



CNSF

Collège National
des **Sages-Femmes**
de France

RAPPORT

Réorganisation de la périnatalité

Mars 2026 (mise à jour avril 2026)

college-sages-femmes.fr

PRÉAMBULE



Les constats sont désormais bien établis : plusieurs rapports [1-3], émanant d'institutions nationales, ont récemment confirmé les fragilités du système périnatal français. Les indicateurs en matière de morbi-mortalité infantile et de morbidité maternelle, placent la France dans une position préoccupante par rapport à d'autres pays européens. Ces données traduisent la nécessité urgente de repenser l'organisation des soins, dans une approche globale et cohérente .

Ce rapport est le fruit d'une **large concertation menée au sein du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) et des associations qui lui sont adhérentes^[1]**. Il est conçu via une approche intégrative, prenant en compte l'ensemble des facteurs médico-psycho-sociaux qui influencent qualité, sécurité et continuité des parcours de soins, ainsi que l'organisation structurelle des soins en périnatalité. Il s'inscrit dans une démarche collective visant à analyser les réalités du terrain, à identifier les problématiques récurrentes, pour certaines déjà diffusées au sein des rapports sus cités.

Cette analyse, fruit de réflexions sages-femmes, nous permet in fine de formuler des propositions concrètes, opérationnelles sur les parcours des patientes et de leur nouveau-né ainsi que sur les modalités d'organisation et de coordination des différents acteurs de santé, dans une logique de cohérence et d'efficacité du système. L'objectif est ici d'apporter une contribution constructive et ciblée à la révision nécessaire des décrets de périnatalité.

Il convient de préciser que **ce rapport ne traite pas de la démographie médicale ni de l'organisation des soins en structures pédiatriques**, sujets essentiels mais relevant d'une analyse spécifique.

Il ne s'agit pas non plus d'un rapport dédié aux enjeux de l'évolution de la profession sage-femme mais d'un engagement de ces dernières en faveur d'une amélioration globale du système de santé, au service des femmes, des enfants et des familles.

1 Association Nationale des Etudiant.e.s Sages-Femmes (ANESF), Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices (ANSFC), Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), Conférence Nationale des Enseignant.e.s en Maïeutique (CNEMa), Organisation Nationale et Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF)



REMERCIEMENTS

Le Collège National des Sages-Femmes de France tient à exprimer sa profonde gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de ce rapport.

Au comité de pilotage, pour leur engagement sans faille tout au long de ces travaux : Dr Chloé Barasinski, Éléonore Bleuzen-Her, Fabienne Galley-Raulin, Sophie Guillaume et Céline Puill. Une mention toute particulière à Éléonore Bleuzen-Her, Fabienne Galley-Raulin et Sophie Guillaume, dont l'investissement exceptionnel a été un moteur essentiel de ce projet. Nous remercions également chaleureusement Céline Puill, qui a dû s'éloigner temporairement du comité pour des raisons personnelles, mais dont l'implication initiale et le retour ont marqué ce travail collectif.

À l'ensemble des sages-femmes et des étudiant-e-s sages-femmes qui ont participé aux différents groupes de travail : votre contribution a permis à ce plaidoyer d'être véritablement représentatif de la profession, dans toute sa diversité.

Aux sages-femmes relectrices, qui ont accepté la mission exigeante de relire le rapport à plusieurs reprises, au fil des modifications et ajustements successifs : votre rigueur et votre patience ont été précieuses.

Au Dr Chloé Barasinski et au Pr Corinne Dupont, qui ont coordonné une enquête auprès des sages-femmes sur leurs aspirations professionnelles, dont les résultats, actuellement en cours d'analyse, viendront enrichir la réflexion engagée dans ce rapport. Nous remercions également le **CHU de Clermont-Ferrand** pour son soutien institutionnel à la mise en place de cette enquête, ainsi que le **Conseil national de l'Ordre des sages-femmes** pour en avoir assuré la diffusion.

À Cyrielle Schock, qui nous a fait l'honneur de partager son expérience et son regard depuis les Pays-Bas, offrant une perspective européenne précieuse sur l'organisation des soins périnataux.

Au Conseil d'administration du CNSF, pour avoir pris la décision d'engager ce travail ambitieux et pour avoir soutenu avec constance les membres qui s'y sont investis.

Aux associations membres du CNSF — ANESF, ANSFC, ANSFL, CNEMa et ONSSF — pour leur soutien indéfectible tout au long de ce processus et pour avoir relayé ce projet auprès de leurs membres, permettant ainsi de mobiliser des sages-femmes engagées dans les différents groupes de travail.

Au Fonds de soutien sages-femmes, pour son soutien financier apporté par le biais du mécénat, et à la **CNEMa**, pour sa contribution financière et son don, sans lesquels ce travail n'aurait pu voir le jour. Nous remercions également chaleureusement **les donateurs individuels** qui ont choisi de soutenir cette démarche collective.

À l'agence nile, pour son accompagnement méthodologique, l'animation des différents groupes de travail, la mise en forme et la diffusion de ce rapport, et plus particulièrement à **Younès Telali** pour son implication tout au long du projet, ainsi qu'à **Clémence Bertrand**, qui a contribué à ses débuts.

À l'ensemble des institutions, personnalités politiques et organisations qui, par leurs travaux, leurs rapports et leurs prises de position, ont contribué à documenter l'état de la périnatalité en France et à faire avancer la réflexion collective sur ces enjeux de santé publique.

Enfin, à toutes les femmes, les familles et les nouveau-nés que nous accompagnons au quotidien : c'est pour vous, et grâce à vous, que ce travail a du sens.



Comité de Pilotage

Dr BARASINSKI Chloé, sage-femme, docteur en épidémiologie, Clermont-Ferrand, CNSF
BLEUZEN-HER Eléonore, sage-femme libérale et présidente du CNSF, Pontchateau, CNSF
GALLEY-RAULIN Fabienne, sage-femme coordinatrice, Verdun, CNSF
GUILLAUME Sophie, sage-femme coordinatrice, Bastia, ANSFC
PUIILL Céline, sage-femme libérale, Le Havre, ANSFL

Groupe de Travail

GT 1 - Bibliographie

BLEUZEN-HER Eléonore, CNSF (Coordinatrice)
PUIILL Céline, ANSFL (Coordinatrice)
MUSSO Alexandra, Cnema
GAILLARD Julie, Cnema
PLATEL Laurence, ANSFL
NIJDAM Suzanne, ANESF
LICAUD Dominique, ANSFC
MARTINEZ Sophie, ANSFC
LEROUX Sylvie, ANSFC
EL OMARI Lise, ONSSF
BATTUT Anne, CNSF

GT1 bis - Perspectives SF - 6e année - enquête d'aspirations

BARASINSKI Chloé, CNSF (Coordinatrice)
DUPONT Corinne, CNSF (Coordinatrice)
DERRIER-SANLAVILLE Aude, Cnema
MONLEAU Sophie, Cnema
AUTRAN Rafaël, ANESF
TANTON Héloïse, ANESF
DARCET Fabienne, ANSFC
MACQUET Christine, ANSFC
BEDOUET Marie Cecile, ANSFC
DECOTTE Noémie, ONSSF
MARCOLLA Elise, ONSSF
GRIMAUD-SAVEL Marie, ANSFL
BATTUT Anne, CNSF



GT 2 - Organisation des soins (parcours périnatal et organisation territoriale)

GALLEY-RAULIN Fabienne, CNSF (Coordinatrice)

GUILLAUME Sophie, ANSFC (Coordinatrice)

GANTOIS Adrien, CNSF

INCORVAIA Morgane, CNSF

BATTUT Anne, CNSF

TANTET Melanie, ANSFL

QUEVAL Stéphanie, ANSFL

NIJDAM Suzanne, ANESF

MENJOZ Fabienne, ANSFC

POLZIN Karine, ANSFC

BONFIGLIONI Valérie, ANSFC

COMBOT Caroline, ONSSF

BUCHBERGER Catherine, ONSSF

GT 3 - Carrière des sages-femmes

DUMORTIER Camille, ONSSF (Coordinatrice)

