POUR UNE POLITIQUE PÉRINATALE À LA HAUTEUR DES ENJEUX

CHANGER DE CADRE, CHANGER DE MODÈLE POUR LES FEMMES, LES NOUVEAU-NÉS ET LEURS FAMILLES

Pre Marie-Pierre BONNET **Pre Elsa KERMORVANT**

Pr Loïc SENTILHES

Secrétaire générale de la mission : Sonia BAUDRY

SEPTEMBRE 2026

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS **5**

RENOVER LE CADRE GENERAL DE LA PERINATALITE VIA NOTAMMENT LA REVISION DES DECRETS DE 1998 ..... **8**

I. RENFORCER LA GOUVERNANCE DE LA PERINATALITE : UN PREALABLE NECESSAIRE A L'AMELIORATION DE LA SANTE DES FEMMES ET DE LEURS NOUVEAU-NES **10**

I. 1. Recréer une instance nationale connue et identifiée par tous les acteurs de périnatalité 10

I.2. Garantir la qualité des politiques déployées en matière de périnatalité via une évaluation et des résultats de recherche robustes fondés sur des indicateurs pérennes 13

I.2.1. Mieux évaluer les politiques déjà mises en œuvre pour éviter la redondance des dispositifs et la dispersion des ressources, se fonder sur des résultats de recherche robustes avant d'en déployer de nouveaux 13

I.2.2 : Soutenir la recherche en périnatalité 14

I.3. Garantir la pérennité des financements nécessaires à la collecte d'indicateurs indispensables pour déterminer les politiques en santé périnatale et maternelle, améliorer la gouvernance générale des indicateurs et fonder le pilotage sur des données structurées (recherche, interopérabilité, indicateurs permanents et homogènes) 15

I.3.1. Garantir la pérennité des financements des enquêtes et bases de données existantes 15

I.3.2 Renforcer la gouvernance générale des données afin d'outiller le pilotage de la qualité des soins d'indicateurs communs, pérennes et structurés 17

II. AGIR SUR LES PARCOURS DES PATIENTES POUR AMELIORER LA SECURITE DES SOINS **18**

II. 1. Concevoir la prévention comme un levier d'amélioration de la santé périnatale 18

II.1.1. Favoriser des interventions préventives opportunes et s'appuyant sur un dépistage précoce 18

II.1.2. Renforcer la prévention en ciblant les facteurs de risque les plus fréquents par la sensibilisation des professionnels comme du grand public 20

II.1.3. Promouvoir l'allaitement maternel, dans le respect de la décision de la femme, comme facteur protecteur de la santé de la mère et du nouveau-né 24

II.2 Un suivi mieux coordonné des patientes, pour un parcours de soins exempt de ruptures et davantage personnalisé 27

II.2.1 : Garantir la lisibilité du parcours de soins périnatal tant pour les patientes que pour les soignants par la désignation d'un professionnel référent 27

II.2.2 : L'Entretien prénatal précoce : pour une prise en compte de la dimension psychologique et émotionnelle, ainsi que de l'environnement social de la grossesse 28

II. 3 Mieux informer les femmes pour leur délivrer des informations fiables et les rendre actrices de leur santé 29

II.4. Sécuriser l'accouchement et la prise en charge des nouveau-nés et leurs mères tout en assurant aux usagers un équilibre entre proximité et sécurité des soins 31

II.4.1. En matière territoriale, se doter d'un cadre national partagé et miser sur les CPP comme leviers concrets d'aménagement du territoire 31

II.4.2. Sécuriser les soins en salle de naissance et en suites de naissances 39

II.4.3. Mettre à niveau l'organisation des soins critiques néonatals pour garantir aux nouveau-nés le même niveau d'exigence en matière de qualité et de sécurité des soins que celui appliqué aux patients adultes, et pour aligner notre système sur les standards en vigueur dans la majorité des pays occidentaux 41

II.4.4. Réviser l'offre de soins en néonatologie 42

II.4.5. Harmoniser et renforcer le transport néonatal 44

II.4.6. Adapter la réglementation pour garantir le déploiement d'unités de soins intensifs obstétricaux maternels 45

II.4.7. Introduire une classification complémentaire des maternités pour mieux tenir compte du risque maternel 46
II.4.8. Maisons de naissance et cadre juridique des modalités d'accouchement sur le territoire français 47
II.5. Favoriser des parcours coordonnés en articulant davantage soins hospitaliers et suivi en ville 49
II.5.1 Organiser la continuité des soins après la sortie de maternité et sécuriser le parcours post-partum 49
II.5.2 Améliorer la prévention de la mort inattendue du nourrisson 51
II.5.3 Poursuivre la lutte contre le syndrome du bébé secoué 52
II.5.4. Tendre vers une meilleure prise en compte de la santé mentale dans le parcours post-partum 53
III. LUTTER CONTRE LES INEGALITES TERRITORIALES ET SOCIALES POUR AMELIORER LES INDICATEURS PERINATAUX 55
III.1. Mieux prendre en compte les aspirations et les besoins des usagers à chaque étape de leur parcours périnatal 55
III.1.1. Garantir une association plus étroite des collectifs d'usagers à la gouvernance périnatale 55
III.1.2 Éclairer les choix des couples via la mise à disposition des indicateurs d'offre et de qualité des soins des maternités 56
III.1.3. Mieux impliquer les usagers dans les parcours de soins et la recherche 56
III.1.4. Promouvoir le principe de « zéro-séparation », en salle de naissance, dans les services de gynécologie-obstétrique, les services de néonatologie et lors des transports néonatals 57
III.2. Renforcer les structures et les réseaux territoriaux périnatals existants et clarifier leurs missions respectives 58
III.2.1. Recentrer et soutenir les structures de PMI vers leurs missions de prévention et de prise en charge des vulnérabilités 58
III.2.2. Renforcer les missions des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité 60
III.2.3. Reconnaître les DSRP comme les opérateurs régionaux de la politique périnatale, et les CPTS comme les opérateurs territoriaux de proximité de cette politique 62
III.3. Sur le champ des inégalités sociales, mieux cibler les ressources vers les femmes qui en ont le plus besoin, aller vers un parcours intégré pour les femmes enceintes en situation de précarité et leurs nouveau-nés 63
III.3.1. Femmes vivant à la rue 64
III.3.2. Mieux amener au soin les femmes et les familles en situation de précarité par l'adaptation des stratégies d'aller vers et l'amélioration des prises en charge 65
III.3.3. Mieux accompagner les parents de nouveau-nés vulnérables en confortant leur sécurité financière et la stabilité de leur hébergement 68
III.3.4 : Mieux répondre aux besoins spécifiques périnataux des territoires d'Outre-mer 68
IV. AMELIORER LES CONDITIONS D'EXERCICE DES METIERS DE LA PERINATALITE ET RENOVER LEUR CADRE POUR EN AMELIORER L'ATTRACTIVITE 70
IV.1 Renforcer durablement les effectifs en périnatalité 71
IV.2 Garantir un exercice professionnel soutenable 72
IV.2.1 Adapter les effectifs des activités non programmées 73
IV.2.2 Adapter les effectifs en néonatologie et soins critiques néonatals à la charge en soins 74
IV.3 Reconnaître la valeur des métiers de la périnatalité 75
IV.3.1 Faire évoluer les modalités de financement pour mieux reconnaître les activités de périnatalité 75
IV.3.2 Mieux reconnaître les contraintes spécifiques de l'exercice en périnatalité 77
IV.4 Préparer l'avenir des métiers de la périnatalité 77
IV.4.1 Renforcer les carrières hospitalo-universitaires 78
IV.4.2 Adapter les formations médicales aux besoins des territoires 78
IV.4.3 Mieux organiser le temps de travail des sages-femmes à l'hôpital 79
IV.4.4 Faire évoluer les compétences et les parcours des infirmières puéricultrices 80

ANNEXE 1 - LETTRE DE MISSION **81**

ANNEXE 2 - ORGANISATIONS ET PERSONNALITES AUDITIONNEES ET/OU AYANT ADRESSE UNE CONTRIBUTION ECRITE **84**

Auditions de coordination et d'articulation des travaux 84

Instances professionnelles, sociétés savantes et auditions thématiques 84

ANNEXE 3 - PRINCIPAUX RAPPORTS DE REFERENCE MOBILISES DANS LE CADRE DE LA MISSION **88**

ANNEXE 4 - PROPOSITION DE COMPOSITION DE L'INSTANCE NATIONALE DE PILOTAGE DE LA PERINATALITE **90**

ANNEXE 5 - PROPOSITION D'INDICATEURS A DESTINATION DES USAGERS DANS LES MATERNITES **93**

ANNEXE 6 - GRILLE WANNNT D'EVALUATION DE LA CHARGE EN SOINS EN NEONATOLOGIE **95**

ANNEXE 7 - PROPOSITIONS POUR LA PERMANENCE DES SOINS PEDIATRIQUE EN MATERNITE ET NEONATOLOGIE, ADAPTEES DE SENTILHES ET AL., *GYNECOL OBSTET FERTIL SENOL* 2019 ..... **96**

ANNEXE 8 - POURQUOI LE RECOURS AUX PADHUE NE CONSTITUE-T-IL PAS UNE REPONSE PLEINEMENT ADAPTEE AUX DIFFICULTES IDENTIFIEES ? **98**

LISTE DES ABREVIATIONS **99**

AVANT-PROPOS

La mortalité infantile constitue un indicateur majeur de l'état de santé d'une population et de la performance de son système de prévention et de soins périnatals.
Après plusieurs décennies de baisse continue, la France connaît depuis le début des années 2010 une évolution préoccupante de cet indicateur : le taux de mortalité infantile est passé de 3,5 décès pour 1000 naissances vivantes en 2011 à 4,1 ‰ en 2024, soit une augmentation d'environ 17 %. Ainsi, en 2024, près de 2700 enfants sont décédés avant leur premier anniversaire, soit environ un enfant sur 250. Cette dégradation est uniquement concentrée sur la période néonatale : la mortalité entre le 1er et le 27ème jour de vie est passée de 1,5 ‰ en 2011 à 2,0 ‰ en 2024.

Cette évolution contraste avec la tendance européenne, caractérisée par la poursuite, certes ralentie, de la diminution de la mortalité infantile. Depuis 2015, le taux de mortalité infantile en France est supérieur à celui de la moyenne de l'Union européenne : en 2023, il atteignait 4,0 ‰ contre 3,3 ‰ dans l'Union européenne. La France figure désormais parmi les pays de l'Union européenne présentant les taux de mortalité infantile les plus élevés. La comparaison avec les pays de l'OCDE confirme surtout une singularité de trajectoire : entre 2011-2013 et 2021-2023, la mortalité infantile a diminué dans la grande majorité des pays de l'OCDE, tandis que la France fait partie des rares pays où elle a augmenté. Cette situation appelle d'autant plus l'attention que la mortalité infantile demeure fortement différenciée selon les territoires et les caractéristiques sociales et démographiques des mères. Les écarts sont particulièrement marqués dans certains départements métropolitains et les départements et régions d'outre-mer, où la mortalité infantile demeure nettement supérieure à celle observée dans le reste de la France. Dans ce contexte, l'inversion de la tendance historique et le décrochage relatif de la France par rapport à plusieurs pays comparables constituent un signal de santé publique qui ne peut être réduit à une seule évolution statistique.

Cette situation est documentée depuis plus d'une dizaine d'années. Les acteurs de la périnatalité, notamment les épidémiologistes, les sociétés savantes et les réseaux de périnatalité, ont régulièrement attiré l'attention des pouvoirs publics sur l'évolution défavorable des indicateurs de santé périnatale, ainsi que sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge des femmes enceintes, des parturientes et de leurs nouveau-nés. Ils ont également formulé des propositions visant à améliorer l'organisation, la coordination et la qualité des soins sur l'ensemble du territoire. Parallèlement, plusieurs rapports produits par différentes instances, dont le Sénat, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), la Cour des comptes et l'Académie Nationale de Médecine, ont dressé des constats convergents concernant la dégradation de plusieurs indicateurs périnataux. Des recommandations ont été formulées visant à infléchir cette évolution défavorable observée depuis le début des années 2010, souvent convergentes, parfois complémentaires, plus rarement divergentes.

C'est dans ce contexte que la Ministre de la Santé a décidé 5 février 2026 de missionner 4 personnalités qualifiées (une sage-femme, un gynécologue-obstétricien, une anesthésiste-réanimatrice et une pédiatre) pour « *construire un plan d'action opérationnel avec des propositions concrètes couvrant l'ensemble du parcours de santé, du projet de grossesse au post-partum.* » dans un délai de 6 mois. Plus précisément, la mission était vaste car elle « *entend couvrir l'ensemble du champ de la périnatalité et des problématiques afférentes et en particulier :*

- *La prévention des situations identifiées comme à risque de morbidité périnatale et maternelle ;*
- *La qualité de la coopération territoriale, la bonne articulation du réseau ville-hôpital et plus généralement l'organisation territoriale des soins y compris dans son volet expérimentations innovantes ;*
- *La réorganisation des soins néonatals entendus dans une acception large ;*
- *L'attractivité des carrières pour les professionnels du secteur ;*
- *La réduction des inégalités sociales avec une attention particulière portée à la santé des femmes en situation de précarité ;*
- *Le cas spécifique des DOM-TOM ;*

Plus généralement la sécurisation et la qualité des soins tant pour prévenir une rupture de la permanence de soins que pour tenir compte de la diversité des parcours des femmes. »

En préambule, la mission souhaite souligner que la dégradation des indicateurs de santé périnatale ne peut être dissociée de la question des moyens consacrés à la santé des femmes et des nouveau-nés. Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, il convient de poser clairement la question de la place accordée à cette politique de santé au regard des enjeux qu'elle représente. Depuis de nombreuses années, les acteurs de la périnatalité alertent sur l'insuffisance des moyens disponibles et sur leurs conséquences en matière d'organisation, de conditions d'exercice et de qualité des prises en charge. Cette situation invite à s'interroger sur l'existence d'un sous-financement historique de la santé périnatale, au regard notamment des moyens consacrés à d'autres disciplines médicales et à d'autres populations.

La question n'est pas uniquement budgétaire. Elle renvoie aussi à une forme de hiérarchisation collective des priorités de santé publique. Les femmes enceintes, les mères et les nouveau-nés constituent pourtant une population dont l'état de santé engage non seulement les trajectoires individuelles, mais également, à long terme, la santé et le développement de la population. Le niveau de ressources qui leur est consacré constitue ainsi un indicateur, parmi d'autres, de la place effectivement accordée à la santé des femmes et à la petite enfance dans les politiques publiques.

Le financement ne saurait naturellement expliquer à lui seul la dégradation des indicateurs périnataux. L'organisation des soins, la démographie médicale et paramédicale, les conditions de travail, la prévention, les inégalités sociales et territoriales ou encore la coordination entre les différents acteurs jouent également un rôle déterminant. Il n'en demeure pas moins que l'insuffisance des moyens peut constituer un frein majeur à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La littérature internationale apporte à cet égard des éléments qui ne peuvent être ignorés. Une étude portant sur 24 pays de l'Union européenne, dont la France, et couvrant plus de trente ans (1981-2010), a ainsi montré qu'une diminution annuelle de 1 % des dépenses publiques de santé était associée à une augmentation significative de la mortalité maternelle[1]. Cette association ne permet pas, à elle seule, d'établir une relation causale directe, mais elle souligne le lien étroit entre les choix de financement des systèmes de santé et leurs résultats en matière de santé maternelle et néonatale.

À l'inverse, les dépenses consacrées à la santé des femmes et des nouveau-nés doivent être considérées comme un investissement et non comme un simple coût. La prévention des complications, la qualité de la prise en charge périnatale et la réduction des séquelles à long terme sont susceptibles d'avoir des effets considérables sur la santé, l'autonomie et le parcours de vie des enfants et des futurs adultes, mais également sur les dépenses sociales et médico-économiques ultérieures. À ce titre, la santé périnatale constitue l'un des domaines dans lesquels une politique publique efficace peut produire des bénéfices sanitaires et économiques particulièrement importants pour la collectivité.

Pour améliorer et sécuriser la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, mais également pour restaurer l'attractivité de ces activités pour les professions impliquées, notamment pour la permanence des soins en établissement de santé (PDSES), correspondant communément aux « gardes », la mission a préconisé un renforcement significatif des moyens consacrés à la périnatalité. Cette évolution passe notamment par une meilleure rémunération des professionnels participant à ces activités, ainsi que par une revalorisation des financements alloués aux établissements qui les assurent. Elle suppose également de renforcer les effectifs médicaux et paramédicaux et de donner aux établissements les moyens nécessaires pour garantir, dans la durée, la continuité et la sécurité des prises en charge.

Ces recommandations prennent un relief particulier dans un contexte où les tensions sur les effectifs et les difficultés de recrutement et de fidélisation fragilisent directement l'organisation des soins, en particulier la permanence des soins. La sécurisation de ces activités ne peut en effet reposer durablement sur la seule mobilisation supplémentaire de professionnels déjà fortement sollicités. Elle nécessite de définir des conditions minimales d'exercice, tant en matière d'effectifs que de ressources disponibles, permettant de garantir la sécurité des patientes et des nouveau-nés tout en rendant ces activités à nouveau suffisamment attractives pour les professionnels.

À la suite de l'adoption de la loi Jomier puis des alertes formulées par la mission et à la demande de la Ministre de la Santé, la Haute Autorité de santé conduit actuellement une réflexion prioritaire sur les

[1] Maruthappu et al. BJOG 2015;122:1216–24

ratios de soignants en périnatalité, dans les secteurs de gynécologie-obstétrique et de néonatologie, afin de définir les effectifs nécessaires à la réalisation de ces activités dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Les conclusions de ces travaux sont attendues à la fin de l'année 2026. Elles constitueront un élément important pour objectiver les besoins en ressources humaines et apprécier les conditions nécessaires à la sécurisation des prises en charge. Parallèlement, la mission a identifié des mesures d'efficience et des pistes d'économies, afin que le renforcement nécessaire des moyens consacrés à la périnatalité puisse s'accompagner d'une utilisation plus rigoureuse et plus pertinente des ressources disponibles.

La mission a également souligné la nécessité de définir une véritable politique de santé périnatale quinquennale, applicable sur l'ensemble du territoire national et pilotée par une instance dédiée (à l'image de la Commission de la Naissance, aujourd'hui supprimée). Cette préconisation fait l'unanimité parmi l'ensemble des acteurs et instances ayant contribué au débat public.

La mission recommande par ailleurs une révision des décrets de périnatalité de 1998, devenus obsolètes. Ces textes ne correspondent plus aux réalités actuelles de l'organisation des soins, notamment en matière de néonatologie, transport et soins critiques néonatals, de soins maternels, et de ratios soignants/volume d'activité non programmée, désormais inadaptés au contexte de 2026.

Enfin, une attention particulière a été portée aux populations vulnérables et en situation de précarité socio-économique : à leur accès aux soins, à l'équité territoriale de cet accès, en particulier dans les territoires d'Outre-mer, ainsi qu'à l'état de santé de ces populations, chez qui la morbidité périnatale et maternelle demeure plus élevée en raison des inégalités sociales.

Bien que de nombreux rapports aient déjà été publiés sur le sujet, la mission a souhaité entendre un maximum de représentants et d'acteurs impliqués – notamment usagers, sage-femmes, infirmiers et infirmières puéricultrices, médecins, sociétés savantes, chercheurs, universitaires, réseaux de périnatalité, conseils nationaux professionnels, fédérations hospitalières, directeurs d'établissements de soins, conférences, directeurs d'ARS, inspecteurs de l'IGAS, présidents des Assises de la Pédiatrie et de la santé de l'enfant et coordinateurs de la Commission des 1000 premiers jours, élus locaux et nationaux - afin de nourrir sa réflexion. La mission a également proposé à l'ensemble de ces acteurs de lui transmettre, s'ils le souhaitaient, des préconisations écrites, dont elle s'est souvent inspirée pour formuler ses propres recommandations. Si le temps imparti à ces auditions a pu parfois sembler limité aux yeux de certains participants, les échanges y ont été riches et constructifs.

Ce rapport étant destiné à la ministre de la Santé et aux services de l'État, mais aussi aux nombreux acteurs de santé et, plus largement, au grand public, la mission a fait le choix de privilégier la lisibilité du document. La littérature scientifique mobilisée, particulièrement abondante dans le champ de la périnatalité, n'est donc pas citée de manière exhaustive. Quelques références ponctuelles sont néanmoins mentionnées en note de bas de page lorsqu'elles éclairent directement un point spécifique. Les nombreux rapports institutionnels, travaux d'évaluation et documents ayant analysé ou proposé des politiques de santé périnatale sont, pour leur part, recensés en annexe.

La mission tient à remercier chaleureusement l'ensemble des personnes qui ont apporté leur concours à ses travaux, par leur participation aux auditions comme par leurs contributions écrites. Elle souhaite également adresser ses remerciements à Mme Sonia Baudry, secrétaire générale de la mission, pour son accompagnement logistique et sa contribution à la réflexion collective. Elle souhaite aussi remercier l'ensemble de ses interlocuteurs au sein de la Direction générale de l'offre de soins, de la Direction générale de la santé, de la Délégation au numérique en santé et du cabinet de la Ministre, en particulier Mr Artus de Cormis.

La mission souhaite enfin tout particulièrement remercier Madame Stéphanie Rist, ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées pour son attention constante et son soutien à l'égard des objectifs de cette mission, ainsi que pour avoir souhaité porter, à l'échelon ministériel, une réflexion sur les politiques de santé destinée à inverser la dynamique actuelle, particulièrement préoccupante, de hausse de la mortalité néonatale en France.

La mission espère que ce travail collectif se traduira par des décisions et des transformations concrètes dans l'organisation, le parcours, la qualité et l'accès aux soins des femmes et des nouveau-nés en France. Les attentes des femmes, de leurs enfants et des soignants sont immenses.

Rénover le cadre général de la périnatalité via notamment la révision des décrets de 1998

Recommandation : Réviser les décrets de 1998, en prenant en compte les besoins populationnels, en articulant cette révision avec les recommandations de la HAS sur les ratios de soignants attendues fin 2026.

Un cadre réglementaire fondateur de l'organisation des soins périnatals en France

L'organisation actuelle des soins périnatals en France trouve une part importante de ses fondements dans les politiques engagées au cours des années 1990. Le plan gouvernemental de périnatalité de 1994 avait fixé des objectifs ambitieux d'amélioration de la sécurité de la grossesse et de la naissance, notamment en matière de réduction de la mortalité maternelle et périnatale, de prise en charge des nouveau-nés de faible poids et d'amélioration du suivi des femmes enceintes. Cette politique s'est progressivement traduite par un renforcement du cadre réglementaire applicable aux établissements assurant les activités d'obstétrique, de néonatologie et de réanimation néonatale.

En 1997, le décret n° 97-578 du 28 mai 1997 relatif aux centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal a notamment contribué à structurer l'organisation du diagnostic prénatal en créant un cadre pour ces centres, conçus comme des pôles de compétences cliniques et biologiques et comme des lieux de concertation, d'expertise et de formation. L'étape déterminante intervient toutefois en octobre 1998 avec la publication de deux décrets complémentaires, les décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998. Ces textes ont profondément structuré l'offre de soins périnatals en définissant à la fois les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des établissements autorisés à pratiquer l'obstétrique, la néonatologie et la réanimation néonatale.

Le principe central introduit par cette réglementation est celui d'une adéquation entre le niveau de risque de la grossesse ou du nouveau-né et le niveau de soins disponible dans l'établissement. Les maternités sont ainsi organisées selon trois types de prise en charge : le type 1 pour les grossesses et nouveau-nés ne nécessitant pas de soins néonatals spécialisés, le type 2 pour les situations nécessitant une prise en charge néonatale spécialisée et le type 3 pour les situations nécessitant une réanimation néonatale. Les établissements doivent également organiser les transferts vers une structure adaptée lorsque le niveau de soins requis dépasse leurs capacités. Cette organisation s'accompagne de prescriptions précises concernant les conditions de fonctionnement des maternités : permanence des soins, présence et qualification des professionnels, organisation des secteurs de naissance et d'hospitalisation, accès à l'anesthésie-réanimation et à la pédiatrie, équipements, prise en charge des nouveau-nés et organisation des transferts. Les textes prévoient notamment des exigences relatives aux effectifs de sages-femmes et de personnels paramédicaux en fonction de l'activité des unités. Au-delà des seules normes techniques, ces décrets ont ainsi posé les bases d'une organisation territoriale des soins périnatals reposant sur la gradation des prises en charge, la complémentarité entre établissements et l'orientation des femmes enceintes et des nouveau-nés vers la structure correspondant à leur niveau de risque. Ils ont contribué à faire évoluer le système d'une logique principalement fondée sur l'existence d'établissements d'accouchement vers une organisation davantage structurée autour de la sécurité des parcours et de la capacité des établissements à prendre en charge les situations à risque. Ces textes constituent donc un cadre historique majeur de l'organisation de la périnatalité en France. Ils ont permis de clarifier les missions des différents types de maternités, de renforcer la sécurité des prises en charge et de structurer les coopérations entre établissements. Le plan périnatalité 2005-2007 reconnaissait d'ailleurs explicitement que les décrets de 1998 avaient permis de structurer l'offre de soins en maternité en identifiant les sites nécessaires et les niveaux de prise en charge adaptés aux besoins des femmes et des nouveau-nés.

Cette contribution doit toutefois être appréciée au regard de l'évolution considérable, depuis 1998, des pratiques médicales, des connaissances scientifiques, des parcours de soins et des besoins des familles. Les conditions dans lesquelles sont aujourd'hui assurés la grossesse, l'accouchement, le post-partum et les soins néonatals ne sont plus celles qui prévalaient lors de l'élaboration de ces textes.

Des évolutions majeures qui rendent nécessaire une actualisation du cadre réglementaire

Le premier enjeu est celui de l'évolution des pratiques et des prises en charge médicales. En près de trente ans, les progrès de l'obstétrique, de la médecine fœtale, de la néonatologie, de la réanimation néonatale et de l'anesthésie-réanimation ont profondément transformé les possibilités de diagnostic et de prise en charge. Les parcours des femmes et des nouveau-nés sont également devenus plus complexes, avec une prise en charge croissante de situations à haut risque et une articulation plus étroite entre différents niveaux de soins.

Le deuxième enjeu concerne l'évolution des besoins en professionnels et des conditions d'exercice. Les modalités de fonctionnement prévues en 1998 reposent sur des règles d'organisation et d'effectifs conçues dans un contexte démographique, médical et hospitalier très différent. L'évolution de la démographie des professionnels, la diversification des métiers, les nouvelles organisations du travail et la nécessité d'assurer la continuité et la sécurité des soins imposent aujourd'hui de réexaminer ces dispositions à la lumière des réalités contemporaines. Les établissements de santé doivent répondre à une exigence croissante de sécurité et de qualité des soins tout en faisant face à des contraintes fortes en matière de ressources humaines et d'organisation.

Le troisième enjeu est celui de l'évolution des attentes et des droits des femmes et des familles. Depuis la fin des années 1990, la place accordée à l'information, au consentement, à l'accompagnement, à la santé mentale périnatale, au lien précoce entre parents et enfant et à la personnalisation des parcours s'est considérablement renforcée. Ces dimensions sont désormais indissociables de la qualité et de la sécurité des soins périnatals. Ainsi, la qualité des soins ne se limite plus à la seule sécurité médicale de l'accouchement. Elle intègre désormais pleinement l'information et le consentement des femmes, la personnalisation des parcours, l'accompagnement à la parentalité, la prévention et le repérage des vulnérabilités, la santé mentale périnatale, ainsi que la qualité du lien entre les parents et leur enfant.

La révision du cadre réglementaire issu des décrets de 1998 constitue ainsi une opportunité de préserver les acquis de près de trente années de structuration de la périnatalité tout en adaptant le cadre réglementaire aux réalités médicales, professionnelles, territoriales et sociétales du système de santé actuel.

Les principaux axes de révision du cadre réglementaire de la périnatalité

La gouvernance nationale de la naissance constitue un premier axe fondamental. La création et la définition du rôle d'une Instance nationale de la naissance permettraient de disposer d'une instance de réflexion, d'expertise et de suivi dédiée aux enjeux de la naissance et de la périnatalité. Ses missions devront être précisément définies afin d'assurer une articulation efficace entre expertise scientifique, recommandations professionnelles, observation des pratiques et orientations de politique publique.

Les ressources humaines et les ratios de professionnels constituent un deuxième axe majeur. Les conditions de sécurité et de qualité des prises en charge reposent en effet sur des équipes suffisamment dimensionnées et disposant des compétences adaptées aux situations rencontrées. La révision devra prendre en compte les travaux engagés par la Haute Autorité de santé sur les ratios de professionnels dans les secteurs concernés. Cette réflexion devra porter sur les activités programmées, mais aussi surtout sur la capacité des établissements à répondre aux situations non programmées (c'est-à-dire des « urgences »), qui constituent une caractéristique intrinsèque de l'activité obstétricale et périnatale. L'enjeu est de disposer d'un cadre permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins, tout en tenant compte de la réalité des organisations et des contraintes de fonctionnement des établissements.

L'organisation des soins critiques néonatals constitue un troisième axe structurant. Dans un contexte où plus des 3/4 de la surmortalité néonatale concerne les grands prématurés, il est indispensable de la mettre à niveau sans délai afin de garantir aux nouveau-nés le même niveau d'exigence en matière de qualité et de sécurité des soins que celui appliqué aux patients adultes, et d'aligner notre système sur les standards en vigueur dans la majorité des pays occidentaux. En particulier, l'organisation et les moyens des unités doivent mieux prendre en compte la charge réelle en soins, très variable selon le profil des nouveau-nés pris en charge. L'architecture et les conditions d'accueil des unités de néonatologie et de soins critiques néonatals doivent également évoluer pour mieux répondre aux besoins des nouveau-nés et de leurs parents, permettre la présence continue de ces derniers et favoriser une implantation pérenne des soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille. Le

développement du concept de « zéro séparation » constitue à cet égard un objectif structurant, impliquant d'adapter les espaces, les équipements et les organisations pour intégrer pleinement les parents au projet de soin.

Dans le champ obstétrical et des soins critiques adultes, la reconnaissance d'unités de soins continus obstétricales au sein même des maternités répond également à l'évolution des besoins de prise en charge. Elle permettrait de mieux identifier un niveau intermédiaire de surveillance et de soins pour les femmes dont l'état clinique nécessite une surveillance renforcée en soins intensifs sans relever nécessairement d'une prise en charge en réanimation. Cette évolution contribuerait à améliorer la gradation des soins et la lisibilité des parcours au sein des établissements, en favorisant le « zéro séparation » de la mère et de l'enfant, enjeu particulièrement important dans la situation d'une mère présentant une complication médicale justifiant son hospitalisation dans une unité de soins intensifs.

La gradation des soins doit par ailleurs être repensée en intégrant pleinement le risque maternel. La classification historique des maternités repose principalement sur les capacités de prise en charge néonatale. Elle ne permet donc pas, à elle seule, de rendre compte de l'ensemble des besoins liés à la santé maternelle. L'établissement d'une classification maternelle des maternités, fondée sur les types de prise en charge nécessaires pour les femmes enceintes ou accouchées, permettrait de mieux prendre en compte la complexité croissante des situations obstétricales et les besoins spécifiques en matière d'expertise, de surveillance et de recours. Cette approche, complémentaire de la classification actuelle, permettrait également de renforcer la cohérence entre les niveaux de prise en charge maternelle et néonatale, qui doivent être pensés conjointement tout au long du parcours.

Enfin, l'organisation territoriale de l'offre des maternités constitue un élément incontournable de la réflexion sur la périnatalité. Dans un contexte politique particulièrement sensible, nous proposons une méthode permettant d'engager une réflexion partagée entre professionnels, institutions, élus et usagers, afin de faire émerger un consensus autour de critères objectifs et acceptables, conciliant la sécurisation des accouchements avec le maintien et le renforcement d'une offre de proximité, s'inscrivant dans des parcours de soins structurés (anténatal, naissance et post-natal).

Ces enjeux et axes d'amélioration sont développés dans les différentes parties de ce rapport, qui précisent les constats, les objectifs poursuivis et les propositions visant à faire évoluer l'organisation de la périnatalité, son cadre réglementaire, ainsi que les pratiques professionnelles, les modalités de coordination et les moyens mobilisés.

I. Renforcer la gouvernance de la périnatalité : un préalable nécessaire à l'amélioration de la santé des femmes et de leurs nouveau-nés

I. 1. Recréer une instance nationale connue et identifiée par tous les acteurs de périnatalité

Recommandation : Recréer une instance nationale connue et identifiée par tous les acteurs de périnatalité, ayant une vision globale et déterminant une stratégie politique périnatale et de santé maternelle, permettant d'avoir des objectifs chiffrés et évalués tous les 3 à 5 ans.

La politique de périnatalité actuelle est marquée par une forte fragmentation et une coordination insuffisante des instances, avec la multiplication d'actions non concertées et de dispositifs sans cadre commun à l'échelon régional et national. Cette situation conduit à une hétérogénéité des pratiques entre territoires, générant des inégalités d'accès et de qualité de prise en charge selon le lieu de

résidence, ainsi qu'un manque de lisibilité du parcours des femmes enceintes et du post-partum, en particulier concernant les messages de prévention.

Entre 1970 et 2007, trois plans dédiés à la périnatalité se sont succédés, principalement centrés sur les pathologies, les facteurs de risque et les enjeux de santé publique. Le dernier (2005-2007) visait à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et de proximité. Il fixait des objectifs ambitieux de réduction de la mortalité périnatale et maternelle, accompagnés d'actions telles que la mise aux normes des maternités, le renforcement de la prévention, un meilleur accompagnement des femmes en situation de précarité et une prise en compte accrue de l'environnement psychologique de la naissance.

Malgré des indicateurs demeurant préoccupants, aucun plan spécifique consacré à la santé périnatale n'a ensuite été engagé. La commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, créée en 2005 pour contribuer au pilotage de ces politiques, ne se réunit plus depuis 2018, fragilisée par son élargissement à la santé de l'enfant en 2010 et par un effectif trop grand nuisant à son agilité. Depuis 2019, ses travaux ont été partiellement relayés, dans le cadre plus restreint de la stratégie des « 1000 premiers jours », par un groupe de travail piloté par la Direction générale de la santé. Toutefois, si cette stratégie met en avant les enjeux de prévention, en particulier les risques psychiques et développementaux, ou la lutte contre les inégalités sociales et de santé dans la périnatalité, elle ne couvre pas les enjeux de qualité et de sécurité des soins périnatals, pourtant identifiés comme un facteur majeur des difficultés rencontrées par la France dans ce domaine.

Enfin, la stratégie nationale de santé 2018-2022 ne comportait pas de volet spécifiquement consacré à la période périnatale. Elle identifiait néanmoins plusieurs objectifs associés, repris, parfois de manière redondante, dans une dizaine de plans thématiques distincts, au détriment de la lisibilité et de la cohérence d'ensemble de la politique publique.

Face à ce constat, un pilotage national est indispensable pour rétablir une vision d'ensemble, réduire les inégalités territoriales pour les femmes et les nouveau-nés, faciliter l'évaluation des politiques publiques et la diffusion des pratiques efficaces, et mieux orienter les financements.

Une proposition de composition de l'instance est détaillée en annexe.

Elle pourrait notamment comporter des experts de la santé maternelle et néonatale (sociétés savantes, fédérations [Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP), Fédération Hospitalière de France (FHF), Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)], Conseil(s) National(s) Professionnel(s) (CNPs), représentants des usagers, professionnels de santé publique/épidémiologistes, professionnels de terrain, élus et représentants des collectivités locales, référent vulnérabilité (précarité et santé mentale), référent DROM, représentants des institutions qui interviennent dans le champ de la périnatalité : directions d'administration centrale, CNAM, PMI, opérateurs (ANAP, ABM, etc.), représentants des ARS.

Pour ne pas alourdir inutilement la commission, mais bénéficier ponctuellement de regards extérieurs pertinents (géographes, démographes, sociologues), celle-ci pourrait inviter des personnalités extérieures à certaines de ses séances.

La création de l'instance pourrait faire l'objet d'un arrêté spécifique sur le modèle de l'ancienne commission de la naissance.

Chargée d'orienter les politiques publiques et d'alerter sur l'évolution des indicateurs de santé périnatale, cette instance pourrait se voir assigner les missions et objectifs suivants :

1. Définition de la stratégie nationale de périnatalité

- Définition d'objectifs nationaux chiffrés de santé périnatale à horizon de 3 à 5 ans ;
- Définition des lignes directrices générales d'un plan de pilotage sur 3 à 5 ans, intégré, couvrant la santé maternelle, la santé néonatale et le parcours périnatal ;
- Priorisation des actions et des financements ;
- Coordination avec les stratégies « 1000 premiers jours », santé environnementale, prévention et réduction des inégalités sociales et territoriales ;
- Promotion de mesures spécifiques pour les populations vulnérables et les DROM.

2. Pilotage par les données et évaluation de la politique nationale de périnatalité

- Suivi annuel des indicateurs de santé périnatale clés, dont mortinatalité, mortalité néonatale, morbidité néonatale, mortalité maternelle, santé des femmes enceintes, et facteurs susceptibles d'influencer ces indicateurs, grâce à la mobilisation des systèmes d'information et des sources de données (SNOOPI, ENP, ENCMM) ;
- Exploitation systématique des diagnostics territoriaux ;
- Publication régulière de rapports d'évaluation et de recommandations, construction d'un tableau de bord national de suivi.

3. Gouvernance territoriale et organisation de l'offre

- Avis sur l'application du référentiel national (cf infra) d'organisation des soins périnatals (maternités, services de néonatologie) par les ARS (envisager un mécanisme de saisine de l'instance par les professionnels : instruction des signalements et échanges avec les ARS) ;
- Accompagnement des reconversions et des transformations d'activité ;
- Organisation du dialogue avec les élus locaux et les acteurs territoriaux ;
- Réduction des inégalités territoriales, notamment ultramarines.

4. Qualité, sécurité et ressources humaines

- Suivi des facteurs organisationnels impactant la qualité et la sécurité des soins (par exemple, adéquation des effectifs aux exigences de sécurité) ;
- Définition de seuils d'alerte nationaux ;
- Évaluation des facteurs d'attractivité et de manque d'attrait de certains modes d'exercice des acteurs périnataux jugés comme essentiels à la santé des populations ;
- Proposition d'actions correctrices le cas échéant, et de mesures spécifiques d'amélioration avec évaluation systématique de leur efficacité avant de les rendre pérennes ;

5. Pertinence des soins et efficience des financements

- Évaluation médico-économique de pratiques et stratégies de prise en charge avec les sociétés savantes (analyse de la pertinence des prescriptions et des actes remboursés) ;
- Recommandations sur l'allocation optimale des financements publics après analyse des évaluations des expérimentations organisationnelles et médicales et identification des dispositifs performants ;
- Élaboration d'appel à projets de recherche ciblés sur la santé périnatale et maternelle.

Organisation et fonctionnement proposés de l'instance :

Cette instance se réunirait en plénière tous les 4 mois (ou au moins 2 à 3 fois par an).

Pour traiter les enjeux pluridisciplinaires sans alourdir l'instance plénière, il est proposé que son organisation s'appuie sur plusieurs sous-commissions thématiques (modèle du Conseil national consultatif des personnes handicapées, CNCPH) ou par groupes de travail (modèle du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, CNLE). Chaque sous-commission rendrait compte de ses travaux à l'instance plénière, garantissant ainsi à la fois expertise approfondie et cohérence d'ensemble de la politique périnatale nationale.

I.2. Garantir la qualité des politiques déployées en matière de périnatalité via une évaluation et des résultats de recherche robustes fondés sur des indicateurs pérennes

I.2.1. Mieux évaluer les politiques déjà mises en œuvre pour éviter la redondance des dispositifs et la dispersion des ressources, se fonder sur des résultats de recherche robustes avant d'en déployer de nouveaux

Recommandation : Mieux évaluer les politiques et les parcours déjà mis en œuvre pour éviter la redondance des dispositifs et la dispersion des ressources, se fonder sur des résultats de recherche robustes avant d'en déployer de nouveaux. Cette évaluation globale pourrait être menée par l'IGAS comme proposé dans son récent rapport portant sur l'organisation territoriale de la périnatalité.

Recommandation : Dans une logique d'optimisation des coûts, mieux évaluer l'utilité médico-économique de certaines pratiques avec l'aide des sociétés savantes ou de la HAS (analyse de la pertinence des prescriptions et des actes remboursés, par ex. examens biologiques, bilans redondants ; hospitalisations de jour).

Jusqu'à présent, de nombreuses ressources et initiatives locales, régionales ou nationales ont été déployées successivement, sans une politique évaluative concertée. Cet essaimage a conduit à l'accumulation de mesures dont l'efficacité n'a pas été démontrée, avec le risque de générer des effets délétères : d'une part, le maintien de mesures inefficaces représente un surcoût inutile et mobilise des ressources qui pourraient être allouées à des interventions probantes, d'autre part, la multiplication répétée de nouveaux dispositifs peut engendrer une lassitude et un découragement chez les soignants, nuire à leur adhésion, et complexifier la prise en charge pour les patientes elles-mêmes. Ce déploiement de politiques non évaluées peut également potentiellement aggraver les inégalités territoriales d'accès aux soins et limiter la disponibilité des professionnels pour les patientes qui en ont réellement besoin.

Quatre exemples illustrent les limites de la situation actuelle. Des bilans biologiques sont régulièrement prescrits systématiquement en cours de grossesse sans être justifiés médicalement en population générale. On peut citer en exemple la TSH et la glycosurie mensuelle. Autre exemple, la rééducation périnéale post-partum est couramment prescrite et remboursée à 100 % par l'Assurance Maladie à toutes les femmes en post-partum, alors qu'elle n'est pas recommandée chez les femmes asymptomatiques et n'a pas démontré son efficacité dans ce contexte, ce qui soulève la question du ciblage des séances et de leur nombre. De même, les entretiens prénataux précoces (EPP) en début de grossesse n'ont pas fait l'objet d'une évaluation suffisante permettant de confirmer les bénéfices attendus en population générale de cette consultation spécifique, ni même dans une population à risque. Cette absence de preuve est doublement problématique : elle peut freiner l'implication des soignants dans une mesure potentiellement bénéfique, ou au contraire maintenir une pratique chronophage d'intérêt éventuellement limité. Le dernier exemple concerne les échographies prénatales, dont le nombre augmente sans bénéfice démontré sur la santé des mères et des enfants. La Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale (CNEOF) soulignait ainsi dans son dernier rapport en 2023[2] que « le nombre d'échographies / naissance a nettement progressé, passant de 4,87 échographies par grossesse en 2016 à 5,57 échographies par grossesse en 2021. (…). Sur la période 2016-2021, l'augmentation du volume des actes est globalement de 8,4%. Elle est de 11,2% en secteur libéral et de 3,7% en secteur public (…). Les examens concernant les grossesses multiples représentent

[2] Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale. Rapport et recommandations, 2023

moins de 1,5% (…). Faute d'indicateurs, il n'est pas possible d'apprécier l'effet sur la morbidité fœtale ou maternelle de cette augmentation du nombre d'échographies. »

Ce constat appelle à rationaliser et simplifier l'offre de soins : il ne s'agit pas de multiplier les interventions, mais de ne conserver que celles dont l'efficacité a été démontrée. En ce sens, comme suggéré dans la recommandation 6 du rapport de l'IGAS sur l'organisation de la périnatalité dans les territoires, toute mesure innovante ou émergente devrait être systématiquement accompagnée d'un protocole d'évaluation, dès sa phase d'expérimentation, puis de manière répétée sur le long terme, afin d'éclairer les décisions de maintien ou d'arrêt. La mission propose notamment de 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. L'idée serait d'abandonner les dispositifs peu ou pas efficaces au profit des mesures ayant démontré leur efficacité qui, inversement, doivent être encouragées et soutenues dans leur déploiement.

