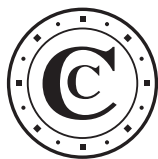


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

# LA POLITIQUE DE PÉRINATALITÉ

Des résultats sanitaires médiocres,  
une mobilisation à amplifier

Rapport public thématique

Synthèse

Mai 2024

**■ AVERTISSEMENT**

**Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.**

**Seul le rapport engage la Cour des comptes.**

**Les réponses des administrations, des organismes et des collectivités concernés figurent en annexe.**

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>1</b> Des risques périnataux importants et marqués par les inégalités, dont le suivi doit être amélioré .....	<b>9</b>
<b>2</b> Une politique qui n'a pas permis d'améliorer la sécurité et la qualité des soins .....	<b>11</b>
<b>3</b> Des mesures de prévention insuffisantes .....	<b>15</b>
<b>4</b> Un accompagnement parental à renforcer .....	<b>17</b>
<b>Recommandations</b> .....	<b>19</b>



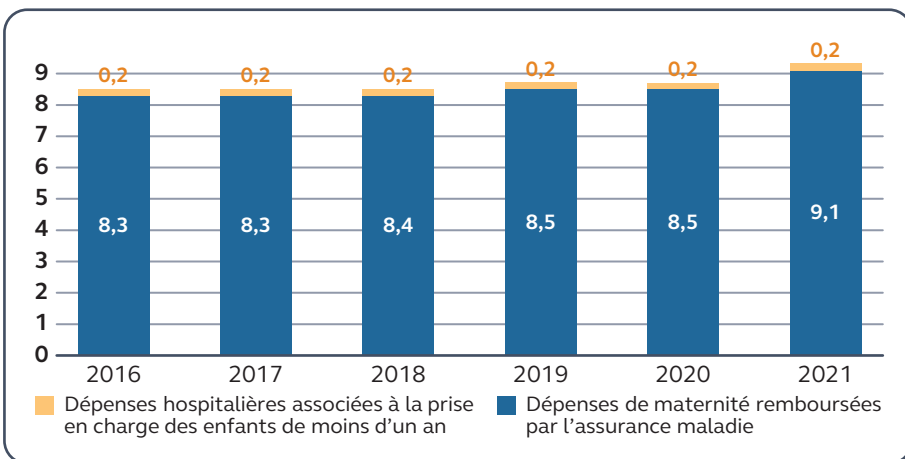
# Introduction

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

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

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

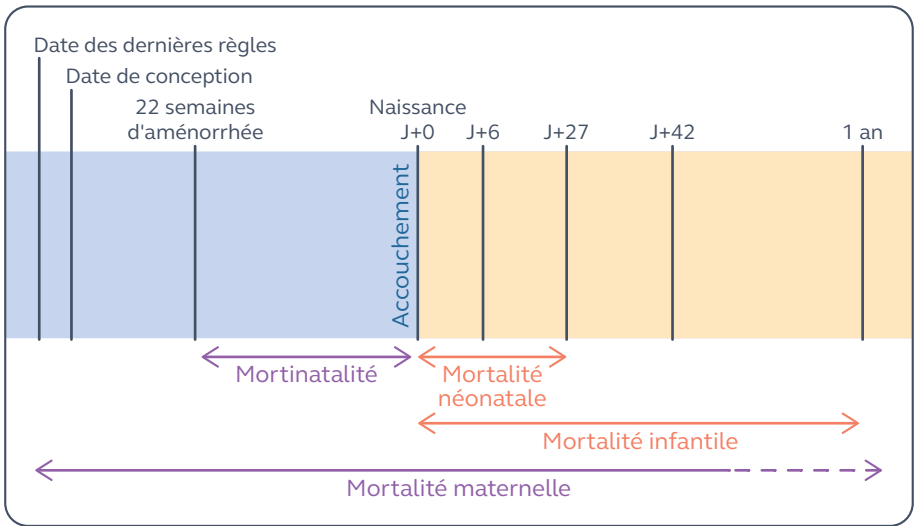
Synthèse des dépenses relatives à la politique de périnatalité (en Md€)