Ambroise Gaëlle, CNSF

PAYSANT Sabine, CNSF

NADJAFIZADEH Marjan, Cnema

LEYMARIE Marie-Christine, Cnema

PIEJUS Marine, ANSFL

BRUNEAU Eliette, ANSFL

NIJDAM Suzanne, ANESF

CRESPIO Noa, ANESF

MOUCHARD Mathieu, ANSFC

MEDRANO Nathalie, ANSFC

WALLERICH Yvette, ANSFC



Groupe de Relectures

ABIOLA Lucile, sage-femme hospitalière, Angers, CNSF
BAUNOT Nathalie, sage-femme coordinatrice, Paris, CNSF
BRUNEAU Eliette, sage-femme libérale, La Possonnière, ANSFL
DURAND-TONNERRE Clémence, sage-femme hospitalière, Clamart, CNSF
GAILLARD Julie, sage-femme directrice, Paris, CNEMa
Pr GAUCHER Laurent, sage-femme enseignant-chercheur, Lyon
HANCQUART Isabelle, sage-femme philosophe en éthique médicale, Toulouse
JOUBE Sophie, sage-femme libérale, Villeurbanne, ANSFL
LEROUX Sylvie, sage-femme coordinatrice, ville, ANSFC
LICAUD Dominique, sage-femme coordinatrice, Angoulême, ANSFC
MARTINEZ Sophie, sage-femme, Limoges, ANSFC
MUSSO Alexandra, sage-femme enseignante, Nice, CNEMa
PIEJUS Marine, sage-femme libérale, ville, ANSFL
PLATEL Laurence, sage-femme libérale, Saint-Sébastien Sur Loire, ANSFL
QUEVAL Stéphanie, sage-femme libérale, Lasalle, ANSFL
TANTET Mélanie, sage-femme libérale, Saint-Sébastien Sur Loire, ANSFL

À propos du CNSF

Fondé en 2001, le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) est la société savante de la profession. Structure indépendante, il rassemble des sages-femmes diplômé.e.s dans tous les modes d'exercice — hospitalier, libéral, territorial et enseignant — ainsi que les étudiantes et étudiants sages-femmes, autour d'une mission commune : promouvoir la qualité des soins, soutenir la recherche en maïeutique et contribuer à l'élaboration des politiques de santé périnatale.

Contact

Éléonore BLEUZEN-HER – eleonore.bleuzen-her@college-sages-femme.fr – 06.79.54.75.15



SOMMAIRE

PRÉAMBULE	2
REMERCIEMENTS.....	3
MÉTHODOLOGIE	9
INTRODUCTION.....	10
Les défis de la périnatalité en France	11
La dégradation des indicateurs de périnatalité	11
Comparaison des indicateurs de périnatalité en Europe [4,5,7]	12
Des lacunes dans la coordination du parcours des femmes enceintes	12
> L'entretien prénatal précoce, outil de coordination sous utilisé	13
> La sage-femme référente insuffisamment identifiée.....	13
Un réseau de maternités fragilisé à l'organisation peu lisible par les familles.....	14
> Organisation des maternités centrée sur l'évaluation du risque	14
> Impacts de la réduction du nombre de lits d'hospitalisation.....	15
Hypermédicalisation sociétale des accouchements, quelle que soit l'évaluation du risque.....	15
Clarifier les missions des acteurs de la périnatalité	16
L'évolution de la profession de sage-femme	17
Refondre l'organisation de la périnatalité et changer de paradigmes : une nécessité.....	18
PRÉVENTION ANTÉNATALE :	19
ENJEUX ET PISTES D'AMÉLIORATION	19
De la préconception à la naissance : prévenir, suivre, orienter pour mieux accompagner.....	20
La consultation pré-conceptionnelle : levier essentiel de prévention et de dépistage précoce.....	20
La déclaration de grossesse, un moment clé pour le début du parcours.....	22
Le bilan prénatal de prévention : une action de prévention renforcée	22
Un accompagnement prénatal structuré, clé d'une périnatalité sécurisée et personnalisée.....	24
L'entretien prénatal précoce.....	24
La préparation à la naissance et à la parentalité.....	25
Être accompagnée : la place du co parent ou de l'accompagnant.....	26
PARCOURS ANTÉNATAL : CLARIFICATION DES ÉTAPES ET PERTINENCE DES ACTIONS.....	27
Présentation du parcours anténatal actuel.....	28
Enseignements des modèles internationaux	29
Un premier recours clairement identifié : la sage-femme.....	30
Une gradation explicite des niveaux de risque	30
Proposition d'une clarification des parcours bas risque, à risque et pathologique	31
POSTPARTUM : RENFORCEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT	



ET AJUSTEMENT EN FONCTION DES BESOINS	33
Objectifs du suivi en post partum	34
Structuration actuelle du suivi médical et de l'accompagnement.....	35
Réalités du suivi postnatal : de la naissance aux 6 mois de l'enfant	37
Les sorties précoces avant 48h d'hospitalisation : quel accompagnement à domicile ?	39
Dépression post-partum : un enjeu de santé publique sous-estimé.....	41
Suivi pédiatrique et prévention	43
LIEUX DE NAISSANCE : ADÉQUATION DES RESSOURCES ET RESPECT DE LA PHYSIOLOGIE.	45
Classification des maternités :	
lacunes actuelles et impact sur les compétences professionnelles	46
La non adéquation des ressources humaines aux réalités sociétales	47
Séparer la salle de naissance en deux espaces : bas risque et haut risque	48
Respecter le projet de naissance des usagères : accoucher en dehors de l'hôpital	50
Obstétrique : reconnaître enfin la valeur des soins.....	52
COORDINATION TERRITORIALE : RENFORCEMENT DE LA COOPÉRATION,	
DE LA COMMUNICATION ET DE L'ADÉQUATION DES BESOINS	53
Organiser et coordonner le territoire	54
Absence de projet territorial : une réalité.....	54
Rôle des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité	55
Favoriser la coopération par une formation adaptée et partagée	56
Coopération managériale renforcée.....	59
Investir l'ensemble des professions médicales de la périnatalité	59
Inclure les usagères dans la coopération.....	60
Organisation des transports inter-établissements en périnatalité.....	61
Définition des transferts	61
L'organisation des transferts : un défi	62
Outils numériques et interopérabilité entre acteurs périnataux	64
PROFESSION DE SAGE-FEMME :	
AJUSTEMENTS INSTITUTIONNELS ET ÉVOLUTIONS NÉCESSAIRES	66
Reconnaître pleinement la place des sages-femmes à l'hôpital :	
pour une carrière hospitalière à la hauteur des responsabilités exercées.....	66
Intégration explicite des sages-femmes en tant que professionnels de soins primaires ...	67
La recherche en maïeutique, levier pour améliorer les indicateurs de périnatalité.....	69
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE	72



MÉTHODOLOGIE

Le présent document est issu d'un travail collectif structuré en plusieurs étapes, visant à établir un diagnostic partagé sur l'organisation actuelle de la périnatalité et à formuler des recommandations de réforme cohérentes, opérationnelles et argumentées.

Dans un premier temps, quatre groupes de travail ont été constitués autour d'axes de recherche précis. Le premier groupe a porté sur le contexte général, les évolutions démographiques et les principaux rapports de référence relatifs à la périnatalité. Le deuxième groupe a exploré les perspectives d'évolution de la profession de sage-femme, notamment au regard de la sixième année de formation et des aspirations professionnelles. Le troisième groupe s'est consacré à l'organisation des soins, en particulier au parcours périnatal et à l'organisation territoriale. Le quatrième groupe a enfin travaillé sur les carrières des sages-femmes dans leurs différentes dimensions : hospitalière, universitaire, libérale et territoriale.

Ces groupes ont permis de structurer la réflexion autour des principaux enjeux de la réorganisation de la périnatalité. Leurs travaux ont contribué à objectiver les difficultés rencontrées, à mettre en évidence les limites du cadre actuel et à faire émerger des pistes d'évolution. Cette organisation thématique a également favorisé une approche à la fois transversale et ancrée dans les réalités du parcours périnatal, des conditions d'exercice professionnel et des besoins des femmes et des familles.