Toute nouvelle politique en santé périnatale devrait donc s'inscrire dans une stratégie organisée, comprenant une information claire des acteurs, un accompagnement à la mise en œuvre, et surtout un dispositif d'évaluation de son efficacité - par des études avant/après ou des comparaisons inter-territoires (ici/ailleurs), dont la faisabilité est souvent sous-estimée. Ces évaluations doivent être anticipées dès le déploiement, et non ajoutées a posteriori.

I.2.2 : Soutenir la recherche en périnatalité

L'ensemble des déploiements de mesures proposées doit donc faire parallèlement l'objet d'évaluations s'appuyant sur une recherche de qualité en périnatalité. Or actuellement, la recherche en santé périnatale est de plus en plus difficile à réaliser, du fait de contraintes réglementaires importantes et par manque de financement.

Recommandation : Faire évoluer le cadre réglementaire de la recherche afin de pouvoir inclure les populations vulnérables dans les études épidémiologiques.

Le cadre réglementaire français de la recherche sur la personne humaine, issu principalement de la loi Jardé (2012), institue des protections renforcées pour les personnes dites vulnérables - femmes enceintes, mineurs, personnes hors d'état de consentir, personnes privées de liberté - qui ont eu pour conséquence d'avoir exclu pendant de longues années les femmes enceintes des études interventionnelles. À ces freins réglementaires s'ajoutent des obstacles plus pratiques dans les études observationnelles : l'insuffisance des moyens consacrés à l'interprétariat et à la traduction a pu limiter l'inclusion des femmes enceintes migrantes ou non francophones, notamment dans de grandes enquêtes nationales telles que l'Enquête nationale périnatale. Les femmes enceintes en situation de précarité et leur enfant à naître constituent ainsi un sous-groupe de personnes vulnérables encore plus difficile à inclure. Ces exclusions, paradoxalement, contreviennent à l'objectif même de protection : en l'absence de données probantes produites à partir de ces populations, les décisions médicales les concernant reposent sur des extrapolations issues de populations non représentatives, avec un risque accru d'erreur thérapeutique.

Dans le même ordre d'idées, la participation d'un nouveau-né à une étude interventionnelle nécessite en pratique le recueil préalable du consentement écrit de ses deux parents, ce qui peut constituer un frein important aux inclusions, notamment lorsque la recherche concerne une intervention réalisée en situation d'urgence, situation couramment rencontrée en néonatologie. Enfin, les études épidémiologiques en population sur la périnatalité nécessitent souvent la participation des maternités organisées en DSRP afin d'avoir une bonne représentativité des résultats. Or une participation aux études ne peut être obtenue à l'échelle des DSRP, les contractualisations devant être réalisées auprès de chaque maternité du réseau, ce qui représente un frein administratif et financier majeur au bon déroulement de la recherche française en périnatalité.

Il apparaît donc nécessaire de faire évoluer le cadre réglementaire de la recherche en France, en priorité en facilitant l'inclusion des populations vulnérables dans les études épidémiologiques ou

interventionnelles, en envisageant des dispositifs dérogatoires, dans le respect des principes éthiques fondamentaux.

Recommandation : Orienter des appels à projets de recherche spécifiquement sur la thématique périnatalité et sur la thématique populations vulnérables sur le modèle d'autres disciplines (ex. oncologie).

Concernant le financement de la recherche, la périnatalité fait insuffisamment l'objet d'appels à projets nationaux ou régionaux spécifiquement orientés vers cette thématique, comme cela existe par exemple pour l'oncologie ou encore pour les pathologies infectieuses émergentes. De plus, les financements de recherche proposés concernent le plus souvent en priorité les études au design d'essais randomisés et moins les études en vie réelle, comme les études observationnelles de cohorte en population, qui produisent pourtant des résultats indispensables à l'évaluation de l'état de santé d'une population et de l'organisation des soins.

I.3. Garantir la pérennité des financements nécessaires à la collecte d'indicateurs indispensables pour déterminer les politiques en santé périnatale et maternelle, améliorer la gouvernance générale des indicateurs et fonder le pilotage sur des données structurées (recherche, interopérabilité, indicateurs permanents et homogènes)

Recommandation : Garantir la pérennité des financements pour la collecte et l'analyse d'indicateurs homogènes, permanents et structurés, déclinés territorialement le cas échéant, indispensables pour déterminer les politiques en santé périnatale et maternelle (ENP, ENCMM, SNOOPI).

Cette stratégie d'évaluation des pratiques et des interventions peut et doit également s'appuyer sur les données en population, disponibles notamment grâce aux différentes enquêtes nationales déjà mises en place actuellement en France. Cependant la pérennité de ces systèmes de surveillance et d'information en périnatalité est fragile, voire pour certains menacée, principalement du fait de restrictions budgétaires progressives.

I.3.1. Garantir la pérennité des financements des enquêtes et bases de données existantes

Le déploiement de systèmes de surveillance permanents en périnatalité, produisant des indicateurs fiables et reproductibles dans le temps et d'un lieu à l'autre, constitue une proposition incontournable de ce rapport. Il s'agit d'une part de pérenniser et d'améliorer le fonctionnement des bases de données existantes comme l'Enquête Nationale Périnatale et l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles, mais aussi de développer la recherche à partir des données collectées en routine, domaine où la France présente un retard significatif par rapport à d'autres pays à même niveau de ressources comme les pays scandinaves ou le Royaume-Uni. Le maintien et la sécurisation de ces bases de données produisant des indicateurs fiables et reproductibles dans le temps doivent s'appuyer sur des financements pérennes.

1) L'Enquête Nationale Périnatale (ENP)

Conduites depuis plus de trente ans à la demande des pouvoirs publics, les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP), pilotées par l'Inserm, constituent un outil incontournable de surveillance de la santé périnatale en France. Elles produisent des indicateurs sur l'état de santé des mères et des nouveau-nés, les pratiques médicales et les facteurs de risque, permettant de suivre l'évolution de la situation nationale et de la comparer aux données européennes. Elles contribuent également à évaluer l'impact des politiques publiques et des recommandations professionnelles, et renseignent sur les attentes des femmes quant à la qualité de leur prise en charge. Ces enquêtes sont financées et co-pilotées par cinq partenaires institutionnels : la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Santé publique France (SpF) et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA). La pérennité de ces enquêtes constitue un enjeu majeur pour la connaissance de la périnatalité en France.

Pour des questions budgétaires, la méthodologie de l'ENP présente plusieurs limites : les femmes présentant une barrière de la langue ne peuvent être incluses, du fait de l'absence de financement du surcoût engendré par l'embauche d'interprètes ; le recueil des indicateurs dans les DROM est également restreint. Le budget contraint, en réduisant le nombre de questions que l'on peut poser, limite de ce fait l'exploration de nouvelles questions de recherche. Enfin, les enquêtes, se déroulant pendant une semaine sur le territoire national, ont lieu uniquement tous les 6 ans selon l'obtention de nouveaux financements. La pérennité et une revalorisation des financements des ENP permettraient d'améliorer encore leurs résultats et les connaissances qui en découlent.

2) L'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM)

L'ENCMM a été mise en place en France à la suite d'un arrêté du ministère chargé de la Santé (arrêté de création J.O. du 2 mai 1995). Elle a pour objectifs d'examiner les morts maternelles, d'identifier les facteurs en cause dans la survenue de ces décès et de proposer des mesures de prévention. Il s'agit d'un système dit « renforcé » ad hoc, recommandé par les instances internationales. Les analyses sont publiées tous les trois ans sous forme d'un rapport contenant des indicateurs de santé maternelle et proposant des axes de prévention, remis au ministre de la Santé et rendu public. L'ENCMM est l'interlocuteur de l'OMS pour la production des indicateurs nationaux de mortalité maternelle. Elle constitue ainsi un outil de prévention en santé maternelle par l'analyse conjointe des facteurs de risque individuels et de la qualité des soins. Par exemple, dès 2004, l'ENCMM a montré que les causes directes de mortalité maternelle par hémorragie du post-partum (HPP) en France étaient anormalement élevées en comparaison aux autres pays européens et considérées comme évitables dans une grande majorité. Des recommandations pour améliorer la prise en charge des HPP ont été édictées par les sociétés savantes en 2004, relayées par tous les DRSP sur le territoire et actualisées en 2014. Cette action collective, initiée grâce aux résultats de l'ENCMM, a permis une réduction par 3 des morts maternelles par HPP en France, à des taux comparables aux autres pays européens.

L'apport et la qualité des données, ainsi que l'importance du dispositif ENCMM ont été soulignés en 2024 par le rapport sur la périnatalité de la Cour des comptes, ainsi que par la mission d'information du Sénat sur l'avenir de la santé périnatale, dans un paysage où les systèmes d'information en périnatalité sont fragiles ou inexistants. Pourtant, l'ENCMM est actuellement menacée par une dotation insuffisante de ses tutelles (Inserm et SpF). La menace est réelle car l'ENCMM risque d'être interrompue avant la fin de l'année 2026, contrainte par une réduction des moyens alloués. La fin de l'ENCMM constituerait une perte pour la santé des femmes en France, pour la qualité des soins en obstétrique et pour la visibilité de la France dans ce domaine de recherche en santé publique.

3) L'Entrepôt de données de santé périnatale SNOOPI, piloté par la Drees

La création de l'entrepôt de données de santé périnatale, qui répond à une recommandation IGAS, avait été préconisée dans les rapports des Assises de la Pédiatrie et du Sénat. Sa mise en production en 2027 est très attendue et vise à aligner la France sur les standards européens en matière d'indicateurs de périnatalité.

La production, l'analyse et la surveillance d'indicateurs sont indispensables pour évaluer l'efficacité des politiques de santé périnatale. Ces indicateurs concernent les pratiques, les parcours de soins et la morbi-mortalité des femmes et des nouveau-nés. Ils doivent être exhaustifs et robustes, en conformité

avec les standards internationaux, afin de permettre un suivi fiable et comparatif des performances à l'échelle des maternités, des régions et au niveau international. La France accuse un retard important par rapport à plusieurs pays européens en matière de disponibilité de nombreux indicateurs de santé périnatale, limitant sa capacité à piloter efficacement les politiques publiques et à se comparer à l'international. Les données de santé actuelles présentent trois lacunes majeures : elles ne permettent pas toujours de lier le parcours de soins de la mère à celui de l'enfant, elles rendent difficile la caractérisation des causes de mortalité périnatale, et elles sont dépourvues de données socio-démographiques pourtant déterminantes pour la santé périnatale.

En réponse, la ministre de la Santé a mandaté la Drees au printemps 2025 pour créer le Système national d'observation obstétrical, périnatal et infantile (SNOOPI). Ce système d'information unifié a pour ambition de suivre la santé des mères et des enfants jusqu'à l'âge de trois ans, d'identifier les causes de morbidité périnatale et d'orienter les politiques de santé publique.

SNOOPI poursuit trois objectifs :

- Produire des indicateurs de santé périnatale exhaustifs et conformes aux standards internationaux, tels que les taux de mortinatalité spontanée, de mortalité néonatale par âge gestationnel, les taux de césarienne, de prématurité, de complications néonatales ou maternelles ;
- Les décliner à l'échelle territoriale pour permettre des comparaisons locales,
- Constituer une base de données exploitable par les chercheurs. Il agrège des données du SNDS, des bulletins d'état civil et des fichiers démographiques de l'INSEE, ainsi que des certificats de santé de l'enfant.

Le projet est piloté par la Drees, en collaboration avec l'Inserm et Santé publique France, avec une gouvernance concertée associant institutionnels, sociétés savantes, associations professionnelles et usagers. L'architecture du système a été définie en 2025 et la CNIL a donné son autorisation à la mise en œuvre de l'entrepôt en juin 2026. Les premiers indicateurs seront publiés en 2027, et l'entrepôt entrera en phase de production et sera ouvert à la recherche fin 2027.

La pérennité du financement et du fonctionnement de SNOOPI est aussi un enjeu majeur afin de pouvoir conduire des politiques de santé publique basées sur les preuves.

I.3.2 Renforcer la gouvernance générale des données afin d'outiller le pilotage de la qualité des soins d'indicateurs communs, pérennes et structurés

Recommandation : Garantir l'application d'un cahier des charges pour un dossier périnatal informatisé, tel que le Dossier Périnatal Commun Informatisé (DPCI), conçu de manière consensuelle et multidisciplinaire.

La HAS et l'Enquête Nationale Périnatale 2021 soulignent le retard de numérisation des maternités françaises et identifient l'absence de dossier médical commun informatisé parmi les causes d'événements indésirables graves chez le nouveau-né. Si des dossiers patients informatisés (DPI) se sont généralisés, ils répondent à une logique administrative généraliste inadaptée aux spécificités de la périnatalité : ils ne permettent généralement pas le chaînage mère-enfant, produisent des données non structurées, et sont inutilisables pour le pilotage de qualité des soins ou pour la recherche. Or la périnatalité se distingue des autres spécialités par sa logique de filière : une même grossesse mobilise des dizaines de professionnels issus de disciplines et de lieux différents, entre la ville et l'hôpital, entre autres médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens, sage-femmes, pédiatres, infirmiers et infirmiers puériculteurs, anesthésistes-réanimateurs.

Cette continuité nécessite un outil conçu nativement pour la filière, un Dossier Périnatal Commun Informatisé (DPCI), structurant les données dès leur saisie selon des référentiels codés (AUDIPOG, CI-SIS de l'ANS), depuis la première consultation jusqu'au retour à domicile. C'est dans ce contexte qu'un groupe multidisciplinaire associant professionnels, structures régionales, Inserm et experts des systèmes d'information a engagé, par démarche de consensus, l'élaboration d'un cahier des charges fonctionnel du DPCI mère-enfant, en cohérence avec le projet SNOOPI. Ce cahier des charges est

utilisable en milieu hospitalier et en interface avec la ville. Élaboré par consensus d'experts et réalisé en concertation avec la Délégation au numérique en santé (DNS), le DPCI définit les exigences fonctionnelles d'un dossier périnatal informatisé, incluant le chaînage natif mère-enfant, une ergonomie clinique adaptée à l'urgence, des données structurées et interopérables, afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en soutenant la production d'indicateurs automatisés complémentaires de ceux des dispositifs nationaux d'observation tels que SNOOPI. Le DPCI constitue également un outil très pertinent pour assurer la continuité de transmission de l'information médicale des patientes dans leur parcours ville-hôpital.

II. Agir sur les parcours des patientes pour améliorer la sécurité des soins

II. 1. Concevoir la prévention comme un levier d'amélioration de la santé périnatale

Il apparaît essentiel d'inscrire les recommandations de la mission dans la continuité des travaux récents, notamment ceux issus de la mission gouvernementale sur la prévention en santé confiée au Député Isaac-Sibille.

Les travaux de la mission entendent souligner la nécessité de renforcer la prévention par une approche globale, précoce et coordonnée des parcours de santé, en mettant l'accent sur les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux. En périnatalité, cela implique de consolider les actions de prévention dès la période pré-conceptionnelle, d'améliorer le repérage des vulnérabilités (psychiques, sociales, médicales), et de favoriser l'accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire.

La mission insiste également sur le rôle central des professionnels de première ligne et sur la nécessité de décloisonner les interventions entre secteurs sanitaire, social et médico-social. Le développement de stratégies de prévention adaptées aux différents moments de vie des femmes, incluant la santé reproductive, mentale et gynécologique, constitue un levier majeur. Par ailleurs, l'amélioration de l'information et de l'autonomie des patientes, ainsi que la promotion d'une approche fondée sur les données probantes, sont des axes prioritaires.

II.1.1. Favoriser des interventions préventives opportunes et s'appuyant sur un dépistage précoce

Recommandation : Promouvoir un rendez-vous pré-conceptionnel - notamment à l'occasion de l'information ciblée sur la santé sexuelle et sur la santé reproductive à destination de l'ensemble des Français et des Françaises de 29 ans récemment mise en place.

Le rapport de la Commission des 1000 premiers jours avance la nécessité de mettre en place un programme national de promotion de la santé dès la période pré-conceptionnelle. Ce programme a pour ambition de limiter l'exposition aux facteurs de risque et d'améliorer l'état de santé global des futurs parents, avec des répercussions directes sur le développement de l'enfant. Il prévoit également un dispositif de repérage des situations de vulnérabilité, afin de permettre une prise en charge précoce des couples à risque et leur orientation vers des structures de soutien adaptées. Ce programme repose sur une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé, condition essentielle pour garantir une prise en charge optimale dès la période pré-conceptionnelle.

La consultation prénuptiale en France correspondait à un examen médical obligatoire avant le mariage civil, formalisé par la délivrance d'un certificat prénuptial. Instaurée au XXe siècle, elle avait pour

objectif principal la prévention sanitaire, notamment en matière de santé reproductive et de préparation à la parentalité. Cependant, son efficacité a progressivement été remise en question, notamment en raison de l'évolution des modes de vie (augmentation des unions hors mariage et des naissances hors mariage). La consultation prénuptiale a été supprimée en 2007 (entrée en vigueur en 2008) dans un objectif de simplification administrative. Cette évolution est parfois considérée comme une perte d'opportunité en prévention, car elle garantissait un contact systématique avec le système de soins avant une grossesse.

Les femmes et leur partenaire ayant un désir de grossesse devraient être incités à avoir accès à une consultation pré-conceptionnelle visant à les accompagner afin de mettre en place l'ensemble des actions de prévention (tabac, alcool, règles hygiéno-diététiques, vaccinations, médicaments...) préservant la fertilité et la santé des deux futurs parents, favorisant une grossesse et limitant dans un second temps l'apparition de complications obstétricales et néonatales. L'âge des futurs parents au moment de la conception, un indice de masse corporelle supérieure à la normale, la consommation de toxiques et l'exposition aux perturbateurs endocriniens sont en effet des déterminants majeurs de la santé de l'enfant à naître. Sont également intégrés à la consultation pré-conceptionnelle l'hygiène alimentaire, l'activité physique, la vaccination et la supplémentation en acide folique, actuellement insuffisante. En 2021, selon l'ENP, seulement 28% des femmes ayant eu une grossesse avaient eu une supplémentation en acide folique pour réduire le risque d'anomalies de fermeture du tube neural, sachant qu'environ une grossesse sur 3 n'est pas planifiée.

Lorsque des facteurs de risque pour la femme ou son partenaire sont repérés, une prise en charge ou une orientation vers des professionnels spécialisés adaptée est mise en place.

Les femmes ayant une contraception type implant ou dispositif intra utérin ont accès à ces informations puisque le projet de grossesse nécessite l'intervention d'un professionnel de santé afin d'enlever le contraceptif. Il semble important que toute personne souhaitant stopper sa contraception, et/ou démarrer un projet de grossesse, puisse avoir accès au même degré d'information et de prévention. C'est un temps d'échange permettant également d'identifier certains facteurs de vulnérabilité, et de prendre les décisions pour améliorer, entourer au mieux le projet à venir.

Le courrier d'information fertilité des 29 ans proposé dans le plan infertilité constitue une occasion parmi d'autres de promouvoir un rendez-vous pré-conceptionnel auprès de toutes les femmes. Une information écrite, numérique ou papier, homogène et élaborée avec les sociétés savantes, pourrait y être jointe afin de résumer les grands axes de prévention.

La mission propose également, pour promouvoir la généralisation d'une consultation pré-conceptionnelle, qu'elle soit prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie.

Recommandation : Poursuivre la mobilisation des professionnels de santé sur les enjeux de dépistage et de prévention des facteurs de risque de morbidité périnatale et maternelles, en particulier de prématurité ; souligner auprès d'eux l'importance de colliger ces informations et de communiquer auprès des femmes et des couples à chaque occasion. Les former à identifier, recueillir et prendre en charge ces facteurs de risque.

Malgré l'existence de recommandations claires en matière de prévention, les femmes en France demeurent insuffisamment sensibilisées aux mesures permettant de réduire les risques liés à la grossesse et au développement de l'enfant. La prévention pré-conceptionnelle et périnatale reste encore trop peu intégrée dans les parcours de soins et insuffisamment portée à la connaissance du grand public. De nombreuses femmes ignorent l'importance de certains facteurs modifiables tels que l'alimentation, la supplémentation en acide folique, l'exposition aux toxiques (alcool, tabac, perturbateurs endocriniens), l'importance de la vaccination, ou encore la gestion des pathologies chroniques avant et pendant la grossesse. Cette insuffisance d'information concerne également les risques de troubles du neurodéveloppement, pour lesquels des actions précoces pourraient pourtant être mises en œuvre. Les inégalités sociales et territoriales renforcent ces lacunes, certaines populations ayant un accès limité à une information claire, fiable et adaptée. Par ailleurs, les messages de prévention sont souvent dispersés, peu lisibles et insuffisamment coordonnés entre les différents acteurs. Dans ce contexte, le renforcement d'une stratégie nationale de sensibilisation, cohérente et accessible, apparaît indispensable. Celle-ci devrait s'appuyer sur les professionnels de première ligne,

mais aussi sur des campagnes d'information ciblées et continues. L'enjeu est de permettre aux femmes de devenir pleinement actrices de leur santé et de celle de leur enfant. Une meilleure diffusion des connaissances en prévention constitue ainsi un levier majeur d'amélioration de la santé périnatale et maternelle.

Ainsi, compte tenu de l'impact des facteurs de risque cités ci-dessus à la fois sur la fertilité et sur le devenir d'une grossesse (morbidité périnatale et maternelle), et de la sensibilisation actuellement encore insuffisante des femmes vis-à-vis de ces risques, la mission propose :

- d'inciter tous les professionnels de santé à informer les femmes à l'occasion de leur suivi gynécologique, même en l'absence de projet parental, sur l'importance de ne pas être en surpoids, d'avoir une activité physique régulière, une alimentation équilibrée, ne pas consommer de tabac, d'alcool, de drogues ou de toxiques, et sur les conséquences de débuter un projet parental à partir de 35 ans, à la fois pour leur santé reproductive, mais aussi pour leur santé de façon globale ;
- d'inciter l'État à réaliser des campagnes d'information et de prévention sur ces thématiques de prévention (cf infra). Cette communication pourrait être aussi couplée à celle planifiée par l'envoi d'une lettre à toutes les femmes de 29 ans par le Ministère de la Santé suivant le plan national contre l'infertilité, incitant les femmes en âge de procréer à prendre rendez-vous avec leur médecin pour une consultation dédiée à faire le point sur leur fertilité et projet parental.

II.1.2. Renforcer la prévention en ciblant les facteurs de risque les plus fréquents par la sensibilisation des professionnels comme du grand public

Recommandation : Organiser des campagnes de prévention grand public contre les principaux facteurs de risque de prématurité et troubles du neuro-développement (TND) destinés aux femmes en âge de procréer (obésité, tabac, alcool, toxiques, médicaments, absence de vaccination) en s'articulant avec les travaux issus de la mission gouvernementale sur la prévention en santé (Député Isaac-Sibille, 2026).

Recommandation : Mieux encadrer les pratiques médicales pourvoyeuses de grossesses multiples pour réduire le risque de prématurité induite en s'inspirant du cadre juridique des pays nordiques, en particulier celui concernant la politique de transfert d'un embryon unique SET (Single Embryo Transfer).

De manière globale, les préconisations de Santé publique France et des sociétés savantes doivent être soutenues et appliquées. La mission a tenu à souligner les principaux facteurs de risque possiblement modifiables et les facteurs protecteurs devant faire l'objet d'une attention particulière par les professionnels de santé.

1) Le surpoids et l'obésité

L'obésité est un facteur de risque important de mortalité et morbidité néonatale et maternelle, notamment de prématurité induite, touchant plus fréquemment les populations défavorisées. De nombreuses sociétés savantes ou autorités publiques ont publié des recommandations à ce sujet, que la mission partage. Il s'agit notamment des préconisations du Programme National Nutrition de Santé 2026-2030 (PNNS 5), et la promotion de l'activité physique en pré-conceptionnel, en post-partum mais aussi pendant la grossesse. L'expérimentation actuellement en cours portée par l'ARS Grand Est (Plan régional 2024-2028 "Activité physique favorable à la santé" / dispositif Prescri'Mouv[3]) pourrait être étendue sur l'ensemble du territoire en élargissant la possibilité aux sages-femmes de prescrire une activité physique adaptée pour les femmes obèses (actuellement seuls les médecins peuvent prescrire le dispositif Prescri'Mouv).

[3] https://www.grand-est.ars.sante.fr/plan-regional-2024-2028-activite-physique-favorable-la-sante?parent=4601

Prescri'Mouv, un dispositif pour améliorer la santé grâce à l'activité physique

Prescri'Mouv est un dispositif régional Grand Est de prescription d'activité physique, lancé en octobre 2018. Son déploiement s'inscrit dans le cadre du Plan régional 2024-2028 « Activités physiques et sportives aux fins de santé ». Il a pour objectif, grâce à la pratique d'une activité physique ou sportive, d'améliorer la santé et la condition physique des patients adultes atteints d'une pathologie de la liste ALD 30, souffrant d'un trouble musculo-squelettique, de troubles persistants suite à une infection à coronavirus 2019 et/ou en situation d'obésité. Chez ces patients, l'activité physique a des bienfaits démontrés : elle prévient les complications, réduit le nombre d'hospitalisations et les coûts de prise en charge, voire permet de diminuer la prise de médicaments.

2) Le tabac

Le tabagisme est un facteur de risque important de complications de la grossesse, de perte fœtale, de morbidité maternelle, néonatale et infantile touchant plus fréquemment les populations défavorisées. La France figure parmi les pays où la prévalence du tabagisme pendant la grossesse est la plus élevée en Europe et dans le monde.

Les données publiées par Santé publique France montrent qu'en 2021, près de 27% des femmes déclaraient avoir fumé pendant l'année précédant leur grossesse. Grâce à une réduction drastique de leur consommation pendant la grossesse, cette proportion tombait à 11,8 % au troisième trimestre. Pourtant, deux mois après l'accouchement, plus de 15 % avaient repris le tabac, révélant la difficulté du sevrage sur le long terme.

Les préconisations du Programme National de Lutte Contre le Tabac[4] doivent être appliquées. Concernant spécifiquement la grossesse, il est préconisé :

- de systématiser le repérage du tabagisme dans le dispositif « Mon bilan Prévention » et en début et tout le long de grossesse ; et d'orienter les personnes concernées vers une prise en charge adéquate ;
- d'inciter financièrement à l'arrêt de leur consommation tabagique en cours de grossesse les femmes enceintes ayant une consommation tabagique active ;
- de renforcer l'accessibilité des traitements de substitution nicotinique, en expérimentant l'accès aux traitements de substitution nicotinique sur demande directe auprès du pharmacien.

3) L'alcool

La consommation d'alcool pendant la grossesse constitue un enjeu majeur de santé publique car l'alcool traverse le placenta et altère le développement du fœtus. En France, les autorités sanitaires recommandent le principe de précaution : « zéro alcool pendant la grossesse ». Rappelons qu'aucun seuil de consommation sans risque n'a été démontré scientifiquement. L'exposition prénatale à l'alcool peut entraîner des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (TCAF) voire, dans les cas les plus sévères, un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF), responsable de handicaps cognitifs, comportementaux et physiques permanents. La France a longtemps été confrontée à une forte culture de consommation d'alcool, ce qui a compliqué la diffusion des messages de prévention. Toutefois, les comportements évoluent favorablement. Selon l'Enquête Nationale Périnatale 2021, environ 97 % des femmes déclarent n'avoir consommé aucun alcool pendant leur grossesse, même si une sous-déclaration reste possible. En effet, les enquêtes de Santé publique France estiment qu'entre 3 % et 12 % des femmes enceintes consomment encore occasionnellement de l'alcool[5]. En comparaison internationale, la France se situe dans une position intermédiaire par rapport aux autres pays à haut niveau de ressources. Les pays nordiques, le Canada ou l'Australie ont souvent obtenu de meilleurs résultats grâce à des campagnes de prévention précoces et à un accompagnement renforcé des femmes enceintes. La prévention, l'information des professionnels de santé et la sensibilisation du grand public

[4] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_plan_lutte_tabac.pdf

[5] https://www.santepubliquefrance.fr/alcool

demeurent essentielles pour limiter les risques évitables pour l'enfant à naître. Les préconisations de Santé publique France et d'autres sociétés savantes sur le sujet doivent être soutenues et appliquées.

4) Les autres toxiques

La consommation de drogues pendant la grossesse constitue un problème majeur de santé publique en raison des risques pour la mère et l'enfant à naître. Les substances les plus concernées sont le cannabis, la cocaïne, les amphétamines, l'ecstasy, les opioïdes et, plus rarement, les nouvelles drogues de synthèse. En France, le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée par les femmes enceintes. Les études estiment que 1 à 3 % des femmes déclarent en consommer pendant leur grossesse, bien que ce chiffre soit probablement sous-estimé.

Le cannabis traverse le placenta et peut affecter le développement neurologique du fœtus. Son usage est associé à un risque accru de faible poids de naissance, de prématurité et de troubles du développement cognitif ou comportemental chez l'enfant. La cocaïne est probablement moins fréquemment consommée mais présente des risques particulièrement élevés, incluant hypertension maternelle, décollement placentaire, prématurité, retard de croissance intra-utérin et complications néonatales graves.

5) L'exposition environnementale

L'exposition aux polluants environnementaux (intérieurs et extérieurs) pendant la grossesse est aujourd'hui reconnue comme un facteur de risque indiscutable de prématurité. Parmi les expositions les plus étudiées figurent la pollution atmosphérique, les températures extrêmes, les pesticides, certains métaux lourds et, plus récemment, les microplastiques. La pollution de l'air représente le facteur environnemental le mieux documenté. Les particules fines ($PM_{2.5}$ et PM_{10}), le dioxyde d'azote (NO_2) et l'ozone (O_3) sont associés à une augmentation significative du risque d'accouchement prématuré. Ces polluants peuvent traverser la barrière placentaire ou induire une inflammation systémique, un stress oxydatif et des altérations du fonctionnement du placenta. Plusieurs études montrent que l'exposition au cours du deuxième et du troisième trimestres est particulièrement critique. Une méta-analyse récente confirme que l'exposition à la pollution atmosphérique est associée à une augmentation significative du risque de naissance prématurée, de faible poids de naissance et d'autres complications périnatales. Les effets du changement climatique sur la santé périnatale suscitent également une attention croissante. Les vagues de chaleur et les températures extrêmes augmentent le risque de prématurité, notamment chez les femmes vivant dans des zones urbaines ou défavorisées.

En France comme dans de nombreux pays industrialisés, les politiques de santé publique visent à réduire l'exposition des femmes enceintes aux polluants environnementaux. Dans le contexte politique actuel, la mission souhaite rappeler que l'exposition maternelle à l'acétamipride, insecticide de la famille des néonicotinoïdes présent notamment dans l'alimentation, peut conduire à une exposition fœtale par passage transplacentaire. Même si les données humaines restent encore limitées, l'EFSA considère que l'acétamipride présente un potentiel de neurotoxicité pour le cerveau en développement. Certaines études humaines ont retrouvé une association entre exposition prénatale à l'acétamipride et restriction de la croissance fœtale. Si elle ne permet pas d'attribuer cet effet uniquement à l'acétamipride, une autre étude a observé, avec l'exposition aux néonicotinoïdes, une diminution du périmètre crânien du nouveau-né. Des métabolites de l'acétamipride ont également été retrouvés dans les urines de nouveau-nés, montrant que certains néonicotinoïdes peuvent atteindre le fœtus. Ainsi, au regard des signaux de risque identifiés et des incertitudes qui persistent, le principe de précaution doit conduire à réduire autant que possible les expositions évitables à l'acétamipride pendant la grossesse.

Enfin, les inégalités sociales et territoriales d'exposition demeurent importantes. Les populations vivant à proximité d'axes routiers ou de zones industrielles sont généralement les plus exposées. La réduction de la pollution atmosphérique et la prévention des expositions environnementales y compris aux fortes chaleurs constituent des leviers importants pour améliorer la santé maternelle et néonatale.

6) Vaccination

La vaccination en amont et pendant la grossesse constitue un levier majeur de prévention, bénéfique à la fois pour la mère et pour l'enfant. Elle permet de protéger la femme enceinte et l'enfant contre des infections potentiellement graves, telles que la grippe saisonnière et la COVID-19, dont les formes sévères sont plus fréquentes durant la grossesse, et pouvant engendrer une prématurité spontanée ou induite et ses complications inhérentes. La vaccination contre la coqueluche, recommandée à chaque grossesse, réduit significativement le risque de transmission au nouveau-né, particulièrement vulnérable avant le début de sa propre vaccination. Plus récemment, la vaccination contre le virus respiratoire syncytial (VRS) s'inscrit également dans cette stratégie de protection précoce du nourrisson. Ces vaccinations favorisent le passage d'anticorps maternels au fœtus, assurant une immunité passive efficace durant les premières semaines de vie. Malgré leur efficacité démontrée et leur bon profil de sécurité, la couverture vaccinale reste insuffisante, en particulier concernant la vaccination contre la grippe et contre la COVID-19. Cette situation s'explique notamment par un déficit d'information, des réticences persistantes en particulier concernant les populations précaires qui sont aussi les plus vulnérables, et une hétérogénéité des pratiques professionnelles. Le renforcement de la recommandation vaccinale, dès le suivi prénatal, apparaît donc essentiel. Une information claire, systématique et adaptée doit être délivrée aux femmes enceintes, voire dès la période pré-conceptionnelle. Ainsi, la vaccination maternelle, à l'instar de la vaccination des enfants, s'impose comme un outil central pour améliorer la santé périnatale et réduire la morbi-mortalité néonatale et maternelle évitable.

7) L'âge maternel

Le recul de l'âge à la maternité constitue un enjeu croissant de santé publique dans de nombreux pays à haut niveau de ressources. Il s'explique par des facteurs sociaux, professionnels, économiques et personnels. L'âge moyen à l'accouchement atteint désormais 31 ans en Europe. Actuellement, plus d'une femme sur quatre est âgée de 35 ans ou plus au moment de la naissance, contre moins d'une sur cinq en 2012. Cette évolution démographique, si elle reflète des choix de vie et des parcours professionnels plus longs, n'est pas sans conséquences sur la santé des femmes et des nouveau-nés. L'avancée en âge, en particulier au-delà de 35 ans, est associée à une diminution progressive de la fertilité ainsi qu'à une augmentation de certains risques obstétricaux et périnataux, tels que les arrêts spontanés de grossesse, les anomalies chromosomiques, l'hypertension gravidique, le diabète gestationnel ou la prématurité. Face à cette évolution démographique, l'enjeu n'est pas de culpabiliser les femmes ni de remettre en question leur liberté de choix, mais de favoriser une information claire, objective et précoce sur l'impact de l'âge maternel sur la fertilité et la grossesse. Une stratégie de prévention pourrait s'appuyer sur l'éducation à la santé reproductive dès le jeune âge adulte, dans le cadre des consultations de médecine générale, de gynécologie ou de contraception. L'objectif serait de permettre à chacun de prendre des décisions éclairées concernant son projet parental, en conciliant aspirations personnelles, professionnelles et connaissances médicales, sans stigmatisation ni discours anxiogène. Une communication bienveillante, telle que proposée dans le plan contre l'infertilité par le biais d'une information systématique aux Français et Françaises de 29 ans, et fondée sur les données scientifiques, apparaît essentielle pour accompagner les choix reproductifs des femmes et des couples.

8) Les grossesses multiples médicalement induites

La fréquence des grossesses multiples en France, liée à la fois à l'augmentation de l'âge au premier enfant et au recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP), est parmi les plus élevées d'Europe. Alors que les grossesses multiples concernent environ 1,4% des grossesses en population générale, leur fréquence atteint 15 à 20% après une prise en charge en AMP, selon la technique utilisée. Cette forte proportion explique que les pays anglo-saxons qualifient de manière pragmatique les grossesses multiples issues de l'AMP de « *iatrogenic multiple pregnancy* ».

Les conséquences des grossesses multiples sont majeures. En France, par comparaison aux grossesses monofœtales, elles multiplient par environ 12 le taux de grande prématurité (avant 32 SA), par 8 celui de prématurité (avant 37 SA), par 3 le taux de mortalité fœtale après 28 SA et par 7 celui de mortalité néonatale. Elles contribuent ainsi de façon significative à la mortalité et à la morbidité périnatales associées à la prématurité, incluant le risque de troubles du neuro-développement. Elles augmentent également la mortalité et la morbidité maternelle, dont le risque de complications hypertensives,

d'évènements thrombo-emboliques, d'hémorragies du post-partum, de césarienne et d'hospitalisation en réanimation.

Dans ce contexte, la réduction des grossesses multiples médicalement induites constituent un objectif pertinent de santé publique. Ainsi, l'expérience des pays scandinaves montre qu'il est possible de diminuer significativement le taux de grossesses multiples liées à l'AMP sans réduire les taux de naissances vivantes, grâce à des politiques nationales adaptées.

La mission propose :

- de réserver la prise en charge des couples infertiles aux médecins ayant suivi une formation complémentaire spécifique (DU, DIU, DESC ou FST) consacrée à l'infertilité et à l'AMP. Sur le modèle de l'échographie obstétricale, pour laquelle une formation universitaire spécifique est aujourd'hui obligatoire, les praticiens exerçant déjà une activité régulière dans ce domaine sans être titulaires de ces diplômes pourraient bénéficier d'une procédure de validation des acquis organisée par les responsables des formations concernées, afin de reconnaître leurs compétences et de garantir la continuité de leur exercice ;
- d'informer systématiquement les couples, avant toute prise en charge en AMP (stimulation ovarienne, fécondation in vitro ou autre technique), du risque accru de grossesse multiple, de sa fréquence et de ses conséquences maternelles et néonatales, au moyen d'un document national d'information accompagné d'un consentement écrit, dont la rédaction pourrait être confiée aux sociétés savantes concernées ;
- de désigner les grossesses multiples issues de l'AMP sous le terme de « grossesse multiple médicalement induite », sur le modèle de la terminologie utilisée dans les pays anglo-saxons ;
- de s'inspirer du cadre réglementaire des pays nordiques concernant les modalités de prise en charge de l'AMP, en particulier en faisant du transfert d'un embryon unique (Single Embryo Transfer, SET) la règle, tout recours à un transfert multiple devant demeurer l'exception et être justifié par des raisons médicales.

II.1.3. Promouvoir l'allaitement maternel, dans le respect de la décision de la femme, comme facteur protecteur de la santé de la mère et du nouveau-né

Recommandation : Renforcer, tout au long du parcours périnatal, le soutien aux femmes qui souhaitent allaiter afin d'atteindre les cibles préconisées par le Haut Conseil de la Santé Publique :
- Taux de 85% d'enfants allaités à la naissance
- Taux d'au moins 75% d'enfants bénéficiant d'un allaitement maternel exclusif à la naissance
- Allongement de deux semaines de la durée médiane d'allaitement maternel exclusif (soit passer de 6 à 8 semaines)
- Taux d'au moins 40% d'enfants en allaitement maternel exclusif ou prédominant à deux mois

L'allaitement maternel est reconnu pour ses bénéfices majeurs sur la santé de l'enfant (réduction du risque d'infection, d'obésité, de mort inattendue du nourrisson, bénéfices sur l'attachement, le développement psychomoteur et possiblement les capacités cognitives), et de la mère (réduction du risque de cancer du sein, de l'ovaire, de maladies cardio-vasculaires et de diabète) et les recommandations des autorités sanitaires sont claires, convergentes et bien établies.

Pourtant, malgré des évolutions positives observées entre 2012 et 2021, notamment sur la durée médiane de l'allaitement, la France reste très en retrait par rapport aux autres pays européens et aux objectifs recommandés par l'OMS. Si près de 3 femmes sur 4 initient un allaitement maternel à la maternité, seule 1 sur 2 allaite encore à 2 mois et moins de 20 % à 4 mois, contre la moitié en Allemagne et en Italie. En Norvège, 99 % des bébés sont allaités à la naissance, 89 % le sont toujours à deux mois et 71 % à six mois. En outre, de fortes disparités territoriales et socio-économiques persistent, l'allaitement étant plus fréquent chez les femmes plus âgées, diplômées et favorisées.

De nombreuses mères déclarent manquer de soutien vis-à-vis de l'allaitement après la sortie de maternité. L'arrêt de l'allaitement survient souvent très tôt, dans les premières semaines, ce qui suggère que le choix d'allaiter est moins le principal enjeu que la capacité à être accompagnée pour

poursuivre. La reprise de l'activité professionnelle constitue une autre période à risque d'arrêt : les contraintes d'organisation et un environnement professionnel peu adapté conduisent souvent à un sevrage précoce ou au passage à un allaitement mixte avant les 6 mois recommandés.

Alors que l'allaitement en France est généralement perçu dans la population générale comme une pratique souhaitable, son initiation et son maintien restent très insuffisamment soutenus sur les plans social et organisationnel, ce qui a entravé l'atteinte des objectifs du Programme National Nutrition Santé 2019-2023 et contribue à des durées d'allaitement plus courtes que dans de nombreux pays européens. Tous ces éléments soulignent la nécessité d'une politique globale et concertée renforçant le soutien aux mères qui souhaitent allaiter et favorisant de meilleures conditions de conciliation entre allaitement et vie professionnelle.

La mission soutient les recommandations publiées par le Haut Conseil de la Santé Publique dans son rapport de 2024, et préconise, en particulier, de :

1) Dès la grossesse : mieux informer les parents sur les bénéfices de l'allaitement pour favoriser un choix éclairé.

2) Pendant le séjour en maternité : soutenir la labellisation IHAB (Initiative Hôpital Ami des bébés) des maternités, dont l'efficacité sur les taux d'allaitement exclusif est démontrée. La France, qui ne compte que 84 maternités labellisées (17 % des naissances), a une marge de progression importante vis-à-vis de ce label. Le développement de cette approche s'inscrit pleinement dans les objectifs du programme des 1000 premiers jours et a été intégrée au PNNS 5.

