Responsable fédération du Cher - Présidente de l'association « Victorine » (prévention primaire) - CDCA du Cher

Collectif « C'est pas demain la veille »
Mme Sylviane Van De MOORTELE, membre du collectif, Administratrice de « Carte Blanche »- Auteur Mme Céline NIQUEUX, membre du collectif, coordinatrice de la Maison de Santé Pluridisciplinaire du Blanc
Mme Marie-Josée Jacquet, membre du collectif, sage-femme libérale, installée à la maison de santé du Blanc

10.4 Seine Saint Denis

ARS IDF-DD 93
Mme Emmanuelle LATOUR, ARS Ile de France, directrice de la délégation départementale de Seine-Saint-Denis
Mme Asmahane KHELFAT, Pôle ville hôpital, direction offre de soins ARS IDF-DD 93
Mme Laure WALLON, Directrice du pôle RH en santé, direction offre de soin ARS IDF-DD 93
Dr Laurence DESPLANQUES, Responsable du département Périnatalité – Santé des femmes – Santé des enfants, Direction de la santé publique ARS IDF-DD 93

Mme Sabrina BELHADJ, Responsable du département prévention promotion de la santé ARS IDF-DD 93

Conseil départemental
M. Stéphane TROUSSEL, Président du Conseil départemental
Mme Eve ROBERT, Directrice générale adjointe

CHI André Grégoire de Montreuil & Réseau Naître Est Francilien
M. Paul CHALVIN – Directeur Général Adjoint – GHT Grand Paris Nord Est
Dr Simon CREQUIT – Gynécologue Obstétricien
Mme Gaëlle JACOB – Sage-femme
Dr Patrick DAOUD – Président du Réseau Naître Est Francilien (NEF)

Ville de Saint Denis
M. Renaud SCHROER– Directeur de la santé - Ville de Saint-Denis
Mme Delphine FLOURY – cheffe de service santé publique – direction de la santé-Ville de Saint Denis

Centre Hospitalier Delafontaine à Saint Denis :
M. Yohan MOURRIER – Directeur général adjoint – GHT Plaine de France
Mme Caroline BARBEREAU - Cadre supérieur des services sociaux – GHT Plaine de France
Mme Sabrina HEDHILI – sage-femme coordinatrice, Réseau NEF

Autres acteurs de la Seine Saint Denis
Mme Anne MISTRAL - directrice du centre de santé communautaire La Place Santé
Mme Salimata SIDIBE - coordinatrice du centre de santé communautaire La Place Santé
Mme Clélia GASQUET-BLANCHARD - Directrice du réseau de santé en périnatalité SOLIPAM

11 Interlocuteurs des acteurs outre-mer

11.1 Guadeloupe

Pr Olivier PARANT, Chef de service de la gynécologie – CHU
Dr Xavier LEGROS, Praticien hospitalier – Service gynécologie - CHU
Dr Pierre-Yves WACHTER, Chef de service de la néonatalogie – CHU
Dr Charlotte SENECHAL, Praticien hospitalier – Service gynécologie - CHU
Mme Lucie TETAHIOTUPA : Directrice Enfance, Famille et Jeunesse – Conseil Départemental de la Guadeloupe
Dr Evelyne BANGUID, PMI – Collectivité territoriale de Saint-Martin
Dr Frédérique DULORME, Pédiatre, Présidente de l'URPS Médecins libéraux
Dr Jean-François RAZAT, Médecin Conseil régional, Directeur régional du Service médical de la Guadeloupe
Mme Kareen LAUZIS, Sage-femme, Présidente de l'URPS Sage-femmes
Mme Myriam CHOLLET, Directrice Générale du GIP-RASPAG qui porte le DSRP
Mme Marie-Laure AMETIS, Coordonnatrice du DSRP

Dr Oualid FLICI, Praticien hospitalier – CH de la Basse-Terre
Dr Pascale DOMINGUE-MENA, Référente médicale – ARS Guadeloupe

11.2 Mayotte

Dr Christophe SCHMIT, IGAS, membre de la mission interministérielle pour la refondation et la reconstruction de Mayotte (MIRRM)

SIGLES UTILISÉS

APAAD	Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAS	Conseiller pour les affaires sociales (en ambassade)
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CGSS	Caisses générales de sécurité sociale
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIANE	Collectif inter-associatif autour de la naissance
CLS	Contrat local de santé
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNCDN	Centre national de coordination du dépistage néonatal
CNG	Centre national de gestion
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CPP	Centre périnatal de proximité
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CRESS	Centre de recherche en épidémiologie et statistiques
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CTS	Conseil territorial de santé
DAEI	Délégation aux affaires européennes et internationales
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
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	Département(s) et région(s) d'outre-mer
DSRP	Dispositif spécifique régional en périnatalité (nouvelle dénomination des anciens « réseaux de santé en périnatalité »)

ECMO	Extra corporeal membrane oxygenation
EDP	Echantillon démographique permanent
EIG	Evènement indésirable grave
ENCMM	Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles
ENP	Enquête nationale périnatalité
EPOPé	Equipe de recherche en épidémiologie obstétricale périnatale et pédiatrique (INSERM)
EPNP	Entretien postnatal précoce
EPP	Entretien prénatal précoce
ETP	Equivalent temps plein
FEHAP	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés non lucratifs
FFRSP	Fédération française des réseaux de santé en périnatalité
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FIR	Fonds d'intervention régional
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de santé
HPST	(Hôpital, patients, santé et territoires (loi de juillet 2009)
HTA	Hypertension artérielle
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IMC	Indice de masse corporelle
IMG	Interruption médicale de grossesse
INOSS	International network obstetrical surveillance system
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IVG	Interruption volontaire de grossesse
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale

MDN	Maison de naissance
MFIU	Mort fœtal *in utero*
MFS	Mort fœtale spontanée
MPP	Maternité la plus proche
MSA	Mutualité sociale agricole
MSP	Maison de santé pluriprofessionnelle
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
PANJO	Promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents (programme)
PDS	Permanence des soins
PDSA	Permanence des soins ambulatoires
PDSES	Permanence des soins en établissement de santé
PHRC	Programme hospitalier de recherche clinique
PMI	Protection maternelle et infantile
PMISI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRADO	Programme de retour à domicile
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les plus démunis
PRS	Projet régional de santé
RH	Ressources humaines
RMM	Ratio de mortalité maternelle
RSEV	Réseau de suivi des enfants vulnérables
SA	Semaine d'aménorrhée
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SFMU	Société française de médecine d'urgence
SFN	Société française de néonatalogie
SGMAS	Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales

SNDS	Système national des données de santé
SNPPE	Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance
SNS	Stratégie nationale de santé
SpF	Santé publique France
T2A	Tarification à l'activité
UAP	Unité d'accompagnement personnalisé
UE	Union européenne

LETTRE DE MISSION