Parallèlement, une analyse documentaire a été menée à partir des principaux travaux institutionnels et professionnels consacrés à la périnatalité en France. Cette revue a porté sur les rapports de référence relatifs aux performances du système, à ses fragilités structurelles ainsi qu'aux évolutions attendues en matière de prévention, d'organisation des parcours, de qualité des soins et de coordination des acteurs. Elle a permis d'identifier les constats convergents, les points de tension récurrents et les principaux leviers de transformation déjà documentés.

Dans un second temps, les travaux issus des groupes de travail et de l'analyse documentaire ont été réunis pour alimenter la rédaction du rapport. Cette phase a consisté à organiser les constats, à hiérarchiser les enjeux et à formaliser les recommandations selon une logique d'ensemble cohérente. Une attention particulière a été portée à l'articulation entre les diagnostics établis et les propositions formulées, afin que les recommandations répondent directement aux difficultés identifiées et s'inscrivent dans une vision structurée de l'évolution du système périnatal.

Une fois une première version rédigée, un comité de relecture a été mis en place. Son rôle a été d'examiner le document dans son ensemble, d'en vérifier la cohérence interne, la clarté rédactionnelle, la solidité des enchaînements argumentaires et la bonne restitution des travaux préparatoires. Cette étape a également permis d'identifier les redondances, de préciser certaines formulations et de renforcer la lisibilité globale du rapport.

À l'issue de cette relecture, un travail de consolidation a été mené afin d'aboutir à une version stabilisée du rapport. Cette étape finale a consisté à intégrer les remarques formulées, harmoniser les différentes parties, resserrer certains développements et mieux mettre en évidence la cohérence d'ensemble des recommandations. L'objectif était de produire un document structuré, accessible et directement mobilisable dans le débat public et institutionnel.

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, la périnatalité en France a fait l'objet de nombreux travaux et rapports de référence. Parmi eux, le rapport de l'Académie nationale de médecine, qui s'est auto-saisie de la question en 2023, intitulé «Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence» [1], celui de la Cour des Comptes "La politique de périnatalité", de mai 2024 [3], et plus récemment, en septembre 2024, le rapport du Sénat «Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer» [2], ont formulé des constats préoccupants sur l'état de la périnatalité dans notre pays. Leurs analyses pointent des dysfonctionnements structurels, des inégalités territoriales d'accès aux soins, ainsi qu'une dégradation des indicateurs-clés, comme l'augmentation du taux de mortalité périnatale et néonatale, une morbidité maternelle préoccupante, ou encore l'absence d'accompagnement adapté pour les futures mères et leur nouveau-né.

Malgré ces constats alarmants et les recommandations formulées, **aucune évolution significative n'a été mise en œuvre pour répondre aux besoins urgents des familles et des professionnels de la périnatalité.**

La France, pourtant réputée pour la qualité de son système de santé, observe avec une certaine inertie ses indicateurs périnataux se dégrader et la placer en retrait par rapport à d'autres pays européens. Les professionnels de l'accompagnement périnatal, et en particulier les sages-femmes, sont en première ligne pour faire face à ces défis, souvent dans des conditions difficiles et avec des ressources limitées.

Il est donc urgent d'agir et d'engager une réforme ambitieuse de la périnatalité en France, afin de garantir une prise en charge optimale des mères, des enfants et des familles sur l'ensemble du territoire.

Ce rapport s'inscrit dans cette dynamique et propose des mesures concrètes pour répondre à cette urgence. Ainsi, son introduction constate et questionne :

- nos défis en périnatalité,
- les enjeux d'une clarification des missions sages-femmes



Malgré des constats largement documentés par de nombreux rapports, la politique de périnatalité en France peine encore à évoluer pour répondre aux besoins des familles et des professionnels.



Les défis de la périnatalité en France

La dégradation des indicateurs de périnatalité

La mortalité infantile¹ ne diminue plus depuis 2015 en France et dépasse désormais la moyenne européenne [4], alors qu'à la fin du 20ème siècle, elle figurait parmi les plus basses d'Europe. Selon l'INSEE, 50 % des décès surviennent au cours de la première semaine de vie, 25 % entre le 7^e et le 27^e jour, et 25 % au-delà [5]. Plusieurs facteurs expliquent cette dégradation :

- l'augmentation de l'âge des femmes à la maternité, et par conséquent des pathologies périnatales ;
- les naissances multiples dont le nombre, stable de 2010 à 2018, a ensuite décru ;
- la précarité sociale : la part des accouchements couverts par l'assurance maladie recule, contrairement à ceux pris en charge par l'aide médicale de l'État. De plus, la proportion de sans-abri parmi les femmes enceintes s'accroît, particulièrement en Île-de-France, impactant les conditions de vie des nouveau-nés ;
- une politique de prévention insuffisante : augmentation du nombre de femmes obèses et en surpoids, tabagisme maternel préoccupant...
- une augmentation du nombre de femmes désireuses de poursuivre leur grossesse bien que le fœtus souffre d'une pathologie grave pour laquelle une interruption médicale de grossesse pourrait être autorisée.

En 2015, le taux de mortalité infantile était de 3,5 décès pour 1 000 naissances, en 2024 il est de 4,1 pour 1 000 naissances [5]. Pour la mortalité néonatale, correspondant aux décès d'enfants intervenus au cours du premier mois de vie, la France se situe au 22^e rang sur 34 pays européens, avec un taux de 2,7 ‰ [3].

Par ailleurs, la mortalité maternelle², bien que rare, **reste un événement évitable dans 60% des situations**. D'après l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM), entre 2016 et 2018, 272 décès maternels ont été recensés [7]. Ce risque est aggravé entre autres, par les facteurs cités ci-dessus (âge avancé des mères, obésité, conditions socio-économiques précaires...).

De manière globale, **l'inadéquation des soins délivrés est identifiée dans plus d'un cas sur deux**, comme un facteur ayant contribué au décès maternel, un chiffre alarmant qui pointe la nécessité urgente de réformer la prise en charge des mères et des nouveau-nés.

1 - Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire et l'ensemble des nouveau-nés vivants.

2 - La mortalité maternelle désigne le décès d'une femme survenu pendant la grossesse ou dans l'année qui suit la fin de la grossesse, quelle qu'en soit la durée ou l'issue, et lié directement ou indirectement à la grossesse ou à sa prise en charge, mais non dû à des causes accidentelles ou fortuites.

Comparaison des indicateurs de périnatalité en Europe [4,5,7]

Indicateurs	France	Norvège	Suède	Finlande	Danemark
Mortalité Infantile	4,1 décès pour 1 000 naissances vivantes	1,8 décès pour 1 000 naissances vivantes	2,3 décès pour 1 000 naissances vivantes	1,8 décès pour 1 000 naissances vivantes	2,4 décès pour 1 000 naissances vivantes
Mortalité Maternelle	11,8 décès pour 100 000 naissances vivantes	2,7 décès pour 100 000 naissances vivantes	3 à 4 décès pour 100 000 naissances vivantes	3 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes	3,4 décès pour 100 000 naissances vivantes
Nombre d'accouchements par an	663 000	51 980	100 051	43 383	57 469

La Norvège se distingue particulièrement en Europe par ses indicateurs de santé périnatale, notamment en matière de mortalité maternelle et infantile. Cependant, la Suède, la Finlande et

le Danemark offrent également des systèmes de santé performants, assurant un suivi prénatal de qualité et un accès universel aux soins.

Des lacunes dans la coordination du parcours des femmes enceintes

Le système de la périnatalité fait intervenir un grand nombre d'acteurs : sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, échographistes, pédiatres et puériculteurs/trices, en ville ou en structure (**Annexe 1**). La multiplicité des portes d'entrée dans le parcours de soins, et le morcellement qui en découle, déstructure et complique le suivi des patientes. La coordination imparfaite entre les professionnel·les entraîne des ruptures dans la continuité des soins, des doublons médicaux inutiles et des pertes d'informations.

Ce parcours, aujourd'hui complexe et souvent méconnu des familles comme de certains professionnels de santé, présente des lacunes à plusieurs étapes essentielles, dont les conséquences ne sont pas négligeables.

Des organisations, des outils sont pourtant déployés, cependant sans homogénéité sur notre territoire national. Quelques exemples illustrent notre propos.