Initiative Hôpital Ami des bébés, un programme de soutien à la parentalité et à l'allaitement

Lancée en 1991 par l'OMS et l'UNICEF, l'Initiative Hôpital Ami des bébés (IHAB) est un programme de soutien à la parentalité fondé sur 10 recommandations basées sur des données scientifiques solides. Initialement centré sur la promotion de l'allaitement maternel, il a progressivement évolué vers une approche globale de soins centrés sur l'enfant et sa famille, créant un environnement favorable à l'allaitement et à la mise en place d'un lien d'attachement sécure. Son déploiement dans plus de 20 000 maternités réparties dans 150 pays témoigne de sa faisabilité et de son efficacité dans des contextes sanitaires variés.

En France, où le taux d'allaitement demeure parmi les plus faibles d'Europe, une étude de Santé publique France publiée en 2024[6] a montré que les maternités labellisées obtiennent de meilleurs résultats en matière d'allaitement exclusif et réduisent le recours à l'allaitement mixte, y compris après ajustement des caractéristiques socio-démographiques et cliniques des mères et des enfants. L'impact apparaît particulièrement marqué chez les nouveau-nés de faible poids de naissance, population plus exposée à un moindre recours à l'allaitement, pour laquelle l'IHAB contribue à réduire les écarts observés avec les enfants de poids normal. Plus largement, la démarche IHAB constitue un cadre structurant pour accompagner l'évolution des pratiques vers le respect du principe de zéro-séparation et une meilleure prise en compte des besoins et des attentes des mères et des familles.

3) Renforcer l'accompagnement autour de l'allaitement après la sortie de maternité.

Les études montrent que le soutien à l'allaitement favorise sa prolongation en particulier au retour à domicile à la sortie de la maternité. Le soutien peut être individuel ou en groupe, par des professionnels libéraux (par ex. consultantes en lactation, sage-femmes, puéricultrices, pédiatres), par la Protection Maternelle et Infantile (PMI), par des associations, par des pairs, ou via un soutien téléphonique par des écoutants formés. Les leviers pour renforcer ce soutien incluent :

- De renforcer la coordination du soutien à l'allaitement au niveau régional par les réseaux de périnatalité/DSRP et au niveau local entre maternités, sage-femmes, pédiatres, puéricultrices,

[6] Guajardo-Villar et al., International Journal of Epidemiology 2024, doi:10.1093/ije/dyae080

médecins généralistes, gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens et PMI, en particulier pendant les 15 premiers jours après la sortie de maternité ;
- De reconnaître une cotation des consultations allaitement pré et post-natales par un professionnel de santé (médecin, sage-femme ou puéricultrice) exerçant en PMI, en centre de santé ou en libéral, s'il est formé à l'allaitement par une formation certifiée ;
- De favoriser une montée en compétence globale des professionnels sur l'allaitement maternel (médecins généralistes, sage-femmes, gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens, pédiatres et puéricultrices) en améliorant la formation initiale et en donnant de la visibilité aux formations labellisées existantes (DSRP, association IHAB, ADLF) ainsi qu'aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS (2006), du CNGOF (2015) et du CNSF (2021) ; promouvoir la diffusion auprès du grand public du Guide de l'allaitement maternel de Santé publique France (2023) ;
- De généraliser les dispositifs de soutien téléphonique spécialisé en allaitement sur le modèle des numéros verts déjà mis en place dans certaines régions (SOS allaitement, ARS Ile de France, Allait'Écoute, ARS Hauts de France). Sous la forme d'un numéro vert gratuit, ces dispositifs, portés par les DSRP, offrent, en dehors des heures d'ouverture des lieux de consultation (soirées et week-ends), un accès rapide à des conseils spécialisés par des professionnels de santé formés, à une orientation adaptée et à une prise en charge précoce des difficultés rencontrées.

SOS Allaitement : un dispositif téléphonique de soutien en post-partum

Dans la région Île-de-France, le dispositif SOS Allaitement (budget annuel d'environ 20 000€) a reçu plus de 8000 appels en 2025, témoignant d'un besoin important de soutien après la sortie de maternité. Il apporte une réponse graduée aux situations rencontrées : plus de la moitié des appels ont conduit à une orientation vers des ressources de proximité (consultante en lactation, sage-femme ou puéricultrice libérale, PMI), tandis qu'une part non négligeable (7%) a relevé d'une prise en charge urgente pour une complication maternelle ou néonatale. En complément du soutien aux familles, ce dispositif constitue un outil d'appui aux professionnels de santé grâce à des écoutants formés, à la mise à disposition d'un annuaire des professionnels formés, et à une coordination territoriale favorisant l'harmonisation des pratiques.

4) Soutenir l'allaitement dans les services de néonatologie.

L'allaitement maternel revêt une importance particulière pour les nouveau-nés hospitalisés, notamment ceux nés prématurément. Toutefois, sa mise en œuvre est plus complexe dans ces situations et le recours au tire-allaitement est essentiel pour initier et maintenir la lactation tant que les mises au sein ne sont pas possibles.

Les principales mesures comprennent :

- De faire évoluer le cadre réglementaire des conditions techniques de fonctionnement des services de néonatologie afin d'intégrer des aménagements architecturaux favorisant le principe de zéro-séparation et les soins centrés sur l'enfant et sa famille (cf infra) ;
- De garantir la présence de consultant(e)s en allaitement dans les services de néonatologie et les maternités ;
- De soutenir l'action des lactariums (élargissement des missions des lactariums à usage interne, création d'antennes pour favoriser la collecte de lait de don, adaptation des moyens humains et matériels, révision de la grille de répartition des MIG) et promouvoir le don de lait humain pour nourrir les nouveau-nés les plus vulnérables.

5) Faciliter la conciliation entre allaitement et vie professionnelle lors de la reprise du travail :

La mission propose :

- De supprimer la retenue sur salaire liée à la pause allaitement et d'assouplir son application ;
- De normaliser l'image de l'allaitement auprès des employeurs et du grand public, en s'appuyant notamment sur les réseaux sociaux ;
- De moderniser les dispositifs réglementaires en crèche et chez les assistantes maternelles afin de lever les obstacles qui empêchent l'utilisation du lait maternel et d'élaborer un protocole national harmonisé précisant les modalités de recueil, de transport, de stockage, de conservation, de traçabilité et d'administration du lait maternel confié par les parents dans les structures de garde.

6) Garantir le respect du code international de commercialisation des substituts du lait maternel (code OMS) encadrant la promotion des préparations lactées commerciales en l'inscrivant dans la loi, afin de préserver un environnement favorable à l'allaitement.

II.2 Un suivi mieux coordonné des patientes, pour un parcours de soins exempt de ruptures et davantage personnalisé

II.2.1 : Garantir la lisibilité du parcours de soins périnatal tant pour les patientes que pour les soignants par la désignation d'un professionnel référent

Recommandation : Mieux expliciter le dispositif de la sage-femme référente pour garantir à la femme enceinte un parcours de soins personnalisé, sans rupture et sans redondance.

Recommandation : Évaluer le dispositif sage-femme référente, en particulier si les objectifs de coordination du parcours de soins post-partum ont été atteints.

Recommandation : Évaluer les dispositifs de coordination des soins mis en place à destination des populations précaires.

Recommandation : Évaluer la fréquence d'occurrence des doublons de consultation dans le suivi pré, per et post-partum des grossesses à bas risque.

Actuellement dans le suivi pré, per et post-partum d'une grossesse à bas risque en tenant compte du suivi obstétrical, anesthésique, échographique, et post-partum, y compris les entretiens pré et post-nataux précoces et de préparation à la naissance et à la parentalité, le nombre de consultations prises en charge partiellement ou complètement par la CPAM est d'environ 25. Le retour des auditions fait état de doublons de consultation entre les différents professionnels (médecin généraliste/gynécologue médical/sage-femme/gynécologue-obstétricien) et laisse suspecter que ces doublons concernent les populations plus favorisées. Cette impression n'a pas été étayée par la mission factuellement mais il semble important de l'explorer car, si le phénomène est confirmé, cela représente à la fois un manque d'efficience et un coût inutile dans le parcours de soins des patientes concernées. Une réorganisation des soins, associée à une meilleure information des professionnels de santé et des femmes concernées, pourrait générer des économies susceptibles d'être réaffectées à d'autres politiques.

Le rapport de la Commission des 1000 premiers jours en septembre 2020 posait clairement le problème de départ en pointant une multiplicité des sources et des interlocuteurs pendant la grossesse, génératrice de confusion voire d'inintelligibilité pour les parents. Or la présence de facteurs de risque, de pathologies pré-existantes à la grossesse, de vulnérabilités, nécessite un accompagnement et un suivi médical adaptés, suscitant parfois l'intervention de plusieurs professionnels, et rendant indispensable la bonne coordination et collaboraton de ces différents acteurs.

La Commission des 1000 premiers jours a en conséquent proposé la formalisation d'une fonction de référent unique désigné dès le début de la grossesse, dans la continuité de l'EPP. Celle-ci s'entendait

initialement avant tout comme un outil de ciblage des populations les plus défavorisées et possiblement les plus en difficulté dans l'organisation du parcours du soin.

Prenant acte de ces recommandations, la loi du 26 avril 2021 a introduit la possibilité pour les femmes enceintes de déclarer une sage-femme référente auprès de l'Assurance Maladie. Celle-ci devient un véritable pivot du parcours de la patiente. Elle se voit en effet assigner par les textes à la fois un rôle d'information, de suivi, de prévention et de coordination afin d'assurer la bonne articulation ville/hôpital et de faire le lien entre la maternité et le médecin traitant.

Depuis son décret d'application du 11 novembre 2023, le dispositif de la sage-femme référente a fait l'objet d'une importante médiatisation de la part de la CNAM et d'une forte montée en charge auprès des patientes. Pour autant, l'information donnée par l'Assurance Maladie n'apparait pas toujours intelligible et fait l'objet d'une compréhension hétérogène auprès des soignants. En effet, le terme « référente » qui a été retenu dans les textes plutôt que celui de « coordinatrice » (qui correspond à sa mission) est parfois source de confusion, le référent étant généralement considéré par les médecins comme portant la responsabilité de la prise en charge. A ce titre, il semble intéressant d'interroger les médecins sur l'opportunité de leur ouvrir ce dispositif.

Afin de garantir la qualité et la continuité du parcours de soins périnatals des patientes, la mission entend rappeler **trois principes fondamentaux** devant présider à toute mise en place de parcours de soins :

- **Du côté de la patiente,** le maintien du choix de son professionnel responsable de sa prise en charge périnatale (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue médical, gynécologue-obstétricien), le choix d'une sage-femme référente apparaissant comme une latitude supplémentaire accordée à la patiente ;
- **Du côté des soignants**, l'orientation vers une filière adaptée au niveau de risque de la grossesse, avec une gradation des soins et un choix de la maternité adaptés aux pathologies de la femme et de son enfant en accord avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2016) ;
- **Du côté de l'Assurance Maladie** enfin, la délivrance d'une information intelligible et claire explicitant : les possibilités offertes à la femme de choix d'un soignant pour le suivi de sa grossesse (médecin ou sage-femme), le dispositif de la sage-femme référente et ses modalités d'accès, clarifiant son rôle vis-à-vis des autres professionnels précités amenés à suivre la grossesse à même de garantir la non-multiplication et la non-redondance des dispositifs.

Toutefois, à ce jour, ce dispositif récent de sage-femme référente n'a pas fait l'objet d'une évaluation approfondie et d'une mesure de sa pertinence. En conséquence, son impact réel sur l'amélioration des parcours de soins, notamment en postnatal, demeure insuffisamment documenté. Cette évaluation est recommandée par l'IGAS dans son rapport sur la périnatalité (janvier 2026).

Au-delà de ces recommandations générales, la mission déplore que le dispositif du professionnel référent n'ait pas l'objet d'une diffusion plus large auprès des patientes les plus précaires, initialement prioritairement visées par la recommandation de la Commission des 1000 jours. Une partie des femmes en situation de grande vulnérabilité échappe en effet à ce dispositif du fait de leur non-affiliation à la sécurité sociale même si elles peuvent pour certaines d'entre elles bénéficier d'un parcours coordonné dans le cadre de PASS déployés localement.

II.2.2 : L'Entretien prénatal précoce : pour une prise en compte de la dimension psychologique et émotionnelle, ainsi que de l'environnement social de la grossesse

Recommandation : Promouvoir l'EPP notamment à destination des publics les plus fragiles, et le recentrer sur sa vocation de repérage précoce des vulnérabilités, en permettant que cet entretien puisse avoir lieu à domicile ou en téléconsultation pour les populations vulnérables, dans une démarche "d'aller-vers".

Recommandation : Dans une démarche d'évaluation des pratiques, évaluer l'efficience de l'EPP pour réduire la morbidité périnatale et/ou maternelle et plus globalement améliorer la qualité des soins.

La HAS sensibilise l'ensemble des professionnels qui prennent en charge les femmes avant, pendant et après leur grossesse (sages-femmes, médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales…) à l'importance du dépistage des situations de vulnérabilité et ce dès le premier contact, puis régulièrement tout au long de la grossesse et du post-partum, la situation pouvant évoluer.
L'EPP (obligatoire depuis 2020) est un temps consacré particulièrement à ce repérage et à l'orientation possible. Les situations de vulnérabilité sont à considérer individuellement, en tenant compte des singularités de chaque femme, de ses ressources, de son entourage, de son parcours et de son histoire, afin de proposer une prise en soins personnalisée. Une possibilité de réaliser cet entretien à domicile, dans une démarche "d'aller-vers", ou en téléconsultation, pourrait faciliter son déploiement pour les populations précaires, populations pour qui l'EPP pourrait être le plus pertinent.

Pourtant, bien que cet entretien soit obligatoire et destiné à toutes les femmes enceintes et les couples, il semble être réalisé majoritairement auprès des populations non précaires (ce qui n'exclut pas la présence de vulnérabilités dans des populations favorisées). Par ailleurs, cet outil de prévention, depuis son instauration en France, n'a jamais fait l'objet d'une évaluation qualitative de sa pertinence pour réduire la morbidité périnatale et/ou maternelle, ou plus globalement pour améliorer la qualité des soins. Les seules évaluations disponibles sont quantitatives (taux de femmes ayant pu en bénéficier).

Comme pour toute politique de santé innovante visant à améliorer la qualité des soins mais dont l'efficacité reste à documenter, il est donc indispensable de conduire une évaluation médico-économique de l'EPP, en intégrant notamment les caractéristiques socio-économiques des femmes concernées.

Enfin, il apparait important de souligner que le dépistage des vulnérabilités ne se cantonne pas à l'EPP mais peut avoir lieu bien sûr à tout moment lors des consultations prévues avant et après l'accouchement (consultation pré-conceptionnelle, consultations médicales de suivi de grossesse, séances de préparation à la naissance, consultations post-natales…).

II. 3 Mieux informer les femmes pour leur délivrer des informations fiables et les rendre actrices de leur santé

Recommandation : Mieux organiser et hiérarchiser l'information sur les ressources en matière de périnatalité, tant à destination des professionnels que des familles, via notamment la création d'un Info-Score santé permettant d'évaluer la qualité éditoriale des sources d'information.

Omniprésentes sur les réseaux sociaux, les informations trompeuses ou inexactes dans le domaine de la santé sont facilement propagées et peuvent avoir des conséquences néfastes sur la santé des individus.

Le rapport sur l'Information en santé (janvier 2026) pose le constat d'une faiblesse structurelle de l'information en santé nourrie et portée par une intensification de la désinformation par les réseaux sociaux et la montée en puissance des « faits alternatifs » (infox). Parallèlement les ressources documentaires de qualité apparaissent insuffisamment connues et sous-exploitées y compris parfois par les professionnels de santé.

Dans le champ spécifique de la périnatalité, l'information de qualité existe et apparait relativement structurée quoique fragmentée, notamment en matière de prévention, dans de grands sites d'information gouvernementaux (site des 1000 premiers jours, site manger-bouger de Santé-publique France).

La coexistence de multiples sources d'information est inévitable et n'est pas dommageable en elle-même. Elle est toutefois susceptible d'alimenter la désinformation faute notamment d'une hiérarchisation adéquate de l'information, et parfois, comme précédemment indiqué, d'un adressage et d'une connaissance suffisante des ressources les plus qualitatives par les professionnels de santé.

Les différents acteurs publics peuvent par ailleurs apparaitre enclins à constituer des ressources documentaires dédiées dans leur sphère ministérielle, dans certains cas voire souvent sans articulation adéquate avec les grands sites de santé publique promus par le ministère de la santé.

Une meilleure organisation de l'information pourrait passer par un double mouvement :

- La hiérarchisation des sites de référence par exemple via des *vade mecum* et des pages regroupant les ressources dédiées sur le site des 1000 premiers jours et sur le site d'accueil des maternités ;
- Une action de labellisation des sites d'information telle que proposée par le rapport sur l'Information en santé passant par la création d'un Info-score santé sur le modèle du Nutri-score scientifiquement étayé et déjà déployé dans le champ de l'information nutritionnelle.

Plus spécifiquement à destination des professionnels, des guides de bonnes pratiques compilant les ressources déjà existantes (notamment les recommandations de bonne pratiques élaborées par les sociétés savantes) pourraient être mis à disposition sur les grands sites du ministère de la santé déjà précités.

Par ailleurs contrairement à ce qu'il peut exister pour d'autres politiques publiques portant sur la petite enfance, notamment en matière de ressources relatives aux modes de garde, il n'existe pas de cartographie des lieux de la périnatalité (PMI, CPP etc.). Il pourrait être demandé que celle-ci soit réalisée et figure dans l'annuaire Service-public à l'instar de ce qui existe déjà pour les administrations, les organismes de Sécurité sociale ou pour d'autres lieux accueillant du public.

Cette fragmentation et cette redondance des ressources documentaires ont également leur pendant sur le volet parcours numérique des patientes : dès l'envoi de la déclaration de grossesse, celles-ci se voient proposer un double parcours à la fois par l'Assurance-maladie sur son site Ameli et par MonEspaceSanté. Si ces deux parcours numériques revêtent un intérêt réel et ne se contredisent pas sur le fond, ils ne sont pas identiques et sont susceptibles également de générer des confusions et gagneraient à être pleinement articulés.

Cet effort d'information doit particulièrement être marqué à destination des publics les plus précaires ; cela passe en premier lieu par une meilleure connaissance de leurs canaux d'information et une généralisation des bonnes pratiques d'accompagnement et d'information renforcée. Les outils FALC (faciles à lire et à comprendre), déjà déployés par certaines administrations et grands sites publics d'information (service.public.fr) doivent être mobilisés prioritairement. Le recours à l'interprétariat et la traduction des documents d'information le cas échéant devrait être systématisé dans les lieux de soins qui reçoivent un public étranger nombreux.

Des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, réalisées par les professionnels de santé, pour lutter contre la désinformation

L'État a mis en place des séances de préparation à la naissance et à la parentalité remboursées à 100% qui permettent d'apporter toutes les informations pour que la femme enceinte et le coparent puissent devenir acteurs de leur santé et de celle de l'enfant à naître. Ils peuvent élaborer un projet de naissance, et se projeter au-delà de l'accouchement.

Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple. De ce fait, le rôle des professionnels et les relations des professionnels de santé entre eux se trouvent modifiés. La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice (HAS 2005).

II.4. Sécuriser l'accouchement et la prise en charge des nouveau-nés et leurs mères tout en assurant aux usagers un équilibre entre proximité et sécurité des soins

II.4.1. En matière territoriale, se doter d'un cadre national partagé et miser sur les CPP comme leviers concrets d'aménagement du territoire

Recommandation : Sortir la question de la réorganisation territoriale des maternités de l'impasse en se dotant d'un cadre national partagé : élaborer, de façon collégiale, un référentiel national multicritère, transparent et public, pour guider la restructuration de l'offre en maternités sur la base de diagnostics territoriaux partagés, rendus publics également. Ce référentiel constituerait un outil pour aider les ARS à restructurer l'offre de soins.

L'organisation territoriale des maternités est aujourd'hui confrontée à une contradiction majeure. D'une part, les difficultés de recrutement et de maintien des équipes rendent de plus en plus difficile le fonctionnement d'un grand nombre de petites structures. D'autre part, l'absence de stratégie nationale de restructuration conduit à des fermetures décidées dans l'urgence, avec des conséquences négatives importantes pour les populations, les professionnels et les établissements de santé. Cette situation justifie l'élaboration d'une politique nationale de réorganisation, fondée sur des critères objectifs, transparents et partagés avec l'ensemble des acteurs concernés, permettant d'anticiper les évolutions plutôt que de les subir.

Anticiper les restructurations pour éviter les fermetures brutales

Les restructurations intervenues ces dernières années ont trop souvent pris la forme de fermetures soudaines et brutales, motivées par l'impossibilité de maintenir une permanence des soins et/ou par la survenue d'événements sanitaires graves révélant des dysfonctionnements déjà identifiés. Ces décisions, prises dans l'urgence, sans anticipation ni concertation suffisantes avec les élus et les populations, alimentent une forte incompréhension et un sentiment de perte d'accès aux soins et d'abandon des territoires. Elles fragilisent durablement la confiance des usagers envers le système de santé et peuvent conduire certaines femmes à se détourner des parcours de soins conventionnels.

Ces fermetures non préparées déstabilisent également les maternités de recours, contraintes d'absorber rapidement un surcroît d'activité sans bénéficier d'un renforcement concomitant de leurs effectifs médicaux, paramédicaux ou de leurs capacités d'hospitalisation. Cette situation accentue les tensions sur les équipes, dégrade les conditions de travail et compromet la capacité du système à répondre efficacement aux besoins de la population.

Une restructuration anticipée permettrait au contraire d'organiser progressivement les évolutions, d'accompagner les territoires concernés et de développer, avant toute fermeture, des solutions garantissant le maintien d'une offre périnatale de proximité.

Mettre un terme à un modèle de permanence des soins devenu insoutenable

Le maintien d'un nombre important de maternités à faible activité mobilise des ressources humaines disproportionnées pour assurer une permanence des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Cette organisation exige simultanément la présence ou l'astreinte de gynécologues-obstétriciens, d'anesthésistes-réanimateurs, de pédiatres et de sages-femmes, alors même que certains de ces professionnels sont en nombre insuffisant, et ce parfois pour un volume d'activité médicale parfois faible voire très faible selon les structures.

Cette inadéquation entre les besoins et les ressources disponibles entraîne un recours massif à l'intérim médical, dont le coût supplémentaire pour les établissements est devenu considérable, comme l'a montré l'IGAS dans son rapport sur le temps de travail des médecins (juillet 2026). Au-delà

de son impact financier, cette dépendance aux remplacements temporaires dégrade la cohésion des équipes et la continuité des pratiques professionnelles, et contribue à réduire encore l'attractivité des structures concernées. En effet, les jeunes professionnels privilégient désormais des organisations offrant des équipes stables, une charge de gardes (ou Permanence Des Soins en Établissement de Santé [PDSES]) compatible avec une qualité de vie satisfaisante et de réelles perspectives de développement professionnel.

Les réponses fondées sur la solidarité entre établissements ou sur la mobilisation contrainte de praticiens exerçant dans d'autres maternités n'apportent pas de solution durable. Elles déplacent les difficultés sans résoudre le problème structurel et contribuent à démobiliser les équipes qui assurent déjà une PDSES particulièrement exigeante. La coercition ne peut constituer une politique de gestion des ressources humaines.

Une organisation territoriale reposant sur la mutualisation des plateaux techniques et des équipes, lorsque les conditions géographiques le permettent, apparaît dès lors comme la seule réponse permettant de garantir durablement la PDSES tout en maîtrisant les dépenses publiques.

Faire de la sécurité des soins le principe directeur de la réorganisation

La sécurité des soins constitue l'enjeu central de la restructuration de l'offre. Les maternités à très faible volume d'activité sont confrontées à une difficulté majeure : les professionnels y réalisent un nombre insuffisant d'actes pour maintenir durablement leur expertise, notamment dans la gestion des situations obstétricales complexes ou des urgences vitales. Cette faible activité quand elle s'accompagne d'une forte instabilité des équipes, liée au recours à des praticiens temporaires ou à des professionnels qui ne travaillent pas habituellement ensemble, limite le développement d'une véritable culture commune de sécurité.

Cette fragilité organisationnelle alimente elle-même les difficultés de recrutement. Les établissements perçus comme insuffisamment sécurisés attirent moins facilement les professionnels expérimentés, tandis que les contraintes liées à la permanence des soins et l'instabilité des équipes détériorent encore leur attractivité. Il s'installe ainsi un cercle vicieux dans lequel la faible activité, l'instabilité des équipes, la perte d'attractivité et les difficultés de recrutement se renforcent mutuellement.

La restructuration de l'offre ne doit donc pas être envisagée comme une politique de réduction du nombre de maternités mais comme une politique d'amélioration de la qualité des soins. Elle vise à garantir que chaque naissance bénéficie d'équipes suffisamment expérimentées, d'une PDSES robuste et de conditions d'exercice permettant de fidéliser durablement les professionnels. Elle doit toutefois demeurer adaptée aux réalités territoriales, certaines maternités devant être maintenues lorsqu'elles répondent à des contraintes géographiques particulières ou à des situations d'isolement médical.

Dans cette perspective, la mise en place d'un référentiel national multicritère, partagé avec l'ensemble des acteurs de la périnatalité, les élus et les usagers, apparaît comme un préalable indispensable. Il permettrait de dépasser une logique de fermetures subies au profit d'une véritable politique de transformation territoriale conciliant sécurité, équité d'accès aux soins de qualité, attractivité des professionnels et soutenabilité économique du système de santé.

Élaborer un référentiel national multicritère pour guider la restructuration de l'offre des maternités

L'analyse des situations rencontrées sur le territoire montre qu'aucun critère isolé ne permet de décider, à lui seul, du maintien ou de la transformation d'une maternité. Si certains seuils réglementaires, notamment ceux issus des décrets de périnatalité de 1998, constituent des repères importants, ils ne peuvent résumer à eux seuls la diversité des situations territoriales. Une maternité réalisant une faible activité peut demeurer indispensable dans un territoire particulièrement isolé. À l'inverse, plusieurs établissements de volume plus importants et géographiquement proches peuvent être simultanément confrontés à des difficultés chroniques de permanence des soins qui rendent une mutualisation plus pertinente que leur maintien séparé. La restructuration de l'offre ne peut donc reposer sur un seuil unique d'activité ou sur un indicateur pris isolément, mais doit résulter d'une appréciation globale, objectivée et partagée des besoins et des contraintes propres à chaque territoire.

La mission propose ainsi d'élaborer un référentiel national multicritère destiné à accompagner les ARS dans leurs décisions de maintien, ou, lorsque cela est nécessaire, de fermeture/suspension ou de

transformation de la maternité en CPP. Ce référentiel constituerait un outil d'aide à la décision permettant d'harmoniser les pratiques entre territoires, d'objectiver les choix et de renforcer leur transparence. Son utilisation interviendrait à l'issue de diagnostics territoriaux partagés portés par les ARS, associant l'ensemble des parties prenantes, afin que chaque évolution de l'offre repose sur une analyse documentée des besoins de la population, de la sécurité des soins, des ressources disponibles et des alternatives envisageables.

La mission préconise que l'élaboration de ce référentiel s'appuie sur une démarche collégiale associant l'ensemble des acteurs concernés : représentants des sociétés savantes des disciplines impliquées en périnatalité, des conseils nationaux professionnels, des fédérations hospitalières et des réseaux de périnatalité, représentants des usagers, des ARS, de la Haute Autorité de santé, de l'Assurance Maladie, élus, ainsi que les administrations centrales concernées. Afin de garantir un consensus aussi large que possible sur des sujets particulièrement sensibles, cette élaboration pourrait reposer sur une méthode de consensus Delphi, permettant d'organiser plusieurs cycles de consultation anonymes et successifs jusqu'à l'obtention d'un accord sur les principaux critères d'évaluation.

Sans préjuger des résultats de la concertation, le référentiel pourrait intégrer plusieurs familles de critères complémentaires. A titre d'exemple, des critères réglementaires pourraient inclure le respect des exigences fixées par les décrets de périnatalité, au minimum tels qu'ils avaient été fixés en 1998, en particulier le seuil minimal d'activité (300 naissances/an) et la capacité à assurer une permanence pédiatrique conforme aux obligations en vigueur. Des critères de sécurité pourraient porter sur la survenue d'événements indésirables graves, les indicateurs de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales, les résultats des démarches de certification ou encore l'existence de dysfonctionnements organisationnels répétés susceptibles d'altérer la qualité des soins. Des critères organisationnels pourraient prendre en compte la capacité à assurer durablement la permanence des soins des quatre acteurs indispensables à l'activité obstétricale (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres), la stabilité des équipes, le recours à l'intérim ou la fréquence des ruptures de fonctionnement. Enfin, des critères territoriaux permettraient d'apprécier la proximité d'autres maternités, l'accessibilité géographique, les contraintes spécifiques de certains territoires (zones de montagne, insularité, déserts médicaux) ainsi que les possibilités de mutualisation entre établissements.

Enfin, ce référentiel devrait également définir les modalités d'accompagnement des restructurations afin que celles-ci se traduisent par une amélioration effective de l'accès aux soins. À ce titre, il pourrait préciser les conditions de transformation des maternités en centres périnataux de proximité, les dispositifs de transport médicalisé ou accompagné des parturientes, le recours à des équipes mobiles périnatales, le développement des hôtels hospitaliers ainsi que l'ensemble des mesures permettant de garantir la continuité des parcours et l'acceptabilité des restructurations par les professionnels, les élus et les populations concernées.

Recommandation : Élargir les missions et expérimenter de nouveaux modes de fonctionnement des centres périnataux de proximité pour en faire des lieux de ressources partagés au service de la santé des femmes, de leurs nouveau-nés et de la vitalité des territoires, notamment ruraux, tenant compte de l'offre de soins libérale pré-existante.

Recommandation : Dans les territoires éloignés d'une maternité disposant d'un plateau technique, garantir la qualité et la rapidité des transports prénatals urgents par la mise en place, au sein du CPP, d'une organisation permettant la mobilisation 24 heures sur 24 d'un moyen de transport sanitaire adapté (VSL ou taxi conventionné), financé par l'Assurance Maladie, avec possibilité d'accompagnement par une sage-femme selon la situation clinique.

Les Centres Périnataux de Proximité (CPP) : un modèle permettant de maintenir une offre de soins périnatale territoriale sécurisée

Dans le cadre d'une réorganisation territoriale de l'offre de soins périnatals, la transformation des maternités ne répondant plus aux critères nécessaires au maintien d'une activité d'accouchement doit

privilégier, lorsque les conditions sont réunies, leur évolution vers un Centre Périnatal de Proximité (CPP) selon une approche multicritère.

Cette évolution permet de préserver une offre de soins de proximité essentielle pour les populations, tout en recentrant l'activité sur les soins qui peuvent être réalisés en toute sécurité hors d'un plateau technique obstétrical. Le CPP doit ainsi devenir un véritable outil d'amélioration du suivi, de la prévention et du dépistage en périnatalité, notamment pour les femmes et les familles présentant des facteurs de vulnérabilité.

Cette offre de proximité doit être organisée en articulation étroite avec une maternité référente disposant du plateau technique adapté pour assurer les prises en charge nécessitant une naissance sur site, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation en urgence, avec des dossiers partagés et des protocoles d'escalade vers la maternité de référence. Selon les besoins du territoire, cette organisation peut être renforcée par une présence élargie d'une sage-femme au sein du CPP, voire une présence continue 24h/24, avec la possibilité 24h/24 de solliciter un avis de recours avec la maternité de référence du CPP, en particulier grâce à la télé-expertise (par exemple pour avis sur enregistrement du rythme cardiaque fœtal), ainsi que par une organisation des transports permettant un transfert adapté et sécurisé entre le CPP et la maternité référente lorsque cela est nécessaire.

Les missions et avantages des Centres Périnataux de Proximité

Le CPP peut être considéré comme une structure permettant de maintenir une grande partie de l'offre périnatale d'une maternité, à l'exception des activités nécessitant un plateau technique : accouchements, actes chirurgicaux et prises en charge des complications nécessitant une hospitalisation.

Selon les besoins et les organisations locales, un CPP peut proposer notamment :

- des consultations gynécologiques programmées ;
- des consultations d'orthogénie et de santé sexuelle ;
- des consultations de suivi de grossesse ;
- des consultations échographiques ;
- des consultations spécialisées avec psychologue, assistant(e) social(e), diététicien(ne), addictologue, conseiller(ère) en allaitement, référent(e) violences faites aux femmes, etc. ;
- des consultations pédiatriques ;
- un suivi postnatal des femmes et des nouveau-nés ;
- une structure de type Maison des femmes permettant une prise en charge globale des situations de vulnérabilité.

Ainsi, l'ensemble des soins programmés et non interventionnels peuvent être maintenus au plus près des populations. Seuls les actes nécessitant un environnement technique spécifique, notamment l'accouchement, la chirurgie ou la prise en charge d'une complication maternelle ou fœtale nécessitant une hospitalisation, sont réalisés dans une maternité disposant des moyens adaptés.

Au-delà du maintien d'une offre de soins localement, le CPP constitue également un outil majeur de prévention en santé périnatale, permettant de développer des actions de dépistage, de vaccination, de surveillance médicale et d'accompagnement précoce des femmes et des enfants.

Une organisation adaptable aux réalités territoriales

Les CPP doivent pouvoir s'inscrire dans des modèles organisationnels souples, adaptés aux ressources et aux besoins locaux. Ils peuvent relever d'une gouvernance publique, privée ou mixte, avec des professionnels pouvant exercer sous différents statuts : salariés hospitaliers, professionnels libéraux ou agents publics, en complémentarité avec l'offre de soins existante du territoire.

Dans la configuration actuelle, chaque CPP dispose d'un partenariat formalisé avec une maternité référente. Cette maternité correspond idéalement à celle dans laquelle la femme a choisi d'accoucher, tout en respectant naturellement le libre choix de la patiente. Dans certains territoires, un CPP peut être situé à proximité de plusieurs maternités et établir des collaborations avec plusieurs établissements.

Selon les organisations retenues localement, la maternité référente peut :

- assurer directement la responsabilité médicale du CPP ;
- mutualiser certains personnels avec le CPP ;
- ou simplement établir une convention de partenariat et contribuer ponctuellement au fonctionnement du CPP par la mise à disposition de professionnels (par exemple une sage-femme ou un médecin intervenant régulièrement au sein du CPP).

Ces modalités de coopération, déjà fréquentes entre structures de soins, favorisent la continuité des parcours, l'harmonisation des pratiques professionnelles et la diffusion des protocoles communs entre le CPP et la maternité référente.

Lorsque cela est nécessaire, des dispositifs de téléconsultation avec la maternité référente peuvent également compléter cette organisation afin d'apporter rapidement un avis spécialisé.

Un modèle permettant de préserver la proximité et la sécurité des soins

La transformation d'une maternité en CPP permet ainsi de maintenir une très grande majorité des soins périnatals programmés au plus près des populations, dans un cadre sécurisé et coordonné avec une maternité disposant du plateau technique nécessaire.

Elle constitue une réponse conciliant plusieurs objectifs : préserver l'accès territorial aux soins, améliorer la prévention et le repérage précoce des vulnérabilités, maintenir un accompagnement de proximité des femmes et des enfants, tout en garantissant une prise en charge adaptée des situations nécessitant des compétences ou des équipements spécialisés.

Enfin, cette évolution contribue également au maintien d'une activité sanitaire locale, du tissu professionnel et de l'emploi sur les territoires concernés.

Propositions d'évolution et d'expérimentation des missions des Centres Périnataux de Proximité (CPP)

Au-delà des missions actuellement assurées par les Centres Périnataux de Proximité (CPP), telles que décrites précédemment, la mission propose d'expérimenter un élargissement de leurs activités afin de renforcer leur rôle dans l'organisation territoriale des soins périnatals. Ces expérimentations auraient pour objectif de maintenir une réponse de proximité pour les femmes et les nouveau-nés, tout en garantissant une articulation sécurisée avec une maternité référente disposant du plateau technique et des compétences médicales nécessaires.

1) Expérimentation d'un secteur d'hospitalisation en suites de naissance au sein des CPP

Dans certains territoires et selon les organisations locales, la mission propose d'expérimenter la possibilité de maintenir une activité d'hospitalisation de suites de naissance au sein des CPP, pour les couples mère/coparent-enfant, en cas de grossesse et d'accouchement non compliqués, dès le premier jour de vie.

Cette prise en charge pourrait être assurée sous la surveillance des sages-femmes présentes au sein du CPP, dans le cadre d'une organisation définie localement et en lien étroit avec la maternité référente.

En cas d'apparition d'une complication médicale chez la mère ou le nouveau-né, la sage-femme pourrait solliciter l'avis de la maternité référente (télé-expertise) et organiser, si nécessaire, un transfert vers celle-ci afin de permettre une prise en charge adaptée.

Cette organisation permettrait de maintenir une proximité de prise en charge après la naissance tout en conservant un accès rapide à un plateau technique lorsque la situation clinique l'exige.

2) Possibilité de maintenir une permanence des soins dédiée aux urgences obstétricales au sein de certains CPP

Dans certaines situations de transformation d'une maternité en CPP, et en fonction des caractéristiques du territoire, la mission propose d'étudier la possibilité de maintenir une permanence des soins dédiée aux urgences obstétricales assurée par des sages-femmes au sein du CPP. Cette organisation pourrait être modulée selon les besoins locaux :

- présence uniquement en journée ;

- présence jusqu'à minuit ;
- ou présence continue 24 heures sur 24, notamment dans les territoires particulièrement éloignés d'une maternité disposant d'un plateau technique.

Les sages-femmes disposent des compétences médicales permettant d'assurer l'évaluation initiale et la prise en charge de première intention des situations obstétricales urgentes relevant de leur champ de compétences.

Selon l'évaluation clinique :

- en l'absence de signe d'urgence ou de début de travail, un retour à domicile avec les recommandations adaptées pourrait être proposé ;
- en cas de début de travail, de situation nécessitant une prise en charge médicale spécialisée ou de doute sur la situation clinique, un transfert vers la maternité référente serait organisé.

À tout moment, la sage-femme du CPP pourrait solliciter la maternité référente directement par téléphone ou télé-expertise, où sont disponibles 24 heures sur 24 les compétences médicales nécessaires (gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur et pédiatre).

Cette organisation permettrait de maintenir une capacité d'évaluation et d'orientation au plus près des femmes, tout en garantissant leur accès au niveau de soins adapté lorsque cela est nécessaire, mais aussi de limiter le flux des urgences obstétricales dans les maternités de référence.

3) Organisation de transports prénatals accompagnés en cas de transfert vers la maternité référente

La mission propose également d'expérimenter la possibilité pour une sage-femme d'accompagner une femme lors d'un transfert organisé vers la maternité référente, notamment lorsque la situation clinique ou le contexte territorial le justifie.

Selon le niveau d'urgence et l'évaluation médicale :

- le transfert pourrait être réalisé par un véhicule sanitaire léger (VSL) ou un taxi conventionné sans accompagnement par une sage-femme ;
- dans certaines situations nécessitant une surveillance renforcée ou présentant un risque d'évolution rapide (début de travail), le transfert pourrait être réalisé avec la présence d'une sage-femme auprès de la femme. La possibilité pour une parturiente d'être accompagnée par une sage-femme lors de son transfert constituerait un élément important de sécurisation et de réassurance, tant pour la femme et sa famille que pour les transporteurs sanitaires.

4) Création de nouveaux CPP dans les territoires présentant un besoin identifié

La mission propose également de permettre la création de nouveaux CPP dans les territoires le nécessitant, notamment dans les zones ayant connu antérieurement une fermeture de maternité, en lien avec l'offre libérale existante.

Ces structures pourraient constituer une réponse territoriale permettant de restaurer une offre périnatale de proximité, en particulier dans les territoires confrontés à un éloignement important d'une maternité disposant d'un plateau technique.

Une réallocation efficiente des ressources médicales

La transformation d'une maternité en CPP peut également permettre une optimisation significative des ressources financières actuellement mobilisées pour maintenir une activité obstétricale complète dans certains territoires.

En effet, le maintien d'une maternité impose généralement la permanence simultanée de plusieurs lignes médicales d'astreinte ou de garde 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, notamment :

- gynécologue-obstétricien ;
- anesthésiste-réanimateur ;
- pédiatre.

Ces dispositifs de permanence des soins peuvent représenter un coût particulièrement important, parfois pour des volumes d'activité très faibles.

Dans certains territoires, ces lignes de permanence sont par ailleurs fortement valorisées financièrement afin de compenser les difficultés d'attractivité et de recrutement, notamment par l'intermédiaire de dispositifs incitatifs tels que la prime de solidarité territoriale majorée.

Les économies générées par la transformation d'une maternité en CPP pourraient ainsi être réinvesties dans le renforcement de l'offre de proximité : augmentation des temps de présence des sages-femmes, développement des consultations spécialisées, financement des dispositifs de transport sécurisé ou soutien aux actions de prévention et de dépistage.

Une permanence organisée autour d'une sage-femme et d'un dispositif de transport adapté représente en effet un modèle significativement moins coûteux que le maintien permanent de plusieurs lignes médicales spécialisées, tout en permettant une réponse territoriale adaptée aux besoins réels de la population.

Recommandation : Mieux communiquer auprès de la population et des élus locaux sur les missions et l'offre de soins disponible au sein des CPP.

Renforcer la lisibilité et l'acceptabilité des Centres Périnataux de Proximité (CPP)

Pour que les Centres Périnataux de Proximité soient pleinement reconnus comme de véritables acteurs de soins de proximité, contribuant à la qualité et à la sécurité des parcours périnatals sur un territoire, il est indispensable d'améliorer leur lisibilité auprès des élus locaux, des professionnels de santé et de la population.

La mission souligne la nécessité d'une stratégie de communication coordonnée portée par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), les Agences régionales de santé (ARS), les mairies et les maisons France Service, et les acteurs locaux de la périnatalité, en particulier les maternités référentes associées à un CPP, afin d'expliquer clairement la nature, les missions et la valeur ajoutée des CPP.

En effet, le CPP reste aujourd'hui insuffisamment connu et parfois associé, à tort, à une diminution ou une perte d'offre de soins, notamment par certains élus locaux et populations concernées. Cette perception négative est principalement liée à l'histoire récente de certaines transformations de maternités, souvent vécues comme des fermetures, sans que la nouvelle organisation des soins et les missions élargies du CPP aient été suffisamment expliquées.

Il apparaît donc essentiel de faire évoluer cette représentation en affirmant que le CPP constitue non pas une disparition de l'offre périnatale, mais une réorganisation sécurisée des soins, permettant de maintenir une présence sanitaire de proximité, de renforcer la prévention et le dépistage, d'améliorer l'accompagnement des femmes et des familles, tout en garantissant l'accès à une maternité disposant du plateau technique adapté lorsque cela est nécessaire.