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

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

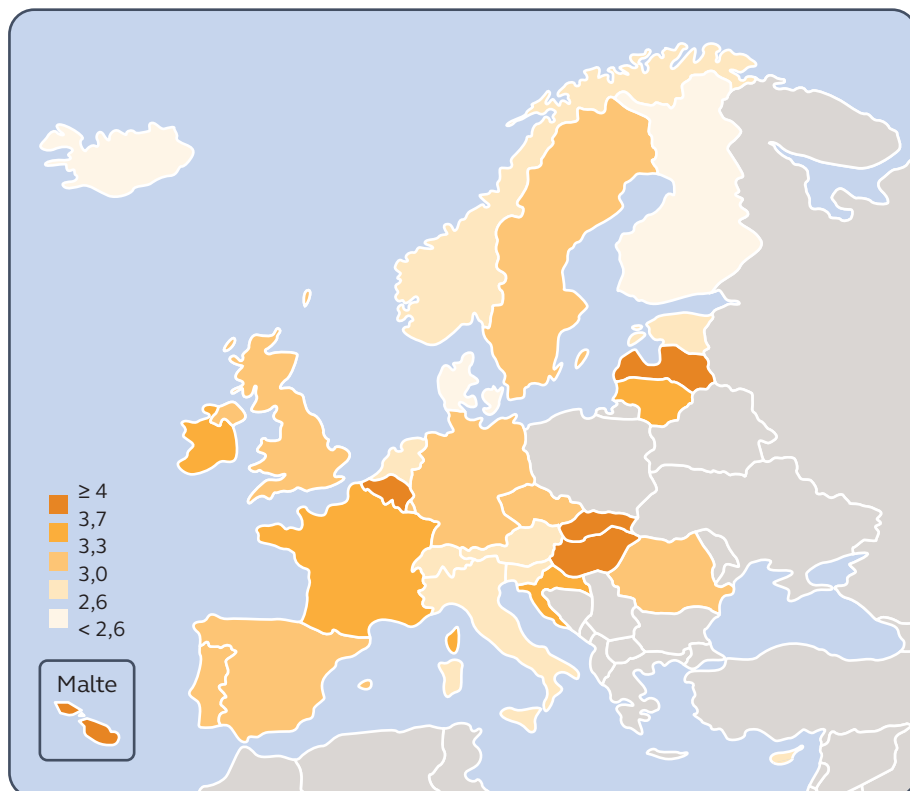
**Les principaux indicateurs sanitaires relatifs à la périnatalité**



Source : Cour des comptes

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

## Taux moyen de mortalité pour 1 000 naissances en Europe entre 2015 et 2019

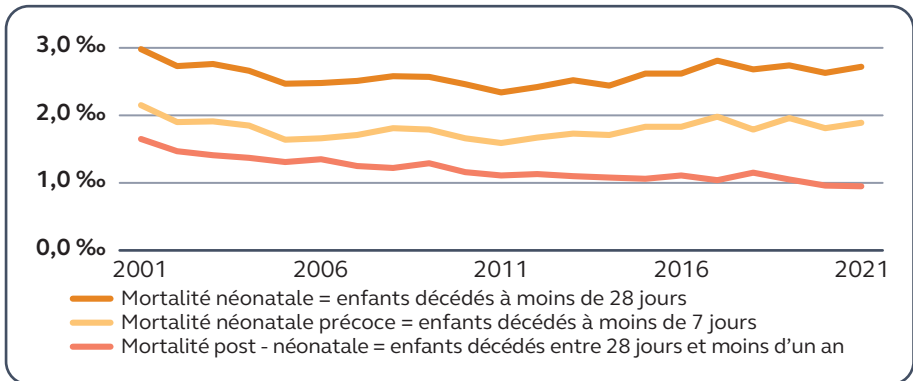


Note : mortalité hors interruptions médicales de grossesse, après 24 semaines d'aménorrhée.

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

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

## Évolution de la mortalité néonatale en France entre 2001 et 2021



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

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

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

Dans ce contexte, la présente évaluation a répondu aux quatre questions suivantes :

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





# 1 Des risques périnataux importants et marqués par les inégalités, dont le suivi doit être amélioré

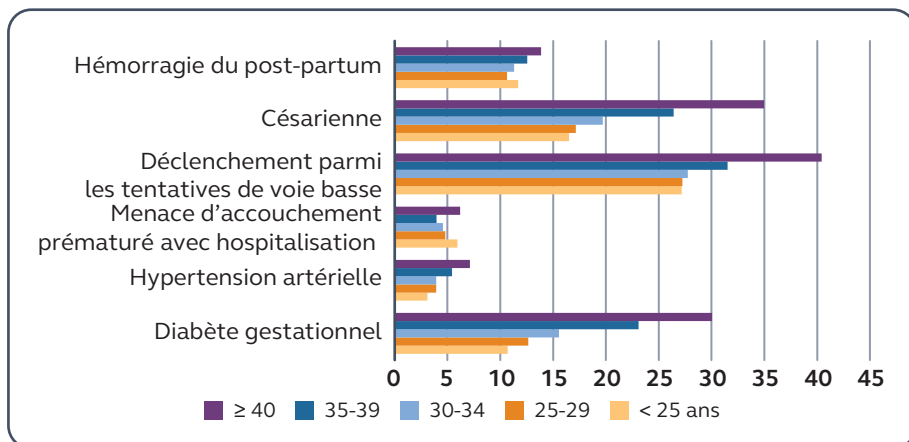
## Des risques importants et dont la prévalence progresse pour certains

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

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

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

Complications durant la grossesse et caractéristiques de l'accouchement selon l'âge des femmes à la délivrance (en %)



Source : Inserm, pour Cour des comptes

# Des risques périnataux importants et marqués par les inégalités, dont le suivi doit être amélioré

## Des inégalités sociales et territoriales de santé périnatale

L'état de santé périnatal est caractérisé par de fortes inégalités sociales et territoriales. La précarité des familles et des mères, évaluée par le niveau de revenu, de diplôme ou de l'accès à une couverture sociale, est associée à une morbidité maternelle et infantile plus importante et à des complications de la grossesse. Ces inégalités sont plus fortes pour les mères nées à l'étranger, dont les situations sociales sont corrélées à des morbidités et à des risques plus importants, alors même que près du quart des naissances sont issues de mères étrangères. Enfin, les territoires outre-mer concentrent des difficultés particulières.