> *L'entretien prénatal précoce, outil de coordination sous utilisé*

Bien qu'obligatoire depuis 2020, il est rarement réalisé, malgré son rôle clé dans la prévention et l'accompagnement des futures mères [8]. Il constitue pourtant un moment charnière de l'accompagnement des femmes. Les soignants et les soignés co-construisent une évaluation de la situation médicale, sociale et psychologique des personnes impliquées en vue de sécuriser l'accueil de l'enfant à naître.

Selon le rapport de l'Enquête Nationale Périnatale 2021, seules 36,5 % des femmes ont déclaré avoir bénéficié d'un EPP en 2021, avec des disparités territoriales notables. Ce moindre recours à l'entretien prénatal précoce peut être expliqué par plusieurs facteurs : manque d'information, organisation insuffisante sur le territoire ou encore sous-valorisation financière de cette activité.

> *La sage-femme référente insuffisamment identifiée*

Pour renforcer la coordination du parcours de soins, la mise en place du dispositif « sage-femme référente », instauré en novembre 2023, poursuit plusieurs objectifs essentiels [9 - 10]:

La sage-femme référente assure différents soins du parcours de la grossesse et du suivi postnatal ; elle devient ainsi l'interlocutrice privilégiée du couple. La création de ce statut permet de répondre au morcellement de la prise en charge et limiter la multiplicité des acteurs.

- Elle assure un rôle d'information et de prévention, dans l'objectif de limiter certaines complications gravidiques impliquant des prises en charge le plus souvent complexes et coûteuses.

- Elle assure également la liaison entre la maternité, la PMI et le médecin traitant, de façon à faciliter la continuité des soins et garantir une prise en charge cohérente tout au long de la grossesse. Ce lien Ville-Hôpital-PMI est à renforcer, voire à mettre en œuvre dans certains territoires.

Cette mission de coordination est d'autant plus cruciale que l'organisation du réseau de maternités, à la fois complexe et peu lisible, rend l'accès à l'offre de soins particulièrement difficile pour les couples. Pour autant, une proportion non négligeable de femmes enceintes ne bénéficient pas de ce service, la diversité des portes d'entrée pour le suivi de grossesse diminuant la lisibilité des missions de la sage-femme référente.

Un réseau de maternités fragilisé à l'organisation peu lisible par les familles

> Organisation des maternités centrée sur l'évaluation du risque

L'organisation actuelle de la périnatalité est structurée autour des grossesses à risques [11], qui ne représentent pourtant que 20% des grossesses.

Si la gestion du risque est primordiale pour organiser les soins en obstétrique car il s'agit d'une spécialité à risque ; pour autant, cette même gestion du risque pénalise la majorité des parcours de soins périnataux relevant du bas risque, et donc nécessitant des solutions adaptées/proportionnées aux besoins des femmes et des enfants dans ces situations.

La grossesse, processus physiologique naturel, est trop souvent abordée sous le prisme de ses pathologies potentielles.

En effet, en France, trois types de maternités sont définis en fonction du niveau de l'offre de soins néonataux, à partir de critères décrits dans les décrets n° 98-8 99 et n° 98-900 du 9 octobre 1998.

L'évaluation du risque néonatal structure ainsi en partie l'organisation des suivis de grossesse et l'organisation du lieu des naissances de l'enfant avec comme principe fondamental « qui peut le plus peut le moins ».

Tableau n° 1 : typologie des maternités

Types de maternité	Moyens mis en œuvre	Types de grossesses	Types de nouveau-nés
I	Unité d'obstétrique sans unité de néonatalogie	Grossesses sans facteur de risque périnatal	Nouveau-nés bien portants ayant seulement besoin de soins de puériculture
II A	Unité d'obstétrique associée à une unité de néonatalogie	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins de pédiatrie néonatale	Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie sans soins intensifs
II B	Unité d'obstétrique et unité de néonatalogie avec soins intensifs		Nouveau-nés nécessitant des soins de néonatalogie avec soins intensifs
III	Unité d'obstétrique, unité de néonatalogie et unité de réanimation néonatale.	Grossesses susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés nécessitant des soins dispensés en services de soins intensifs et de réanimation néonatale	Nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant de l'unité de réanimation néonatale

Source : Cour des comptes

Maternités de type 1 : soit 37,5 % des maternités, dont 78,4 % sont publiques.

Maternités de type 2 : soient 49,9% des maternités, dont 30,7% de type II A et 18,5% de type II B (équipées de lits de soins intensifs).

Maternités de type 3 : 13,3 % de maternités publiques.



> Impacts de la réduction du nombre de lits d'hospitalisation

Le nombre de maternités en France métropolitaine a évolué (diminué) entre 1972, époque à laquelle 1 747 maternités étaient recensées, et 2021 où seules 471 étaient dénombrées [12].

Cette réduction importante du nombre de lits d'hospitalisation s'est effectuée sans qu'une réorganisation globale des soins ne soit pensée. Des mesures transitoires telles que les hôtels hospitaliers ou les centres périnataux de proximité (CPP) ont été créés, sans être évalués.

Ces fermetures ont en effet des répercussions sur la qualité et l'accès aux soins :

- Elles impactent défavorablement la distance entre le domicile des patientes et

la maternité la plus proche. Aujourd'hui, 32 % des maternités travaillent en réseau avec un ou plusieurs CPP, mais l'efficacité de ces dispositifs est à évaluer au sein de chaque territoire. Par ailleurs, la question des transports sanitaires n'a pas été réfléchie, ainsi de potentiels retards à la prise en soins sont à redouter.

- Elles ont également une répercussion sur la durée de séjour en maternité, diminuée en post naissance, sans déploiement d'accompagnement à domicile.

En somme, la réorganisation structurelle et territoriale des maternités en France doit être appréhendée à la lumière de ces éléments dont les impacts n'ont pas été anticipés.

Hypermédicalisation sociétale des accouchements, quelle que soit l'évaluation du risque

Par ailleurs, quel que soit le type de maternité, de façon générale, s'est développé en France, une technicité des soins, avec une augmentation du recours à des pratiques médicales telles que le déclenchement, qui concerne 22% des grossesses en 2016, contre 25,8% en 2021. Parallèlement, le taux d'analgésie péridurale a également connu une hausse, 62,6% en 2003 [13], pour atteindre 82,7% en 2021 [8].

Ces évolutions participent à la transformation de l'organisation des maternités et de l'offre de soins. Elles nécessitent équipements et ressources humaines parfois en inadéquation avec les besoins des femmes. Elles modifient ostensiblement les modalités d'accouchements, l'appropriation par la femme de sa grossesse et le choix du lieu de naissance.

Clarifier les missions des acteurs de la périnatalité

Une réflexion est à mener quant à une réorganisation de nos prises en soins face à des constats troublants.

Les différentes portes d'entrée dans le suivi anténatal sont insuffisamment lisibles. Un couple peut aujourd'hui consulter une sage-femme, un gynécologue-obstétricien ou un médecin généraliste. Cependant, le rôle de chacun doit être bien identifié et correspondre aux compétences de chacun.e. Il est fréquent aujourd'hui que des sages-femmes suivent des grossesses pathologiques et des gynécologues-obstétriciens des grossesses physiologiques.

Les grossesses sont majoritairement physiologiques mais la systématisation de l'hyper médicalisation, promue en France, sur le bas risque, rend floue la notion de physiologie. En effet, plus nous médicalisons et ajoutons de la technicité, plus nous nous écartons de la physiologie, et plus les risques que l'essence même de la profession sage-femme s'étiolent. L'hypermédicalisation, acceptée par tous, a un impact indirect sur l'évolution des études sages-femmes, comme une adéquation de cette proposition aux soins périnataux de la femme, au détriment des missions premières : suivi médical certes mais aussi, prévention, accompagnement, activation de la confiance en soi rendant la femme actrice et pour les usagères : appropriation de la parentalité, sentiment de compétence parental.