Cette pédagogie collective constitue une condition indispensable à l'adhésion des territoires et à la réussite des réorganisations futures de l'offre de soins périnatale.

Recommandation : Permettre aux familles de choisir le lieu de naissance officiel de leur enfant entre le CPP de suivi, la commune de résidence ou le lieu effectif de l'accouchement.

Le lieu de naissance officiel d'un enfant revêt une dimension symbolique forte, tant pour les familles que pour les habitants d'un territoire et leurs représentants élus. Cette dimension territoriale constitue aujourd'hui un facteur à prendre en considération dans les projets d'évolution de l'offre de soins périnatale, notamment lors de la transformation d'une maternité en Centre Périnatal de Proximité (CPP).

Dans certains territoires, la transformation d'une maternité est vécue par les populations et les élus comme une disparition des naissances locales, voire comme le symbole d'un recul démographique ou d'une perte d'attractivité du territoire. Cette perception ne correspond pourtant pas à la réalité : les naissances continuent d'avoir lieu ; seule l'organisation du parcours de soins évolue, avec un déplacement du lieu d'accouchement vers une maternité disposant du plateau technique adapté.

Afin de mieux prendre en compte cette dimension symbolique et territoriale, la mission recommande d'étudier la possibilité de permettre aux familles de choisir le lieu de naissance officiel de leur enfant parmi plusieurs options :

- la commune de résidence des parents ;
- le Centre Périnatal de Proximité ayant assuré le suivi de la grossesse ;
- ou la maternité dans laquelle l'accouchement a effectivement eu lieu.

Une telle évolution permettrait de maintenir un ancrage territorial symbolique des naissances, de préserver le sentiment d'appartenance des familles à leur territoire et de faciliter l'acceptabilité des transformations nécessaires de l'offre de soins.

Cette proposition pourrait être soumise à l'avis des associations d'usagers et d'élus afin d'en évaluer l'acceptabilité et la pertinence. Elle ne modifierait naturellement pas le lieu réel de l'accouchement mais viserait à mieux intégrer la dimension humaine, culturelle et territoriale associée à la naissance dans les politiques d'organisation des soins.

Recommandation : Développer le forfait hôtel / appartement hospitalier à proximité du lieu de naissance en fin de grossesse incluant la prise en charge de la famille (enfant et conjoint) ou renforcer le dispositif « engagement maternité ».

Un dispositif d'hébergement temporaire à proximité des maternités, communément appelé « hôtel hospitalier », a été récemment développé pour les femmes enceintes résidant dans une commune située à plus de 45 minutes en voiture de l'établissement de naissance le plus proche, sur le modèle des maternités suédoises.

Ce dispositif constitue un outil pertinent de sécurisation des parcours de naissance, notamment pour les femmes vivant dans des territoires isolés ou éloignés d'une maternité référente, lorsqu'une situation médicale maternelle ou fœtale nécessite une proximité accrue avec l'établissement de soins.

Il permet à la femme enceinte d'être accueillie temporairement à proximité de la maternité en fin de grossesse, afin de réduire le risque lié à un éloignement géographique en cas de début de travail ou de complication nécessitant une prise en charge rapide. La prise en charge actuelle prévoit un hébergement pouvant aller jusqu'à cinq nuitées consécutives avant la date prévue d'accouchement, avec possibilité de prolongation lorsque des raisons médicales le justifient.

Malgré son intérêt potentiel, ce dispositif reste aujourd'hui insuffisamment utilisé.

Plusieurs freins limitent son appropriation par les patientes et les professionnels. En particulier, deux difficultés principales peuvent être identifiées :

- Une durée d'hébergement trop courte au regard de l'incertitude liée à la date d'accouchement : en dehors des situations de déclenchement ou de césarienne programmés, il est impossible de prévoir avec précision la date de naissance. Or, seule une minorité des naissances sont programmées (environ 25 % des accouchements par déclenchement et 10 % par césarienne programmée), ce qui rend difficile l'organisation d'un séjour limité à cinq jours avant la date théorique du terme.
- L'absence de possibilité d'accueil des autres enfants au sein des structures d'hébergement : pour les femmes ayant déjà un ou plusieurs enfants, l'éloignement temporaire du domicile constitue un frein majeur. La nécessité de rester proche de leur famille, notamment lorsque le coparent doit rester auprès des enfants, limite fortement le recours au dispositif.

Recommandations pour faire évoluer le dispositif d'hébergement temporaire

Afin de mieux répondre aux besoins des femmes enceintes confrontées à un éloignement géographique important, la mission recommande d'adapter le dispositif actuel selon plusieurs axes :

- Permettre la prise en charge d'un hébergement temporaire à proximité de la maternité pour une durée pouvant aller jusqu'à dix jours, sans condition de justification médicale supplémentaire, afin de tenir compte de l'imprévisibilité de la date réelle d'accouchement ;
- Développer des solutions d'« appartements hospitaliers » ou d'hébergements adaptés permettant l'accueil du conjoint ou coparent et, lorsque cela est nécessaire, des autres enfants du foyer, afin de rendre le dispositif compatible avec la réalité familiale des femmes enceintes ;

- Renforcer l'information et l'appropriation du dispositif par les professionnels de terrain, notamment les maternités, les Centres Périnataux de Proximité (CPP), les sages-femmes libérales et les acteurs du réseau périnatal, afin que cette solution soit proposée précocement aux patientes pour lesquelles l'éloignement géographique constitue un facteur de risque ou d'inquiétude.

II.4.2. Sécuriser les soins en salle de naissance et en suites de naissances

1) Taux d'occupation cible en maternité

Le taux d'occupation des lits est un indicateur régulièrement scruté pour vérifier que les lits d'hospitalisation ne sont pas sur- ou sous-occupés. Le taux cible des lits réalisant une activité « programmée » est de 90% tandis que ceux réalisant une activité d'urgence est de 85%.

Les lits d'hospitalisation d'une maternité correspondent à des situations d'urgence ou semi-urgentes ne pouvant pas être décalées, que ce soit pour les lits en Grossesses pathologiques, Kangourou ou Suites de naissance. Le taux cible d'occupation devrait donc être le même que pour toutes les activités d'urgence, soit 85%. Ce taux est préconisé aussi bien par la Direction générale de l'offre de soins que par les sociétés savantes de la périnatalité [7].

2) Formation des soignants intervenant en salle de naissance

Recommandation : Garantir la compétence initiale et son maintien des professionnels intervenant en salle de naissance.

La formation continue du personnel médical et non médical est aujourd'hui un critère impératif de sécurité dans l'évaluation des maternités par la Haute Autorité de Santé. Il s'agit aussi d'une recommandation formulée par l'IGAS.

Cette recommandation est indispensable pour la sécurisation des soins même si on peut déplorer que le coût de cette recommandation, lié indirectement à la nécessité de libérer du temps au personnel du soin pour qu'il soit formé, et directement au coût des formations, n'ait pas fait l'objet d'un accompagnement financier spécifique pour les maternités dont le modèle économique est déjà structurellement déficitaire (cf infra). Le temps nécessaire à la formation doit ainsi également être pris en compte dans le temps de travail professionnel des soignants et donc dans le dimensionnement des équipes.

Comme le souligne la HAS, la simulation, et en particulier la simulation in situ et multidisciplinaire représentent une des méthodes pédagogiques les plus pertinentes pour répondre à ce besoin, notamment dans le contexte de la périnatalité. Cette pratique, de plus en plus répandue en France, gagnerait à être systématisée. Une équipe stable de professionnels multidisciplinaire en maternité, entraînée et formée régulièrement constitue un des garants majeurs de la qualité et de la sécurité des soins en maternité.

La mission préconise ainsi, pour tous les professionnels travaillant en maternité, quelle que soit leur discipline :

- D'encourager la formation multidisciplinaire par simulation, si possible in situ ;
- D'exiger la participation à au moins une réunion morbi-mortalité par an ;
- De mettre en place des modalités de maintien des compétences pour chaque discipline dans tous les DSRP (formation continue, simulation).

[7] https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-5_juste_dimensionnement_capacitaire.pdf

Préconisations par discipline :

Concernant les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, la mission préconise :

- De maintenir une formation mixte en obstétrique et en chirurgie gynécologique pour tous les internes de DES de Gynécologie-Obstétrique afin que les futurs médecins séniors de Gynécologie-Obstétrique aient la capacité pendant la PDSES d'assurer à la fois les urgences gynécologiques et les urgences obstétricales. Cependant, l'hystérectomie d'hémostase étant identifiée comme une situation non maîtrisée par tous les gynécologue-obstétriciens assurant une PDSES, en particulier pour les jeunes gynécologue-obstétriciens et ceux dont l'activité chirurgicale n'est pas leur activité principale, il est indispensable d'organiser (et de rémunérer) une astreinte opérationnelle d'une personne recours au sein de la même équipe pour réaliser ce geste quand le gynécologue-obstétricien de garde n'a pas la compétence pour la faire.
- Que tout gynécologue-obstétricien ou sage-femme intervenant en salle de naissance puisse attester d'une formation spécifique et actualisée (selon les capacités de formation des établissements de soins) concernant :
    - L'analyse du rythme cardiaque fœtal ;
    - La prise en charge des hémorragies du post-partum ;
    - La dystocie des épaules.

Anesthésistes-réanimateurs

Le médecin anesthésiste-réanimateur exerçant en maternité prend en charge de façon pluriquotidienne l'analgésie des femmes pour leur accouchement par voie basse (dominée par l'analgésie péri-médullaire) et l'anesthésie des femmes qui accouchent par césarienne. L'anesthésie générale concerne moins de 5% des parturientes. Ainsi, une pratique limitée au secteur obstétrical peut conduire à une perte de compétences en termes de réalisation d'anesthésie générale. De la même façon, l'anesthésiste-réanimateur en obstétrique est impliqué dans la réanimation des femmes présentant des complications graves qui peuvent menacer son pronostic vital. Or l'incidence de la morbidité maternelle sévère toute cause confondue est de l'ordre de 1,5% des femmes selon l'enquête française en population EPIMOMS. Les praticiens sont donc finalement exposés de manière irrégulière à la prise en charge de ces femmes et encore plus rarement dans les maternités réalisant peu d'accouchements. Il est donc fondamental que ces praticiens puissent régulièrement réactualiser leurs connaissances et leurs compétences dans ce domaine pour pouvoir délivrer des soins adéquats dans ce contexte de complications maternelles rares mais graves.

Concernant les médecins anesthésistes-réanimateurs exerçant en obstétrique, la mission préconise :

- De maintenir obligatoire la formation en anesthésie réanimation obstétricale de tous les internes DES d'Anesthésie-Réanimation
- De maintenir des compétences en anesthésie programmée en conservant régulièrement une activité au bloc opératoire de chirurgie programmée (en gynécologie par exemple ou dans un autre domaine), parallèlement à leur activité en salle de naissances et au bloc obstétrical ;
- Que les praticiens puissent attester de formations spécifiques et régulières concernant :
    - L'anesthésie générale de la femme enceinte ;
    - La prise en charge de l'hémorragie du post-partum ;
    - La prise en charge de la prééclampsie sévère ;
    - La réanimation de l'arrêt cardio-respiratoire dans le contexte obstétrical.

Pédiatres

L'intervention d'un pédiatre sur place au moment de la naissance concerne principalement les grossesses compliquées et les situations à risque, qui sont en grande partie prévisibles. Ainsi, en type 3, il est estimé que la présence d'un pédiatre est nécessaire pour 30 à 40% des naissances, majoritairement en amont de la naissance. Cependant, au-delà de 3000 naissances par an, la probabilité d'un échec inattendu d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine après une grossesse normale se situe autour d'un événement toutes les 24 à 48h (5 à 10% des naissances), et celle d'une complication néonatale sévère autour d'une par semaine (1 à 2% des naissances).

Concernant les pédiatres, la mission préconise :

- Que tout pédiatre intervenant en salle de naissance puisse attester d'une formation spécifique et actualisée en réanimation du nouveau-né ;
- De garantir, dans chaque maternité de type 1 lorsque la présence pédiatrique continue sur site n'est pas assurée, la présence 24 h/24 de professionnels de personnel soignant capable de mener une réanimation avancée du nouveau-né (incluant une intubation trachéale), jusqu'au relais spécialisé ;
- De développer une formation mixte pédiatrie générale/urgences pédiatriques + néonatologie à l'attention des internes de DES de pédiatrie se destinant à un exercice en type 2A ou 2B.

II.4.3. Mettre à niveau l'organisation des soins critiques néonatals pour garantir aux nouveau-nés le même niveau d'exigence en matière de qualité et de sécurité des soins que celui appliqué aux patients adultes, et pour aligner notre système sur les standards en vigueur dans la majorité des pays occidentaux

La mortalité infantile augmente en France, à rebours de la tendance observée dans la majorité des pays européens, faisant reculer notre pays de la 3ème place en Europe en 2000 à la 23ème place en 2023. Cette dégradation est entièrement imputable à la hausse de la mortalité néonatale (avant 28 jours), qui représente 75 % des décès avant un an. Les nouveau-nés grands prématurés (nés avant 32 semaines) sont les principales victimes de cette surmortalité, alors que le taux de prématurité est stable entre 6 et 7 %. Dans ce contexte, plusieurs enquêtes récentes de la Société Française de Néonatologie (SFN) ont mis en évidence des difficultés structurelles majeures des soins critiques néonatals, où sont pris en charge les nouveau-nés gravement malades, qu'ils soient prématurés, atteints de malformations congénitales, victimes de complications de l'accouchement, ou d'autres pathologies : capacitaire inégalement réparti, saturation, sous-effectif infirmier et perte d'expertise paramédicale liée à un turn-over marqué, crise d'attractivité des personnels médicaux. Notamment, la France affiche un encadrement infirmier très en deçà des standards internationaux, juste devant celui du Brésil, loin derrière la Suède, la Finlande ou le Canada et d'autres pays européens.

L'ensemble de ces difficultés a des conséquences directes sur la qualité et la sécurité des soins : plusieurs études internationales ont montré que taux d'occupation excessifs, sous-effectif infirmier et manque d'expérience sont associés à une augmentation de la mortalité et la morbidité des grands prématurés.

Alors que l'organisation des soins critiques adultes et pédiatriques repose sur des décrets actualisés en 2022, celle des soins critiques néonatals reste encadrée par les décrets de périnatalité de 1998. L'offre et l'organisation des soins critiques pour les nouveau-nés, dans les services de type 3, n'a jamais fait l'objet d'une évaluation ni d'une révision depuis leur publication il y a 28 ans, malgré l'évolution majeure des pratiques médicales, des profils de patients pris en charge et des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins. Dans ce contexte, les soins critiques néonatals apparaissent aujourd'hui insuffisamment financés au regard de leur niveau de technicité, de l'intensité des ressources mobilisées et des enjeux de santé publique associés. Pourtant, le retour sur investissement est élevé en néonatologie : les soins critiques néonatals figurent parmi les interventions médicales offrant un excellent rapport coût-efficacité, avec un coût par année de vie ajustée sur la qualité (QALY) inférieur à celui de nombreuses interventions réalisées chez l'adulte, comme le pontage coronarien, et nettement plus faible que celui observé pour certaines prises en charge chroniques comme la dialyse. En outre, les surcoûts à long terme liés aux séquelles de la prématurité et à un éventuel handicap sont réduits par l'amélioration de l'organisation, la qualité et la sécurité des soins néonatals, qui préviennent la survenue de complications, comme cela a été montré au Canada et dans les pays scandinaves.

Une réforme globale de ce dispositif réglementaire constitue donc aujourd'hui un impératif sanitaire, mais aussi un levier opérationnel immédiat pour améliorer l'attractivité et la stabilité des équipes, la qualité des soins, et agir sur les indicateurs de morbi-mortalité néonatale. C'est aussi un engagement éthique envers les nouveau-nés les plus vulnérables et leurs familles : il s'agit de garantir une équité

de traitement avec les autres patients critiques, de réduire les inégalités entre les nouveau-nés et d'aligner les standards de soins avec les meilleurs systèmes occidentaux.

La publication des recommandations de la HAS sur les ratios de professionnels en périnatalité, attendue en décembre 2026, et leur déclinaison réglementaire constituent une opportunité majeure pour réformer simultanément l'organisation des soins critiques néonatals dans son ensemble.

Recommandation : Poursuivre la rééquilibration du capacitaire de réanimation néonatale pour garantir des taux d'occupation sûrs des lits de soins critiques dans les services de type 3.

Il s'agit de garantir un taux d'équipement en réanimation néonatale cible minimum de 1 lit pour 1000 naissances dans chaque région, à indexer à l'activité de recours éventuelle des centres (par ex. chirurgie néonatale complexe, prématurité extrême). Les taux d'occupation ne devraient pas dépasser 85% dans les unités pour limiter la surmortalité.

Recommandation : Mettre à niveau les textes réglementaires organisant les soins critiques néonatals sur le modèle des décrets de 2022 sur les soins critiques adultes et pédiatriques, et en cohérence avec les standards internationaux.

Outre les ratios de personnels soignants, qui seront définis par la HAS, la mission recommande :

- d'introduire la notion d'organisation en plateau technique de soins critiques néonatals (soins intensifs et réanimation en type 3), par analogie avec la réforme des soins critiques adultes et pédiatriques ;
- d'introduire le concept de zéro-séparation et les soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille ;
- d'introduire des mesures architecturales permettant le zéro-séparation ;
- de garantir des périodes de formation et d'encadrement des personnels soignant ;
- de garantir la présence de personnels pour les missions transversales et pour les soins de support ;
- de réintroduire les auxiliaires de puériculture dans les soins ;
- d'introduire la prise en compte de la charge en soins et des inégalités entre les services liées au case-mix (proportion de nouveau-nés avec une pathologie complexe et/ou requérant des soins lourds) pour l'affectation des ressources humaines infirmières. La grille WANNNT, outil validé d'évaluation de la charge en soins en néonatologie, est présentée en annexe.
- de supprimer les organisations médicales de service génératrices de ruptures de parcours en intégrant systématiquement les équipes pédiatriques de maternité à la filière néonatale : rattacher les pédiatres intervenant en suites de naissances et en salle de naissance dans les maternités de type 2 et 3 au service de néonatologie (ou au service de pédiatrie-néonatologie) en plaçant ces équipes sous la responsabilité du chef de service de néonatologie (ou de pédiatrie-néonatologie), tout nouveau-né hospitalisé en maternité ou en néonatologie étant sous la responsabilité de la même équipe.

II.4.4. Réviser l'offre de soins en néonatologie

Recommandation : Sur le même modèle que pour les maternités, élaborer, de façon collégiale, un référentiel national multicritère, transparent et public, pour adapter l'offre de soins de néonatologie (services de type 2). Ce référentiel constituerait un outil d'appui aux ARS pour décider des autorisations.

Les problématiques dans les services de néonatologie de type 2 sont différentes de celles des soins critiques (types 3). Elles concernent principalement le capacitaire, qui n'est pas toujours adapté aux besoins, avec une offre qui apparait dispersée, et pléthorique en ce qui concerne les lits de néonatologie simples, comme en témoignent les taux d'occupation faibles relevés par les ARS ainsi que par une enquête conjointe de la FFRSP et de la SFN en 2025. La densité actuelle des lits de néonatologie se situe entre 4,1 et 4,3/1000 naissances tandis que les besoins sont susceptibles de ne pas dépasser 3/1000.

De plus, l'acuité des patients dans les services 2A et 2B apparaît hétérogène, et la majorité des services sont de petite taille, souvent au plancher réglementaire. Par ailleurs, si, contrairement aux types 3, il n'y a pas de difficultés de fidélisation des ressources humaines infirmières, il existe une tension importante sur les personnels médicaux. Les difficultés de recrutement des pédiatres contraignent fortement le maintien d'une offre de proximité, d'autant plus que cette offre parait dispersée. La Cour des comptes revient par ailleurs également sur ce constat de ressources éparses et peu mutualisées dans son dernier rapport (2026) sur l'offre de soins. Ses préconisations sont transposables sur le point périnatalité.

Il s'agit d'élaborer, de façon collégiale (sociétés savantes, CNP, fédérations hospitalières et des réseaux de périnatalités, usagers, ARS, DGOS...), un référentiel national multicritère spécifique, transparent et public, afin de réviser et adapter l'offre de soins de néonatologie (lits de néonatologie 2A et 2B). Ce référentiel constituerait un outil d'appui aux ARS pour décider des autorisations. Il s'agit d'un référentiel différent de celui des maternités.

La mission préconise que l'élaboration de ce référentiel soit pilotée par la FFRSP, la SFN et la SFMP et qu'elle s'appuie sur une démarche collégiale associant l'ensemble des acteurs concernés : représentants des sociétés savantes de périnatalité, des conseils nationaux professionnels, des fédérations hospitalières et des réseaux, représentants des usagers, des ARS, de la HAS, de l'Assurance maladie, élus, ainsi que les administrations centrales concernées. Afin de garantir un consensus aussi large que possible sur des sujets particulièrement sensibles, cette élaboration pourrait reposer sur une méthode Delphi, permettant d'organiser plusieurs cycles de consultation anonymes et successifs jusqu'à l'obtention d'un accord sur les principaux critères d'évaluation.

Il est recommandé que ce référentiel intègre, dans son analyse, les éléments suivants :

- le capacitaire minimal jugé souhaitable pour les services de type 2A et 2B, afin de favoriser, lorsque cela est possible, le regroupement des compétences au sein de plateaux techniques renforcés ;
- la capacité d'un service à assurer la permanence des soins avec des effectifs médicaux et paramédicaux suffisants et stables ;
- la capacité d'un service à répondre aux besoins de santé des enfants hospitalisés : disponibilité de lait de femme et/ou accès à un lactarium pour la prise en charge des nouveau-nés de moins de 1800 g ou de moins de 34 semaines d'aménorrhée ; capacité à poser et maintenir des cathéters centraux ainsi qu'à prescrire une nutrition parentérale adaptée aux besoins des nouveau-nés de moins de 1500 g ;
- la spécialisation du responsable du service en néonatologie ;
- la présence, au sein de l'équipe médicale, de néonatologistes ou de pédiatres disposant d'une formation complémentaire en néonatologie, ou justifiant d'une expérience d'au moins six mois en tant que praticien sénior en réanimation néonatale, notamment dans les services mixtes de pédiatrie générale et de néonatologie ;
- les besoins territoriaux, appréciés au regard du profil démographique du bassin de population et des contraintes géographiques (relief, isolement, distance au service de type 3 de référence, etc.) ;
- le volume annuel de naissances au sein de la maternité ;
- l'offre de soins existante sur le territoire, notamment la présence d'autres structures régionales (dans certains départements, le service de type 2A constitue le dernier recours pour l'accès à une consultation pédiatrique).

Sur la base de ce référentiel, la mission recommande que les ARS élaborent un plan d'action après l'analyse des besoins territoriaux, garantissant concertation et co-construction des solutions avec l'ensemble des parties prenantes.

Recommandation : Prendre en compte, dans le cadre de la révision globale des décrets de périnatalité, les éléments relatifs aux ratios soignants et aux mesures architecturales pour les conditions techniques de fonctionnement des services de néonatologie hors soins critiques.

A l'instar des soins critiques néonatals (soins intensifs et réanimation des types 3), il est indispensable d'intégrer dans la mise à jour des conditions techniques de fonctionnement des services de néonatologie 2B, 2A et des lits de néonatologie des types 3 des mesures architecturales favorisant le zéro-séparation, les soins de développement, la nécessité de personnels pour les soins de support et

pour les missions transversales, la présence des auxiliaires de puériculture dans les soins (même si en pratique de nombreux services les ont déjà réintégrées dans les soins).

Les effectifs soignants au lit du patient font l'objet des travaux de la mission HAS sur les ratios en périnatalité, ainsi que les ratios médicaux pour assurer la permanence des soins. Il faut noter, paradoxalement, que le taux d'encadrement par IDE/IPDE est plus élevé en crèche qu'en néonatologie (1:5 vs 1:6 enfants).

II.4.5. Harmoniser et renforcer le transport néonatal

Recommandation : Harmoniser et renforcer le transport néonatal au niveau territorial en s'appuyant sur les circulaires existantes et les états des lieux disponibles.

Le transport sanitaire pédiatrique et néonatal en France est caractérisé par de fortes inégalités territoriales dans l'accès aux équipes spécialisées de transport pédiatrique, révélées par les enquêtes de la SFN et du GFRUP. Près d'un tiers des services de réanimation néonatale ou pédiatrique participant au transport néonatal déclarent disposer de capacités insuffisantes pour assurer cette mission. La situation est encore plus fragile pour les centres périnatals de type 2A et 2B, puisque la moitié d'entre eux dépendent d'un SMUR non spécialisé et que 70 % ne disposent d'aucun dispositif de transport infirmier inter-hospitalier. Les délais d'intervention illustrent également ces disparités : seuls 13 % des centres bénéficient habituellement d'une arrivée du SMUR en moins de 30 minutes, alors que 11 % subissent régulièrement des délais supérieurs à deux heures, la majorité des délais se situant entre une et deux heures.

Les territoires isolés, notamment la Corse et les départements et régions d'Outre-mer, apparaissent particulièrement vulnérables en raison d'un manque de structures dédiées et d'un déficit de données permettant une évaluation précise des besoins. L'ensemble de ces constats dessine un système inégalitaire, où l'accès à une expertise pédiatrique mobile spécialisée reste largement conditionné par la proximité des grands centres urbains, compromettant la qualité des soins pour certains nouveau-nés les plus vulnérables.

La mission propose les mesures suivantes :

1) Renforcer la couverture territoriale

- Déployer des unités de transport spécialisées dans les territoires sous-dotés (Corse, DROM) ;
- Structurer un maillage régional homogène en assurant la présence d'au moins un SMUR pédiatrique spécialisé par région, dimensionné selon les besoins démographiques et géographiques du territoire ;
- Adosser les équipes de transport aux centres experts : organiser les SMUR spécialisés autour des structures de réanimation néonatale et pédiatrique afin de sécuriser les parcours de soins et maintenir un haut niveau d'expertise.

2) Consolider les ressources humaines et la formation

- Garantir une permanence des soins 24h/24 et 7j/7 grâce à des équipes médicales, paramédicales et ambulancières spécifiquement formées au transport néonatal et pédiatrique ;
- Structurer un parcours national de formation au transport néonatal et pédiatrique, avec des exigences de qualification et d'expérience adaptées aux soins critiques (Option, FST, DU/DIU).

3) Renforcer la régulation médicale

- Développer une régulation périnatale et pédiatrique au sein des SAMU afin d'optimiser l'orientation des patients et la mobilisation des moyens adaptés (recours systématique à un pédiatre régulateur, ou à défaut une aide pédiatrique à la régulation) ;
- Harmoniser les outils numériques et les moyens de communication entre les équipes de transport et les centres de régulation pour fluidifier les prises en charge.

4) Développer les Transports Infirmiers Interhospitaliers (TIIH)

- Généraliser des dispositifs de TIIH fonctionnant en continu pour les transferts de nouveau-nés stables ne nécessitant pas de médicalisation ;
- Élaborer des protocoles nationaux définissant les critères de recours aux différents modes de transport selon l'état clinique, l'âge gestationnel et les besoins de support vital.

5) Promouvoir une approche centrée sur l'enfant et sa famille

- Intégrer le principe de « zéro séparation » en favorisant, lorsque la situation clinique le permet, la présence parentale durant le transport.

6) Mettre en place un dispositif national d'évaluation

- Créer une base de données nationale permettant le suivi de l'activité, l'analyse des besoins territoriaux et le pilotage des politiques publiques.

Instrument : mise à jour de la circulaire DHOS/O1 n°2005-67 pour intégrer les SMUR spécialisés et les nouveaux dispositifs comme le TIIH.

II.4.6. Adapter la réglementation pour garantir le déploiement d'unités de soins intensifs obstétricaux maternels

Recommandation : Officialiser et encadrer réglementairement la création et le fonctionnement d'unités de soins intensifs maternels au sein des maternités.

Certaines femmes enceintes ou dans le post-partum immédiat présentent des complications aiguës sévères sans défaillance d'organe, mais nécessitant une surveillance avec un monitorage continu dans une unité de soins intensifs. Le fonctionnement des unités de soins intensifs est actuellement régi par le décret 2022-694 sur les soins critiques adultes, stipulant que les unités de soins intensifs doivent être contiguës au service de réanimation. Plusieurs dérogations sont précisées dans ce décret pour les unités de soins intensifs spécialisées, par exemple cardiologiques, neurologiques ou hématologiques. La mission recommande d'officialiser et d'encadrer réglementairement la création et le fonctionnement d'unités de soins intensifs maternels au sein des maternités, en général organisées au sein des salles de surveillance postopératoire (SSPI). Inscrire explicitement les soins intensifs maternels dans le cadre réglementaire des soins critiques, avec des dispositions dérogatoires adaptées à leurs spécificités permettra également de garantir les moyens techniques et les ressources humaines en adéquation avec le niveau de soins. Pour les patientes, ces lits de soins intensifs sont adaptés à la prise en charge des complications aiguës spécifiques à l'obstétrique bien maîtrisées par les soignants travaillant en maternité (hémorragie ante et post-partum, prééclampsie sévère), très utiles en particulier dans les hôpitaux mère-enfant, mais aussi dans les maternités de référence prenant en charge régulièrement des femmes présentant des complications aiguës prévisibles ou non. Ces lits de soins intensifs obstétricaux au sein des maternités permettent une continuité des soins pour la mère mais aussi de limiter la séparation mère-enfant. Cette reconnaissance des lits de soins intensifs maternels au sein des maternités de référence et des maternités des hôpitaux mère-enfant a été largement plébiscitée lors des auditions de cette mission et de manière pluridisciplinaire.

Les personnalités qualifiées de la mission ministérielle reconnaissent la pertinence de l'élaboration d'un cahier des charges en amont pour encadrer les modes de fonctionnement de ces unités, dont certaines existantes ont déjà fait la preuve de leur pertinence (cf encadré).

La configuration architecturale des futures maternités de référence et hôpitaux mère-enfant devra prendre en compte l'existence de ces unités de soins intensifs obstétricaux au sein des SSPI à proximité des salles de naissance.

La mission propose :

- D'inscrire, par dérogation, les soins intensifs maternels dans le cadre réglementaire des soins critiques adultes (2022-694) reconnaissant l'existence et les modalités de fonctionnement de lits

de soins intensifs obstétricaux adultes au sein des maternités avec le ratio de personnel médical et paramédical adapté et non contiguës au service de réanimation adulte.
- De constituer un groupe de travail multidisciplinaire pour construire un cahier des charges permettant la reconnaissance et la mise en œuvre adéquate des unités de soins intensifs maternels.

L'Unité de soins intensifs obstétricaux maternels de la maternité Armand-Trousseau (AP-HP)

Depuis 2007, l'hôpital Armand-Trousseau de l'APHP, hôpital historiquement pédiatrique, accueille sur son site deux maternités (types 1 et 3), représentant au total environ 7000 naissances par an. Cette activité obstétricale a nécessité la création d'une structure spécifique pour les femmes en situation critique, dont le fonctionnement dérogatoire est reconnu par l'ARS Île-de-France. Concrètement, deux box équipés en chambres de soins intensifs ont été intégrés à la SSPI, à proximité directe du bloc opératoire obstétrical et des salles de naissance, pour prendre en charge les complications graves du péri-partum, dominées par l'hémorragie du post-partum, la prééclampsie sévère et ses complications dont principalement le HELLP syndrome, l'embolie amniotique, le sepsis sévère, etc. Ce dispositif organisationnel permet de prendre en charge sur place les femmes présentant une complication aigue grave, évitant ainsi les transferts vers une unité de soins critiques adulte externe, coûteux et potentiellement traumatisants pour les femmes et leur famille, tout en favorisant le maintien du lien mère-enfant. Après dix ans d'activité (2007–2017), 2,5% des femmes ayant été prises en charge dans ces maternités ont nécessité une hospitalisation dans cette unité, soit 15 admissions par mois avec une durée moyenne de séjour de 2 jours. Parmi ces femmes, 7% ont dû être transférées secondairement vers une réanimation adulte dans un autre établissement. Ce bilan confirme la pertinence du modèle, et soutient une recommandation de reconnaissance officielle législative de classement de ces lits en unité de soins intensifs dérogatoire.

II.4.7. Introduire une classification complémentaire des maternités pour mieux tenir compte du risque maternel

Recommandation : Introduire le principe d'une classification complémentaire des maternités selon les ressources en soins critiques adultes disponibles au sein et à proximité de la maternité, afin de mettre en adéquation le risque maternel et le lieu d'accouchement, en complément de la classification néonatale existante, sur le même modèle que celle-ci.

La classification actuelle des maternités ne tient compte que du niveau de risque néonatal. Or, selon l'étude EPIMOMS, étude de cohorte prospective en population française, 1,5 % des femmes présentent des événements morbides sévères en cours de grossesse et dans le post-partum. Ces complications aiguës graves, plus fréquemment observées chez les femmes présentant des comorbidités préexistantes, nécessitent une prise en charge en unité de soins critiques adultes permettant une surveillance continue et des interventions paramédicales et médicales immédiates ou très rapides si besoin dans le contexte d'urgences aiguës graves, voire de défaillances d'organes et de mise en jeu du pronostic vital. L'absence de prise en compte du risque maternel peut conduire les soignants à des choix d'orientation inadaptés : une analyse de la cohorte nationale française Epipage 2 rapporte ainsi que parmi les femmes ayant accouché très prématurément dans un contexte de complication maternelle sévère (dominée par la prééclampsie sévère), 18% d'entre elles ont accouché dans une maternité dépourvue d'unité de soins critiques adultes. Cette proportion, proche de celle observée chez les femmes ayant accouché très prématurément sans morbidité maternelle associée, suggère que ce risque maternel n'a pas été pris en compte dans le choix de la maternité d'accouchement. Par ailleurs, comme souligné dans le rapport de la Cour des comptes sur la politique de périnatalité (2024), les maternités les moins bien équipées réalisent encore près de 6 % des accouchements en 2021, avec de fortes disparités régionales (un accouchement sur sept en Nouvelle-Aquitaine, un sur six en Outre-mer).

La prise en compte des ressources en soins critiques adultes (aussi bien en termes de plateau technique que de ressources humaines de soignants impliqués dans la prise en charge des

complications maternelles aiguës sévères) disponibles à proximité de la maternité de suivi et d'accouchement permettrait d'optimiser l'adéquation entre le niveau de risque maternel et la capacité de prise en charge de complications aiguës sévères maternelles localement. Cette adéquation entre le niveau de risque maternel et la capacité de prise en charge en soins critiques pourrait réduire la survenue de ces complications maternelles graves secondaires à ces événements morbides, voire réduire la survenue des événements morbides en tant que tels, grâce à des mesures de prévention plus efficaces. C'est d'ailleurs la stratégie adoptée concernant le risque néonatal de prématurité et de complications néonatales à la naissance et la classification par type de maternité en France. A titre d'exemple, une étude américaine en population rapporte que les femmes à haut risque de complication qui accouchent dans une maternité ne disposant pas des ressources adéquates ont un risque de complication aiguë sévère multiplié par 3,3 après prise en compte de facteurs de confusion individuels, organisationnels et géographiques. La prise en compte du niveau de ressources en soins critiques adultes permettrait d'améliorer l'orientation en cours de grossesse ou dans le post-partum des femmes à risque ou présentant des complications aiguës graves. Cette classification ne se substituerait pas à la classification actuelle mais viendrait la compléter de façon à orienter les femmes et leurs enfants vers la structure la plus adaptée à leurs besoins respectifs et de façon complémentaire. Cette classification des maternités selon les recours en soins critiques néonataux et adultes constituerait un outil puissant pour assurer la qualité et la sécurité des soins périnataux, tout en permettant également de limiter la séparation mère-enfant. Ce type de classification permettrait aussi de sensibiliser tous les acteurs de la périnatalité à la problématique maternelle en se posant la question du meilleur lieu de naissance à la fois pour l'enfant, mais aussi pour la mère.

Cette évolution de la classification des maternités vers une classification mixte mère-enfant est largement plébiscitée également par les groupes professionnels auditionnés lors de cette mission.

Une classification opérationnelle, complémentaire de la classification en type 1, 2 ou 3 et très simple d'utilisation pour la pratique clinique pourrait être :

- M1 : absence d'Unité de Soins Critiques adulte ou de SSPI H24 sur place
- M2 : présence d'une SSPI H24 et/ou d'une Unité de Soins intensifs sur place mais absence de réanimation adulte.
- M3 : présence d'une réanimation adulte sur place.

La mission propose également la constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire pour construire un cahier des charges permettant de déterminer quelle(s) pathologie(s) maternelle(s) relèvent de quel niveau de soins maternels.

II.4.8. Maisons de naissance et cadre juridique des modalités d'accouchement sur le territoire français

Recommandation : Maintenir la contiguïté des maisons de naissance avec la maternité et son plateau technique tout en promouvant la prise en compte de la physiologie quel que soit le lieu d'accouchement.

Interrogée par le Ministère de la Santé sur l'opportunité de remettre en cause la clause de contiguïté obligatoire s'imposant aux maisons de naissance, la mission rappelle que peu de données ont été publiées pour évaluer l'activité réalisée au sein des maisons de naissance en France, en particulier la fréquence des transferts vers une maternité, l'indication de ces transferts et leur caractère urgent ou non.

Environ 0,1% des naissances ont lieu chaque année dans les maisons de naissance.

Une étude rétrospective nationale[8], menée par des chercheurs sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens et des membres de maisons de naissance, portant sur la période 2018-2019 réalisée chez 1313 femmes et 8 maisons de naissance a montré que le taux de transfert était de 21% (n=276), dont

[8] Chantry AA, et al. Intrapartum and childbirth care and outcomes in midwife-led birth centres in France: a nationwide descriptive study with an analysis of maternal and neonatal transfers. *Women and Birth*. 2025;38(3):101908.

39% (n=108) dans un contexte d'urgence pour la mère et/ou l'enfant soit pendant ou après l'accouchement. Les motifs principaux des 8,2% de transferts en urgence étaient des anomalies du rythme cardiaque fœtal, une hémorragie du post-partum, ou la nécessité de soins au nouveau-né. La fréquence de l'hémorragie sévère du post-partum était de 2,4%, celle d'un score d'Apgar <7 à 5 min (nécessitant une intervention pédiatrique voire des manœuvres de réanimation néonatale) de 0,4%, et un décès néonatal est survenu.

Même si la méthodologie de cette étude présente des limites, avec parfois l'absence de report d'évènements sévères et fréquents pouvant questionner l'exhaustivité des données (par exemple, absence d'information sur le taux de dystocie des épaules) et même si d'autres études sont nécessaires, ce travail a le grand mérite d'essayer d'objectiver et d'étayer les évènements obstétricaux et néonataux survenant dans les maisons de naissance en France. Les incidences des complications rapportées ci-dessus sont concordantes avec ce qui est connu dans le contexte des maternités. Leur fréquence, leur gravité et le taux de transfert nécessaire en urgence qui sont observés permet d'affirmer qu'il est indispensable de maintenir une contiguïté des maisons de naissance avec la maternité et son plateau technique, en particulier le bloc opératoire en accord avec les décrets de 1998, tout retard de prise en charge de la mère et de l'enfant augmentant les risques de complications pour la mère, et/ou pour l'enfant.

Même si d'importants efforts, en lien avec les usagers, ont été réalisés ces 20 dernières années au sein des maternités avec entre autres la création de salles « natures », et d'une remise en question de la pertinence d'interventions médicales au cours de l'accouchement parfois trop systématiques et possiblement non justifiées (diminution du recours à l'oxytocine pendant le travail, de l'épisiotomie), la mission insiste sur le fait que la physiologie du travail et de l'accouchement doit être respectée au sein de toutes les structures habilitées à réaliser des accouchements et que les interventions médicales doivent être indiquées et explicitées aux parturientes. Le projet de naissance représente un élément majeur du dialogue parturientes/soignant concernant les soins prodigués lors la grossesse et de l'accouchement ; il doit être encouragé dans tout type de structure. De même, les séances de préparation à l'accouchement sont l'occasion de dialogue et d'explications autour des soins pouvant être prodigués aux futures parturientes.

La mission rappelle qu'il est essentiel de trouver un équilibre entre deux exigences : d'une part, une médicalisation permettant une prise en charge rapide et adaptée de la mère et de l'enfant en cas de complication aiguë au cours de l'accouchement, et d'autre part, le respect du déroulement naturel de la naissance, afin de limiter les effets indésirables liés aux soins. Cependant, cet équilibre ne doit en aucun cas conduire à masquer ou à minimiser les risques liés à l'accouchement, même lorsqu'il est considéré comme « à bas risque », c'est-à-dire sans problème identifié avant ou pendant le travail. Une telle minimisation empêche toute réflexion objective et scientifique sur l'organisation et la qualité de l'offre de soins.

Ce sujet fait actuellement l'objet de débats importants au Royaume-Uni. Plusieurs articles récents, publiés en 2026 dans le très réputé British Medical Journal (BMJ), mettent en lumière une dégradation préoccupante de la qualité et de la sécurité des soins périnataux, décrite comme une véritable crise sanitaire, voire un scandale. Pourtant, ce pays est parfois présenté comme un modèle par certains défenseurs de la « natural birth ». Les soins périnataux au Royaume-Uni ont fait l'objet de plusieurs enquêtes récentes, critiquées pour avoir atténué ou passé sous silence les risques liés la «natural birth». Dans ce contexte, l'éditeur du BMJ, Kamran Abbasi[9], a écrit dans un éditorial intitulé « L'idéologie de l'accouchement naturel et le défi inévitable des préjudices évitables » (« Natural birth ideology and the unavoidable challenge of avoidable harms ») dont voici un extrait : « Le rapport comporte huit recommandations principales, mais a rapidement fait l'objet de critiques pour avoir atténué sa position quant aux effets délétères de "l'idéologie de l'accouchement naturel". L'arbitrage entre accouchement naturel et réduction des risques par les interventions médicales reste fortement influencé, sur le plan culturel, en faveur du premier. Le BMJ, entre autres, a critiqué les taux élevés de césariennes ainsi que la surmédicalisation de la naissance ; néanmoins, cela ne saurait justifier une minimisation des complications évitables. ».

[9] Abbasi K. Natural birth ideology and the unavoidable challenge of avoidable harms. BMJ 2026;394:e100218

La mission souhaite souligner qu'il existe une forme de contradiction dans la manière dont l'État français encadre la sécurité des naissances. D'un côté, il impose aux maternités des exigences très strictes (mais justifiées) pour garantir la sécurité : la présence immédiate d'un bloc opératoire et la disponibilité constante de spécialistes (gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur, pédiatre), afin de pouvoir faire face à des complications graves, parfois imprévisibles et loin d'être exceptionnelles, y compris chez des femmes sans facteur de risque identifié (disposition présentes dans les décrets de périnatalité de 1998). Ces exigences font l'objet d'évaluations régulières par la HAS. D'un autre côté, ce même État laisse la possibilité d'accoucher à domicile, pourtant sans accès immédiat à un plateau technique ni à ses spécialistes. Cela peut laisser penser qu'il est possible d'accoucher, dans certaines conditions, sans ces moyens, tout en maintenant un niveau de sécurité comparable à celui d'un établissement de santé.