## Un système de suivi épidémiologique lacunaire

Faute d'un système d'information périnatal unifié et malgré l'apport

précieux des enquêtes périodiques existantes, le dispositif de surveillance et d'analyse épidémiologique ne permet pas d'identifier ni de hiérarchiser les facteurs explicatifs des indicateurs de santé périnatale ni, par conséquent, d'orienter utilement l'action publique.

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



## 2 Une politique qui n'a pas permis d'améliorer la sécurité et la qualité des soins

### Une offre de soins inadaptée aux enjeux actuels de la périnatalité

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

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

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

moins de 1 000 accouchements annuels pour attirer et conserver des personnels qualifiés plaide par ailleurs pour une analyse au cas par cas des conditions d'exercice de leurs missions. Concernant les soins critiques néonataux, de fortes disparités constatées entre les régions invitent à réévaluer l'offre dans certains territoires. Enfin, les femmes aux grossesses à risque devraient toujours être suivies dans des établissements capables de prendre en charge les possibles complications et celles pouvant affecter les nouveau-nés.

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

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

# Une politique qui n'a pas permis d'améliorer la sécurité et la qualité des soins

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

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

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

Cette nouvelle approche, davantage orientée vers la prévention, témoigne

d'un volontarisme bienvenu en faveur de l'appréhension des risques psychiques liés à la périnatalité et des risques de développement du nouveau-né, et en faveur de la lutte contre les inégalités sociales et de santé. Néanmoins, elle ne prend pas suffisamment en compte la qualité et la sécurité des soins périnatals, qui participent des faibles performances de notre pays. Outre-mer, malgré une mobilisation importante, la stratégie n'est pas adaptée aux vulnérabilités économiques particulières dont souffrent ces territoires, ni à leurs spécificités géographiques ou socio-culturelles.

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

# Une politique qui n'a pas permis d'améliorer la sécurité et la qualité des soins

## **Des moyens de coordination des soins périnataux à optimiser**

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

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





## 3 Des mesures de prévention insuffisantes

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

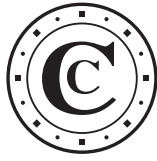
Des insuffisances perdurent toutefois. Des actions de dépistage ou de vaccination promues par les autorités sanitaires, malgré leur pertinence, ont une portée limitée. De surcroît, elles ne touchent pas efficacement les publics les plus à risque, notamment les femmes en situation précaire ou celles

cumulant certaines pathologies, dans l'hexagone comme outre-mer.

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







## 4 Un accompagnement parental à renforcer

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

Dans ce cadre, il paraît préférable de surseoir au démantèlement en cours du service d'accompagnement du retour à domicile « Prado maternité » mis en œuvre par l'assurance maladie. Celui-ci a démontré son efficacité et

devrait être maintenu jusqu'à ce que d'autres leviers de coordination des parcours de soins périnataux aient démontré une égale pertinence.

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

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



# Recommandations

## Au titre de la première question

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

## Au titre de la deuxième question

2. Pour chacune des maternités pratiquant moins de 1 000 accouchements par an, conduire au niveau régional une revue périodique de l'activité, prenant en compte la qualité et la sécurité des soins et en tirer des conséquences sur l'opportunité et les conditions de la poursuite de leur activité (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*)\*\*.

3. Revoir les décrets fixant les normes de fonctionnement des unités d'obstétrique et de néonatalogie afin de mieux prendre en compte la concentration de l'activité dans les plus importantes d'entre elles dans un cadre de gradation des soins, ainsi que les conséquences d'une prise en charge plus précoce des prématurés (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*)\*\*.

5. Intégrer dans la stratégie périnatale, dite des « 1 000 premiers jours », les enjeux liés à la qualité et

à la sécurité des soins (*ministère du travail, de la santé et des solidarités*)\*\*.

6. Identifier et mettre en place des actions spécifiques pour améliorer la périnatalité outre-mer (*ministère du travail, de la santé et des solidarités, ministère de l'intérieur et des outre-mer, Cnam*)\*\*.

## Au titre de la troisième question

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

## Au titre de la quatrième question :

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

\* *Recommandation de gestion.*

\*\* *Recommandation de politique publique.*