Les facteurs de risque compliquant les grossesses sont en augmentation. Précarité, obésité, polluants, stress, âge maternel nécessitent un suivi par le/la professionnel le bien plus préventif et coordonné qu'il y a 20 ans. La proximité immédiate et constante, la prévention, voir l'éducation sont aujourd'hui des actions incontournables à promouvoir dans les politiques de périnatalité alors que l'évolution des compétences sages-femmes ainsi que les années d'études, en régulière augmentation ne garantissent pas la qualité de la prévention. La formation initiale des gynécologues-obstétriciens non plus, axée sur la pathologie. Plusieurs hypothèses sont possibles : une formation initiale insuffisante dans ce domaine, une non-reconnaissance financière et médicale de l'action même de prévention, un suivi de grossesse, sage-femme/gynécologue-obstétricien, clivé et par conséquent emmaillés de messages désordonnés.

Cette clarification des missions de chacun et donc des suivis médicaux de la femme permettrait d'assainir en partie le champ périnatal.



L'évolution de la profession de sage-femme

Ces constats amènent à poser l'injonction paradoxale suivante : organiser le système de la périnatalité autour des grossesses majoritairement physiologiques (et non sur une approche de grossesses considérées comme potentiellement pathologiques) dans un contexte où les facteurs de risque de grossesses compliquées (précarité, obésité, polluants, stress, âge maternelle etc.) augmentent. **La proximité et la prévention deviennent ainsi des facteurs clés de réussite des politiques de périnatalité.**

Au 1er janvier 2023, on dénombrait 24 354 sages-femmes en France et environ 4 000 étudiants [14]. Plus de la moitié des sages-femmes exerce à l'hôpital et un tiers en libéral. L'exercice libéral est d'ailleurs en nette progression, passant de 20% de l'exercice en 2012 à 34% en 2021 [15]. La profession de sages-femmes est cependant en constante augmentation, et la DREES estime que la démographie progresserait de 27% d'ici à 2050. Les sages-femmes sont impliquées à toutes les étapes de la grossesse et du post partum en lien avec les autres professionnels de santé, aussi il demeure essentiel de recentrer leurs missions, **mieux reconnaître et valoriser leur rôle pivot en maïeutique.**

Malgré l'étendue de leurs compétences, il demeure essentiel de **mieux reconnaître et valoriser le rôle central des sages-femmes dans la prise en charge des grossesses à bas risque.** En première ligne pour accompagner les femmes tout au long de leur parcours, elles assurent un suivi global et respectueux de la physiologie, s'inscrivant dans une approche pluridisciplinaire lorsque **la situation le requiert. Dans un contexte où la prévention constitue un enjeu majeur de santé publique,** leur rôle est d'autant plus stratégique pour promouvoir la santé des femmes et des nouveau-nés, en amont et au-delà de l'accouchement. Pourtant, les espaces spécifiquement dédiés à l'accueil des accouchements physiologiques tendent à se raréfier, limitant les choix offerts aux femmes, alors même que 80 % des grossesses relèvent de cette catégorie.



Organiser la périnatalité autour de la physiologie, tout en faisant face à l'augmentation des facteurs de risque : tel est aujourd'hui le défi majeur des politiques de santé périnatale.

Refondre l'organisation de la périnatalité et changer de paradigmes : une nécessité

Dans ce document, nous proposons de développer six axes que nous jugeons essentiels pour améliorer le système périnatal, en complément des recommandations formulées dans les différents rapports précédemment mentionnés :

1. Prévention anténatale : enjeux et pistes d'amélioration.
2. Parcours anténatal : clarification des étapes et pertinence des actions.
3. Postpartum : renforcement de l'accompagnement et ajustement en fonction des besoins.
4. Lieux de naissance : adéquation des ressources et respect de la physiologie.
5. Coordination territoriale : renforcement de la coopération, de la communication et de l'adéquation des besoins.
6. Profession de sage-femme : ajustements institutionnels et évolutions nécessaires.

A noter : afin de clarifier nos propos, nous faisons le choix dans ce rapport d'identifier la grossesse physiologique comme la grossesse «bas risque».





PRÉVENTION ANTÉNATALE : ENJEUX ET PISTES D'AMÉLIORATION

La période périnatale de la préparation à la conception jusqu'aux premières semaines suivant la naissance est structurée en plusieurs étapes et mobilise aujourd'hui différents acteurs, que la grossesse soit physiologique ou pathologique. **L'essentiel du suivi médical porte sur la prévention, le dépistage et l'orientation.**

La prévention, et l'éducation, proposée en France et réalisée auprès des couples actuellement n'est pas satisfaisante et ce pour plusieurs raisons :

- la prévention ne couvre plus suffisamment le parcours périnatal : elle devrait débuter en amont de la grossesse, possible pour une bonne proportion de la population ;
- L'intervention de nombreux acteurs induit une « déresponsabilisation » de cette mission de prévention ;
- La prévention n'est pas valorisée alors qu'elle est essentielle et chronophage ;
- La prévention ne bénéficie pas d'évaluation ;
- La prévention, en formation maïeutique, est insuffisamment traitée, au profit de sujets identifiés comme à risque de pathologie ou traitant de la pathologie

Et pourtant, la prévention et la coordination du parcours, missions essentiellement dédiées à la sage-femme, doivent occuper une place centrale, quel que soit le parcours afin de favoriser une approche coordonnée, proactive, durable et orientée vers le bien-être global des familles. Cette approche doit être fondée sur la transmission d'une information ciblée aux couples, sur des actions de prévention et sur la prise en compte de la santé émotionnelle des femmes. **Cette notion de salutogenèse^[1] doit faire partie intégrante de l'ensemble du parcours.**

1 Le modèle de santé de la salutogenèse (du latin, *salus* «santé» et *genesis* «origine, création») étudie le développement de la santé et des processus sous-jacents. En prévention et en promotion de la santé, la salutogenèse est une approche axée sur les ressources qui se concentre sur le renforcement d'un environnement favorable à la santé et des ressources individuelles, les facteurs de protection dans la terminologie de la prévention, afin de prévenir les maladies ou de promouvoir la santé.



Malgré des constats largement documentés par de nombreux rapports, la politique de périnatalité en France peine encore à évoluer pour répondre aux besoins des familles et des professionnels.

De la préconception à la naissance : prévenir, suivre, orienter pour mieux accompagner

La grossesse constitue un moment fort dans la vie d'une femme et d'une famille, marqué par de nombreuses attentes, des enjeux médicaux et des besoins d'accompagnement spécifiques.

Le parcours de soin débute avant la grossesse, avec l'émergence du projet de grossesse caractérisant la période pré-conceptionnelle.

La consultation pré-conceptionnelle : levier essentiel de prévention et de dépistage précoce

La période pré-conceptionnelle est une étape cruciale pour optimiser la santé des futurs parents et du fœtus : dès lors qu'un projet de grossesse est exprimé, toutes les femmes et tous les couples devraient bénéficier d'informations et de messages de prévention.

Le rapport de la Commission des 1 000 premiers jours souligne l'importance d'instaurer un programme national de promotion de la santé dès la période pré-conceptionnelle. Ce programme vise à réduire les expositions à ces facteurs de risque et à améliorer l'état de santé global des futurs parents, avec un impact direct sur le développement de l'enfant [15]. Il inclut un dispositif de repérage des situations de vulnérabilité, permettant une prise en charge précoce des couples à risque et une orientation vers des dispositifs de soutien. Ce programme national encourage une collaboration étroite entre les différents professionnels de santé pour garantir une prise en charge optimale dès la période pré-conceptionnelle.

Le Collège national des sages-femmes de France a, lors de ses dernières recommandations sur les interventions périnatales précoces [16], synthétisé un ensemble de messages clés à transmettre à la femme ou au couple dès la

période préconceptionnelle. Ces préconisations rassemblent plusieurs dimensions essentielles : environnement de vie, conseils hygiéno-diététiques, activité physique, lutte contre les addictions... En agissant en amont de la grossesse, ces recommandations visent à promouvoir un parcours de santé plus favorable, tant pour la mère que pour l'enfant. Elles sont présentées sous forme de tableau, afin de guider les professionnels dans leur transmission au moment le plus opportun du parcours de santé. (Annexe 2)

La consultation pré-conceptionnelle vise à réaliser un bilan de santé complet de la femme et du co-parent avant une éventuelle grossesse. Son objectif est d'identifier et de prévenir les facteurs de risque, qu'ils soient déjà connus (maladies chroniques ou psychiatriques) ou à dépister (obésité, tabagisme, consommation d'alcool ou de substances psychoactives, exposition à des toxiques environnementaux, troubles psychiques, de la reproduction ou maladies non transmissibles) [17].... Si les facteurs de risque de la femme (voire du co-parent) sont repérés tôt par le professionnel, sa situation singulière sera évaluée et lui sera proposée une orientation adaptée à ses besoins vers des professionnels spécialisés. Différents professionnels de santé



sont habilités à mener cette consultation préconceptionnelle. Les femmes peuvent se tourner vers un médecin traitant, un gynécologue médical, un obstétricien ou une sage-femme. Le professionnel de santé choisi pour cette consultation ne sera pas forcément celui qui assurera le suivi de grossesse.