Cette contradiction est particulièrement difficile à comprendre pour les élus et les populations lorsque certaines maternités ferment ou sont transformées en CPP faute de pouvoir assurer la présence continue de ces professionnels. Les maires, souvent opposés à ces fermetures, et les habitants peuvent légitimement ne pas comprendre pourquoi ce qui est imposé à un établissement de soins ne l'est pas pour un accouchement à domicile.

Ce manque de cohérence nuit à la compréhension des décisions prises par les autorités de santé lorsqu'une suspension ou fermeture de maternité est décidée. Il peut alimenter la colère dans certains territoires, fragiliser la confiance envers le système de soins et conduire certaines futures mères à se tourner vers des alternatives dont le niveau de sécurité pour elles et leurs enfants est dégradé.

II.5. Favoriser des parcours coordonnés en articulant davantage soins hospitaliers et suivi en ville

II.5.1 Organiser la continuité des soins après la sortie de maternité et sécuriser le parcours post-partum

Recommandation : Assurer la continuité des soins à la maison dès le séjour en maternité pour sécuriser la période postnatale.

Recommandation : Demander aux ARS d'évaluer la qualité du parcours des femmes en post-partum et la proportion de femmes en rupture de soins après la sortie de la maternité ; d'identifier leurs déterminants ; puis de définir un parcours structuré et homogène en fonction des diagnostics territoriaux avec les acteurs locaux concernés au sein du réseau ville-hôpital, en particulier libéraux.

Recommandation : Développer une nouvelle version du PRADO Maternité, coordonné par la CNAM, spécifiquement centré sur les publics fragiles, en particulier sur les mères ayant des difficultés à organiser leur suivi et celui de leur enfant de manière autonome. Les maternités devront repérer ces profils de vulnérabilité (sociale, culturelle ou d'isolement géographique) au plus tard avant la sortie et engager l'accompagnement dans les démarches administratives auprès de la CNAM.

La mission propose un accompagnement du post-partum aussi structuré qu'en anténatal pour continuer d'assurer un suivi humain et personnalisé sur le long terme, et en s'adaptant aux besoins des patientes.

Le PRADO (Programme d'accompagnement du retour à domicile) a été créé en 2010 (expérimentation dans un nombre restreint de départements pilotes avant d'être progressivement généralisé à l'ensemble du territoire national) par l'Assurance Maladie pour les sorties de maternité. Il est né d'un

besoin de fluidifier le passage entre l'hôpital et la ville, d'encadrer la baisse de la durée des séjours hospitaliers et de sécuriser le retour à la maison des jeunes mères. L'objectif était la sécurisation du retour à la maison en luttant contre le sentiment d'isolement ou d'anxiété des femmes en post partum, en organisant à l'avance les visites à domicile par une sage-femme libérale et de garantir l'égalité d'accès aux soins quelles que soit les conditions de vie des femmes concernées. Il avait l'avantage d'être coordonné et centralisé par la CNAM, un acteur légitime en capacité d'articuler les ressources et les acteurs d'un territoire. Il a été progressivement abandonné car trop coûteux et consommateur de ressources humaines de l'Assurance Maladie. Le choix a été fait de privilégier le renforcement de la coordination ville-hôpital, même si ce choix a fait l'objet de réserves de la Cour des comptes. Le dispositif sage-femme référente a vocation à s'y substituer mais nous manquons d'éléments pour déterminer son effectivité pour la coordination des soins en post-partum. Il est probable que ce dispositif soit moins efficient pour les publics les plus vulnérables, sachant que les femmes bénéficiant de l'AME ne peuvent pas en bénéficier. Plusieurs acteurs ont souligné lors des auditions que l'accès à ce dispositif est hétérogène sur l'ensemble du territoire en l'absence de coordination. La mission souligne en outre que la disparition du PRADO est déplorée par de nombreux professionnels auditionnés ainsi que par des acteurs institutionnels et publics. Il semble aussi nécessaire que les ARS puissent s'assurer de la coordination et de l'accessibilité des soins en post-partum comme elles le font dans d'autres domaines de la santé des femmes (IVG, perte de grossesse précoce).

Il parait également important que chaque maternité définisse une organisation pérenne permettant de planifier systématiquement les premiers rendez-vous de suivi (PMI, sage-femme, gynécologue-obstétricien, gynécologue médical, pédiatre, médecin généraliste etc.). Dans ce cadre, la mission déplore le raccourcissement de la formation médicale initiale des internes de médecine générale en santé de la femme et recommande de garantir un stage obligatoire de 6 mois spécifiquement dédié à la santé de la femme dans le cursus des internes en médecine générale, comme cela était le cas précédemment.

Concernant plus spécifiquement le suivi du nouveau-né après la sortie de maternité, la HAS recommande depuis 2014 que ce suivi soit anticipé et organisé avant le retour à domicile. Un rendez-vous avec le professionnel référent (généralement, sage-femme) doit être prévu dans les 48 heures suivant la sortie, et au plus tard dans la semaine en cas de sortie standard ; en cas de sortie précoce, une première visite doit intervenir dans les 24 heures. La surveillance du risque d'ictère doit être particulièrement rigoureuse après une sortie précoce, avec mesure de la bilirubine transcutanée, traçabilité du résultat dans le carnet de santé et interprétation au regard des courbes de référence. Enfin, un nouvel examen médical du nouveau-né est recommandé entre le 6ème et le 10ème jour de vie, de préférence par un pédiatre, ou par un médecin généraliste ayant une expérience suffisante des pathologies néonatales.

La mise en œuvre effective de ces recommandations reste toutefois inégale. La surveillance et la prise en charge de l'ictère après la sortie sont fragilisées par l'accès variable aux bilirubinomètres en ville, en raison de leur coût notamment, et par l'absence, dans certains territoires, de circuits clairement identifiés permettant d'organiser, lorsque cela est nécessaire, une photothérapie en hospitalisation conventionnelle ou en hospitalisation à domicile.

Plus largement, le suivi médical du nouveau-né est fragilisé par une pénurie sévère de pédiatres libéraux dans de nombreux territoires, une contraction de leur temps de travail libéral (IGAS, juillet 2026) et par l'affaiblissement des capacités de la PMI. Les médecins généralistes assurent de fait une part croissante du suivi des nourrissons, mais, alors que leur temps de travail se réduit également, tous ne disposent pas de la même expérience en pédiatrie du très jeune enfant, et certains peuvent hésiter à s'y engager en raison du temps nécessaire, d'un sentiment de formation insuffisante ou du risque médico-légal perçu. Dans ce contexte, l'enjeu est de garantir que chaque nouveau-né dispose effectivement, dès sa naissance, d'un professionnel et d'un circuit de soins capables de les assurer.

Ainsi, la mission recommande :

- D'organiser la déclaration obligatoire d'un médecin traitant (généraliste ou pédiatre), identifié dès la période anténatale ;
- De développer, parallèlement à l'augmentation en cours du nombre d'internes, les terrains de stage ambulatoires en santé de l'enfant, en pédiatrie comme en médecine générale formée à la pédiatrie;
- De garantir un stage obligatoire de 6 mois spécifiquement dédié à la santé de l'enfant dans le cursus des internes en médecine générale, comme cela était le cas précédemment ;

- D'organiser une action spécifique de formation approfondie des médecins généralistes au suivi et à la prise en charge du très jeune enfant dans les territoires confrontés à une pénurie sévère de pédiatres libéraux. Cette démarche pourrait être pilotée sous l'égide de l'Assurance maladie et de l'Ordre national des médecins.
- De renforcer la PMI pour le suivi postnatal précoce, notamment pour les familles vulnérables ou isolées, en articulation étroite avec la médecine libérale de ville (cf infra) ;
- De mobiliser les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) pour mieux structurer territorialement le parcours du nouveau-né dans les territoires déficitaires en offre de pédiatrie libérale (en dehors de l'organisation du suivi des nouveau-nés vulnérables, qui relève des DSRP, cf infra), en intégrant explicitement le suivi des nourrissons dans leurs projets de santé. Elles pourraient structurer, à l'échelle locale, des parcours associant médecin traitant, sage-femme, infirmière-puéricultrice, PMI et pédiatre de recours.
- Organiser, dans chaque territoire, en s'appuyant sur les DSRP, un circuit spécifique de prise en charge de l'ictère néonatal après la sortie de maternité précisant l'accès à la mesure de la bilirubinémie, les critères d'orientation et les possibilités de photothérapie, afin que les sorties précoces et très précoces ne puissent être envisagées qu'avec un niveau de sécurité équivalent à celui d'un séjour prolongé.

Recommandation : Prendre en charge à 100% les consultations postnatales jusqu'à 42 jours du post-partum (au lieu des 12 jours actuels).

Actuellement seule la consultation postnatale, proposée entre 6 et 8 semaines est prise en charge à 100%. Au-delà des 12 premiers jours du post-partum, les autres consultations et actes de prévention sont prises en charge à 70% par l'Assurance Maladie obligatoire. Dans le délai des 42 premiers jours, compte-tenu de la prévalence des complications maternelles et des enjeux de santé pour la femme et l'enfant (infections, difficultés d'allaitement, saignements, thromboses, santé mentale), il est indispensable d'élargir le remboursement des soins pour limiter l'absence ou le retard à la prise en charge.

Recommandation : Promouvoir le carnet maternité comme outil de repérage des comorbidités et des vulnérabilités des futurs parents, comme outil de communication entre professionnels et ville-hôpital et comme outil papier de suivi des femmes éloignées du numérique.

Conçu comme un véritable outil de prévention et d'accompagnement, le nouveau carnet de maternité propose des informations actualisées et fondées sur les recommandations scientifiques les plus récentes. Il aborde de manière claire et accessible les grandes thématiques du quotidien des futurs parents : l'alimentation, l'environnement, l'activité physique ou encore la santé mentale.

Bien que la mission privilégie le format dématérialisé, le format papier peut rester une solution adaptée, voire préférable pour les femmes éloignées du numérique afin de leur permettre de rassembler autour de ce carnet tous les éléments constituant le suivi (comptes-rendus, résultats d'analyse) et d'être actrices et détentrices des éléments les concernant.

Les nombreuses ressources y figurant pourront favoriser le repérage précoce de vulnérabilités, identifier les ressources du territoire, orienter vers le niveau de soin approprié, soutenir le couple durant la grossesse et dans la parentalité.

C'est un outil de lien entre les différents lieux de soin : en ville, à l'hôpital, en PMI.

Il accompagne la femme et le couple sur tout le parcours de grossesse, jusqu'au post partum.

II.5.2 Améliorer la prévention de la mort inattendue du nourrisson

Recommandation : Intensifier les campagnes nationales d'information de prévention de la mort inattendue du nourrisson jugée évitable dans un cas sur 2.

En France, la mort inattendue du nourrisson (MIN) reste la première circonstance de décès entre 1 mois et 1 an. Chaque année, environ 250 à 350 nourrissons sont concernés. La majorité des cas surviennent avant l'âge de 6 mois, avec un pic entre 2 et 4 mois. Les facteurs de risque sont bien connus : le principal est le couchage inadapté, notamment la position sur le ventre. Les autres facteurs de risque incluent le partage du lit d'un adulte, la présence d'objets dans le lit (oreillers, couettes, peluches, tours de lit), une température trop élevée de la chambre, le tabagisme pendant la grossesse ou après la naissance, ainsi que la prématurité et le faible poids de naissance.

Bien que l'incidence de la MIN ait chuté de 80 % depuis les années 1990, la France reste l'un des pays d'Europe ayant les taux les plus élevés et elle demeure un enjeu de santé publique majeur. Dans l'Enquête Nationale Périnatale en 2021, près de 44 % des femmes déclaraient ne pas avoir reçu de conseils sur le couchage du nouveau-né. Une étude récente a également montré que 80 % des publicités pour les couches et de nombreux emballages de produits de puériculture présentent des images de nourrissons endormis non conformes aux règles de sécurité. En parallèle, la moitié des nourrissons décédés dans ce contexte sont retrouvés sur le ventre.

La mission préconise donc :

- de lancer en urgence des campagnes nationales d'information de grande ampleur sur le couchage en sécurité des jeunes enfants, les dernières campagnes d'envergure datant des années 1990 ; ces campagnes devraient cibler en particulier les populations défavorisées ;
- de contraindre les industriels à ne plus diffuser d'images erronées (bébé sur le ventre) sur les emballages de produits de puériculture ou dans les publicités ;
- de mettre en conformité les pictogrammes et photographies des communications institutionnelles avec les recommandations de la HAS (2020).

II.5.3 Poursuivre la lutte contre le syndrome du bébé secoué

Le syndrome du bébé secoué (SBS) est une forme grave de maltraitance associée à un risque majeur de lésions cérébrales irréversibles chez l'enfant. Si les pleurs du nourrisson sont le facteur déclenchant le plus fréquent, le risque de passage à l'acte est fortement accru par les troubles anxiodépressifs des parents, le manque de sommeil et l'épuisement parental. Les données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2021 montrent que la prévention du SBS est encore insuffisante en France : une mère sur deux seulement déclarait avoir reçu en maternité des conseils face à des pleurs du nourrisson, avec de fortes disparités selon l'âge maternel, la parité et la participation aux séances de préparation à la naissance.

La mission préconise d'amplifier les mesures de prévention précoce et systématique, intégrée au parcours de soins des parents :

- systématiser l'information aux parents dès le séjour à la maternité sur les mécanismes de tension qui peuvent conduire au geste de secouer et les méthodes pour faire face les pleurs du nouveau-né, sur le modèle du « Crying plan » de la maternité Jeanne de Flandre à Lille (cf encart) ;
- rendre systématique la prévention du SBS dès les séances de préparation à la naissance et à la parentalité et lors de l'entretien postnatal ;
- poursuivre les campagnes de sensibilisation auprès du grand public (médias et outils 1000 jours).

Le "Crying Plan" de la maternité Jeanne-de-Flandre (CHU de Lille) : un programme de prévention du syndrome du bébé secoué

Face au constat annuel d'un nombre significatif et stable de nourrissons victimes du syndrome du bébé secoué (SBS), l'équipe de la maternité Jeanne-de-Flandre du CHRU de Lille a mis en place, à partir de 2017, un programme de prévention intitulé « Crying Plan », inspiré des outils développés par le CHU Sainte-Justine à Montréal (généralisés à l'ensemble du Québec dès 2008 puis du Canada).

Le programme « Crying plan » repose sur une intervention éducative dispensée par des professionnels de la maternité (sages-femmes, infirmières puéricultrices, auxiliaires de puériculture) auprès de tous les parents durant le séjour hospitalier post-natal. À l'issue de l'intervention, trois fiches sont également remises aux parents, portant respectivement sur les pleurs du nourrisson, la colère qu'ils peuvent susciter chez l'adulte, et enfin sur le SBS. Plutôt que

de centrer la prévention sur le comportement du bébé, le dispositif cible la gestion de la frustration et de la colère parentale, identifiées comme le maillon entre les pleurs et le passage à l'acte : les parents sont invités à anticiper leurs limites et à identifier une personne-ressource en cas d'épuisement. L'intérêt d'une telle stratégie a été confirmé récemment par une étude française qualitative réalisée sous la forme d'entretiens auprès de professionnels spécialisés et de parents d'enfants victimes du SBS. Les résultats de cette étude suggèrent que les auteurs de violences étaient souvent confrontés à des situations de stress, d'indisponibilité temporaire envers le nourrisson, de difficultés à gérer leurs émotions ou de manque de compétences parentales. Les professionnels intervenants dans le programme « Crying plan » sont volontaires et ont été formés en assistant à des présentations théoriques, suivies de séances de simulation. Par ailleurs, un enseignement annuel sur le SBS a été instauré pour les étudiants en médecine, et des actions de sensibilisation du grand public ont été menées (presse, réseaux sociaux, capsule vidéo réalisée avec l'association Les Maux - Les Mots pour le dire).

Selon les données communiquées par l'équipe de la maternité, l'incidence du SBS pris en charge par le CHRU de Lille a diminué d'environ 50% depuis la mise en œuvre du programme. Le coût de l'intervention a été estimé à environ 200 € par naissance, à comparer à un coût sociétal estimé à environ 1 million d'euros sur la vie entière par enfant porteur de lourdes séquelles.

II.5.4. Tendre vers une meilleure prise en compte de la santé mentale dans le parcours post-partum

Recommandation : Adopter une attitude plus transversale et multidisciplinaire pour structurer la coordination des parcours en santé mentale périnatale.

Les enjeux de la santé mentale périnatale apparaissent majeurs tant sur le plan sanitaire que socio-économique, pour la mère, le co-parent et le nouveau-né. Conformément à la définition de l'OMS, qui intègre pleinement la santé mentale comme composante essentielle de la santé du sujet, la période périnatale constitue une fenêtre de vulnérabilité mais aussi d'opportunité majeure pour le dépistage et la prise en charge précoce des troubles psychiques ainsi que pour la trajectoire développementale, relationnelle et émotionnelle des nouveaux nés.

Cette situation de vulnérabilité, pouvant durer jusqu'à un an en post-partum, est marquée par une forte prévalence des troubles psychiques : en France, près de 15 et 20 % des femmes présentent une dépression du post-partum (voire 40 à 50% lors des naissances prématurées). Les conduites addictives pendant la grossesse restent également fréquentes et insuffisamment repérées : en France, environ 8 % des femmes consomment de l'alcool pendant la grossesse, 12 % fument au troisième trimestre et 2 à 5 % utilisent du cannabis (cf supra). Elles sont souvent associées à des vulnérabilités psychiques et sociales (précarité, isolement, violences, antécédents psychiatriques), soulignant la nécessité d'un repérage systématique et d'une prise en charge précoce.

Les dernières mesures mises en place par la DGOS (renforcement des staffs médico-psychosociaux, entretien postnatal précoce, création de l'option de psychiatrie périnatale, augmentation du nombre de structures de psychiatrie en périnatalité) ont permis l'amélioration du repérage précoce de certaines pathologies en particulier la dépression périnatale, mais elles nécessitent une coordination et un renforcement des structures de soins.

Propositions et recommandations pour renforcer la santé psychique périnatale :

1) Décloisonner les institutions et structurer la coordination des parcours

La qualité des parcours en périnatalité repose sur une articulation fluide entre acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, aujourd'hui entravée par une organisation en silos et l'absence de gouvernance transversale. La coordination du réseau de soins et des parcours de soins nécessite une meilleure articulation entre partenaires du maillage territorial local (maternité, structures psychiatriques et pédopsychiatriques, médico-social, PMI, ASE, MDPH, centres maternels et familiaux etc…)

Un rattachement à des structures de santé mentale périnatales transversales identifiées aux seins des pôles de maternité/néonatologie sur le modèle des équipes d'addictologie ou de nutrition renforcerait la cohérence des soins et soutiendrait leur inscription dans le réseau de soins et leur accès à la formation continue nécessaire.

La mission propose de :

- Mettre en place un pilotage intégré au niveau des ARS, décloisonnant périnatalité somatique et santé mentale périnatale et infantile ;
- Structurer et financer des fonctions dédiées de coordination territoriale (infirmiers en pratique avancée, secrétariat de réseau, (pédo)psychiatre périnatal référent) ;
- Améliorer la lisibilité des ressources de recours pour les professionnels de première ligne, via des annuaires actualisés et accessibles en coordination avec les réseaux de périnatalité et les Plans Territoriaux de Santé Mentale gérés par les ARS ;
- Rattacher chaque maternité à une unité de psychiatrie périnatale territorialisée ;
- Renforcer la présence médicale en santé mentale périnatale en pré et post-natal (maternité, CPDPN et néonatologie) afin d'améliorer la continuité entre grossesse et santé postnatale maternelle et infantile et comme recommandé par le plan des 1000 premiers jours, et mettre en adéquation le nombre de psychologues et de psychiatres dans les maternités en fonction du nombre de naissances et du type de maternité.

2) Garantir l'équité d'accès aux soins

- La période suivant la naissance est une période de grande vulnérabilité pour certaines femmes. La dépression du post-partum, mais aussi d'autres difficultés psychiques liées à la grossesse ou à l'accouchement, peuvent avoir des conséquences importantes pour la mère, l'enfant et l'ensemble de la famille.
- Un repérage précoce permet d'orienter les femmes vers les professionnels adaptés (psychologues, psychiatres, médecins, sages-femmes, travailleurs sociaux…). Cependant, l'accès à ces accompagnements reste aujourd'hui inégal, notamment pour les femmes en situation de précarité.

Les modalités actuelles de financement génèrent des inégalités, notamment pour les publics précaires (remboursement de l'entretien post-natal précoce (EPNP) à hauteur de 60% seulement). Comme cela est fréquemment observé pour les dispositifs de prévention et de dépistage, le recours à l'EPNP semble aujourd'hui plus fréquent parmi les populations socialement favorisées, tandis que les femmes les plus vulnérables, pourtant susceptibles d'en tirer un bénéfice, y ont moins souvent accès.

La mission propose :

- d'assurer une prise en charge à 100 % des entretiens postnataux pour les femmes en situation de précarité ;
- de renforcer, via l'augmentation du nombre des professionnels, l'offre publique de soins psychiques en périnatalité, en particulier en proximité et adossées aux maternités et aux services de pédiatrie néonatale pour limiter la rupture de soins entre la sortie de maternité/néonatologie et les services de soins psychiques périnataux ;
- de mieux sensibiliser les professionnels à l'évaluation de la santé mentale de la femme à toutes les étapes de la prise en charge.

3) Valoriser la coordination et les soins indirects

Les temps de concertation pluridisciplinaires pour les situations complexes et à risque et les interventions de soutien aux équipes sont insuffisamment reconnus. Ces temps de synthèse entre les partenaires en pré ou post-natal impliquent aussi bien les obstétriciens, pédiatres, psychiatres/pédopsychiatres, psychologues, sage femmes, puéricultrices hospitaliers et libéraux PMI, AS, Aide sociale à l'enfance le cas échéant.

La mission propose :

- de créer des modalités de cotation et de financement des réunions de synthèse pluriprofessionnelles type RCP ;
- de valoriser les actes indirects (avis spécialisés, supervision, soutien aux équipes de première ligne).

4) Soutenir le rapprochement mère-enfant et le principe zéro-séparation

Le maintien du lien précoce est un déterminant majeur de santé. Le rapprochement mère enfant lors des naissances compliquées sur le plan somatique pour la mère ou le nouveau-né est nécessaire pour des raisons médicales mais également de santé mentale et développementale. L'absence de valorisation du rapprochement mère-enfant par le système de cotation T2A en fragilise la mise en œuvre sur certains territoires.

Toutes les actions structurelles soutenant la présence des deux parents à chaque étape du parcours doivent être soutenues. Elles sont développées en III.1.3.

5) Renforcer la politique des 1000 premiers jours

La mission propose de renforcer la politique des 1000 premiers jours en veillant à ce que les maisons des 1000 jours constituent avant tout un lieu de coordination et de mise en commun des compétences des institutions déjà existantes (PMI, maternités, services de psychiatrie périnatale, pédiatrie, médecine de ville, pédopsychiatrie, acteurs du médico-social et de la protection de l'enfance), plutôt qu'un dispositif supplémentaire venant complexifier les parcours des familles et des professionnels. L'enjeu est de construire des parcours lisibles, accessibles et précoces, permettant un repérage rapide et précoce des vulnérabilités psychiques, sociales et relationnelles.

III. Lutter contre les inégalités territoriales et sociales pour améliorer les indicateurs périnataux

III.1. Mieux prendre en compte les aspirations et les besoins des usagers à chaque étape de leur parcours périnatal

III.1.1. Garantir une association plus étroite des collectifs d'usagers à la gouvernance périnatale

Recommandation : Mieux impliquer les usagers en formalisant leur participation dans la gouvernance nationale et régionale de la périnatalité.

Les femmes expriment aujourd'hui des attentes fortes vis-à-vis de leur parcours périnatal. Ces attentes s'inscrivent dans une évolution plus large vers une médecine plus partenariale, fondée sur la confiance, la transparence et la co-construction des décisions de soins et une participation accrue à l'élaboration des politiques périnatales.

Pourtant, malgré les avancées de la démocratie sanitaire, les usagers sont encore insuffisamment associés à la gouvernance de la périnatalité, tant au niveau du pilotage qu'au sein de l'organisation quotidienne des soins. La mise en veille de la Commission Nationale de la Naissance en 2018 a entraîné la perte d'un espace de dialogue structuré entre l'État, les professionnels et les familles. A l'échelle régionale, si des représentants d'usagers participent à certaines instances (DSRP), il n'existe pas non plus de dispositif structuré de consultation ou de co-construction des politiques de santé périnatale avec les femmes et les familles.

La mission propose à cet effet :

- D'inclure une participation active des représentants des usagers à l'instance nationale de pilotage (cf ci-dessus) pour concourir à la conception et à l'évaluation des politiques publiques en périnatalité ;
- De garantir une place importante aux usagers au sein des comités de pilotage des ARS et des DSRP pour l'élaboration de l'offre de soins territoriale.

III.1.2 Éclairer les choix des couples via la mise à disposition des indicateurs d'offre et de qualité des soins des maternités

Recommandation : Rendre publics et accessibles des indicateurs d'activité, de qualité et de sécurité, d'organisation et d'offre de soins des maternités de façon à permettre aux femmes de choisir leur établissement de façon pleinement transparente

Un manque de transparence sur la qualité et la sécurité des maternités entrave la possibilité pour les usagers d'exercer des choix éclairés et d'être de véritables acteurs de la gouvernance. Les connaissances sur la structuration de l'offre de soins périnatals et les informations sur la qualité des soins et la sécurité réelle des maternités sont souvent partielles, peu intuitives et méconnues du grand public. La plate-forme Qualiscope, qui constitue la principale source d'information disponible en matière de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, demeure incomplète et méconnue des patients comme des soignants. Ceci crée des inégalités sociales (les familles les mieux informées évitent les structures fragiles tandis que les autres s'y rendent sans conscience du risque) et participe au blocage actuel concernant la révision de l'offre des maternités.

Les indicateurs caractérisant la perception des patients vis-à-vis des soins reçus (PROMs) ou encore de leur expérience (PREMs) sont en ce sens particulièrement pertinents. Or, ils restent encore insuffisamment explorés, même au sein des établissements, illustrant le fait que la place des usagers reste souvent symbolique et la gouvernance de la qualité ne prend pas suffisamment en compte le retour d'expérience direct des patients.

La mission propose en annexe une liste d'indicateurs d'activité, de qualité et de sécurité, d'organisation et d'offre de soins que les maternités devraient rendre publics et accessibles via au minimum leur site internet.

III.1.3. Mieux impliquer les usagers dans les parcours de soins et la recherche

Recommandations :
- Valoriser le modèle des parents partenaires de soins en néonatologie ;
- Généraliser le projet de naissance comme outil de dialogue et de décision partagée entre le couple et l'équipe soignante ;
- Encourager les démarches de recherche participative où les femmes et les parents contribuent à l'élaboration de nouvelles connaissances sur la périnatalité.

Le développement du partenariat en santé, fondé sur l'implication des patients et des familles comme partenaires des soins, constitue un levier reconnu d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'humanisation des prises en charge. Notamment, la littérature scientifique montre que l'engagement des patients et des familles favorise l'émergence de pratiques et de modèles de soins plus adaptés à leurs besoins, oriente les questions de recherche vers des enjeux ayant un impact concret sur leur qualité de vie et améliore la pertinence et l'acceptabilité des innovations en santé. En périnatalité, où les parents occupent une place centrale auprès de leur enfant, cette approche favorise un accompagnement global et une meilleure continuité des soins, renforce la confiance entre les familles et les équipes et contribue à de meilleurs résultats tant pour les nouveau-nés que pour leurs parents.

III.1.4. Promouvoir le principe de « zéro-séparation », en salle de naissance, dans les services de gynécologie-obstétrique, les services de néonatologie et lors des transports néonatals

Recommandation : Promouvoir, dans la révision des décrets de périnatalité, le principe de zéro-séparation, en salle de naissance, au bloc opératoire et en salle de surveillance post-interventionnelle, dans les services de gynécologie-obstétrique, les services de néonatologie et lors des transports néonatals.

Le principe de « zéro-séparation » en périnatalité désigne une approche de soins qui vise à éviter de séparer le nouveau-né de ses parents (en particulier de sa mère), dès la naissance, sauf lorsqu'il existe une raison médicale réelle et proportionnée (proximité physique et émotionnelle).

C'est un principe fondamental pour favoriser le développement de l'enfant et l'attachement précoce entre le bébé et ses parents, particulièrement en cas de vulnérabilité. Il est indissociable du soutien à l'allaitement, la proximité mère-enfant continue facilitant la mise en place de la lactation, particulièrement pour les bébés fragiles. Il permet aussi de renforcer le sentiment de compétence parentale, de diminuer l'anxiété parentale et le stress physiologique du nouveau-né.

Il est inscrit dans la charte du nouveau-né hospitalisé (2017), portée conjointement par l'Association SOS Préma et la Société Française de Néonatologie, sous le patronage du Ministère des solidarités et de la santé.

La mise en œuvre du principe de zéro-séparation se heurte à de nombreux obstacles d'ordre structurel et organisationnel. L'inadaptation de l'architecture dans de nombreux établissements de santé constitue un frein majeur : le sous-dimensionnement des unités de néonatalogie (étroitesse des locaux avec chambres multiples, manque de chambres individuelles), et l'absence d'espaces de vie dédiés aux familles limitent fortement la possibilité d'une présence parentale continue auprès du nouveau-né. À ces contraintes s'ajoutent les tensions, bien connues, en ressources humaines, qui réduisent la capacité des équipes à accompagner les parents dans leur place de partenaires de soins et à respecter le rythme du bébé et de sa famille. Enfin, dans le champ de la psychiatrie périnatale, l'insuffisance de places en Unités Mère-Bébé compromet également le maintien du lien mère-enfant lorsque l'état psychique de la mère nécessite une hospitalisation.

La mission préconise d'adapter l'organisation des soins systématiquement afin que la présence parent–bébé constitue la norme et que toute séparation devienne une exception justifiée, limitée dans sa durée et accompagnée de mesures de maintien du lien.

Voici les mesures proposées :

1) En salle de naissance :

- Favoriser la généralisation du peau à peau immédiat et prolongé dès la naissance lorsque l'état clinique du nouveau-né et de la mère le permet, y compris après une naissance par césarienne. En cas d'impossibilité temporaire pour la mère, permettre au co-parent ou à la personne accompagnante d'assurer ce contact.
- Développer des organisations de type couplet care, reposant sur une prise en charge conjointe mère-enfant dans une chambre unique située à l'interface obstétrique–néonatologie, lorsque l'état de santé du nouveau-né nécessite des soins compatibles avec cette modalité.
- Favoriser l'accueil du co-parent et du nouveau-né auprès des mères hospitalisées en SSPI et en USI obstétricale le cas échéant.

2) En maternité :

- Accompagner la transformation des infrastructures hospitalières pour développer les chambres individuelles.
- Garantir une solution d'hébergement du co-parent (exemple : fauteuil convertible) dans toutes les chambres des femmes ayant accouché.

- Organiser les soins afin que les actes techniques, examens cliniques et soins courants du nouveau-né soient réalisés, chaque fois que possible, auprès de la mère ou dans la même pièce.
- Dans les centres de type 2A, privilégier le développement d'unités kangourou intégrées aux suites de couches, permettant une prise en charge conjointe de la mère et du nouveau-né nécessitant des soins néonatals simples, plutôt qu'une unité de néonatologie distincte.

3) En néonatologie :

- Intégrer dans de futurs textes réglementaires des standards architecturaux favorisant la présence parentale continue, par le développement de chambres individuelles et de chambres familiales, y compris en soins critiques, équipées d'espaces sanitaires adaptés.
- Mobiliser des crédits d'investissement pour accompagner la transformation des infrastructures hospitalières et soutenir les établissements dans cette évolution.
- Garantir des conditions matérielles permettant aux parents d'exercer pleinement leur rôle auprès de leur enfant hospitalisé (repos, hygiène corporelle, restauration).
- Développer les équipes mobiles de néonatologie intervenant à domicile afin de sécuriser les sorties précoces et d'assurer la continuité des soins dans l'environnement familial.

4) En psychiatrie :

- Renforcer l'offre d'Unités Mère–Bébé pour les mères souffrant de troubles psychiatriques graves (cf supra).
- Développer des parcours coordonnés entre maternité, néonatalogie, psychiatrie périnatale et secteur médico-social afin d'éviter les séparations évitables.

5) Lors du transport sanitaire :

- Permettre, lorsque les conditions de sécurité le permettent, la présence d'au moins un parent lors des transferts interhospitaliers du nouveau-né.

6) Former les professionnels :

- Former les équipes à distinguer les séparations médicalement nécessaires des pratiques organisationnelles historiques.
- Développer les compétences permettant de réaliser les soins en présence et avec la participation des parents.
- Généraliser la formation aux soins de développement, aux soins centrés sur la famille et au modèle des parents comme partenaires de soins en néonatologie.
- Sensibiliser les équipes aux effets des séparations précoces sur le développement du nouveau-né et l'établissement du lien parent–enfant.

III.2. Renforcer les structures et les réseaux territoriaux périnatals existants et clarifier leurs missions respectives

III.2.1. Recentrer et soutenir les structures de PMI vers leurs missions de prévention et de prise en charge des vulnérabilités

Les services de Protection maternelle et infantile (PMI) occupent une place centrale dans la politique de santé périnatale et constituent un outil majeur de prévention et de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Pourtant, ils connaissent depuis de nombreuses années une dégradation profonde de leurs capacités d'intervention, liée à des contraintes budgétaires, organisationnelles et démographiques qui affectent leur mission de prévention.

Leurs ressources ont diminué d'environ 25 % au cours de la décennie 2010, avec des inégalités territoriales particulièrement marquées : en 2017, la dépense annuelle par enfant de 0 à 6 ans oscillait

entre moins de 10 € dans certains départements et 344 € dans d'autres, selon la seule volonté politique locale, puisque leur financement dépend principalement des conseils départementaux (leur financement par l'Assurance Maladie à l'acte est en effet marqué par une sous-déclaration massive). La diminution des ressources allouées s'est traduite par une réduction de l'offre de consultations et des interventions à domicile. Parallèlement, l'élargissement des missions administratives et sociales confiées aux équipes a conduit à un recentrage des interventions sur les publics les plus vulnérables et sur la protection de l'enfance, au détriment des missions de prévention. Ainsi, 30 à 40 % des moyens humains sont absorbés par des tâches non sanitaires, comme l'agrément des assistantes maternelles ou l'évaluation des informations préoccupantes pour la protection de l'enfance. Ce repli progressif a contribué à dégrader l'image de l'institution, parfois perçue davantage comme un organe de contrôle que comme un lieu de soin et de soutien à la parentalité, ce qui freine l'accès de nombreuses familles à ses services. Cette évolution s'est accompagnée d'une baisse continue des effectifs médicaux et paramédicaux ainsi que de difficultés croissantes de recrutement.

En l'absence d'un pilotage national structuré et d'une instance de coordination, les services de PMI ont également évolué sans orientations communes ni objectifs de couverture clairement établis. La dépendance aux arbitrages des conseils départementaux a contribué à renforcer les disparités territoriales dans les pratiques professionnelles et dans les niveaux de service proposés. Enfin, le développement des maisons 1000 jours, soutenu par des financements article 51, s'est fait en parallèle, voire en concurrence avec les PMI, contribuant à leur fragilisation, alors qu'elles devaient initialement les renforcer.

Pour redonner aux PMI toute leur place d'actrices de la périnatalité, la mission préconise donc :

- de « recentraliser » le financement des PMI en mettant en place une dotation populationnelle nationale, fondée sur le nombre d'enfants de 0 à 6 ans et modulée selon les indicateurs de vulnérabilité territoriale, afin de réduire les écarts de financement entre départements ;
- de renforcer le pilotage national par la création d'une instance de coordination dédiée, chargée de définir des normes de couverture populationnelle et des objectifs socles, d'assurer le suivi des résultats et de publier des indicateurs comparatifs annuels ;
- d'engager un plan de renforcement des ressources humaines incluant la création d'un statut commun de médecin de la fonction publique et la mise en place de dispositifs d'incitation à l'exercice dans les territoires les plus fragiles ; de garantir des normes minimales d'effectifs suffisantes pour atteindre les objectifs de couverture ; de permettre dans certains cas encadrés l'ouverture de la PMI aux praticiens libéraux ;
- de clarifier le périmètre des missions de la PMI en poursuivant le transfert de certaines fonctions administratives hors du champ sanitaire afin de recentrer les professionnels sur les activités de prévention et de soins ;
- d'associer systématiquement les maisons 1000 jours aux PMI et d'éviter les redondances d'activité entre les maisons 1000 jours et les PMI en basant les autorisations d'implantation sur la consultation préalable d'un annuaire des structures en matière de périnatalité (qui serait consultable par exemple sur le site service.public.fr) ;
- d'intégrer les représentants des services départementaux de PMI dans les instances de pilotage, pour une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs de la santé périnatale et de leur champ d'intervention spécifique ;
- d'intégrer les PMI dans la démarche de généralisation du DMP.

L'intervention ARIANE en PMI, un dispositif d'aller-vers fondé sur le principe d'universalisme proportionné

ARIANE est un dispositif structuré d'accompagnement des services départementaux de Protection maternelle et infantile (PMI), destiné à renforcer la prévention précoce auprès des familles dès la grossesse. Il associe la formation des professionnels, l'appui à la conduite de projet et une feuille de route d'implantation coconstruite avec les équipes départementales. Fondé sur le principe de l'universalisme proportionné, il vise à renforcer l'accès universel aux services de prévention, à améliorer le repérage précoce des besoins des familles et à adapter les réponses proposées.

Ce dispositif repose sur une démarche proactive d'« aller vers », consistant à contacter systématiquement les femmes enceintes afin de leur présenter, de vive voix, les dispositifs publics de prévention et de soutien à la parentalité. Cet échange permet également d'évaluer leurs besoins à l'aide d'un questionnaire semi-structuré abordant notamment le suivi de grossesse, les conditions de logement, les grossesses antérieures et les enfants aînés, les difficultés sociales (précarité financière, isolement, monoparentalité), la situation du couple, ainsi que la santé mentale. Environ 70 % des femmes expriment au moins un besoin et se voient proposer une orientation adaptée vers les services de la PMI ou ceux de ses partenaires.

L'étude pilote menée en 2021 (Santé publique, vol. 33, n° 4) a montré une très grande acceptabilité des appels par les femmes comme par les professionnels, ainsi qu'une amélioration de la pertinence du repérage des situations nécessitant un accompagnement, permettant le passage d'une logique de prévention fondée sur des critères prédéfinis à une approche centrée sur les besoins exprimés par les familles.

ARIANE est actuellement déployée ou en cours de déploiement dans neuf départements (la Moselle, l'Ardèche, l'Aude, les Alpes-Maritimes, l'Indre-et-Loire, le Tarn, la Meuse, la Somme et le Pas-de-Calais).

III.2.2. Renforcer les missions des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité

Les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) assurent la coordination territoriale entre les acteurs hospitaliers, libéraux et médico-sociaux intervenant dans le champ de la santé périnatale. Leurs missions couvrent notamment l'organisation des transferts in utero et néonatals, l'harmonisation des pratiques de soins, la formation des professionnels, le suivi des enfants vulnérables via les réseaux de suivi des enfants vulnérables (RSEV), l'appui aux maternités dans l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins au travers des revues de morbi-mortalité (RMM), ainsi que la production d'indicateurs régionaux. Fin 2022, 36 dispositifs étaient recensés.

Si leur rôle de coordination est jugé indispensable, plusieurs limites sont identifiées. Leur maillage territorial reste hétérogène : certaines régions étendues, comme la Nouvelle-Aquitaine ou l'Occitanie, ne disposent que d'un seul dispositif, tandis que d'autres, comme l'Île-de-France, conservent une organisation fragmentée. Cette configuration conduit soit à des périmètres trop vastes pour maintenir une coordination de proximité, soit à une dispersion limitant les effets de mutualisation et les économies d'échelle. En outre, certaines régions restent dépourvues de RSEV, bien que cette mission soit intégrée au périmètre des DSRP.

Le fonctionnement des DSRP est également limité par l'absence d'outils de partage d'information suffisamment développés et par une faible valorisation des temps de coordination entre professionnels de ville et hospitaliers. Leur capacité d'action repose encore souvent sur la qualité des relations inter-personnelles avec les référents des ARS. Leur financement, assuré via le Fonds d'intervention régional (FIR), demeure relativement limité au regard des missions exercées (18 M€ au niveau national en 2021).

Enfin, la déclinaison spécifique des missions des DSRP n'est précisée que par une instruction (N° DGOS/R3/DGS/SP1/2023/122), texte plus aisément modifiable qu'une disposition législative ou réglementaire, les articles L.6327-6 et D.6327-6 du code de la santé publique (loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019) ne précisant que leurs missions générales. Dans la pratique, l'articulation des missions des DSRP avec celles des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) demeure insuffisamment précisée, comme le souligne l'IGAS dans son rapport de janvier 2026.

Une des missions fondamentales des DSRP est de coordonner le suivi des nouveau-nés à risque de troubles du neuro-développement (TND) (grands prématurés, nouveau-nés atteints de pathologies périnatales sévères) via les Réseaux de Suivi des Enfants Vulnérables (RSEV). Cette organisation vise à repérer précocement les déviations de trajectoire développementale et à orienter plus rapidement

les enfants vers les prises en charge spécialisées nécessaires, afin de prévenir ou limiter le surhandicap, avec des consultations de développement débutées dès la sortie d'hospitalisation de néonatologie et poursuivies jusqu'à l'âge de 6 à 7 ans.

Cet enjeu est majeur : les troubles du neuro-développement ont des conséquences importantes à l'échelle individuelle, familiale et sociétale. Ils mobilisent durablement les systèmes de santé, d'éducation et de protection sociale, tout en plaçant les familles face à des parcours de soins longs et souvent éprouvants, susceptibles d'accentuer les inégalités en fonction des ressources sociales et financières dont elles disposent.

Malgré cette organisation, le suivi des nouveau-nés vulnérables reste confronté à des inégalités territoriales et des difficultés structurelles qui fragilisent la continuité des parcours. Le dispositif COCON apparaît comme un modèle organisationnel consolidant les missions des RSEV (coordination, suivi longitudinal, formation et maillage territorial) tout en répondant aux enjeux d'équité, d'efficience et de prévention précoce (cf encart).