Les sages-femmes sont formées à accompagner les futurs parents dans l'identification des facteurs de risque liés à la grossesse et à la parentalité. Leur formation inclut un volet spécifique sur la santé pré-conceptionnelle, avec un accent sur les aspects de la prévention primaire : promotion d'une hygiène de vie saine, conseils sur la nutrition, la supplémentation en vitamines et minéraux essentiels ainsi que la détection des vulnérabilités psychosociales. [18]

Les gynécologues-obstétriciens sont spécialisés dans la prise en soins des pathologies spécifiques

liées à la fertilité, aux maladies chroniques (comme le diabète ou l'hypertension...), ainsi qu'à la prise en charge des grossesses à risque. Leur mission est davantage centrée sur l'identification et le suivi des situations médicales complexes susceptibles d'affecter la conception ou la grossesse, tout en collaborant avec d'autres spécialistes le cas échéant [19].

Ces deux professions, bien que (ou assurément) complémentaires, abordent la consultation pré-conceptionnelle sous des angles différents. Les sages-femmes privilégient une approche holistique en matière de prévention, sensibilisation et accompagnement tandis que les gynécologues-obstétriciens se concentrent davantage sur des problématiques médicales spécifiques.

RECOMMANDATION

Systématiser la consultation pré-conceptionnelle pour une meilleure préparation à la grossesse

Instaurer la consultation pré-conceptionnelle comme **une intervention hautement recommandée** pour toutes les femmes en âge de procréer souhaitant une grossesse.

Ce bilan de santé complet permettra d'évaluer et de prendre en charge les facteurs de risque tels que l'obésité, le tabagisme, les maladies chroniques, la santé mentale, et d'anticiper d'éventuels besoins spécifiques. Cette consultation aide à préparer la grossesse en anticipant les vulnérabilités et en orientant rapidement les femmes / les couples vers des dispositifs de soutien ou avis spécialisé si nécessaire.

Cette consultation pourra être effectuée par les médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux et sages-femmes.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Mise à jour des recommandations HAS "Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer" (septembre 2009) [20], en intégrant la santé environnementale et la promotion de la santé (activité physique, alimentation...)
- Diffuser une campagne de communication ciblée aux usagers en expliquant l'importance de cette consultation
- Création d'une cotation CNAM spécifique à la consultation pré-conceptionnelle.

La déclaration de grossesse, un moment clé pour le début du parcours

La confirmation de la grossesse est marquée à la fois par une dimension médicale et émotionnelle. C'est en effet dans ce cadre que la grossesse est officiellement reconnue via des examens médicaux.

La confirmation d'une évolution satisfaisante de l'embryon par échographie entre la 11^{ème} et 14^{ème} semaine d'aménorrhée (13 SA+6 jours) est suivie immédiatement de la **déclaration de grossesse, démarche administrative obligatoire**. Cet acte officialise la grossesse auprès des organismes sociaux et permet à la future mère d'accéder aux prestations

spécifiques liées à la maternité. Parmi ces droits figurent notamment la prise en charge à 100% des soins médicaux relatifs aux consultations et examens obligatoires ainsi que l'ouverture des droits au congé maternité et aux allocations familiales.

La grossesse est déclarée par un médecin ou par une sage-femme. La femme enceinte est invitée à activer son espace personnel sur son compte Ameli au sein duquel elle pourra trouver chaque mois des informations et conseils personnalisés en santé, mais aussi ses rendez-vous médicaux, ainsi que les démarches administratives à effectuer.

Le bilan prénatal de prévention : une action de prévention renforcée

Le bilan prénatal de prévention, réalisé par la sage-femme, s'inscrit dans la continuité des objectifs de la consultation préconceptionnelle. Il intervient dès la déclaration de grossesse et pourrait être concomitant de la désignation par la femme de sa sage-femme référente. Celle-ci assure alors la coordination des soins, une orientation adaptée et la continuité du suivi.

En tant que première actrice de la prévention, la sage-femme référente est ainsi en position

d'initier, en lien avec les autres professionnels impliqués, les interventions de prévention recommandées : l'entretien prénatal précoce, la préparation à la naissance et à la parentalité, les consultations et examens de suivi, et, autour de la naissance, l'entretien post-natal précoce.

Ce cadre structuré contribue à un repérage précoce des vulnérabilités, à la promotion de la santé périnatale et à une meilleure orientation au sein du système de soins.



RECOMMANDATION

Rendre obligatoire le bilan prénatal et la déclaration d'une sage-femme référente

Dès lors que la grossesse est déclarée, **le bilan prénatal doit être effectué systématiquement dans le mois suivant par une sage-femme**, garantissant un premier contact avec ce professionnel dès le début de la grossesse et facilitant un suivi continu et personnalisé tout au long de cette période, quelle que soit le risque identifié (bas risque, à risque ou grossesse pathologique). La sage-femme sera garante d'un parcours adapté à chaque femme et l'orientera vers la structure et les professionnels adaptés.

Ce bilan prénatal doit être concomitant avec la déclaration de sage-femme référente, qui assurera ses missions de prévention, d'accompagnement, d'information et de coordination.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Mise à jour de l'annuaire des professionnels de santé de la CNAM afin de référencer les sages-référentes (SFR)
- Suivi de la déclaration obligatoire d'une SFR par les caisses d'assurance maladie (télétransmission)
- Personnalisation du parcours de grossesse médico-psycho-social avec orientation vers les bons interlocuteurs / établissements à l'aide du carnet maternité (si possible en numérique)



Le bilan prénatal de prévention, réalisé par la sage-femme, s'inscrit dans la continuité des objectifs de la consultation préconceptionnelle. Il intervient dès la déclaration de grossesse et pourrait être concomitant de la désignation par la femme de sa sage-femme référente.

Un accompagnement prénatal structuré, clé d'une périnatalité sécurisée et personnalisée

L'entretien prénatal précoce

La déclaration de grossesse ouvre sur un parcours de soins structuré. **L'entretien prénatal précoce (EPP) créé en 2007 et obligatoire depuis 2020** est un temps important d'écoute, d'évaluation et de prévention sur les versants psychologique, social et médical. Il a également comme objectif d'initier la préparation à la naissance et à la parentalité.

Les sages-femmes sont pleinement habilitées à réaliser cet entretien prénatal précoce. En tant que professionnelles de première ligne dans le suivi des grossesses, elles sont spécifiquement formées pour détecter les éventuelles vulnérabilités psychosociales, accompagner les futurs parents dans la gestion du stress, et leur fournir des conseils adaptés sur la nutrition, l'hygiène de vie et la préparation à la parentalité [18,21].

Bien que cet entretien soit obligatoire et ses bénéfices largement reconnus, il est parfois réalisé trop tardivement au cours de la grossesse, voire omis.

Le taux de réalisation de l'EPP n'était que de 62 % en 2022. En 2023, ce sont seulement 64% des femmes enceintes qui ont pu en bénéficier [22] avec des variations territoriales importantes. Par exemple, dans certaines régions rurales ou sous-médicalisées, ce taux chute à moins de 20 %, tandis qu'il peut dépasser 50 % dans les zones urbaines mieux dotées en professionnels de santé [20].

Plusieurs facteurs expliquent ce recours limité :

Information non satisfaisante : une enquête de la **DREES de 2018 [23]** révèle que près de 40 % des femmes enceintes déclarent ne pas avoir été informées de l'existence de l'entretien prénatal précoce et/ou de son importance.