La mission préconise :

- De clarifier les rôles, périmètres d'intervention et responsabilités respectifs des DSRP par rapport aux autres structures contribuant à la coordination territoriale, notamment les DAC et les CPTS, et de reconnaître les DSRP comme les opérateurs régionaux de la politique périnatale (cf ci-dessous en III.2.3) ;
- De stabiliser par voie réglementaire les missions spécifiques des DSRP dans le cadre de la révision des décrets de périnatalité ;
- D'adapter le financement des DSRP en fonction des missions définies ;
- De déployer le dispositif COCON à l'échelle nationale en l'inscrivant dans le droit commun, porté par les RSEV, si l'évaluation finale confirme les conclusions des évaluations intermédiaires.

Le dispositif COCON – un exemple d'expérimentation vertueuse de coordination

Le suivi des nouveau-nés vulnérables en France reste confronté à des inégalités territoriales et à des difficultés structurelles qui fragilisent la continuité des parcours. Le manque de valorisation des consultations complexes freine l'engagement des professionnels, tandis que les délais d'accès aux structures spécialisées (CAMSP, CMP, certaines PCO), la pénurie de professionnels formés dans certains territoires (notamment d'orthophonistes), et le reste à charge pour certaines prises en charge, comme la psychomotricité (qui ne bénéficie d'aucune nomenclature), entraînent des ruptures de parcours. À cela s'ajoutent des enjeux de coordination entre les différents dispositifs (RSEV, PCO, CAMSP) et un risque élevé de perdus de vue, particulièrement parmi les familles les plus précaires. Par ailleurs, certaines zones du territoire demeurent dépourvues de RSEV, créant des inégalités d'accès au suivi. Enfin, des enfants pourtant exposés à un risque de TND, notamment les prématurés modérés (nés après 34 semaines d'aménorrhée), restent aujourd'hui exclus de ces dispositifs.

Le parcours COCON (parcours de soins PréCOces et COordonnés du NOuveau-né), expérimenté depuis 2022 dans le cadre de l'article 51 et porté par les RSEV de trois régions pilotes (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Nouvelle-Aquitaine), constitue une réponse innovante aux limites du suivi des enfants à risque de TND. Il repose sur un accompagnement global, précoce et coordonné par un médecin référent formé et choisi par la famille, associé à un calendrier structuré de consultations complexes à des âges clés, à une démarche d'« aller-vers » avec rappels, à un accès sans délai et sans avance de frais aux soins spécialisés (kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité, psychologie, ergothérapie, orthoptie), à la formation continue des professionnels, à un dossier partagé assurant une coordination en temps réel et à une articulation avec les dispositifs de droit commun (PCO, CAMSP, MDPH), dans une logique de réévaluation régulière des besoins et de maîtrise des dépenses. La population suivie, définie selon les recommandations de la HAS, s'étend au-delà du périmètre habituellement couvert par les RSEV.

Les premiers résultats de son évaluation montrent une amélioration du maillage territorial, une réduction des inégalités sociales d'accès aux soins, une meilleure continuité des prises en charge, une orientation plus précoce vers les structures spécialisées et une diminution marquée des perdus de vue (7,3 % à 12 mois contre près de 40 % avant déploiement).

III.2.3. Reconnaître les DSRP comme les opérateurs régionaux de la politique périnatale, et les CPTS comme les opérateurs territoriaux de proximité de cette politique.

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) constituent un levier essentiel pour développer l'exercice coordonné des professionnels de santé à l'échelle locale et améliorer les parcours de proximité. Toutefois, leur implication dans le champ de la périnatalité demeure aujourd'hui très hétérogène selon les territoires. Leur développement ne doit pas conduire à une dilution des missions des DSRP, dont le rôle d'expertise, d'animation de la filière régionale, de coordination des recours, de suivi des populations à risque et d'amélioration de la qualité est spécifique et irremplaçable. Les CPTS ont vocation à décliner localement les parcours de proximité, en articulation avec les DSRP, et non à se substituer à eux.

Afin d'améliorer la coordination et la cohérence des parcours de soins périnatals, la mission recommande :

- **d'intégrer systématiquement un volet « périnatalité » dans les projets de santé des CPTS,** accompagné d'un cahier des charges national définissant un socle minimal d'actions attendues (prévention, coordination du suivi des grossesses en ville, articulation avec les maternités dans le cadre des sorties précoces, organisation de la prise en charge du post-partum, coordination avec la PMI, etc.), élaboré en lien avec les DSRP ;
- **de préciser, dans les textes réglementaires, la complémentarité entre les missions des DSRP et celles des CPTS**, en reconnaissant aux DSRP un rôle de coordination régionale, d'expertise, d'animation des filières, d'amélioration de la qualité et d'évaluation, tandis que les CPTS assurent la coordination opérationnelle des parcours de proximité ;
- **de formaliser les relations entre chaque DSRP et les CPTS de son territoire** par des conventions ou feuilles de route régionales précisant les modalités de coopération, les outils partagés, les parcours prioritaires et les indicateurs de suivi ;
- **de désigner un référent périnatalité au sein de chaque CPTS**, chargé d'assurer le lien avec le DSRP, les maternités, les services de néonatologie, les RSEV, la PMI et les acteurs du médico-social ;
- de confier aux DSRP l'élaboration et la diffusion des référentiels, protocoles, formations, outils numériques et indicateurs de qualité, les CPTS assurant leur mise en œuvre et leur adaptation aux réalités territoriales ;
- **de développer des indicateurs communs DSRP–CPTS** permettant d'évaluer la qualité des parcours périnatals, les délais d'accès aux soins, les ruptures de parcours et les inégalités territoriales, dans une logique d'amélioration continue ;
- **de renforcer le décloisonnement entre la ville et l'hôpital** en favorisant l'adhésion aux CPTS des centres de PMI et des établissements de santé du territoire.
- **d'appuyer la mise en place, au sein de chaque territoire métropolitain et ultramarin, d'une cellule de transfert** dédiée à l'organisation et à la sécurisation des parcours de soins périnatals fonctionnant 7 jours/7.

III.3. Sur le champ des inégalités sociales, mieux cibler les ressources vers les femmes qui en ont le plus besoin, aller vers un parcours intégré pour les femmes enceintes en situation de précarité et leurs nouveau-nés

Selon l'ENP 2021, 1,5% des femmes venant d'accoucher déclarent vivre en foyer d'accueil ou à l'hôtel, soit le double par rapport à 2016. En 2024, 50% des femmes enceintes accompagnées par le réseau Solipam n'avaient pas de couverture santé et aucune démarche n'était en cours pour l'obtention de ces droits. Cette situation a induit parfois un renoncement aux soins et un retard dans le suivi médical.

En lien avec des problèmes de santé et des situations de précarité plus fréquents, le taux de mortalité infantile est 1,5 fois plus élevé chez les femmes nées au Maghreb et 2 fois plus élevé pour les femmes nées dans d'autres pays d'Afrique ; l'augmentation de la mortalité néonatale dans ces populations contribue de manière significative à la hausse de la mortalité néonatale en France. Le suivi médical de la grossesse est souvent irrégulier et tardif. A cela s'ajoutent parfois des difficultés de compréhension liées à la barrière de la langue.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, la mortalité des femmes migrantes est 2 fois celle des femmes nées en France, et les femmes socialement vulnérables sont 1,5 fois plus représentées parmi les femmes décédées (7ème rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2016-2018).

La situation socio-économique des femmes et leurs conditions de vie (exposition à la pollution, habitats dégradés, voire absence d'habitat, difficulté d'accès à une alimentation adaptée, etc.) ont un impact sur la mortalité infantile et maternelle.

La stratégie des 1000 premiers jours est insuffisamment adaptée aux situations de grande pauvreté, et à la considération des déterminants sociaux de la santé, alors même que la précarité constitue un déterminant majeur de la dégradation de la santé périnatale.

Toujours d'après l'ENP 2021, deux tendances sont observées concernant les dispositifs facilitant la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité ou de précarité : l'accès à une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) n'a pas significativement évolué entre 2016 et 2021 (plus de 35% des maternités ont un accès systématique, et plus de 21% un accès non systématique) et parallèlement l'accès à un autre dispositif a baissé, passant de près de 53% en 2016 à moins de 29% en 2021. Parmi les maternités qui proposent un autre dispositif pour faciliter la prise en charge des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité, ce sont les staffs pluridisciplinaires qui se sont renforcés, évoluant de 36,5% en 2016 à près de 52% en 2021 ; 76,0% des maternités de plus de 3500 accouchements par an proposent ce type de staff en 2021 et près d'une maternité sur deux de moins de 500 accouchements par an. En 2021, les professionnels de la PMI passent régulièrement au sein des établissements et participent aux staffs dédiés aux populations précaires et/ou en situation de vulnérabilité dans environ 80% des établissements.

Les échanges entre les établissements et les PMI sont formalisés notamment par convention dans 50,7% des maternités. Plus le type de la maternité est élevé, plus les liens sont formalisés. En 2021, 51,4% des maternités déclarent informer systématiquement les femmes concernant le rôle de la PMI et les moyens de la contacter. Plus le type est élevé, plus l'information est systématiquement réalisée. Ce sont les maternités qui réalisent un grand nombre d'accouchements annuels qui déclarent le plus informer les femmes. En 2021, près de 90% des maternités déclarent utiliser un dispositif pour faciliter la prise en charge des populations non francophones. La consultation avec un interprète est peu utilisée : près de 14% des maternités déclarent y avoir recours. La présence la plus notable d'interprètes se situe dans les types 3 et dans les maternités de plus de 3500 accouchements annuels avec environ 40% de recours.

La mission s'est largement appuyée sur les travaux conduits par SOLIPAM et le Samu social dans le cadre de l'étude REPERES[10] (Recherche sur la Périnatalité et l'Errance Résidentielle). Cette étude, dont la mission reprend à son compte les constats et certaines des propositions relatives à la santé périnatale des populations vulnérables, visait à évaluer l'effet de l'instabilité et de la précarité des conditions d'hébergement sur la santé physique et mentale des femmes enceintes sans domicile ou mal logées.

III.3.1. Femmes vivant à la rue

La situation des femmes enceintes, des mères et des nouveau-nés sans domicile est particulièrement alarmante.

Ces familles subissent les conséquences d'une saturation chronique des dispositifs d'hébergement d'urgence et se heurtent à des critères de priorisation des demandes faites au 115, en fonction d'une hiérarchie des vulnérabilités supposée des personnes. Les femmes en errance résidentielle changent en moyenne 36 fois de lieu d'hébergement (jusqu'à 40 pour certaines) entre le 6ème mois de grossesse et les 3 mois de l'enfant. En 2025, environ 3500 nouveau-nés ont commencé leur vie sans domicile en Île-de-France.

L'étude REPERES livre des données très préoccupantes concernant les conséquences de l'errance résidentielle sur la santé périnatale :

- Le taux de petit poids de naissance est de 12,4 % à 15,4 % contre 7,1 % en population générale ;
- Le taux de mortalité néonatale est de 16,9 pour 1000 naissances, soit un taux huit fois supérieur à celui observé en population générale ;
- Les femmes enquêtées dans le cadre de REPERES présentent une santé mentale particulièrement dégradée, avec une prévalence élevée de troubles anxieux et dépressifs.
- Le renoncement aux soins est fréquent (17,6%) et concerne principalement les soins de premiers recours et les consultations essentielles au suivi périnatal. Les raisons les plus fréquemment rapportées sont : l'impossibilité d'obtenir un rendez-vous (39 %), des obstacles administratifs comme l'absence de couverture santé (33 %), ainsi que des contraintes financières (30 %). À ces barrières s'ajoutent les fréquents refus de soins, révélateurs de la persistance des discriminations dans le système de santé, qui contribuent à éloigner davantage ces femmes d'une prise en charge adaptée.

Recommandation : Définir, par circulaire interministérielle, un cadre national harmonisé pour la prise en charge des mères et des nouveau-nés sans domicile.

Ce texte réglementaire vise à décloisonner l'action des acteurs étatiques, départementaux et hospitaliers impliqués dans l'accompagnement des familles sans domicile. Il devra définir les protocoles d'accès à l'hébergement spécialisé et d'orientation vers le logement de transition (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, logement adapté), tout en garantissant un suivi médico-social adapté. L'intérêt supérieur de l'enfant devra y être érigé en principe directeur prioritaire. Son application supposera impérativement des moyens renforcés.

Recommandation : Garantir un hébergement stable, continu et adapté durant toute la période des 1000 premiers jours.

Cette stabilité permet d'améliorer les conditions de vie des femmes sans domicile et leur nouveau-né, de sécuriser leur quotidien et de limiter les situations d'errance, qui fragilisent leur santé ainsi que leur parcours d'accompagnement et de soins.

En accord avec les propositions de SOLIPAM, la mission préconise :

[10] REPERES, rapport n° 1 : *comprendre la situation sociale ainsi que l'état de santé physique et psychique des femmes sans domicile en période périnatale*. Samu social de Paris, Réseau Solipam Île-de-France ; 2026.

- D'élargir les critères de priorisation fondés sur l'avancement de la grossesse ou l'âge du nourrisson (actuellement limités du 6ème mois de grossesse aux 3 mois de l'enfant) dans le traitement des demandes d'hébergement d'urgence, en considérant les 1000 premiers jours comme une période de grande vulnérabilité nécessitant une prise en charge inconditionnelle et immédiate.
- De créer au moins 2500 places d'hébergement supplémentaires dédiées aux femmes enceintes, mères et nouveau-nés sans domicile, équitablement réparties sur l'ensemble du territoire, y compris dans les territoires ultramarins et permettant une prise en charge continue et adaptée au sein de la même structure d'hébergement. L'hébergement doit offrir des conditions matérielles suffisantes aux besoins de l'enfant (cuisine, rangement, alimentation adaptée).
- De poursuivre le développement des Lits Halte Soins Santé (LHSS) périnatalité (lits pour patients sortant de l'hôpital et nécessitant des soins infirmiers) dans les territoires insuffisamment couverts et présentant des besoins importants.
- D'augmenter le nombre de places en établissements d'accueil mère-enfant en mobilisant des financements spécifiquement fléchés à cet effet.

III.3.2. Mieux amener au soin les femmes et les familles en situation de précarité par l'adaptation des stratégies d'aller vers et l'amélioration des prises en charge

La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible (Joseph Wresinski, 1987).

En situation de précarité les priorités sont, dans l'ordre, de se nourrir, se loger, travailler, et loin derrière, se soigner. Il en résulte une « triple peine » : les personnes concernées sont plus exposées à la maladie, moins réceptives aux messages de prévention, et plus susceptibles de ne pas recourir au système de soins.

Plusieurs freins à l'accès aux soins sont ainsi identifiés : des obstacles administratifs, une méconnaissance du système de soin, un manque d'accessibilité des structures, et une défiance envers le système. Réduire le non-recours suppose de lever l'ensemble de ces barrières, qu'elles soient financières, administratives, informationnelles ou liées à des pratiques discriminatoires.

Recommandation : Faciliter et accélérer l'ouverture de droits pour chaque femme enceinte, mère et nouveau-né non affiliés.

Cela suppose de :

- Mettre en place des procédures d'ouverture de droits simplifiées et accélérées, avec des délais d'instruction courts et sans délai de carence, afin de garantir une prise en charge des soins périnatals dès le début de la grossesse. Il est également nécessaire de clarifier les modalités de dépôt des dossiers et de limiter le nombre de pièces justificatives exigées.
- Assurer un renouvellement systématique et anticipé des droits jusqu'à la fin du suivi post-natal, afin de prévenir toute rupture dans le parcours de soins en cas de fin de droits.
- Systématiser le rattachement du nouveau-né à la couverture maladie de ses parents, via une procédure automatisée et intégrée au circuit de déclaration de naissance, afin de sécuriser la continuité des soins particulièrement importante à cette période, notamment pour la vaccination obligatoire.
- Renforcer les actions « d'aller vers » en direction des femmes enceintes en situation de grande précarité, et donner les moyens aux CPAM de déployer des équipes mobiles et des permanences d'accès aux droits au sein des lieux d'hébergement et dispositifs de veille sociale.

Recommandation : Renforcer les ressources humaines dédiées à la prise en charge des situations de précarité dans les maternités et les services de néonatologie.

Pour accorder le temps nécessaire aux situations complexes et évaluer individuellement les propositions d'accompagnement et de soutien, avec tous les acteurs de la périnatalité concernés, les temps tels que staffs (staff médico-psycho-sociaux) ou réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) sont la meilleure opportunité pour adapter et améliorer le parcours de soins de la patiente et du nouveau-né, tout en favorisant le lien ville-hôpital-PMI et l'interconnaissance des différents acteurs du territoire. Si le déploiement de temps de concertation par visioconférence (en respectant les règles liées à la confidentialité et le secret médical) permet de diminuer le coût de ce type de dispositif, celui-ci est chronophage et doit être reconnu et valorisé pour être suffisamment incitatif pour toutes les parties prenantes (sage-femme référente, médecin généraliste, médecin gynécologue médical et/ou obstétricien, PMI, psychologues, médiateurs en santé, etc.), tout en renforçant les moyens des hôpitaux publics et des PMI. Il nécessite aussi des postes d'assistants sociaux dédiés.

Recommandation : Accompagner et financer le déploiement des PASS mère-enfant ou dispositifs similaires dans les territoires cumulant inégalités sociales et populations sans droits ouverts.

Faire face aux inégalités de santé qui touchent tout particulièrement les personnes les plus démunies demeure une priorité de santé publique. Au sein des établissements de santé, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées en 1998, jouent un rôle fondamental dans l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

En effet, les PASS, services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité, sont identifiées et reconnues sur leur territoire comme des acteurs pivots, garants de l'accès aux soins de ce public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Elles sont à l'interface de l'hôpital, de la médecine de ville et des dispositifs sociaux et médico-sociaux.

Le parcours dédié aux mères et enfants en PASS mobilise une équipe pluridisciplinaire (des pédiatres, gynéco-obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, travailleurs sociaux, psychologues, auxiliaires de puériculture…) avec des temps identifiés consacrés à ces activités et ayant une expérience ou suivi des formations appropriées (en santé publique, santé de la mère et de l'enfant, santé environnementale, en prise en charge du handicap, en protection de l'enfance, en interculturalité, en santé des migrants ou des publics confrontés à la précarité). Les professionnels peuvent dispenser plusieurs types de soins : accompagnement socioéducatif, consultations de suivi de grossesse, consultations pédiatriques, entretiens de puériculture, actions de médiation en santé et réunions de concertation pluridisciplinaires. Les organisations d'un suivi de femmes enceintes et d'enfants peuvent être indépendantes les unes des autres, suivant les besoins et organisations locales.

La mission préconise la pérennisation et l'adaptation des financements aux besoins par territoire de ce dispositif PASS hospitalier.

Recommandation : Intégrer le suivi obstétrical et la prise en charge du post-partum dans les PASS de ville, incluant les examens biologiques et les échographies.

Les dispositifs PASS de ville ne permettent pas de prise en charge des examens complémentaires de la grossesse : bilans sanguins, échographies. Adjoindre ces prises en charge concernant l'ensemble des examens obligatoires et recommandés de la grossesse permettrait aux femmes enceintes en situation de précarité de bénéficier du même niveau de soins que toutes les femmes résidant en France.

Enfin, les femmes en situation de précarité devraient se voir systématiquement proposer les bilans et entretiens de prévention, leur offrant informations et messages pour devenir actrices de leur grossesse et de la parentalité à venir. Ces actes permettent un accompagnement adapté et personnalisé, et ont montré leur intérêt pour les publics les plus précaires.

Recommandation : Évaluer, pour les rationaliser, les maintenir ou les renforcer, les différents dispositifs d'accompagnement des femmes enceintes en situation de précarité existant sur le territoire.

Il existe de nombreuses initiatives locales ou régionales d'organisation de parcours de soins spécifiquement dédiés aux populations en situation de précarité, faisant l'objet le plus souvent de financements spécifiques, en particulier par les ARS. Ces différents dispositifs, dont la mission a eu connaissance, sont (liste non exhaustive) : Unités d'Accompagnement Personnalisé, différents types de PASS obstétricale, équipes mobiles médico-sociales en périnatalité (bus), Service Intégré d'Accueil et d'Orientation, plateforme d'accompagnement social à l'hôtel etc.

Ces initiatives devraient faire l'objet d'une cartographie au sein du territoire et d'une évaluation, afin de pérenniser, le cas échéant, les plus efficientes, et les généraliser à l'ensemble du territoire, et d'interrompre le financement des initiatives n'ayant pas atteint leurs objectifs. Cette mesure d'évaluation a aussi comme objectif de réduire les inégalités entre les territoires.

Recommandation : Inscrire la littératie en santé périnatale dans les objectifs nationaux de la prévention primaire.

La littératie en santé est aujourd'hui reconnue comme un déterminant majeur de santé. En périnatalité, elle influence directement la qualité du suivi, la capacité d'agir des femmes, leur sécurité, leur expérience de soins et leurs relations avec les professionnels.

La littératie renvoie à l'aptitude des personnes à trouver, comprendre, évaluer et utiliser les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées concernant leur santé. En périnatalité, cela signifie permettre aux femmes :

- d'accéder à des informations fiables sur leur grossesse,
- de comprendre les documents médicaux, démarches administratives et conseils donnés,
- d'analyser la qualité des informations (notamment en ligne),
- de prendre part à la décision concernant leur suivi.

Une bonne littératie est associée à une meilleure santé maternelle, moins de stress, une participation active au suivi et une communication plus fluide avec les professionnels.

Le guide LISA (« Littératie en santé en périnatalité »), ARS Île-de-France

Lancé en avril 2025 par l'ARS Île-de-France, en partenariat avec l'association Pas de Côté en Santé, le guide LISA constitue une ressource pédagogique destinée aux professionnels de santé, aux structures et aux institutions accompagnant les femmes enceintes, les couples et leur famille. Il s'inscrit dans le projet régional « Agir en faveur de la littératie en santé en périnatalité », en réponse à un constat préoccupant : selon l'enquête Health Literacy Survey-France (2020-2021), près de 40 % des adultes présentent un niveau insuffisant de littératie en santé, un déficit qui fragilise la compréhension des soins et la prise de décision en période périnatale, avec un impact direct sur la santé maternelle et infantile. Structuré en trois cahiers complémentaires - « Comprendre », « Agir » et « Aller plus loin » - le guide présente les fondements de la littératie en santé, propose des méthodes éprouvées et des initiatives concrètes avec des exemples illustratifs, puis ouvre sur une revue de littérature. Conçu comme un outil de réflexion collective plutôt qu'une solution normative, il vise à renforcer l'autonomie et la capacité de décision des patientes, en favorisant des environnements de soins plus inclusifs et une véritable logique de responsabilité partagée entre acteurs du parcours de grossesse.

III.3.3. Mieux accompagner les parents de nouveau-nés vulnérables en confortant leur sécurité financière et la stabilité de leur hébergement

Recommandation : Mieux accompagner les parents de nouveau-nés hospitalisés, en particulier grands prématurés, en confortant leur sécurité financière et la stabilité de leur hébergement via des mesures de protection spécifiques.

L'hospitalisation d'un nouveau-né, en particulier en cas de grande prématurité, peut fragiliser fortement les familles sur les plans financier et matériel. Les parents doivent faire face à des dépenses immédiates (transports, frais de parking, repas, hébergement à proximité de l'hôpital, lorsque leur domicile en est éloigné), auxquelles s'ajoutent fréquemment une baisse de revenus liée à l'arrêt ou à l'aménagement de l'activité professionnelle pour être présent auprès de leur enfant (ou, pour le co-parent, s'occuper des autres enfants). À ces difficultés s'ajoutent parfois des besoins prolongés après le retour à domicile en raison de la nécessité de recourir à des professionnels libéraux (psychomotriciens, psychologues, ergothérapeutes, dont les consultations ne sont pas ou peu remboursées par l'Assurance Maladie) en raison d'une saturation des structures publiques gratuites (CAMSP, CMP). Les dépenses pour le matériel de puériculture sont également nettement augmentées pour les parents de jumeaux ou triplés.

La proposition de loi adoptée le 2 juin 2026 apporte plusieurs réponses utiles en renforçant la protection des ressources, du logement et de l'emploi des parents d'enfants gravement malades, en facilitant certains dispositifs de soutien financier et en développant l'hébergement temporaire pour les parents d'enfants hospitalisés. Elle améliore également certains dispositifs de répit et d'accompagnement sanitaire.

Toutefois, plusieurs enjeux spécifiques aux familles de nouveau-nés hospitalisés, en particulier prématurés, restent peu couverts : la prise en charge des dépenses du quotidien, l'accès facilité aux soins après la sortie, ainsi que le soutien des familles les plus précaires ou sans solution d'hébergement à proximité des services hospitaliers. Le remboursement des soins de ville reste par ailleurs conditionné à un protocole ALD, ce qui exclut les enfants vulnérables ou prématurés ne relevant pas formellement de ce statut.

La mission préconise :

- d'étudier les modalités d'un accompagnement financier spécifique pour les familles confrontées à l'hospitalisation prolongée d'un nouveau-né, notamment en cas de très grande prématurité ou de pathologie grave, afin de compenser les surcoûts et les pertes de revenus induits. Ce soutien pourrait être modulé selon les ressources du foyer, la situation médicale de l'enfant et la durée prévisible d'hospitalisation.
- de garantir un recours sans reste à charge à une technicienne de l'intervention sociale et familiale (TISF) au retour à domicile en cas de naissance multiple, sous conditions de revenu.
- de développer des solutions d'hébergement temporaires (maisons des familles, hôtels hospitaliers) lorsque l'accueil des parents au sein des services de néonatologie n'est pas possible, avec une attention prioritaire aux ménages les plus vulnérables (mesure complémentaire de celles concernant l'accueil des familles au sein des services de néonatologie – cf plus haut).
- de mettre en place une protection renforcée contre les risques de perte de logement ou de fragilisation professionnelle au cours du troisième trimestre de grossesse et dans les premiers mois suivant la naissance, en s'inspirant des dispositifs existants de protection des locataires âgés et des garanties accordées aux femmes pendant leur congé maternité, afin de sécuriser les conditions de vie des familles au moment de l'hospitalisation de l'enfant.

III.3.4 : Mieux répondre aux besoins spécifiques périnataux des territoires d'Outre-mer

Recommandation : Initier au sein de la nouvelle instance de pilotage (cf supra) la création d'une commission « Outre-mer de la naissance et de la parentalité ».

Recommandation : Renforcer le positionnement stratégique des DSRP des territoires d'Outre-mer, et leur apporter un appui méthodologique pour la réalisation de diagnostics territoriaux leur permettant d'identifier les leviers d'amélioration.

Les territoires ultramarins forment un ensemble composite et hétérogène. Ils demeurent marqués par des inégalités de santé persistantes, appelant des réponses adaptées et renforcées. Il existe une nette surmortalité maternelle et néonatale dans les DROM avec des taux de mortalité maternelle et néonatale globale deux fois plus élevé qu'en France hexagonale. La mortalité dans les DROM s'explique par une plus grande précarité de la population, un accès aux soins parfois très limité et une offre de soins particulièrement dégradée dans certains territoires. La surmortalité actuelle a donc différentes causes en fonction du territoire considéré.

La mission préconise d'initier au sein de la nouvelle instance de pilotage (cf supra) la création d'une commission « Outre-mer de la naissance et de la parentalité », destinée à constituer un espace de réflexion, de coordination et de propositions autour des enjeux périnatals propres à chaque territoire ultramarin.

La mission souhaite également réaffirmer le rôle central des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP) dans la réponse aux besoins spécifiques des DROM.

Elle préconise, en prenant appui sur les propositions de la FFRSP, que les ARS et l'ensemble des acteurs de l'État :

- Renforcent le positionnement stratégique des DSRP des territoires d'Outre-mer, en consolidant leur lisibilité et leur légitimité auprès des professionnels de santé et des instances institutionnelles ;
- Proposent aux DSRP qui en ont besoin un accompagnement méthodologique pour la réalisation annuelle d'un diagnostic territorial, permettant d'identifier les leviers d'amélioration propres à chaque territoire. Ce diagnostic territorial devrait notamment porter sur :
    - un descriptif médico-socio-économique des populations, incluant la prévalence des pathologies majeures, les dimensions culturelles (croyances, religions, rites), ainsi que le niveau de couverture sociale ;
    - l'existence ou non d'une PASS mère-enfant ;
    - les rôles et missions assurées par la PMI ou équivalent ;
    - l'existence ou non de dispositifs expérimentaux de type article 51 pour le suivi des patientes non affiliées à la sécurité sociale ;
    - un état des lieux, sous forme d'annuaire, de la démographie médicale et des expertises disponibles (effectifs, stabilité, formations, turnover, recours à l'intérim, mobilisation de la réserve sanitaire) ;
    - une évaluation des dispositifs d'accès à la télé-expertise ;
    - un recensement des protocoles et conditions d'organisation des évacuations sanitaires (EVASAN) ;
    - un recensement et une valorisation des initiatives locales en matière de coordination des acteurs et d'animation territoriale, susceptibles d'être reproduites ou adaptées à d'autres territoires ultramarins.

Enfin, la mission préconise :

- le soutien au développement de la télémédecine afin de favoriser l'accès aux expertises spécialisées et de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins ;
- la mise en place, au sein de chaque territoire ultramarin, d'une cellule de transfert dédiée à l'organisation et à la sécurisation des parcours de soins périnatals fonctionnant 7 jours/7, comme précédemment évoqué ;
- de favoriser l'émergence et la structuration de dispositifs de type SMUR pédiatrique adaptés aux besoins spécifiques des territoires ultramarins.

Le réseau REPERE, réseau périnatal à la Réunion : un exemple de structuration concerté, pour garantir l'homogénéité des prises en charge

Créé en 2001 sous l'égide de l'ARS Réunion, le réseau REPERE (Réseau de Santé Professionnel en Périnatalité) coordonne l'ensemble des acteurs de la périnatalité sur le territoire réunionnais. Il fédère sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, médecins généralistes et travailleurs sociaux, exerçant dans les 7 maternités de l'île, en cabinet libéral ou en PMI. En 2021, on dénombrait environ 13 400 naissances vivantes à La Réunion. Le réseau REPERE assure, à l'échelle du territoire réunionnais, la coordination des soins périnatals. Il apporte un appui opérationnel aux professionnels de santé pour l'organisation des parcours complexes, en établissant des plans personnalisés de soins et en facilitant la transmission d'informations entre intervenants grâce à des outils partagés. Il conduit par ailleurs un programme de formation continue destiné aux professionnels de maternité, couvrant notamment la gestion des urgences obstétricales et néonatales. Dans le cadre de sa mission de démarche qualité, il pilote des évaluations des pratiques professionnelles, des revues de mortalité-morbidité et des audits ciblés dans les maternités de l'île. Par exemple, un algorithme consensuel pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum, fruit d'un travail multidisciplinaire, est utilisé par toutes les maternités de l'île. Cet outil a garanti une homogénéité des prises en charge quel que soit leur site d'accouchement.

IV. Améliorer les conditions d'exercice des métiers de la périnatalité et rénover leur cadre pour en améliorer l'attractivité

La qualité et la sécurité des soins périnatals reposent sur les professionnels qui les assurent. Les auditions conduites dans le cadre de cette mission montrent toutefois que l'ensemble des métiers de la périnatalité traversent une crise d'attractivité qui menace la pérennité de l'offre de soins. Cette situation ne résulte pas d'un désintérêt pour ces disciplines, mais de l'accumulation de plusieurs déséquilibres : des effectifs souvent insuffisants, des organisations qui ne reflètent plus la réalité des prises en charge, une reconnaissance insuffisante, des conditions de travail souvent dégradées, des contraintes propres à ces métiers nécessitant une permanence des soins et des prises en charge en urgence, parfois extrêmes, ajoutant du stress pour les soignants et des perspectives d'évolution professionnelle insuffisamment attractives.

Depuis les décrets de périnatalité de 1998, les besoins de santé ont profondément évolué. L'Enquête nationale périnatale de 2021 montre que les femmes enceintes sont en moyenne plus âgées et présentent un indice de masse corporelle plus élevé qu'auparavant. Les progrès de la médecine permettent également à un nombre croissant de femmes atteintes de pathologies chroniques ou porteuses de malformations de mener une grossesse, tandis que les situations de précarité et de vulnérabilité continuent de progresser. Ces évolutions, dans un contexte d'exigences croissantes en matière de qualité et de sécurité des soins, sont susceptibles d'augmenter la morbidité maternelle et néonatale ainsi que la complexité des prises en charge, et par conséquent d'accroitre d'autant la pression sur le système de soins et les besoins en équipes médicales spécialisées en gynécologie-obstétrique et maïeutique, en pédiatrie et néonatologie et en anesthésie-réanimation, malgré la baisse de la natalité. Dans le même temps, les attentes des professionnels ont évolué vers des organisations permettant un exercice au sein d'équipes stables, conciliant qualité des soins, formation et équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

La mission recommande d'agir simultanément sur quatre leviers complémentaires :

- renforcer les effectifs
- adapter les organisations à la charge en soins
- mieux reconnaître les contraintes spécifiques et la pénibilité des métiers de la périnatalité
- préparer l'évolution des compétences et des carrières.

IV.1 Renforcer durablement les effectifs en périnatalité

Recommandation : Mettre à profit l'augmentation du nombre d'internes en médecine pour renforcer les effectifs en périnatalité.

Le renforcement des effectifs constitue le premier levier d'amélioration de l'attractivité des métiers de la périnatalité. Les difficultés de recrutement limitent aujourd'hui la capacité des établissements à assurer la permanence des soins, à organiser les remplacements, à respecter le temps de travail réglementaires à dégager le temps nécessaire à la formation continue. Ces insuffisances sont documentées : par exemple 80% des néonatologistes déclarent travailler plus de 50h par semaine et la formation continue, les activités relatives à la qualité et la sécurité des soins et à la vie institutionnelle sont dégradées dans ¾ des services de néonatologie. En 2021, 55,4% des maternités n'assuraient pas la triple permanence des soins (gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur, pédiatre), 65,9% des équipes obstétricales étaient en tension, 21,1% des équipes de sages-femmes avaient une charge de travail très élevée, et 68,0% des établissements recouraient aux intérimaires au moins une fois par mois : 28,7% de maternités pour les gynécologues-obstétriciens, 31,2% pour les anesthésistes-réanimateurs, 22,1% pour les pédiatres et 28,0% pour les sages-femmes. Ces problématiques variaient fortement selon les régions et le type d'établissement. Ces insuffisances fragilisent ainsi simultanément la qualité des soins et les conditions d'exercice des professionnels.

Parallèlement, les besoins évoluent. Si le nombre de naissances diminue, la complexité des prises en charge augmente, tandis que les nouvelles générations aspirent à des modes d'exercice plus compatibles avec le respect du temps de travail et à l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. À effectif constant, le temps médical disponible diminue, comme l'a montré l'IGAS dans son rapport sur le temps de travail des médecins, renforçant la nécessité d'anticiper à la hausse les besoins futurs.

L'augmentation du nombre d'internes en médecine prévue à partir de 2026-2027 constitue ainsi une opportunité majeure. Elle ne produira pleinement ses effets que si la répartition des postes est adaptée aux capacités de formation et aux besoins des territoires, en concertation avec les coordonnateurs des diplômes d'études spécialisées (gynéco-obstétrique, anesthésie-réanimation, pédiatrie) et les ARS. En effet, si le recours aux praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) peut répondre très ponctuellement à certaines difficultés locales de recrutement, il ne peut constituer une réponse structurelle aux tensions démographiques de la périnatalité (cf annexe).

Les tensions démographiques concernent également les professions paramédicales. Les infirmières puéricultrices diplômées d'État (IPDE) sont les seules professionnelles paramédicales spécifiquement formées à la pédiatrie, à la néonatologie, et aux soins de développement, ce qui leur confère un rôle pivot dans le système de santé périnatal. Leur expertise est indispensable dans les maternités, les unités de néonatologie, les soins critiques néonatals et les services de protection maternelle et infantile (PMI). Former davantage d'IPDE constitue un investissement stratégique pour l'ensemble du parcours périnatal, de la naissance au retour à domicile. Ce renforcement répond à un double objectif : consolider les équipes hospitalières de néonatologie et de soins critiques néonatals, et renforcer les services de PMI, où les infirmières puéricultrices assurent une part essentielle des missions de prévention et d'accompagnement des familles, et de soutien à la parentalité.

La mission recommande :

- **de mettre à profit l'augmentation du nombre d'internes en médecine** pour renforcer durablement les effectifs en gynécologie-obstétrique, pédiatrie et anesthésie-réanimation exerçant dans le domaine de la périnatalité ;
- **d'adapter la répartition des postes d'internes aux capacités de formation et aux besoins des territoires**, en concertation avec les coordonnateurs des DES et les ARS ;
- **de renforcer les effectifs sages-femmes pour tendre à l'organisation « one to one »** préconisée par l'OMS, le CNOSF et le NICE[11]
- **de renforcer les capacités de formation des infirmières puéricultrices,** afin de répondre aux besoins des services de néonatologie, des soins critiques néonatals et de la protection maternelle et infantile ;
- **de privilégier une stratégie durable de renforcement des effectifs,** fondée sur la formation et l'anticipation des besoins, plutôt que sur des solutions temporaires de recrutement.

IV.2 Garantir un exercice professionnel soutenable

Recommandation : Adapter l'organisation des équipes aux besoins réels des patients et à la charge en soins pour les soignants afin de garantir durablement la qualité, la sécurité et l'attractivité des soins périnatals.

Le renforcement global des effectifs constitue une condition indispensable à l'amélioration de l'attractivité des métiers de la périnatalité. Il ne pourra toutefois produire pleinement ses effets que si les organisations évoluent pour tenir compte de la transformation des prises en charge et des attentes des professionnels.

Depuis les décrets de périnatalité de 1998, les maternités se sont restructurées, les situations cliniques se sont complexifiées et les missions confiées aux équipes se sont diversifiées, incluant les soins de développement, le suivi des nouveau-nés vulnérables, la coordination des parcours, les démarches de qualité et de sécurité des soins, la formation des professionnels et l'accompagnement des familles.

Dans ce contexte, les organisations ne peuvent plus être dimensionnées à partir des seuls volumes d'activité, tels que le nombre de naissances ou le nombre de lits autorisés. Elles doivent désormais être adaptées à la charge réelle en soins, qui intègre la complexité des prises en charge, la gravité des patients, le volume des activités non programmées (en salle de naissance comme aux urgences obstétricales, parfois aux urgences gynécologiques prises en charge par les mêmes équipes de gynécologues-obstétriciens, de sages-femmes et d'anesthésistes-réanimateurs), le niveau de recours des établissements et l'ensemble des missions assurées par les équipes.

La mission considère que la révision des conditions d'exercice ne peut être dissociée d'une réflexion sur les effectifs minimaux nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins. Si la définition de ces ratios relève de la HAS (loi Jomier, janvier 2025), la mission a souhaité expliciter les ratios qui lui paraissent nécessaires au regard des auditions conduites et des travaux de consensus existants. Les réflexions et propositions présentées ci-dessous n'ont donc pas vocation à se substituer aux travaux de la HAS, mais à contribuer aux échanges engagés dans le cadre de la révision des recommandations relatives aux activités de périnatalité.

[11] https://www.nice.org.uk/guidance/qs105/chapter/quality-statement-2-one-to-one-care

Les principales évolutions proposées par la mission sont résumées dans le tableau suivant.

Domaine	Principales évolutions proposées
Activités non programmées d'obstétrique	– Présence d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur sur site dès 1000 naissances/an. – Présence du pédiatre sur site 24h/24 au-delà de 2000 naissances/an. – Soutien financier par les ARS d'une PDSES sur site même en dessous de 1000 naissances/an lorsque les contraintes locales le justifient. – Mise en place d'une ligne d'astreinte opérationnelle (en sus de la ligne de garde) d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur à partir de 3000 naissances/an. – Présence de 2 gynécologues-obstétriciens et de 2 anesthésistes-réanimateurs sur site dès 4500 naissances/an. – Renforcement du nombre de sages-femmes en fonction du nombre de naissances (cf tableau infra) – Constitution d'équipes d'au moins 9 ETP pour assurer durablement une permanence des soins pour les médecins et afin de respecter la durée maximale du temps de travail hebdomadaire de 48h, comme le préconise l'IGAS[12].
Soins critiques néonatals	– Organisation des effectifs à l'échelle du plateau de soins critiques néonatals. – Deux lignes de permanence des soins de pédiatrie dans les centres de types 3 au-delà de 3000 accouchements/an et 20 lits de soins critiques. – Renfort médical immédiatement mobilisable en cas d'urgences simultanées ou de pics d'activité dans les centres de recours. – Dimensionnement des effectifs paramédicaux selon la charge en soins. – Utilisation d'un outil d'évaluation de la charge en soins. – Organisation des équipes (IDE, IPDE, auxiliaires de puériculture) permettant une adaptation quotidienne des ressources aux besoins des patients.

IV.2.1 Adapter les effectifs des activités non programmées

Les activités de salle de naissance sont caractérisées par leur caractère largement non programmé et par la possibilité d'urgences obstétricales et gynécologiques ou néonatales simultanées. La charge en soins dépend ainsi non seulement du nombre de naissances, mais également de la proportion de grossesses à risque, de la gravité des situations prises en charge et de l'organisation du plateau technique.

Les seuils fixés par les décrets de 1998 ne reflètent plus cette réalité. La mission considère qu'une présence renforcée sur site des sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs et pédiatres constitue un facteur essentiel de sécurité des soins, mais également d'amélioration des conditions d'exercice des équipes. Elle recommande également que les équipes soient suffisamment dimensionnées pour assurer durablement la permanence des soins, le respect du temps de travail, les remplacements, la formation continue et les congés (équipes d'au moins 9 ETP pour respecter le temps de travail hebdomadaire ne devant dépasser 48h/semaine, en ligne avec le rapport sur le temps de travail des médecins de l'IGAS (juillet 2026).

Un consensus avait été obtenu en 2019 entre le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), la Société Française de Néonatalogie (SFN), la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP), le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), la Fédération Française des Réseaux de Soins en Périnatalité (FFRSP), et le Collège d'Anesthésie-Réanimation en Obstétrique (CARO) [Sentilhes et al., *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2019]. Son cadre général reste préconisé par la mission, moyennant quelques ajustements du fait de l'évolution de la position de certaines parties prenantes depuis 2019. Notamment, les représentants des MAR recommandent la présence permanente sur site d'un médecin anesthésiste-réanimateur (MAR), quel que soit le niveau d'activité, en raison du risque imprévisible et immédiat de complications aiguës graves dans cette population. Cette exigence implique également la présence d'un gynécologue-

[12] *Le temps de travail des médecins.* Rapport IGF n° 2026-E-004-03 / Rapport IGAS n° 2026-003R ; 2026

obstétricien sur place dans les mêmes conditions. Toutefois, sa mise en œuvre risque de se heurter actuellement à des contraintes de faisabilité pour les maternités de faible volume. Les représentants des pédiatres recommandent une présence pédiatrique sur site 24h/24 au-delà de 2000 accouchements par an, pour les mêmes raisons : la probabilité de complications néonatales sévères et inattendues après une grossesse à bas risque est de 1,5%, et 5 à 10% des nouveau-nés requièrent une assistance ventilatoire pour échec d'adaptation à la vie extra-utérine. En pratique, un service de néonatologie est adossé à la majorité des maternités de plus de 2000 accouchements ; un service de pédiatrie générale est également présent dans la moitié d'entre elles. La mission recommande en outre d'abaisser le seuil en dessous duquel la présence d'un gynécologue-obstétricien est requise 24h/24 à 1000 accouchements/an au lieu de 1500.

Le tableau ci-dessous détaille les propositions issues du consensus des sociétés savantes en 2019 [Sentilhes et al., *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2019].

Tableau 6
Synthèse et propositions des experts concernant les ressources humaines pour les médecins anesthésistes-réanimateurs, gynécologues-obstétriciens, et les sages-femmes pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique.

Volume d'activité (naissances/an)	Médecins anesthésistes-réanimateurs		Sages-femmes[d]	Gynécologues-obstétriciens	
	Médecins anesthésistes-réanimateurs	Personne-ressource supplémentaire[e]		Gynécologues-obstétriciens	Personne-ressource supplémentaire[f]
100–1000	1 MAR en astreinte ou sur place pour le site[a]		1,1–2,4	1 GO sur place ou en AOE, 365 j/an, 24 h/24	
1000–1500	1 MAR en astreinte ou sur place pour le site[a]		2,4–3	1 GO sur place ou en AOE, 365 j/an, 24 h/24	
1500–2000	1 MAR sur place pour le site[a]		3–3,7	1 GO sur place	
2000–3000	1 MAR sur place dédié à l'ANP		3,7–5,1	1 GO sur place	
3000–4500	1 MAR sur place dédié à l'ANP	1 MAR disponible[b] ou 1 IADE sur place dédié à l'ANP	5,1–7,2	1 GO sur place et dédié à l'ANP	1 GO disponible[b]
4500–5500[c]	1 MAR sur place dédié à l'ANP + 1 MAR ou 1 IADE sur place dédiés à l'ANP	1 MAR disponible[b] si option d'IADE sur place	7,2–8,5	2 GO sur place et dédiés à l'ANP	
5500–6500	2 MAR + 1 IADE sur place dédiés à l'ANP ou 1 MAR +2 IADE sur place dédiés à l'ANP	1 MAR disponible[b] si option 2 IADE sur place	8,5–9,9	2 GO sur place et dédiés à l'ANP	1 GO disponible[b]
6500–7500	2 MAR + 2 IADE sur place dédiés à l'ANP ou 2 MAR + 1 IADE sur place dédiés à l'ANP	1 MAR disponible[b] si option 2 IADE sur place	9,9–11,2	2 GO sur place et dédiés à l'ANP	2 GO disponibles[b]

MAR : médecin anesthésiste-réanimateur ; GO : gynécologue-obstétricien ; AOE : astreinte opérationnelle exclusive ; ANP : activité non programmée de gynécologie-obstétrique ; IADE : infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'État.

[a] Sur place pour le site : personne physiquement sur place en permanence pour l'ensemble des activités de l'établissement de soins donc non dédiée uniquement aux soins de périnatalité (mutualisée sur l'ensemble des secteurs d'urgence).

[b] Disponible : disponible dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité 24 h/24 (se traduisant aux horaires de la permanence des soins [PDS] par une astreinte opérationnelle exclusive [c'est-à-dire dédiée exclusivement à l'activité, tous les jours de l'année]).

[c] Pour les services de gynécologie-obstétrique de niveau I ou II A, sans activité de recours tant sur le plan maternel que fœtal et en particulier sans structure des urgences [48], la présence d'un seul anesthésiste-réanimateur associé à un personnel infirmier, sur place 24 h/24 dédié aux activités de soins non programmés, est possible et acceptable à condition d'avoir un anesthésiste-réanimateur supplémentaire disponible dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité 24 h/24 (se traduisant aux horaires de la PDS par une astreinte opérationnelle, tous les jours de l'année). De même, la présence d'un seul gynécologue-obstétricien sur place 24 h/24 dédié aux activités de soins non programmés est possible et acceptable à condition d'avoir un gynécologue-obstétricien supplémentaire disponible dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité 24 h/24 (se traduisant aux horaires de la PDS par une astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année).

[d] Le nombre de sages-femmes devrait être idéalement un nombre entier. Ces chiffres doivent donc être interprétés et peuvent être modulés en particulier à la baisse en tenant compte de l'effectif du personnel paramédical en salle de naissance et aux urgences ; et en tenant compte du nombre d'urgences gynécologiques et obstétricales du service concerné et des paramètres de recours ou autre. L'organisation peut aussi être modulée en fonction du caractère diurne ou nocturne de l'activité non programmée des mois ou des années antérieures.

[e] Quelle que soit la taille de l'établissement, l'activité d'anesthésie-réanimation en gynécologie-obstétrique nécessite d'avoir défini une personne-ressource qui peut être un autre MAR, une IADE, une médecin en formation, un IDE, ou une SF, pour pouvoir se rendre disponible et faire face aux activités non programmées d'anesthésie-réanimation pour la gynécologie-obstétrique et une personne-ressource pour les autres sites (urgences chirurgicales et soins critiques hors gynécologie-obstétrique) susceptibles de générer plusieurs urgences en même temps.

[f] Concernant le personnel supplémentaire (en supplément des effectifs de médecins gynécologues-obstétriciens décrits dans le Tableau 6), pour la prise en charge des consultations d'urgence en gynécologie-obstétrique, il est préconisé que les services de gynécologue-obstétrique assurant :
– entre 1500 et 4500 naissances par an, aient un personnel médical ressource supplémentaire (médecin, médecin en formation, sage-femme) tous les jours de l'année, 24 h/24 ;
– entre 4500 et 5500 naissances par an, aient deux personnels médical ressource supplémentaires (médecin, médecin en formation, sage-femme) tous les jours de l'année, 24 h/24 ;
– entre 5500 et 6500 naissances par an, aient trois personnels médical ressource supplémentaires (médecin, médecin en formation, sage-femme) tous les jours de l'année, 24 h/24 ;
– plus de 6500 naissances par an, aient quatre personnels médical ressource supplémentaires (médecin, médecin en formation, sage-femme) tous les jours de l'année, 24 h/24.

IV.2.2 Adapter les effectifs en néonatologie et soins critiques néonatals à la charge en soins

Les soins critiques néonatals ne peuvent être appréhendés indépendamment de la maternité à laquelle ils sont adossés. Les mêmes équipes interviennent en salle de naissance, en réanimation et en soins intensifs néonatals, assurent les transports spécialisés, ou encore les consultations de suivi et participent aux activités de coordination, de qualité et de formation.

La mission propose ainsi de raisonner à l'échelle d'un plateau de soins critiques néonatals, dont les effectifs seraient définis en fonction de la charge en soins, du niveau de recours, du case-mix

(proportion de pathologies complexes et de prises en charges lourdes) et du risque d'urgences simultanées. Au-delà de 3000 accouchements/an et 20 lits de soins critiques néonatals, cette organisation justifie la mise en place d'au moins deux lignes de permanence des soins afin de garantir simultanément la sécurité des prises en charge et la soutenabilité de l'exercice professionnel (cf annexe).

La mission recommande d'intégrer la charge réelle en soins comme principe de référence pour le dimensionnement des équipes de néonatologie. Les effectifs ne devraient plus être déterminés à partir du seul nombre de lits, mais en fonction de la charge réelle en soins. Celle-ci dépend notamment de l'acuité des patients, de la lourdeur des soins, des besoins d'accompagnement des familles. La mission recommande d'utiliser un outil d'évaluation de la charge en soins afin d'adapter quotidiennement les effectifs médicaux et paramédicaux aux besoins des patients (grille WANNNT, en annexe). Cette approche permettrait de mieux prendre en compte les spécificités des unités de néonatologie, d'améliorer la qualité des soins et les conditions de travail des équipes, tout en rapprochant les pratiques françaises des standards internationaux[13]. C'est aussi un levier pour prévenir le sentiment de perte du sens des soins lié au sous-effectif, largement évoqué lors des auditions comme l'un des facteurs conduisant les professionnels à quitter les services de soins critiques néonatals.

IV.3 Reconnaître la valeur des métiers de la périnatalité

Recommandation : Mieux reconnaître les contraintes spécifiques des métiers de la périnatalité en adaptant leur valorisation financière, statutaire et professionnelle à leur niveau de responsabilité, de technicité et d'engagement.

L'amélioration des effectifs et des organisations ne suffira pas à restaurer durablement l'attractivité des métiers de la périnatalité si les contraintes spécifiques de leur exercice demeurent insuffisamment reconnues.

Les professionnels de la périnatalité exercent une activité largement non programmée, souvent en nuit profonde (0h00-8h00) nécessitant une disponibilité permanente, une forte réactivité et une coopération pluriprofessionnelle. Ils interviennent fréquemment dans des situations d'urgence engageant simultanément le pronostic vital de la mère et de l'enfant et sont exposés à un risque médico-légal particulièrement élevé. Ce type de pratiques peut être une source de stress importante pour les soignants et, en ce sens, mériterait une reconnaissance particulière. Pourtant, ces spécificités restent insuffisamment prises en compte dans les modalités actuelles de financement, de rémunération et de déroulement des carrières. La mission considère que cette insuffisance de reconnaissance constitue aujourd'hui un facteur majeur de perte d'attractivité des métiers de la périnatalité.

IV.3.1 Faire évoluer les modalités de financement pour mieux reconnaître les activités de périnatalité

Les modalités actuelles de financement ne reflètent ni la complexité des prises en charge, ni le temps consacré, ni les responsabilités assumées par les professionnels.

Ainsi, la rémunération de l'acte d'accouchement (313 euros pour un accouchement qu'il ait lieu par voie basse ou césarienne) demeure faible au regard des ressources mobilisées, de la durée de la prise en charge, de son caractère non programmé, du niveau de responsabilité engagé et du risque médico-légal associé. Elle apparaît également peu favorable en comparaison d'actes techniques programmés réalisés dans d'autres spécialités, comme en ophtalmologie, ou en radiologie, alors même que l'accouchement mobilise pendant plusieurs heures une équipe pluriprofessionnelle autour de deux

[13] Klinger et al. *Neonatology* 2026. Healthcare Professionals' Availability for Management of Preterm Neonates < 29 Weeks' Gestation in 12 iNeo Neonatal Networks.

patients, la mère et l'enfant. De plus, alors que les urgences obstétricales constituent une activité de recours hautement spécialisée, nécessitant une organisation spécifique, une disponibilité permanente des équipes et une capacité de réponse immédiate face à des situations potentiellement graves engageant le pronostic maternel et/ou néonatal, leur mode de financement ne bénéficie pas d'une reconnaissance équivalente à celui d'autres filières d'urgences spécialisées, adultes, pédiatriques ou neurologiques, notamment par le biais d'un forfait ATU (accueil et traitement des urgences). Cette reconnaissance financière permet aux établissements de soutenir une organisation spécifique des équipes et s'est également accompagnée de dispositifs indemnitaires valorisant les sujétions particulières des professionnels qui y exercent. À l'inverse, les équipes des secteurs de naissance prenant en charge les urgences obstétricales ne bénéficient pas d'une reconnaissance équivalente de cette dimension d'urgence.

Cette différence de valorisation s'explique historiquement par une approche segmentée du financement hospitalier, dans laquelle l'activité obstétricale est principalement rattachée à la tarification des séjours de maternité, sans prendre pleinement en compte les contraintes spécifiques liées à la permanence des soins, à l'imprévisibilité et à la mobilisation des ressources nécessaires à la prise en charge des urgences obstétricales. Cette absence de valorisation adaptée a plusieurs conséquences. Les sages-femmes, aides-soignantes et autres professionnels mobilisés 24 heures sur 24 pour répondre à des situations imprévisibles, potentiellement graves et engageant simultanément la santé de la mère et de l'enfant, restent intégrés dans le financement global de l'activité obstétricale, sans valorisation comparable à celle des autres secteurs d'urgence. Cette différence crée un sentiment d'inégalité entre professionnels confrontés à des contraintes pourtant proches : nécessité de disponibilité permanente, gestion de situations critiques, forte responsabilité médico-légale et charge émotionnelle importante. Elle participe également aux difficultés d'attractivité et de fidélisation des équipes obstétricales, dans un contexte où les tensions sur les ressources humaines fragilisent déjà l'organisation des maternités. Au-delà de la question individuelle de la reconnaissance des professionnels, cette situation interroge la cohérence du financement de la sécurité des soins obstétricaux : les établissements sont tenus d'assurer une réponse immédiate aux urgences obstétricales, mais sans bénéficier des mêmes leviers financiers que les autres filières d'urgence pour soutenir les équipes qui assurent cette mission.

Cette insuffisance de reconnaissance concerne également les activités de prévention et d'accompagnement. À l'hôpital, les actions de prévention, d'éducation à la santé, d'accompagnement à la parentalité et de coordination, souvent réalisées par les sages-femmes et les infirmières puéricultrices, ne font l'objet d'aucune valorisation spécifique, contrairement aux actes techniques, tout comme les activités de nombreux acteurs essentiels en périnatalité comme ceux réalisés par les psychologues ou les assistantes sociales (ce qui en limitent leur recrutement au sein des établissements de soins car leur activité n'est pas synonyme de facturation supplémentaire pour ces derniers). En protection maternelle et infantile (PMI), les actes de prévention réalisés par les infirmières puéricultrices ne sont pas inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). En l'absence de cotation, ils ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, alors même que ces professionnelles assurent près de la moitié de l'activité des services de PMI.

La mission relève ainsi une contradiction entre les priorités de santé publique et les modalités actuelles de financement. Alors que les politiques publiques encouragent le développement de la prévention, du soutien à la parentalité, de la coordination des parcours et de la réduction des inégalités sociales de santé, les mécanismes de financement restent principalement centrés sur les actes techniques et curatifs. Une évolution des nomenclatures apparaît nécessaire afin d'aligner les incitations financières sur les objectifs de la politique périnatale.

La mission recommande ainsi :

- **de revaloriser significativement l'acte d'accouchement financièrement,** afin que sa rémunération reflète sa complexité, son caractère non programmé, la mobilisation d'une équipe pluriprofessionnelle et les responsabilités qu'il implique ;
- **de faire bénéficier les urgences obstétricales du même modèle de financement** (forfait ATU) que les autres urgences ;
- **de réviser les nomenclatures,** dont certaines n'ont pas été mise à jour depuis 2005, afin de mieux reconnaître les actes aujourd'hui insuffisamment valorisés, en particulier ceux nécessaires à la santé des femmes, en comparaison aux autres spécialités ;

- **de valoriser les activités de prévention, d'accompagnement, d'éducation à la santé et de coordination** réalisées par les sages-femmes, les infirmières puéricultrices, les psychologues, assistantes sociales en établissement de santé et, spécifiquement pour les actes de prévention réalisés par les infirmières puéricultrices , les inscrire à la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels), afin qu'ils puissent être pris en charge par l'Assurance Maladie et contribuer au renforcement des missions de prévention et des services de PMI.

IV.3.2 Mieux reconnaître les contraintes spécifiques de l'exercice en périnatalité

Les métiers de la périnatalité présentent des contraintes qui les distinguent de nombreuses autres disciplines médicales. La permanence des soins repose sur une activité non programmée assurée vingt-quatre heures sur vingt-quatre, impliquant une exposition fréquente au travail de nuit profonde et à des interventions en urgence. Ces contraintes s'ajoutent à une forte charge émotionnelle, à un niveau élevé de responsabilité clinique et à une exposition durable au risque médico-légal.

Ces spécificités de la pratique en périnatalité sont insuffisamment prises en compte dans les modalités actuelles de rémunération, de déroulement des carrières et de reconnaissance de la pénibilité. Cette situation contribue à fragiliser l'attractivité des métiers et complique la fidélisation des professionnels, notamment au cours de la seconde partie de carrière, privant d'autant les maternités de personnels formés, expérimentés et compétents. Ainsi, les obstétriciens cessent en moyenne d'assurer des gardes douze ans après la soutenance de leur thèse, tandis que 75 % des docteurs juniors en néonatologie expriment le souhait d'en réduire le nombre, voire de ne plus en effectuer. Les sages-femmes connaissent également une forte attrition des effectifs en maternité hospitalière, avec un report croissant vers l'exercice libéral, ce qui contribue à alimenter des tensions structurelles sur les effectifs, de jour comme de nuit.

En ligne avec les constats dressés par l'IGAS dans son rapport sur le temps de travail des médecins (juillet 2026), la mission estime que la reconnaissance de ces contraintes constitue un levier essentiel d'attractivité. Elle recommande :

- **de revaloriser la permanence des soins,** à hauteur de la pénibilité du travail en nuit profonde et des responsabilités engagées, tant dans le secteur public que dans le secteur libéral ; en particulier, afin que les médecins travaillant en libéral puissent continuer à s'investir dans la PDSES, il est nécessaire que celle-ci soit mieux valorisée que l'équivalent de deux journées d'activité clinique programmée. Pour rappel la PDSES d'une « garde sur place » en jour de semaine pour un médecin hospitalier est d'environ 422 euros brut soit pour 14 heures de travail de nuit (de 18h00 à 8h00), un taux horaire en travail de nuit d'environ de 30,1 euros brut.
- **d'engager une réflexion sur la prise en compte des gardes et du travail de nuit** dans le déroulement des carrières et les droits à la retraite avec une prise en compte de la pénibilité à partir de 1000 gardes assurées au cours de la vie professionnelle pour faire valoir ses droits à la retraite plus tôt ;
- **de mieux reconnaître la pénibilité spécifique** des métiers de la périnatalité dans les politiques nationales de ressources humaines et de qualité de vie au travail.

IV.4 Préparer l'avenir des métiers de la périnatalité

Recommandation : Adapter les formations, les parcours professionnels et les carrières à l'évolution des besoins de santé et des organisations afin de préparer durablement les métiers de la périnatalité.

Les recommandations précédentes répondent aux difficultés immédiates de recrutement, d'organisation et d'attractivité. Elles devront toutefois s'accompagner d'une évolution des formations et des parcours professionnels pour répondre durablement aux transformations de la périnatalité.

Au cours des vingt dernières années, les prises en charge se sont complexifiées, les organisations sont devenues plus intégrées et les coopérations entre professionnels se sont renforcées. Les métiers évoluent désormais plus rapidement que les formations qui les préparent. La mission considère qu'il est nécessaire d'adapter les compétences aux nouvelles organisations des soins, de soutenir les carrières universitaires et d'accompagner l'évolution des professions paramédicales afin de garantir, à long terme, la qualité des soins et l'attractivité des disciplines.

IV.4.1 Renforcer les carrières hospitalo-universitaires

Les enseignants hospitalo-universitaires jouent un rôle déterminant dans la formation des futurs professionnels, leur sur-spécialisation au sein de la discipline, l'encadrement et la stabilité des équipes médicales en place, le développement de la recherche et l'attractivité des spécialités. Ils constituent également un levier essentiel pour diffuser les innovations scientifiques et organisationnelles.

Les auditions conduites par la mission ont mis en évidence un déficit de postes hospitalo-universitaires en gynécologie-obstétrique à orientation obstétricale, en néonatologie, en anesthésie-réanimation à orientation obstétricale et en maïeutique. Cette situation fragilise le renouvellement des équipes hospitalo-universitaires, l'orientation des futurs collègues vers une activité obstétricale et néonatologique principale avec participation à la PDSES et limite les capacités de recherche, d'enseignement et d'innovation.

De plus, les postes hospitalo-universitaires de type PU-SF, MCU-SF souffrent d'un défaut d'attractivité du fait de l'impossibilité actuelle d'associer une activité d'enseignement et de recherche à une activité clinique contrairement aux universitaires médecins. Cette absence de bi-appartenance engendre une perte de salaire de telle sorte que les universitaires en maïeutique ont des émoluments inférieurs à leurs collègues ayant une activité de soins. Enfin, il semble incongru que les hospitalo-universitaires médecins puissent nourrir leurs activités de recherche et d'enseignement de leur expérience clinique, et que cela ne soit pas le cas pour les sages-femmes universitaires. Il est nécessaire que les sages-femmes universitaires puissent obtenir un statut bi-appartenant comme les médecins.

La mission recommande :

- de renforcer les postes hospitalo-universitaires dans les disciplines de la périnatalité ;
- de soutenir le développement de la recherche clinique et translationnelle en périnatalité ;
- de favoriser les parcours universitaires des jeunes praticiens ;
- de donner accès aux universitaires de maïeutique au statut bi-appartenant permettant l'exercice conjoint d'activités cliniques, pédagogiques et scientifiques, sur le modèle des hospitalo-universitaires (MCU ou PU-PH).

IV.4.2 Adapter les formations médicales aux besoins des territoires

Les auditions ont mis en évidence une difficulté croissante de recrutement de pédiatres dans les maternités de type 2A et 2B, capables d'assurer une activité polyvalente associant la prise en charge des nouveau-nés hospitalisés en néonatologie, les interventions en salle de naissance, le suivi des nouveau-nés en suites de naissance, tout en participant à la permanence des soins de pédiatrie générale et aux urgences pédiatriques. Cette activité correspond aujourd'hui au cœur de l'exercice dans de nombreuses maternités, sans être pleinement couverte par les parcours actuels de formation. L'option de néonatologie du diplôme d'études spécialisées de pédiatrie apporte une expertise indispensable en soins critiques et en réanimation néonatale, mais elle est principalement orientée vers les centres de type 3. À l'inverse, la formation des pédiatres généralistes ne prépare pas suffisamment à l'ensemble des compétences requises dans les maternités de type 2.

La mission recommande donc de développer, en concertation avec les représentants de la pédiatrie (CNPP, CNPU, coordinateurs de DES et d'Option de néonatologie), une formation spécifique destinée aux professionnels amenés à exercer dans les maternités de type 2. Cette formation, complémentaire des parcours existants, devrait préparer les praticiens à cette activité polyvalente, indispensable au fonctionnement des maternités de proximité et des établissements de recours intermédiaire.

La mission rappelle toutefois que la mixité des compétences requises pour assurer une permanence des soins en établissement de santé (PDSES) au sein d'une maternité - notamment en matière de prise

en charge des urgences pédiatriques et néonatales - constitue un objectif des acquis attendus à l'issue du DES de pédiatrie.

Un constat comparable peut être formulé, quoique de manière moins marquée, pour la gynécologie-obstétrique. Cette spécialité, également caractérisée par une grande diversité de champs d'exercice, requiert, dans le cadre de la PDSES en maternité, la maîtrise conjointe de compétences en obstétrique et en chirurgie gynécologique. L'acquisition de ce socle transversal de compétences doit, là encore, être considérée comme un objectif de formation en fin de DES.

De manière similaire, une formation minimale en anesthésie-réanimation obstétricale au cours du DES d'anesthésie-réanimation doit demeurer obligatoire. Au-delà de l'acquisition des techniques d'analgésie péri-médullaire pour le travail et d'anesthésie pour césarienne, une expérience dans un service de maternité prenant en charge des situations obstétricales complexes, notamment en termes de morbidité maternelle, est largement souhaitable pour compléter de manière optimale la formation des internes d'anesthésie-réanimation.

La mission souligne à cet égard un point de vigilance majeur : la capacité effective des formations actuelles à garantir l'acquisition de cette polyvalence à l'issue des DES de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique. Elle observe que cet objectif apparaît plus difficile à atteindre depuis la réforme du troisième cycle des études médicales, mise en œuvre à partir de 2017. Celle-ci a favorisé une spécialisation plus précoce des internes, dans une logique d'optimisation de la cohérence des parcours de stage avec le projet professionnel ultérieur.

En particulier, la réduction de la durée des phases socle et d'approfondissement - correspondant à la période d'internat stricto sensu - de cinq à quatre années dans certaines spécialités, notamment en gynécologie-obstétrique et en anesthésie-réanimation, a contribué à restreindre le temps dédié à l'acquisition d'un socle de compétences généralistes. Par ailleurs, au moment de l'entrée en phase de consolidation (statut de docteur junior), le choix de surspécialisation est le plus souvent déjà arrêté, dans un contexte où l'interne a soutenu sa thèse et s'inscrit dans une trajectoire professionnelle ciblée.

Dans ce contexte, la diminution du temps de formation en phase d'internat, historiquement dédiée à un apprentissage plus transversal, complexifie significativement l'acquisition d'une mixité de compétences. Cette évolution est susceptible de fragiliser la capacité des praticiens à assurer, en pleine autonomie et avec le niveau d'expertise requis, la permanence des soins en maternité.

IV.4.3 Mieux organiser le temps de travail des sages-femmes à l'hôpital

Généralement à l'hôpital, les effectifs des équipes ne tiennent pas compte des absences des soignants, y compris des sages-femmes. Cela engendre une pression sur la profession pour remplacer les collègues absentes, souvent au dernier moment, en particulier le week-end. Par conséquent, les plannings de travail sont complexes et parfois délivrés aux sages-femmes tardivement, ce qui a des répercussions négatives sur la vie privée et familiale. Assurer des équipes complètes permettrait en outre de libérer du temps pour la formation, les débriefings de sécurité et l'encadrement des jeunes professionnelles.

L'accès à une activité mixte (exercice partiel en ville et à l'hôpital) est possible pour les sages-femmes hospitalières, mais le cumul d'activité est limité à 4 ans au maximum, période à l'issue de laquelle elles doivent choisir entre une activité hospitalière exclusive ou une activité libérale.

Les sages-femmes hospitalières sont également défavorisées en matière de formation. Elles bénéficient actuellement de 10 jours de formation par an, contre 15 pour les médecins. Cela freine leur montée en compétence, leur adaptation aux évolutions des pratiques, et leur capacité à participer à des projets de service ou de recherche.

La mission recommande :

- que les établissements de soins tiennent compte de l'absentéisme pour dimensionner leurs équipes sages-femmes ;
- d'assouplir la durée maximale d'activité mixte au-delà de 4 ans ;
- d'allonger la durée de formation continue à 15 jours par an.

IV.4.4 Faire évoluer les compétences et les parcours des infirmières puéricultrices

Les infirmières puéricultrices occupent une place essentielle dans le système de santé périnatal. Leur expertise est cruciale en maternité, en néonatologie et dans les soins critiques néonatals, en PMI et dans les dispositifs de prévention précoce. En particulier, leur expertise est indispensable pour les soins de développement et le soutien à l'allaitement maternel.

La mission considère que la réingénierie de la formation des infirmières puéricultrices constitue un enjeu stratégique pour l'avenir de la périnatalité, alors que la formation des infirmières puéricultrices n'a pas évolué depuis 1983. Cependant, si le principe de la réingénierie des études d'infirmières puéricultrices a été validée lors des Assises de la Pédiatrie (2022-2023), elle n'a pas encore été mise en œuvre.

La mission recommande :

- de mettre en œuvre la réingénierie de la formation des infirmières puéricultrices ;
- de porter cette formation au grade de master ;
- d'ouvrir aux infirmières puéricultrices l'accès aux parcours d'infirmière en pratique avancée ;
- de reconnaître leurs missions de prévention, de coordination, de tutorat et de recherche ;
- de favoriser les parcours professionnels entre l'hôpital, la ville et la protection maternelle et infantile.

Les difficultés que connaît aujourd'hui la périnatalité ne relèvent pas d'une cause unique et ne pourront être résolues par une mesure isolée. Elles appellent une politique globale de ressources humaines associant quatre leviers complémentaires : renforcer durablement les effectifs, adapter les organisations à la charge réelle en soins, mieux reconnaître les contraintes spécifiques des métiers et préparer l'évolution des compétences et des carrières.

L'attractivité des métiers de la périnatalité dépend des rémunérations et des effectifs, mais repose aussi sur la capacité du système de santé à offrir aux professionnels des organisations soutenables, des perspectives d'évolution adaptées aux transformations de leurs métiers et une reconnaissance à la hauteur de leur engagement auprès des femmes, des enfants et de leurs familles.

La mission considère que ces quatre dimensions sont indissociables. Ensemble, elles constituent les fondements d'une stratégie nationale de ressources humaines en périnatalité, indispensable pour garantir durablement la qualité, la sécurité et l'équité de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

Annexe 1 - Lettre de mission

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

Liberté
Égalité
Fraternité

Nos Réf. : Cab. SFAPH/SR-AdC/D-26-005130

Paris, le 17 MARS 2026

La ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

A

Madame Eliette BRUNEAU
Sage-femme libérale et présidente de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL)

Pr Loïc SENTILHES
Chef du pôle Obstétrique – Reproduction et Gynécologie et chef de service de la maternité du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux

Pr Elsa KERMORVANT
Pédiatre, néonatologue à l'hôpital Necker-Enfants Malades à Paris et présidente de la Société Française de Néonatologie (SFN)

Pr Marie-Pierre BONNET
Anesthésiste-réanimateur, Sorbonne Université, Hôpital Armand-Trousseau, AP-HP
épidémiologiste CRESS équipe OPPaLE, membre du CA de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR), vice-présidente du Collège des Anesthésistes-réanimateurs en Obstétrique (CARO), Paris

Objet : Mission d'expertise relative à la santé périnatale et maternelle

Mesdames, Monsieur,

En 1994, Mme Simone VEIL, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, déclarait que le renforcement de « *la sécurité de la mère et de l'enfant* [était] *un devoir impératif de notre société* ». Aujourd'hui encore, les enjeux de la santé périnatale demeurent importants et représentent une priorité du Gouvernement. En effet, le taux de mortalité infantile (notamment néonatale) augmente depuis 2011, et nous sommes passés de la 3ème place en 1996 à la 23ème place en 2022 parmi les pays de l'Union européenne. Ces chiffres ne sont pas abstraits : nous devons agir.

Ainsi, je souhaite engager une réflexion approfondie, visant à concilier qualité des soins et accès au soin, et couvrant l'ensemble du champ de la périnatalité, dans le cadre de travaux englobant aussi les enjeux de fertilité, sur lesquels le Professeur Samir HAMAMAH et Madame Salomé BERLIOUX sont déjà missionnés.

Le traitement des données est nécessaire à la gestion de la demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), l'intervenant peut exercer ses droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies, https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies, https://solidarites.gouv.fr/donnees-personnelles-et-cookies

Ces travaux sur la santé périnatale et maternelle ont pour objectifs de renforcer la prévention et d'améliorer l'accès à des soins de qualité et la prise en charge des mères et des nouveau-nés tout au long du parcours périnatal (du projet de grossesse jusqu'au post-partum). Je souhaite que ces travaux accordent une importance particulière à la coopération territoriale, ainsi qu'aux innovations organisationnelles afin d'assurer un accompagnement de qualité des femmes enceintes et des nouveau-nés sur l'ensemble du territoire. Une attention particulière sera portée à la situation des personnes précaires, ainsi qu'aux enjeux de santé mentale périnatale. Les travaux devront être articulés avec les politiques ministérielles existantes, en particulier sur les 1000 premiers jours de l'enfant.

Ces travaux devront se fonder sur un diagnostic synthétique des causes de la dégradation de la mortalité infantile et d'une analyse de la mortalité maternelle.
Je suis pleinement consciente de la complexité et de la diversité des défis que ces sujets soulèvent. Il est insuffisant de répondre aux enjeux de la santé périnatale par des annonces ponctuelles et isolées. Notre responsabilité collective appelle un travail approfondi associant l'ensemble des acteurs de terrain, s'appuyant sur leurs connaissances complémentaires des réalités locales.

Ainsi, je souhaite que le ministère puisse s'appuyer sur un comité d'experts qui rassemble plusieurs professionnels concernés au quotidien par ces enjeux et notamment : un gynécologue-obstétricien, une pédiatre néonatologiste, une anesthésiste-réanimateur et une sage-femme en activité libérale. Vos engagements, votre expertise et votre expérience représentent des atouts précieux pour mener à bien cette mission, dont les conclusions permettront d'élaborer et de façonner les réformes du secteur de la santé périnatale de demain. Vous veillerez à associer l'ensemble des professionnels du secteur à vos travaux afin qu'ils reflètent le plus largement les attentes de ces derniers. Vous vous appuierez également sur les recommandations issues des travaux menés par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), le Sénat, la Cour des Comptes ainsi que par l'ensemble des sociétés savantes.

Pour mener à bien votre mission d'appui, vous pourrez rencontrer les acteurs, organiser des groupes de travail et solliciter des contributions écrites. Les équipes de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la direction générale de la santé (DGS), vous apporteront leur soutien. Le secrétariat général des ministères sociaux vous appuiera également dans le pilotage, la coordination et la rédaction de vos travaux.

Le comité d'experts, que vous composez a débuté ses travaux à compter du 5 février 2026 et produira les premières conclusions de ses travaux d'ici au 30 juin 2026. Je souhaite aussi que vous puissiez me faire une première restitution de vos travaux en avril 2026.

Sur la base des travaux préparatoires que vous mènerez en collaboration avec mes services, je souhaite élaborer un plan d'action opérationnel. Aussi, vous veillerez à définir des orientations de politique publique les plus précises possibles, en indiquant si vous identifiez des freins à leur mise en œuvre ou des points de vigilance les concernant. Ce plan d'action pourra utilement intégrer des éléments de révision des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement des unités de gynécologie-obstétrique, néonatologie et de soins critiques néonatals, qui n'ont pas été modifiées depuis 1998. J'attire votre attention sur le fait que la proposition de ratios de personnels relève de la compétence de la Haute autorité de santé depuis l'adoption de la loi n° 2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé. De ce fait, je procéderai courant mars à une saisine de la HAS afin de lui demander de formuler d'ici fin 2026 des propositions de ratios de qualité dans le champ de la gynécologie-obstétrique et de la néonatologie. Les propositions de ratios de soignants sont donc hors du champ de la mission qui vous est confiée.

Vos frais de déplacement liés à la mission relative à la périnatalité pourront, le cas échéant, être pris en charge selon les règles édictées par le décret 2006-781 fixant les modalités de prise en charge des déplacements des agents de l'Etat et l'arrêté de politique voyage des ministères sociaux du 22/06/2020.

Ces frais seront supportés par mon cabinet et la Division des cabinets sera votre interlocuteur sur ces questions.

Je vous remercie pour votre engagement au service de cette mission essentielle pour notre système de santé. Je vous prie d'agréer, Mesdames, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Stéphanie RIST

Annexe 2 - Organisations et personnalités auditionnées et/ou ayant adressé une contribution écrite

Les organisations et personnalités sont présentées par thème et, au sein de chaque rubrique, par ordre alphabétique des organismes.

Auditions de coordination et d'articulation des travaux

- **Agences régionales de santé (ARS) :** Denis Robin (président du collège des directeurs généraux d'ARS), et représentants des directions générales et des équipes en charge de la périnatalité des ARS Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est et Hauts-de-France.
- **Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant :** Adrien Taquet, Christèle Gras-Le Guen
- **Commission des 1000 premiers jours :** Laurent Storme, Alexandra Benachi
- **Haute Autorité de santé (HAS) – ratios en santé :** Jean Lessi (directeur général), Jean-Yves Grall, Véronique Anatole, Amélie Lansiaux, Mireille Malafa-Pissaro
- **Inspection générale des affaires sociales (IGAS) :** Aquilino Morelle, Alexandre Pascal, Marie-Odile Saillard
- **Mission gouvernementale sur la prévention en santé :** Olivier Claris

Instances professionnelles, sociétés savantes et auditions thématiques

Anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire

- **Action Praticiens Hôpital (APH) :** Yves Rebufat, Mathieu Brière, Jean-François Cibien
- **Collège des anesthésistes-réanimateurs en obstétrique (CARO) :** Lionel Bouvet, Agnès Le Gouez, Anne-Sophie Ducloy-Bouthors, Estelle Morau
- **Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire (CNP ARMPO) :** Karine Nouette Gaulain, Laurent Heyer
- **SAMU-Urgences de France (SUdF) :** Louis Soulat
- **Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) :** Karine Nouette Gaulain, Marc Léone
- **Société française de médecine périnatale (SFMP) :** Mathias Rossignol
- **Syndicat national des anesthésistes-réanimateurs de France (SNARF) :** Etienne Fourquet
- **Syndicat national des praticiens hospitaliers anesthésistes-réanimateurs élargi (SNPHAR-E) :** Anne Wernet-Geffroy, David Gouraud

Gynécologie-obstétrique

- **Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) :** Patrick Rozenberg, Olivier Morel, Alexandra Benachi, Géraldine Giraudet, Estelle Wafo
- **Conseil national professionnel des gynécologues obstétriciens et des gynécologues médicaux (CNP GO - GM) :** Philippe Deruelle
- **Intersyndicat national des praticiens d'exercice hospitalier et hospitalo-universitaire (INPH) :** Olivier Picone
- **Société française de médecine périnatale (SFMP) :** Damien Subtil, Denis Gallot, Michel Dreyfus
- **Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (SYNGOF) :** Bertrand de Rochambeau

Maïeutique

- **Association des sages-femmes de maisons de naissance (AFSMDN) :** Olivia Plaisant
- **Association nationale des sages-femmes coordinatrices (ANSFC) :** Nathalie Médrano

- **Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) :** Sophie Jouvé, Amélie Battaglia, Julie Bourdin
- **Association nationale des sages-femmes orthogénistes (ANSFO) :** Delphine Giraud
- **Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT) :** Claudine Shalck, Chantal de Vitry
- **Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (APAAD) :** Marion Nicolas
- **Conférence nationale des enseignants en maïeutique (CNEMa) :** Gaëlle Delpech-Dunoyer
- **Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) :** Isabelle Derredinger
- **Conseil national professionnel de maïeutique (CNP Maïeutique) :** Sophie Escobar
- **Collège des sages-femmes (CSF) :** Eléonore Bleuzen-Hersch
- **Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) :** Sabrina Hedhili
- **Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF) :** Caroline Combot
- **Société française de médecine périnatale (SFMP) :** Geneviève Creutzmeyer
- **Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF) :** Prisca Wetzel-David, Mathieu Mouchard

Suivi postnatal et articulation ville-hôpital

- **Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) :** Fabienne Kochert, Sandra Brancato, Eric Sellam, Brigitte Virey, Frédéric Couttenier
- **Association nationale des psychologues pour la petite enfance (ANAPSY-PE) :** Lucie Guibal, Géraldine Goure
- **Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce (ANECAMSP) :** Michèle Baron-Quillevere, Sandrine Lanco-Dosen
- **Association nationale des puéricultrices diplômées d'État (ANPDE) :** Stéphanie Chiffoleau, Peggy Alonso
- **Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT) :** Chantal de Vitry
- **AvecSanté :** Laurence Cassé
- **Collège des infirmier(e)s puéricultrices(eurs) (CIP) :** Claire Royer de la Bastie
- **Collège de la médecine générale (CMG) :** Julie Chastang
- **Conseil national professionnel de médecine générale (CNPMG) :** Cyril Begue
- **Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP) :** Jean-François Pujol, Brigitte Virey
- **Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :** Jean-François Morel
- **Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) :** Isabelle Jordan, Sabrina Hedhili, Tiphaine Barjat
- **Fédération hospitalière de France (FHF) :** Sophie Gaudron
- **Infirmiers puériculteurs diplômés d'État (IPDE) :** Marie Tessier, Séverine Colleau, Barbara Lemale, Angélique Pichon, Julie de Beaucoudrey
- **MAY-SANTÉ :** Emmanuelle Rigeade, Claire Turnbull
- **MG France :** Agnès Giannotti
- **Société française de médecine périnatale (SFMP) :** Delphine Mitanchez, Romain Dugravier, Geneviève Creutzmeyer, Aurore Allen, Sylvie Viaux Salvon
- **Société française de pédiatrie (SFP) :** Christelle Gras-Le Guen, Marc Le Bideau
- **Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI) :** Ophélie Berger
- **Syndicat national des pédiatres français (SNPF) :** Jean-François Pujol
- **Société Marcé francophone (SMF) :** Gisèle Apter, Anne Laure Sutter-Dallay

Organisation des soins en néonatologie, soins critiques néonatals et transport néonatal

- **Association des lactariums de France (ADLF) :** Jean-Charles Picaud
- **Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) :** Sandra Brancato
- **Association nationale des puéricultrices diplômées d'État (ANPDE) :** Stéphanie Chiffoleau
- **Collège des infirmièr(e)s puéricultrices(teurs) (CIP) – Conseil national professionnel des infirmiers puériculteurs :** Claire Royer de la Bastie, Katia Saby

- **Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP) :** Emmanuel Cixous, Azzedine Ayachi, Jean-Louis Chabernaud, Pierre Callamand
- **Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) :** Isabelle Jordan
- **Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques (GFRUP) :** Olivier Brissaud, Christelle El Hagge
- **Société française de médecine périnatale (SFMP) :** Delphine Mitanchez, Laurence Foix-L'Hélias, Aurore Allen
- **Société française de néonatologie (SFN) :** Gilles Cambonie, Valérie Biran, Pierre Kuhn, Jean-Christophe Rozé

Parcours des femmes vulnérables et de leurs nouveau-nés

- **Réseau NEF :** Sabrina Hedhili, Bruno Renevier
- **Samu social de Paris :** Caroline Douay, Valérie Thomas, Vanessa Benoit, Nina Mekacher
- **SOLIPAM :** Clélia Gasquet, Maria Iasagkasvili
- **UNICEF :** Mina Stahl, Julie Lignon, Corentin Bailleul
- **Maison de naissance Aoua Keita :** Camille Walquan, Aude Blizak
- **Agence Kalia :** Charles Eury, Julie Picard-Bodard
- Alice Léger

Outre-mer

- Gülen Ayhan-Kancel
- Malik Boukerrou
- **Collège des anesthésistes-réanimateurs en obstétrique (CARO) :** Thibault Rackelboom
- Véronique Davidas
- Dominique Dotou
- Anne-Christèle Dzierzek
- **Groupement d'intérêt public - Réseau et actions de santé publique en Guadeloupe (GIP-RASPEG), dispositif spécifique régional en périnatalité :** Marie-Laure Ametis
- **Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) :** Sylvie Boukerrou, Nadine Trabelsi
- Auriane Lauroy
- Olivier Parant
- Olivier Picone
- Olivia Plaisant
- Pierre-Yves Wachter

Épidémiologie et santé publique

- **Centre de recherche en épidémiologie et statistiques (CRESS), équipe OPPaLE :** Pierre-Yves Ancel, Catherine Deneux-Tharaux, Gilles Kayem, Véronique Pierrat, Jennifer Zeitlin, Elie Azria, Anne Chantry, Priscille Sauvegrain, François Goffinet, Camille Leray, Anne Ego
- Thierry Debillon
- Laurent Gaucher
- Jean-Christophe Rozé
- **Inserm UMR 1295 - Centre d'épidémiologie et de recherche en santé des populations (CERPOP), équipe SPHERE :** Christophe Vayssière

Collectifs d'usagers

- **Césarine :** Anne-Sophie Lacroix
- **Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) :** Anne Evrard
- **Collectif Maisons de naissance :** Manuelle Delpierre, Laura de la Tremblaye
- **Fédération Jumeaux et Plus :** Diane Paolo
- **Maman Blues :** Marinette Ardouin
- **SOS Préma :** Audrey Reynaud
- **SPAMA - Soutien face à la vie d'un tout-petit et accompagnement des parents dans la traversée du deuil périnatal :** Isabelle de Mezerac

Fédérations hospitalières

- **Fédération hospitalière de France (FHF) :** Olivier Claris, Kathia Barro, Cécile Chevance
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) :** Matthieu Derancourt, Christine Schibler
- **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) :** Elisabeth Hubert

Conférences des présidents et des doyens

- **Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement (CME) et de commission médicale de groupement (CMG) des centres hospitaliers :** David Piney, Leïla Lazaro
- **Conférence des doyennes et doyens de médecine :** Marie-Laure Charkaluk
- **Conférence des directeurs hospitaliers :** Sandrine Delage
- **Conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires :** Claire Milliner

Parlementaires et élus locaux

- Anne Bergantz : députée
- Constance de Pélichy : députée
- Joséphine Missoffe : députée
- **Association des maires ruraux de France (AMRF) :** Gilles Noël

Annexe 3 - Principaux rapports de référence mobilisés dans le cadre de la mission

Académie nationale de médecine. *Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence.* Rapport 23-05 de la Commission 9. Paris : Académie nationale de médecine ; 2023.