Disparités territoriales : environ 20 % des départements français sont considérés comme des zones sous-dotées en sages-femmes, ce qui limite l'accès à cet entretien prénatal précoce dans ces territoires [24]

Contraintes organisationnelles : parmi les femmes qui n'ont pas eu accès à l'entretien, 30% mentionnent des contraintes personnelles ou professionnelles, telles que l'impossibilité de se rendre aux rendez-vous en raison des horaires ou de la distance [23]

Dans une logique de pertinence et d'efficacité des soins, et au regard des éléments précédemment exposés, l'entretien prénatal précoce (EPP) devrait être réalisé par la sage-femme référente, désignée en début de parcours.



La préparation à la naissance et à la parentalité

A la suite de cet EPP sont proposées 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), remboursées intégralement par la sécurité sociale dans le forfait maternité. Si celles-ci sont suivies par 80,3% des primipares, ce taux chute à 35,3% pour les multipares [8]. La PNP vise à améliorer la santé maternelle et infantile en favorisant une meilleure compréhension de la grossesse, de l'accouchement et des soins au nouveau-né. Elle permet également de réduire l'anxiété des futurs parents, de promouvoir une parentalité éclairée et de soutenir la construction du

lien parent-enfant. (Informar les parents sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et le retour à domicile ; préparer physiquement les femmes à l'accouchement à travers des exercices adaptés ; accompagner psychologiquement le couple dans l'expression de ses émotions et attentes ; encourager la participation active du co-parent ; promouvoir des comportements favorables à la santé, tels qu'une alimentation équilibrée, l'activité physique et la lutte contre les addictions.)

RECOMMANDATION

Promouvoir et valoriser l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement périnatal

L'entretien prénatal précoce, obligatoire, doit être (ou mérite d'être) davantage valorisé et rendu plus accessible, notamment dans les zones où l'offre de soins est insuffisante. Ce suivi individuel, systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes dès le début de la grossesse, permet d'identifier précocement leurs besoins psychosociaux et médicaux.

Il constitue une étape essentielle pour adapter le parcours périnatal et limiter le recours aux interventions d'urgence. Afin d'optimiser ce suivi personnalisé, un premier entretien pourrait être programmé dès le 4^e mois de grossesse, suivi d'un second vers le 8^e mois. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) doit également être valorisée et encadrée, en s'appuyant sur une évaluation des pratiques par les sociétés savantes afin de garantir leur qualité et leur pertinence.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Rendre obligatoire la réalisation de l'entretien prénatal précoce par la sage-femme référente
- Réaliser un état des lieux des pratiques de préparation à la naissance et à la parentalité en France et procéder à leur évaluation en associant les usagers.
- Mettre à jour les recommandations HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité [25] en adéquation avec l'évolution du parcours périnatal et en y ajoutant la composante des 1000 premiers jours. Ceci permettrait d'uniformiser le socle de base au niveau national, tout en laissant de la souplesse pour les adaptations locales.
- Mettre en place des certifications auprès des professionnels de santé proposant de la préparation à la naissance et à la parentalité en conformité avec les recommandations nationales. Les remboursements de la PNP seraient conditionnés à l'obtention de cette certification.
- Indiquer des références certifiées par les sociétés savantes de périnatalité (livres, sites internet, applications, comptes sur les réseaux sociaux...) aux futurs parents
- Valoriser l'accompagnement périnatal dans le carnet maternité au même titre que le suivi médical

La PNP permet aux futurs parents de devenir pleinement acteurs de leur grossesse, de la future parentalité et bien sûr du parcours périnatal, dans un cadre professionnel, bienveillant et structuré. La PNP n'a pas fait

l'objet d'évaluation des pratiques par notre société savante. Comme des PNP variées se sont développées (Yoga, Bonapace, hypnose...), une analyse de chacune des pratiques devrait être réalisée.

Être accompagnée : la place du co parent ou de l'accompagnant

Le co parent joue un rôle déterminant tant sur le plan affectif que pratique. Son soutien est précieux pour la future mère, tant au niveau émotionnel que logistique, mais il est également fondamental pour lui-même, afin de se préparer à la naissance et à l'exercice de la parentalité. Être partie prenante dès le début de la grossesse, si possible en préconceptionnel permet au co-parent de mieux appréhender les transformations du couple, de se projeter dans son rôle et de tisser un lien précoce avec

l'enfant à venir. Il est indispensable de favoriser sa place dans tous les temps forts du parcours périnatal, afin de reconnaître pleinement sa légitimité et de renforcer l'équilibre familial dès les premiers instants. Si la femme est seule, il est dès le début de la grossesse, dans certaines situations en préconceptionnelle, de proposer à la femme d'identifier une personne qui pourra l'accompagner tout au long de son parcours

RECOMMANDATION

Promouvoir la place du co-parent ou d'un accompagnant dans le suivi périnatal

Renforcer la place du co-parent ou d'un accompagnant dans le suivi périnatal est un levier essentiel pour une parentalité plus équilibrée, un meilleur soutien à la mère et un développement harmonieux de l'enfant.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Modifier L'article L1225-16 du Code du travail pour permettre au père d'un enfant à naître de s'absenter de son travail pour se rendre à l'ensemble des examens médicaux obligatoires de suivi de grossesse et non 3 comme actuellement
- Encourager activement la présence du co-parent dès la consultation préconceptionnelle lors des consultations et de l'accompagnement périnatal
- Former les professionnels de santé à un accueil inclusif, tenant compte de toutes les configurations familiales (père, mère, etc.).
- Aménager les chambres de maternité pour l'accueil du co-parent



PARCOURS ANTÉNATAL : CLARIFICATION DES ÉTAPES ET PERTINENCE DES ACTIONS

Nous proposons de définir de nouveaux parcours plus lisibles pour la femme, de la période périconceptionnelle au post partum, adapté à son projet de naissance et à sa situation. Ces derniers doivent gagner en lisibilité également pour les professionnel.les et ce, bien que le contexte soit aujourd'hui marqué par des

restrictions budgétaires et par des ressources médicales insuffisantes. Cette réorganisation sous-tend une évolution nécessaire dans les pratiques, une prise de position responsable des praticiens.nes et enfin, l'écoute des usagers.



40 %

des femmes ont bénéficié d'un suivi principalement assuré par une sage-femme en 2023

Ce chiffre, issu de la dernière Enquête nationale périnatale, témoigne d'une nette progression par rapport à 2016, où cette proportion n'était que de 23,3 %.

Présentation du parcours anténatal actuel

En France, le parcours « type » pendant la grossesse comporte obligatoirement :

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

S'ajoutent à cela :

- Trois échographies recommandées (une par trimestre) ;
- Un bilan de prévention prénatal ;
- Un bilan bucco-dentaire ;
- Des bilans sanguins mensuels ;
- Sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) [11], chaque consultation prénatale présente des objectifs pour définir les modalités de suivi des femmes enceintes. Selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le suivi prénatal doit comporter **au minimum huit consultations réparties tout au long de la grossesse** [26], dont la première consultation doit idéalement avoir lieu avant la 12^{ème} SA, puis à 20 SA, 26 SA, 30 SA, 36 SA, 38 SA et 40 SA. Ce parcours standard peut être adapté avec des consultations supplémentaires en présence de facteurs de risque spécifiques ou de pathologies intervenant pendant la grossesse, garantissant ainsi un suivi personnalisé et sécurisé.

Concernant le professionnel de santé habilité à suivre la grossesse, la HAS a défini 4 schémas [11] :

- Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.
- Suivi A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- Suivi A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

D'après les résultats d'une enquête réalisée par l'institut CSA pour la mission d'information sénatoriale de 2023 [2], le suivi de la grossesse est perçu très positivement par les femmes, avec une satisfaction globale atteignant 94 %. Cependant, malgré cette perception positive par les femmes, des difficultés sont fréquemment objectivables dans l'organisation du parcours en raison de l'intervention concomitante de nombreux professionnels de santé — médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues médicaux, gynécologues-obstétriciens. Le libre choix du professionnel par la femme dans le cadre du suivi A complexifie le parcours périnatal, avec des risques de ruptures dans la continuité des soins, la transmission d'informations, et la prévention.