Assemblée nationale, Commission des affaires sociales. *Mission flash sur la mortalité infantile.* Communication de Mme Anne Bergantz et M. Philippe Juvin, rapporteurs. Paris : Assemblée nationale; 2023.

Collège des Enseignants en Gynécologie-Obstétrique (CEGO) et Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF). *Pérennité des équipes. Quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ?* Rapport. Paris, CEGO-CNGOF ; 2022.

Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF). *Réorganisation de la périnatalité*. Rapport. Paris, CNSF ; 2026

Comité d'orientation des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant. *Ma santé, notre avenir. Investir dans la santé de l'enfant : une urgence nationale.* Paris : Ministère chargé de la Santé et de la Prévention ; 2024.

Commission des 1000 premiers jours. *Les 1000 premiers jours : là où tout commence.* Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2020.

Cour des comptes. *Les maternités. Cahier 1 : Analyse générale ; Cahier 2 : Analyses régionales.* Communication à la commission des affaires sociales du Sénat. Paris : Cour des comptes ; 2014.

Cour des comptes. *La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier.* Rapport public thématique. Paris : Cour des comptes ; 2024.

Cour des comptes. *Réorganiser le maillage de l'offre de soins hospitaliers.* In : *Rapport public annuel 2026. Cohésion territoriale et attractivité des territoires.* Paris : Cour des comptes ; 2026.

Cour des comptes. *La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé.* Rapport d'évaluation de politique publique. Paris : Cour des comptes ; 2026.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). La part d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des sept premiers jours de vie s'élève à 11 pour 1000 naissances en 2024. *Études et Résultats.* 2026;(1378).

Haut Conseil de la santé publique (HCSP). *L'allaitement maternel.* Rapport. Paris : HCSP ; 2024.

Haut Conseil de la santé publique (HCSP). *Objectifs de santé publique pour le 5ème Programme national nutrition santé (PNNS).* Avis. Paris : HCSP ; 2026.

Haute Autorité de santé (HAS). *Partenariat en santé et patients partenaires. Guide et fiches pratiques.* Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2026.

Haute Autorité de santé (HAS). *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques.* Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2017.

Haute Autorité de santé (HAS). *Avis HAS sur les ratios minimum soignants en néonatalogie, en obstétrique, en soins palliatifs et en psychiatrie. Note de cadrage.* Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2026.

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France. *Insee Première.* 2025;(2048).

Inserm. *Enquête nationale périnatale 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements : situation et évolution depuis 2016.* Paris : Inserm ; 2022.

Inserm. *RéMI – Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine-Saint-Denis. Volet épidémiologique et audit des décès périnatals et néonatals. Rapport final.* Paris : Inserm ; 2015.

Inspection générale des affaires sociales (IGAS). *Organisation de la périnatalité dans les territoires : affirmer une logique de santé publique.* Rapport n° 2025-012R. Paris : IGAS ; 2026.

Inspection générale des finances (IGF), Inspection générale des affaires sociales (IGAS). *Le temps de travail des médecins.* Rapport IGF n° 2026-E-004-03 / rapport IGAS n° 2026-003R. Paris : IGF-IGAS ; 2026.

Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. *Programme national nutrition santé 2026-2030 (PNNS 5).* Paris : Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées ; 2026.

Molimard M, Costagliola D, Maisonneuve H. *Information en santé : bilan des forces et des faiblesses. Recommandations pour une stratégie nationale d'information et de lutte contre la désinformation en santé.* Rapport au ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Paris : Ministère de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées ; 2026.

Peyron M, Jacquey-Vazquez B, Loulergue P. *Pour sauver la PMI, agissons maintenant !* Rapport présenté par Michèle Peyron, députée, avec le concours de l'Inspection générale des affaires sociales. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2019.

Ramblière L, Iasagkasvili M. *REPERES, rapport n° 1 : comprendre la situation sociale ainsi que l'état de santé physique et psychique des femmes sans domicile en période périnatale.* Paris : Samusocial de Paris et Réseau Solipam ; 2026.

Santé publique France. *Surveillance de la santé périnatale. Période 2012-2024. Édition nationale.* Bulletin. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2026.

Sénat. *L'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale.* Rapport d'information n° 753 (2023-2024), tome I, fait au nom de la mission d'information sur la santé périnatale. Paris : Sénat ; 2024.

Annexe 4 - Proposition de composition de l'instance nationale de pilotage de la périnatalité

La composition de l'instance nationale de pilotage de la périnatalité doit permettre de réunir les compétences nécessaires à la définition, au suivi et à l'évaluation de la politique nationale de périnatalité, tout en garantissant la représentation des professionnels, des usagers, des territoires et des institutions chargées de sa mise en œuvre. Elle doit rechercher un équilibre entre expertise scientifique, connaissance des pratiques de terrain, expérience des usagers, représentation territoriale et capacité des administrations et opérateurs à mettre en œuvre les décisions prises.

Les précédentes Commissions nationales de la naissance reposaient sur une représentation très large des différentes composantes du champ périnatal. L'arrêté du 12 octobre 2009 associait notamment sociétés savantes, représentants des usagers, services de protection maternelle et infantile, ordres professionnels, conférences et fédérations hospitalières, assurance maladie, institutions et administrations centrales.

Pour une instance ayant une fonction effective de pilotage, il apparaît souhaitable de conserver cette pluralité tout en limitant le nombre de membres permanents, et de compléter ponctuellement son expertise par l'audition ou l'association de personnalités extérieures.

1) Présidence

La présidence serait assurée par une personnalité qualifiée désignée par le ministre chargé de la santé, disposant d'une expertise reconnue dans le champ de la périnatalité et d'une capacité à fédérer les différentes composantes de l'instance.

Ce principe reprend celui retenu dans les arrêtés de 2005 et 2009.

2) Professionnels et experts de la santé maternelle et néonatale

La représentation professionnelle serait organisée prioritairement autour des Conseils nationaux professionnels (CNP), dont le rôle est aujourd'hui de fédérer sociétés savantes, collèges et organisations professionnelles.

Il est proposé de retenir :

- 2 représentants de la gynécologie-obstétrique, proposés par le Conseil national professionnel des gynécologues-obstétriciens et des gynécologues médicaux (CNP GO-GM), dont 1 représentant du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF).
- 1 représentant de la médecine fœtale et du diagnostic prénatal, proposé par le CNP GO-GM, en lien avec le Collège français d'échographie fœtale (CFEF) et la Société française de médecine périnatale (SFMP).
- 1 représentant de la pédiatrie, proposé par le Conseil national professionnel de pédiatrie (CNPP) et 1 représentant de la néonatologie proposé par la Société française de néonatologie (SFN).
- 1 représentant de l'anesthésie-réanimation, proposé par le CNP d'anesthésie-réanimation et de médecine péri-opératoire, en lien avec la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) et le Collège d'Anesthésie - Réanimation en Obstétrique (CARO).
- 2 représentants de la maïeutique, proposés par le Conseil national professionnel de maïeutique (CNP Maïeutique), dont 1 représentant du Collège national des sages-femmes de France (CNSF).
- 1 représentant de la santé mentale périnatale, issu de la psychiatrie, de la pédopsychiatrie ou de la psychologie périnatale, proposé par les CNP ou sociétés savantes concernés.
- 1 professionnel de santé publique, épidémiologiste ou chercheur spécialisé en périnatalité, désigné comme personnalité qualifiée en raison de son expertise dans l'analyse des données périnatales, l'évaluation des politiques publiques ou la recherche en santé maternelle et néonatale.

La DREES et Santé publique France pourraient être associées de manière permanente aux travaux techniques sur les indicateurs et l'évaluation, sans nécessairement disposer d'un siège en formation plénière.

En dehors des professionnels de santé publique, il est important que les personnalités proposées exercent effectivement, au moment de leur nomination, dans une maternité, un service de néonatologie, en PMI, en exercice ambulatoire ou dans une autre structure assurant directement le suivi des femmes enceintes, des nouveau-nés ou des familles.

3) Représentants des usagers

Dans cette configuration resserrée, il est proposé d'intégrer 3 représentants des usagers comme retenu dans l'arrêté de 2005, issus d'associations différentes.

Ils seraient issus d'associations agréées ou d'organisations représentatives des femmes, des parents et des familles. Leur désignation devrait permettre de représenter des expériences diversifiées du parcours périnatal : grossesse et naissance, recours à la néonatologie, parcours marqués par une situation de vulnérabilité ou difficultés d'accès aux soins.

4) Protection maternelle et infantile et collectivités territoriales

Il est proposé de prévoir :
- 2 représentants des services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI), dont au moins un médecin et une sage-femme ;
- 1 élu ou représentant des départements ou collectivités territoriales.

5) Organisation territoriale de la périnatalité

Afin d'assurer l'articulation entre le pilotage national et sa déclinaison territoriale :
- 1 représentant de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) ;
- 1 représentant des agences régionales de santé (ARS) ;
- 1 représentant chargé spécifiquement des enjeux des départements et régions d'outre-mer (DROM).

Le siège consacré aux DROM vise à garantir que leurs contraintes particulières — géographie, démographie, ressources professionnelles, transferts, accès aux soins et indicateurs périnataux — soient prises en compte de manière transversale.

6) Vulnérabilités

Deux référents précarité, inégalités sociales de santé et accès aux soins seraient spécifiquement chargées de porter les enjeux de vulnérabilité.

Ces représentants pourraient être issus du champ sanitaire, médico-social, universitaire ou associatif.

7) Fédérations représentant les établissements de santé

Trois représentants seraient désignés :
- 1 représentant de la Fédération hospitalière de France (FHF) ;
- 1 représentant de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ;
- 1 représentant de la Fédération nationale de l'hospitalisation à domicile (FHAD).

8) Conférences hospitalières et hospitalo-universitaires

Il est proposé de prévoir :

- 1 représentant de la Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers universitaires ;
- 1 représentant de la Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers.

9) Administrations centrales

La représentation de l'administration centrale serait volontairement limitée aux directions les plus directement impliquées dans le pilotage de la politique périnatale :

- 1 représentant de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ;
- 1 représentant de la Direction générale de la santé (DGS) ;
- 1 représentant de la Direction de la sécurité sociale (DSS) ;
- 1 représentant de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

10) Assurance maladie et opérateurs nationaux

Deux sièges permanents seraient prévus :

- 1 représentant de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) ;
- 1 représentant de la Haute Autorité de santé (HAS) ;

Les autres opérateurs intervenant dans le champ de la périnatalité, notamment l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), l'Agence de la biomédecine (ABM) ou d'autres agences nationales, seraient associés aux travaux en fonction des thèmes abordés plutôt que membres permanents. Ce choix permet de ne pas alourdir la formation plénière.

11) Personnalités extérieures et groupes de travail

La limitation à 33 membres permanents ne doit pas conduire à restreindre les compétences susceptibles d'être mobilisées.

L'instance pourrait inviter, en fonction des sujets inscrits à l'ordre du jour, toute personnalité dont l'expertise apparaît utile : géographes, démographes, sociologues, économistes de la santé, spécialistes de l'aménagement du territoire, chercheurs, professionnels de santé ou représentants d'institutions et d'opérateurs non membres permanents.

Cette possibilité existait déjà dans l'arrêté de 2005, qui autorisait la Commission nationale de la naissance à entendre des personnalités qualifiées en tant que de besoin.

L'organisation de l'instance pourrait s'appuyer sur plusieurs sous-commissions thématiques (modèle du Conseil national consultatif des personnes handicapées, CNCPH) ou des groupes de travail temporaires (modèle du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, CNLE) pour approfondir certains sujets, avec une composition élargie aux acteurs directement concernés. Chaque sous-commission ou groupe de travail rendrait compte de ses travaux à l'instance plénière, garantissant ainsi à la fois expertise approfondie et cohérence d'ensemble de la politique périnatale nationale.

12) Secrétariat et appui au pilotage

Le secrétariat de l'instance serait assuré conjointement par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), conformément au principe retenu pour les précédentes Commissions nationales de la naissance.

Cette responsabilité conjointe traduit la double dimension de la politique périnatale, qui relève à la fois de la santé publique et de l'organisation de l'offre de soins.

Annexe 5 - Proposition d'indicateurs à destination des usagers dans les maternités

Les indicateurs suivants pourraient être rendus accessibles aux usagers pour chaque maternité. Ils devraient être présentés de manière standardisée, actualisés régulièrement et, lorsque cela est pertinent, comparés à la moyenne des établissements de même catégorie.

Le type de maternité (type 1, type 2A, type 2B ou type 3) devrait être clairement indiqué et accompagné d'une explication simple de ce que recouvre cette classification.

Afin de permettre une interprétation correcte par les usagers, ces indicateurs devraient :
- reposer sur des définitions nationales harmonisées ;
- préciser systématiquement l'année ou la période de référence ;
- préciser le dénominateur utilisé pour chaque taux ;
- être accompagnés, lorsque cela est pertinent, de la moyenne des maternités de même type ;
- comporter un commentaire explicatif lorsque la comparaison brute entre établissements peut être influencée par leur niveau de recours ou par les caractéristiques des patientes prises en charge.

1) Ressources humaines et organisation de la permanence des soins

- Nombre d'équivalents temps plein (ETP) de gynécologues-obstétriciens.
- Nombre d'ETP de pédiatres.
- Nombre d'ETP de sages-femmes.
- Nombre de gynécologues-obstétriciens assurant la permanence des soins : présence sur place ; astreinte.
- Nombre de médecins anesthésistes-réanimateurs assurant la permanence des soins : présence sur place ; astreinte.
- Nombre de pédiatres assurant la permanence des soins : présence sur place ; astreinte.
- Existence de difficultés identifiées par l'ARS pour assurer les tableaux de garde ; le cas échéant, préciser les professions concernées (gynécologues-obstétriciens ; pédiatres ; médecins anesthésistes-réanimateurs ; sages-femmes).

2) Professionnels et ressources spécialisées disponibles sur site

Indiquer la disponibilité, permanente ou programmée, des professionnels suivants :
- Professionnel spécifiquement formé à la prise en charge des violences faites aux femmes ;
- Consultant ou professionnel référent en allaitement ;
- Assistant social ;
- Psychologue ;
- Psychiatre ou équipe spécialisée en psychiatrie périnatale ;
- Addictologue.

Lorsque l'identification nominative d'un professionnel référent présente un intérêt pour les usagers, son nom peut être mentionné avec son accord.

3) Plateau technique et capacités de prise en charge maternelle

- Disponibilité d'une salle dénommée « physiologique » ou « nature ».
- Présence sur site d'un service de réanimation adulte.
- Présence sur site d'une unité de soins intensifs, d'une SSPI ou d'un dispositif équivalent permettant la surveillance renforcée des mères 24 h/24.
- Disponibilité sur site d'un dépôt ou d'une banque de produits sanguins.
- Disponibilité de dispositifs délocalisés d'évaluation de l'hémostase.

4) Capacités de prise en charge néonatale

- Présence d'une unité kangourou ou équivalent permettant l'hospitalisation conjointe de la mère et du nouveau-né.
- Présence sur site d'une unité de néonatologie.
- Présence sur site d'une unité de soins intensifs néonatals.

- Présence sur site d'une unité de réanimation néonatale.

5) Activité de la maternité (pour chaque indicateur, préciser l'année de référence) :

- Nombre total de naissances par an.
- Nombre de grossesses multiples prises en charge par an.

6) Pratiques obstétricales et analgésie

Les indicateurs suivants devraient être exprimés en pourcentage, avec un dénominateur clairement défini et identique entre établissements :

- Taux de recours à l'analgésie péridurale ou périmédullaire parmi les naissances.
- Possibilité de déambulation sous analgésie périmédullaire.
- Possibilité de recours à l'hypnose ou à d'autres techniques non médicamenteuses d'accompagnement de la douleur.
- Taux de déclenchement du travail parmi les naissances.
- Taux de césarienne parmi les naissances.
- Taux d'accouchement instrumental parmi les accouchements par voie basse, en distinguant si possible ventouse, forceps, spatules.
- Taux d'épisiotomie parmi les accouchements par voie basse.
- Taux d'anesthésie générale parmi les césariennes.

7) Indicateurs de sécurité et de morbidité maternelle (dénominateur : taux global de naissances)

- Taux d'hémorragie du post-partum.
- Taux de brèche durale accidentelle après analgésie ou anesthésie péridurale.

8) Indicateurs de prise en charge néonatale et de transferts

- Taux de transfert en néonatologie, soins intensifs néonatals ou réanimation néonatale des nouveau-nés de terme ≥ 37 semaines d'aménorrhée, hors malformations congénitales majeures.
- Taux de transfert secondaire de la mère et du nouveau-né vers un autre établissement.

Annexe 6 - Grille WANNNT d'évaluation de la charge en soins en néonatologie

La grille WANNNT a été développée par des infirmières canadiennes en 2009 pour évaluer la charge en soin dans les unités de réanimation et soins intensifs néonatals (Sawatzky-Dickson D, Bodnaryk K. Validation of a tool to measure neonatal nursing workload. J Nurs Manag 2009). Elle a été validée en pratique clinique et a permis de montrer qu'un nombre d'infirmières plus élevé est associé à un risque plus faible de mortalité/morbidité chez les patients (Beltempo M, Lacroix G, Cabot M, et al. Association of nursing overtime, nurse staffing and unit occupancy with medical incidents and outcomes of very preterm infants. J Perinatol. 2018, Lemieux-Bourque C, Piedboeuf B, Gignac S, et al. Comparison of Three Nursing Workload Assessment Tools in the Neonatal Intensive Care Unit and Their Association with Outcomes of Very Preterm Infants. Am J Perinatol. 2020). La grille ci-dessous est adaptée de la version utilisée au Montreal Children's Hospital.

La catégorie de charge en soin est cotée de 1 à 5 selon les indicateurs présentés par l'enfant (parmi : âge gestationnel, état respiratoire, hémodynamique, chirurgical, neurologique, et autre). L'indicateur le plus élevé classe l'enfant dans la catégorie correspondante (de 1 à 5).

Par exemple,

- Nouveau-né né à 24 SA, 25 SA d'âge corrigé en VNI stable, porteur d'un cathéter veineux ombilical : classé en catégorie 5 ;
- Nouveau-né 28 SA d'âge corrigé instable avec inotropes : classé en catégorie 5 ;
- Nouveau-né né à 25 SA, 27 SA d'âge corrigé, plus de 4 apnées bradycardies/8h, VNI stable : classé en catégorie 4 ;
- Nouveau-né prématuré ou à terme en cours d'autonomisation alimentaire (nutrition entérale et allaitement maternel, seringue, paille, biberon…) : classé en catégorie 2.

Le chiffre entre parenthèses adossé à la catégorie correspond au ratio infirmier/patient recommandé.

Cat.	AG	Respiratoire	Hémodynamique	Condition chirurgicale	Neurologique	Autre
5 (1.0)	<26 semaines d'âge gestationnel corrigé (AC)	• **Ventilation mécanique** (intubation endotrachéale) liée à une **condition respiratoire instable** nécessitant des adaptations pluri-quotidiennes des paramètres de ventilation • Trachéotomie la 1ère semaine post-opératoire • Premières 24 heures après l'extubation d'un enfant de <33 semaines d'AC • Administration de NO (intubé) – instable	• Instabilité hémodynamique avec ≥1 inotrope (excluant la prostaglandine) • Arythmie cardiaque complexe nécessitant des interventions fréquentes (TSV) • Événements cardio-respiratoires très importants et très fréquents (≥1 ABD[3]/h) • Transposition des gros vaisseaux avec Rashkind dans les 12 premières heures	• Hernie diaphragmatique congénitale pendant les premières 24 heures • Plusieurs drains thoraciques ou abdominaux	• Hypothermie thérapeutique (premières 72 heures) • Score d'agitation ou de douleur régulièrement élevé, ou gestion intensive de la douleur (ajustements fréquents)	• Dérivation ventriculaire externe • Dialyse péritonéale ou hémodialyse • Accompagnement de fin de vie • Exsanguino-transfusion en cours • Epidermolyse bulleuse ou bébé collodion à la phase aiguë
4 (0.7)		• Ventilation mécanique (intubation endotrachéale) - stable avec peu de changements et/ou en cours de sevrage • CPAP/VNI nasale avec un statut vulnérable, labile ou instable • Gestion intensive de l'oxygène avec >10 interventions/heure pour maintenir la cible de saturation d'oxygène • NO (intubé) - stable	• Surveillance invasive de la pression artérielle • Pression artérielle stable avec vasopresseur avec peu de changement • Événements cardio-respiratoires importants et fréquents (≥ 4 ABD[3]/8h)	• Un seul drain thoracique ou abdominal	• Crises convulsives non contrôlées	• Compensations des pertes de fluides d'origine gastrointestinale ou autres • Hyperbilirubinémie hautement susceptible de nécessiter une exsanguino-transfusion
3. (0.5)		• CPAP[1] nasale stable ou trachéotomie stable avec CPAP • Lunettes nasales à haut débit ≥7 L/min stable • Instabilité cardiovasculaire ou respiratoire lors de la manipulation • NO via des canules nasales	• Cathéter veineux ombilical • Anomalie cardiaque nécessitant une perfusion de prostaglandine, stable • Événements cardio-respiratoires fréquents (<4 ABD[3]/8h)	• 12 premières heures postopératoires • Soins de stomie compliqués/ changements d'appareil/soins de la peau complexes ; redons ou lames • Site chirurgical vulnérable (ex: fils de stimulateur cardiaque, Schuster) - risque de complications	• Syndrome de sevrage néonatal non contrôlé	• Enfant nécessitant des soins complexes fréquents et/ou exigeants en temps[2]
2. (0.3)		• Lunettes nasales à haut débit <7 L/min stable • Oxygénothérapie et oxymétrie • Surveillance cardio-respiratoire	• Voie veineuse périphérique avec > 2 solutés ou nutrition parentérale • Voie veineuse centrale	• Stomie stable non compliquée	• Syndrome de sevrage néonatal stable	• Nutrition entérale sur sonde • Enfant près du terme ayant des difficultés alimentaires • Enfant près du terme nécessitant une évaluation fréquente (température, glycémie, etc.) • Enfant en convalescence avec des parents nécessitant de l'enseignement
1. (0.25)		Soins postnatals d'un nouveau-né en bonne santé à terme avec ou sans photothérapie	Voie veineuse périphérique avec ≤ 2 médicaments (par ex. antibiotiques)			• Allaitement simple / alimentation au biberon • Enfant en bonne santé avec des problèmes sociaux importants

N.B : Les nouveau-nés en permission sont codés comme 0
1. Les lunettes nasales à haut débit de ≥ 7 L/min sont considérées comme une CPAP stable sauf si le patient présente d'autres caractéristiques qui changent sa catégorie (ex: état instable, âge gestationnel corrigé <26 semaines, etc.)
2. Les exemples de soins complexes fréquents et/ou exigeant du temps comprennent (mais pas exclusivement) : l'isolement respiratoire nécessitant des mesures de prévention des infections, une hypoglycémie instable nécessitant une surveillance fréquente de la glycémie, des difficultés d'alimentation importantes ou une éducation intensive des parents, des enfants nécessitant des interventions multiples (soins de stomie, alimentation complexe, soins de plaie, etc.) en une seule période de travail (8h ou 12h)
3. A= apnée, B = bradycardie, D = désaturation ; TSV = tachycardie supraventriculaire

Référentiel pour l'évaluation de la charge en soins en néonatologie – Société Française de Néonatologie, juin 2023, adapté de *Montreal Children's Hospital modified WANNNT Last revised 2021-07-20*, avec l'aimable autorisation du Dr Marc Beltempo

Annexe 7 - Propositions pour la permanence des soins pédiatrique en maternité et néonatologie, adaptées de Sentilhes et al., *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2019

Maternités de type 3 :

Nombre de naissances/an	Organisation médicale pédiatrique	Commentaires
<3000	1 garde senior sur place 24h/24 pouvant être mutualisée avec la surveillance des soins critiques et de la néonatologie si < 20 lits	Réanimation néonatale et salle de naissance coordonnées
3000-4500	2 gardes senior sur place 24h/24 si > 20 lits de soins critiques (une dédiée aux soins critiques, une dédiée à la salle de naissance)	
>4500	2 gardes senior sur place 24h/24 (une dédiée aux soins critiques, une dédiée à la salle de naissance)	3ème ligne de garde si >6000 accouchements ou 40 lits de soins critiques
Variable chirurgie néonatale /ECMO/ recours régional majeur	2 gardes senior sur place 24h/24 (une dédiée aux soins critiques, une dédiée à la salle de naissance)	Nécessité d'une équipe ressource immédiatement mobilisable (ex : réanimation pédiatrique) ou astreinte

Maternités de type 2B :

Nombre de naissances/an	Organisation médicale pédiatrique
< 2000	Présence sur site 24h/24h 1 garde senior sur place 24h/24 – assure salle de naissance, suites de naissance et lits de médecine néonatale et de soins intensifs néonatals Mutualisation possible avec garde de pédiatrie (service ou urgences) si : – Proximité des locaux – Pédiatre expérimenté en néonatologie et en pédiatrie générale Sinon, prévoir une garde spécifique sur place ou astreinte opérationnelle
2000 - 3000	Présence sur site 24h/24h 1 garde senior sur place 24h/24 – assure salle de naissance, suites de naissance et lits de médecine néonatale et de soins intensifs néonatals Mutualisation possible avec garde de pédiatrie (service ou urgences) si : – Proximité des locaux – Pédiatre expérimenté en néonatologie et en pédiatrie générale – ET si interne de garde Sinon, prévoir une garde spécifique sur place ou astreinte opérationnelle
> 3000	Présence sur site 24h/24h 1 garde senior sur place 24h/24 indépendante d'une autre garde pédiatrique de l'établissement. Pas de mutualisation. 1 astreinte opérationnelle indispensable.

Maternités de type 2A :

Nombre de naissances/an	Organisation médicale pédiatrique
< 2000 naissances	JOUR Présence sur site pour activité salle de naissance, suites de naissance et mutualisable avec activité de néonatologie PERMANENCE DES SOINS : – Garde sur place, mutualisée avec pédiatrie – OU Astreinte opérationnelle si délai compatible avec la sécurité
2000-3000 naissances	JOUR Présence sur site pour activité salle de naissance, suites de naissance et mutualisable avec activité de néonatologie PERMANENCE DES SOINS : – Garde sur place possiblement mutualisée avec la pédiatrie. (Si le médecin de garde n'a pas de compétence en néonatologie, prévoir une astreinte opérationnelle de néonatologie ou une garde spécifique de néonatologie sur place).
> 3000 naissances	Présence 24h/24 sur site mutualisable avec l'activité/la surveillance des lits de néonatologie.

Maternités de type 1 :

Nombre de naissances/an	Organisation médicale pédiatrique
< 2000 naissances	Astreinte opérationnelle possible jour et nuit si délai compatible avec la sécurité Mutualisation possible avec une activité pédiatrique autre (urgences, service de pédiatrie)
2000-3000 naissances	Présence 24h/24 sur site (mutualisation possible avec autre activité pédiatrique) Garde recommandée pour la permanence des soins dès 2000 naissances.
> 3000 naissances	Présence 24h/24 sur site (mutualisation possible avec autre activité pédiatrique)

Annexe 8 - Pourquoi le recours aux PADHUE ne constitue-t-il pas une réponse pleinement adaptée aux difficultés identifiées ?

Face au déficit médical croissant, les pouvoirs publics ont encouragé le recrutement de praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Après réussite aux épreuves de vérification des connaissances (EVC), les praticiens peuvent intégrer un parcours de consolidation des compétences d'une durée de deux ans au sein d'un établissement de santé, sous la responsabilité d'un praticien responsable de la structure d'accueil. Les résultats aux évaluations initiales montrent une hétérogénéité importante des connaissances théoriques et des compétences déclarées, certains praticiens nécessitant une remise à niveau significative avant de pouvoir atteindre le niveau d'autonomie attendu dans le système français. À l'issue de ce parcours et après validation des différentes étapes réglementaires, ils peuvent obtenir une autorisation d'exercice en France.

Ce dispositif a connu une montée en charge rapide ces dernières années : près de 20000 candidats ont participé aux procédures de sélection en 2023 et 2024, pour respectivement 2737 et 4000 postes ouverts (+46 %). La gynécologie-obstétrique représente le premier contingent, avec 174 puis 250 postes (+44 %), traduisant les tensions particulièrement marquées dans cette spécialité. La pédiatrie suit une dynamique comparable, avec 145 puis 208 postes ouverts (+43 %).

Si ce dispositif constitue un levier quantitatif à court terme, plusieurs limites structurelles doivent être soulignées :

- **Un niveau hétérogène à l'entrée dans le dispositif** : dans certaines disciplines, notamment en gynécologie-obstétrique, le niveau observé aux EVC peut apparaître inférieur aux standards attendus pour un exercice autonome en France, se rapprochant davantage de celui d'un étudiant en médecine (externe) en fin de cursus que de celui d'un interne avancé.
- **Des conditions d'affectation peu propices à la montée en compétence** : les PADHUE sont majoritairement affectés dans des centres hospitaliers déjà en tension, souvent caractérisés par un faible encadrement et un volume d'activité limité. Ils y sont parfois mobilisés prioritairement comme une ressource de substitution pour assurer la continuité des soins, au détriment de leur accompagnement pédagogique.
- **Des lacunes techniques dans certains champs de pratique :** une proportion non négligeable de praticiens n'a pas été formée à certaines techniques devenues standards en France, notamment la chirurgie coelioscopique, limitant leur capacité à prendre en charge de manière autonome les urgences gynécologiques courantes.
- **Des écarts culturels et organisationnels :** des différences peuvent exister en matière de relation médecin-patient, notamment concernant l'information et le recueil du consentement. Ces écarts peuvent générer des incompréhensions, voire des contentieux engageant la responsabilité des équipes encadrantes.
- **Une incertitude sur l'autonomie à l'issue du dispositif :** la durée de deux ans apparaît parfois insuffisante pour garantir une autonomie complète dans un environnement de soins exigeant. Par ailleurs, rien ne garantit que ces praticiens, une fois autorisés à exercer, s'engagent dans des activités de permanence des soins.
- **Une interrogation éthique :** le recours accru à des praticiens formés hors Union européenne soulève la question de la soutenabilité d'un modèle reposant, au moins en partie, sur l'attraction de ressources médicales issues de pays parfois déjà en tension, en réponse à des insuffisances nationales de formation et de planification.

Liste des abréviations

ABM : Agence de la biomédecine

ADLF : Association des lactariums de France

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ASE : Aide sociale à l'enfance

AUDIPOG : Association des utilisateurs de dossiers informatisés en périnatalogie, obstétrique et gynécologie

CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce

CI-SIS : Cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé

CMP : Centre médico-psychologique

CNAM : Caisse nationale de l'Assurance Maladie

CNP : Conseil national professionnel

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNSF : Conseil National des Sage-Femmes de France

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPP : Centre périnatal de proximité

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

DAC : Dispositifs d'appui à la coordination

DROM : Départements et régions d'outre-mer

DSRP : Dispositif spécifique régional en périnatalité

EFSA : European Food Safety Authority

ENCMM : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles

ENP : Enquête nationale périnatale

EPNP : Entretien post-natal précoce

EPP : Entretien prénatal précoce

FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

PCO : Plateforme de coordination et d'orientation

PMI : Protection maternelle et infantile

RSEV : Réseau de suivi des enfants vulnérables

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFMP : Société Française de Médecine Périnatale

SFN : Société Française de Néonatologie

SNDS : Système national des données de santé

SNOOPI : Système national d'observation obstétrical, périnatal et infantile

SpF : Santé publique France

Note relative à la non-cosignature du rapport par l'une des personnalités qualifiées

Une partie des propositions de la mission a été présentée à Madame la Ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées lors de deux réunions en présentiel, les 17 avril 2026 et 1er juillet 2026. Plusieurs d'entre elles ont reçu un accueil favorable, en particulier celle concernant l'évolution possible des missions des Centres Périnataux de Proximité. Ces propositions ont ensuite été rendues publiques dans un communiqué de presse du 8 juillet 2026.

Il a alors été demandé à la mission de remettre son rapport aux services du ministère de la Santé au plus tard le 20 septembre 2026, en vue de sa présentation à la Ministre le 28 septembre 2026.

Modalités retenues pour traiter les points de divergence

Au cours de la finalisation du rapport, certaines propositions ont continué de faire l'objet de divergences entre les quatre personnalités qualifiées, en particulier concernant la contiguïté des maisons de naissance avec un établissement de soins.

Afin de permettre l'achèvement du rapport dans les délais impartis, la mission avait retenu le principe suivant:

- Lorsqu'une proposition était consensuelle pour trois personnalités qualifiées sur quatre, elle pouvait être retenue dans le rapport, la personnalité qualifiée en désaccord ayant la possibilité de faire mentionner explicitement sa position divergente dans le chapitre concerné ainsi qu'en fin de rapport ;
- Lorsqu'une proposition ne recueillait l'accord que de deux personnalités qualifiées sur quatre, elle n'était pas retenue.

Ce rapport a été élaboré et révisé pendant l'été 2026. Deux réunions de finalisation ont ensuite été organisées le 8 septembre 2026, en présence des quatre personnalités qualifiées et de Mme Sonia Baudry, puis le 15 septembre 2026, entre les quatre personnalités qualifiées.

Le 18 septembre 2026 en fin de journée, Mme Eliette Bruneau a informé les trois autres personnalités qualifiées de sa décision de ne pas cosigner le rapport, considérant que les passages ne faisant pas consensus étaient trop nombreux.

Des échanges complémentaires répétés entre les personnalités qualifiées se sont poursuivis les 19 et 20 septembre, en lien avec le cabinet de la Ministre, pour identifier précisément les points de divergence et pour rechercher, lorsque cela était possible, des formulations susceptibles de recueillir l'accord de l'ensemble des personnalités qualifiées.

Mme Eliette Bruneau a transmis le dimanche 20 septembre en début d'après-midi un relevé écrit qui précisait les passages et propositions faisant toujours l'objet de désaccord. Les trois autres personnalités qualifiées ont, sur cette base, proposé plusieurs modifications du rapport lorsque des possibilités de convergence apparaissaient.

A l'issue de ces échanges, Mme Eliette Bruneau a confirmé le 20 septembre 2026 en fin de soirée sa décision de ne pas cosigner ce rapport en précisant que son désaccord portait principalement sur les propositions relatives à l'offre de soins extra-hospitalière.

Les modifications apportées ainsi que la possibilité de faire explicitement mention des positions divergentes dans le rapport n'ont pas permis qu'il soit cosigné par toutes les personnalités qualifiées. Le rapport est en conséquence présenté uniquement sous la responsabilité des trois autres personnalités qualifiées.

Afin de permettre au lecteur d'identifier précisément la nature des divergences ayant conduit à cette décision, les principaux points de désaccord non résolus sont présentés ci-dessous.

Principaux points de divergence

1) Évaluation des politiques et parcours existants

Recommandation de la mission *: Mieux évaluer les politiques et les parcours déjà mis en œuvre pour éviter la redondance des dispositifs et la dispersion des ressources, se fonder sur des résultats de recherche robustes avant d'en déployer de nouveaux. Cette évaluation globale pourrait être menée par l'IGAS comme proposé dans son récent rapport portant sur l'organisation territoriale de la périnatalité.*

Mme Bruneau a exprimé aux autres personnalités qualifiées son désaccord sur la proposition d'évaluer certains dispositifs, ainsi que sur les exemples retenus, notamment la pertinence des prescriptions des séances de rééducation en post-partum et de l'entretien prénatal précoce.

Recommandations de la mission : *Évaluer le dispositif sage-femme référente, en particulier si les objectifs de coordination du parcours de soins post-partum ont été atteints.*
Évaluer la fréquence d'occurrence des doublons de consultation dans le suivi pré, per et post-partum des grossesses à bas risque.

Mme Bruneau a exprimé aux autres personnalités qualifiées son désaccord avec ces deux recommandations.

Les trois personnalités qualifiées signataires considèrent que l'évaluation des parcours de soins permettrait de mieux apprécier leur efficience et leur lisibilité. Notamment, elles considèrent qu'en l'absence d'évaluation suffisante du dispositif de sage-femme « référente », il n'est pas possible de déterminer dans quelle mesure cette fonction de coordination est effectivement assurée en post-partum pour l'ensemble des femmes concernées ; ni si elle concerne particulièrement les populations en situation de précarité, cibles du dispositif proposé par la Commission des 1000 jours (voir argumentaire dans chapitres concernés).

2) Évolution des centres périnataux de proximité (CPP)

Recommandation de la mission : *Élargir les missions et expérimenter de nouveaux modes de fonctionnement des centres périnataux de proximité pour en faire des lieux de ressources partagés au service de la santé des femmes, de leurs nouveau-nés et de la vitalité des territoires, notamment ruraux, tenant compte de l'offre de soins libérale pré-existante.*

Mme Bruneau a exprimé aux autres personnalités qualifiées que la place donnée, par la mission, aux CPP et à l'extension de leurs missions ne tenait pas suffisamment compte de l'offre de soins préexistante sur le territoire, et pouvait suggérer que les CPP pourraient se substituer à des professionnels libéraux déjà présents sur le territoire. Elle a également exprimé des réserves sur l'argument économique associé à l'évolution d'une maternité vers un CPP, qu'elle considère plus couteuse que l'offre de soins libérale.

Les trois personnalités qualifiées signataires considèrent qu'en cas de suspension de l'activité d'accouchement d'une maternité, le maintien sur site des activités programmées contribue à préserver une offre de soins de proximité. Elles soulignent que la recommandation prévoit explicitement de « [tenir] *compte de l'offre de soins libérale pré-existante.* ». Elles maintiennent qu'un CPP est économiquement plus efficient qu'une maternité à faible volume du fait de la suppression de trois lignes de permanence des soins pour les médecins (gynécologue-obstétricien, anesthésiste-réanimateur, pédiatre). L'argumentaire détaillé figure dans le chapitre correspondant.

3) Hébergement à proximité du lieu de naissance

Recommandation de la mission : *Développer le forfait hôtel / appartement hospitalier à proximité du lieu de naissance en fin de grossesse incluant la prise en charge de la famille (enfant et conjoint) ou renforcer le dispositif « engagement maternité ».*

Mme Bruneau a exprimé des réserves sur l'intérêt de l'hébergement en hôtel hospitalier, considérant notamment que ce dispositif ne répond pas nécessairement aux contraintes familiales et professionnelles des femmes enceintes et de leur entourage.

Les trois personnalités qualifiées signataires relèvent que cette solution a été fréquemment évoquée favorablement au cours des auditions. Les contraintes familiales ont été prises en compte par la proposition de développer des « *appartements hospitaliers* » permettant l'accueil du coparent et, le cas échéant, des enfants, sur le modèle de ce qui existe en Suède notamment.

4) Implantation des maisons de naissance

Recommandation de la mission : *Maintenir la contiguïté des maisons de naissance avec la maternité et son plateau technique.*

Mme Bruneau a exprimé aux autres personnalités qualifiées que la mission ne dispose pas de données suffisantes pour apporter une réponse étayée sur ce point.

Les trois personnalités qualifiées signataires considèrent que les éléments recueillis au cours des auditions, ainsi que les données et arguments présentés dans le chapitre correspondant justifient cette recommandation. Elles relèvent en particulier que cette recommandation a été soutenue par la très grande majorité des interlocuteurs auditionnés sur cette question.

5) Évolution du PRADO maternité

***Recommandation de la mission** : Développer une nouvelle version du PRADO Maternité, coordonné par la CNAM, spécifiquement centrée sur les publics fragiles, en particulier sur les mères ayant des difficultés à organiser leur suivi et celui de leur enfant de manière autonome.*

Mme Bruneau a exprimé aux autres personnalités qualifiées qu'elle ne soutenait pas cette proposition, considérant que la coordination du parcours de soins en post-partum relève désormais de la sage-femme « référente ».

Les trois personnalités qualifiées signataires relèvent que de nombreuses personnes auditionnées ont déploré la disparition du PRADO pour l'organisation du suivi post-partum, particulièrement pour les populations les plus précaires et fragiles ; par ailleurs, comme précisé ci-dessus, il n'est pas possible de déterminer dans quelle mesure la fonction de coordination de la sage-femme « référente » est effectivement assurée pour les populations en situation de précarité.

6) Articulation entre DSRP et CPTS

***Recommandation de la mission :** Reconnaître les DSRP comme les opérateurs régionaux de la politique périnatale, et les CPTS comme les opérateurs territoriaux de proximité de cette politique.*

Mme Bruneau a exprimé aux autres personnalités qualifiées que cette formulation pouvait laisser penser que les CPTS avaient vocation à se substituer aux DSRP.

Les trois personnalités qualifiées signataires précisent que ce n'est ni l'intention ni la formulation retenue dans le rapport. Elles soulignent l'importance de mieux préciser l'articulation entre ces deux dispositifs de coordination. La recommandation distingue deux niveaux complémentaires d'intervention : un niveau régional, confié aux DSRP, et un niveau territorial de proximité, auquel les CPTS peuvent contribuer. L'argumentaire détaillant cette articulation figure dans le chapitre correspondant.

Conception graphique : Dicom des ministères
du Travail, de la Santé et des Solidarités /
Parimage Septembre 2026