Pour autant, les conclusions de la dernière enquête nationale périnatale montrent que près de 40 % des femmes ont bénéficié d'un suivi principalement assuré par une sage-femme, quand ce pourcentage n'était que de 23,3 % en 2016. [8]

Dans une logique de pertinence des soins, il apparaît nécessaire de poursuivre en ce sens, de recentrer le suivi des grossesses à bas risque (suivi de type A, A 1) vers les professionnels

les plus adaptés, en l'occurrence les sages-femmes. Le maintien de ce type de suivi par un gynécologue-obstétricien, en l'absence de facteur de risque, interroge aussi la juste répartition des ressources médicales spécialisées, comme le soulignait déjà en 2003 la mission périnatalité des professeurs Bréart, Puech et Rozé, dans ses 20 propositions en faveur d'une approche « faire moins mais mieux » pour les situations à bas risque.

Enseignements des modèles internationaux

L'analyse comparative des organisations périnatales en Suède, Norvège et Pays-Bas met en évidence des systèmes plus lisibles pour les femmes comme pour les professionnels, reposant sur **trois principes communs** :

- premier recours sage-femme,
- gradation du risque,
- orientation fluide entre niveaux de soins.

Ces pays démontrent qu'une organisation centrée sur la physiologie permet à la fois sécurité, efficacité et satisfaction des usagers, tout en préservant les ressources médicales spécialisées pour les situations complexes.



Un premier recours clairement identifié : la sage-femme

Dans ces trois pays, la sage-femme constitue la porte d'entrée naturelle du parcours périnatal. En Suède, le suivi prénatal est assuré majoritairement par des sages-femmes intégrées aux soins primaires, avec un nombre défini de consultations standardisées, gratuites et accessibles à toutes. En Norvège, le suivi est organisé par les services municipaux de santé, combinant sages-femmes et médecins généralistes, avec une logique de proximité territoriale. Aux Pays-Bas, le modèle est encore plus structuré : les sages-femmes autonomes

prennent en charge l'ensemble des grossesses à bas risque, avec responsabilité clinique complète et transfert vers l'obstétrique uniquement si nécessaire.

Dans ces systèmes, la sage-femme n'est pas un acteur périphérique mais la professionnelle référente du parcours physiologique, ce qui améliore la continuité des soins, la confiance des patientes et la pertinence des orientations.

Une gradation explicite des niveaux de risque

Les organisations observées reposent toutes sur une stratification simple du risque obstétrical :

- bas risque → suivi sage-femme,
- risque intermédiaire → co-gestion,
- pathologie → prise en charge spécialisée hospitalière.

Le modèle néerlandais formalise particulièrement cette logique par une sélection du risque continue, permettant des transferts rapides et protocolisés entre domicile, maison de naissance (birth centre) et hôpital. Cette gradation rend le parcours compréhensible pour les femmes et évite le recours systématique à l'hôpital pour des situations physiologiques.



Proposition d'une clarification des parcours bas risque, à risque et pathologique

Une nouvelle orientation des femmes pour leur suivi est à proposer :

- **Confier le suivi de la grossesse "bas risque" aux sages-femmes**, en tant qu'actrices principales du parcours de soins, permettrait de garantir un suivi cohérent et personnalisé, mais aussi de gagner en efficience. Une telle réorganisation contribuerait à alléger la pression sur les gynécologues-obstétriciens, à optimiser l'utilisation des ressources médicales et à réaliser des économies substantielles.
- **Développer un parcours mixte**, alliant les compétences médicales des sages-femmes et celles des gynécologues-obstétriciens, pour les patientes présentant une grossesse à risque ou pathologique.

Conformément aux recommandations, **toute grossesse débute par une évaluation du niveau de risque obstétrical, afin d'orienter la patiente soit vers la filière bas risque (si aucun facteur de risque notable), soit vers la filière spécialisée (pathologique) en cas de risques ou pathologies identifiés.**

Cette évaluation du risque est présente à chaque étape du parcours afin de ré-orienter si besoin la patiente vers la filière adaptée.

Concrètement, cette recommandation implique la formalisation de parcours types selon les niveaux de risque, l'établissement de critères partagés de réorientation vers le spécialiste en cas de complication, et la promotion d'une formation conjointe entre professionnels pour fluidifier la coordination et renforcer la culture commune autour des parcours différenciés. Cette simplification pourrait être l'opportunité de réfléchir au contenu du parcours de soins anténatal et le mettre en adéquation avec les pratiques et recommandations internationales.

RECOMMANDATION

Créer trois parcours distincts pour le suivi de grossesse et adapter les recommandations de bonnes pratiques en vigueur

Afin de clarifier et de mieux adapter les soins au parcours de chaque femme enceinte, **il est nécessaire de remplacer la classification actuelle de la HAS [11]** par des parcours distincts : bas risque, à risque et pathologique.

- Le parcours « à bas risque », à savoir les suivis A et A1, sans complication identifiée. Elle inclurait des soins de proximité, assurés principalement par des sages-femmes avec une offre diversifiée de lieux de naissance (maternités, maisons de naissance, à domicile).
- La parcours à risque élevé (suivi A2) ou pathologique (suivi B), serait dédié aux grossesses, nécessitant un suivi spécialisé en raison de complications médicales et/ou psychiatriques, d'antécédents de santé ou de risques identifiés pour la mère et/ou l'enfant. Ces parcours impliquent une prise en charge spécifique, avec des équipes pluridisciplinaires (obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, sages-femmes et autres disciplines médicales)

Cette simplification du parcours permettrait une meilleure compréhension des parents quant aux fonctions et missions des professionnels sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, tout en assurant transparence et orientation efficace selon les situations cliniques. De plus, elle garantit une répartition optimale des ressources médicales selon les besoins réels des patientes, favorisant un suivi adapté.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Définir le "bas risque obstétrical" en France
- Mise à jour des recommandations HAS "Suivi et orientation des femmes enceintes de 2016" pour une véritable graduation des parcours bas risque, à risque et pathologique adaptés aux fonctions et missions des sages-femmes et des médecins, et en prenant en compte le post-partum



Confier le suivi des grossesses à bas risque aux sages-femmes comme actrices principales du parcours de soins permettrait d'assurer un suivi cohérent et personnalisé tout en améliorant l'efficacité du système de santé



POSTPARTUM : RENFORCEMENT DE L'ACCOMPAGNEMENT ET AJUSTEMENT EN FONCTION DES BESOINS

Après l'accouchement, la mère et son nouveau-né sont transférés en service de maternité pour un séjour de 2 à 5 jours en moyenne, en fonction du mode d'accouchement (accouchement par voie basse ou césarienne) et de l'évolution de leur état de santé. Le retour à domicile marque le début d'une nouvelle phase dans le parcours périnatal. Cette période, réputée heureuse, se révèle délicate ; en effet les besoins physiques et psychologiques de la famille requièrent une attention particulière. Cette transition nécessite un accompagnement des familles dans leurs premiers pas avec le nourrisson par des professionnels de santé. Ils identifient concomitamment d'éventuelles complications du post-partum.

Pour autant, différents éléments péjoratifs sont à identifier :

- L'accompagnement durant hospitalisation est très nettement insuffisant ; il est par ailleurs morcelé, non personnalisé du fait des effectifs dans les services et

de l'organisation au sein même de ces derniers ;

- la femme sort de maternité entre 48h et 72h après la naissance, soit en pleine phase d'adaptation, en plein bouleversement physique et psychique, en plein questionnement ;
- le suivi postnatal immédiat à domicile est restreint : 3 visites de sages-femmes d'une demi-heure à une heure en fonction de l'organisation de la sage-femme. Ces visites se font parfois au cabinet de la sage-femme et obligent la femme et son nouveau-né à se déplacer.

Enfin, l'entretien postnatal précoce, proposé entre 4 et 8 semaines après la naissance et le second entre 10 et 14 semaines sont peu réalisés, remboursables à 70 %, insuffisamment valorisés.



Photo de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM)

Objectifs du suivi en post partum

Le suivi médical post-accouchement et l'accompagnement par la sage-femme a pour objectif principal de garantir une récupération optimale après la naissance de la mère et de l'enfant, tant sur le plan physique que psychique. Ce suivi permet notamment :

- D'assurer une surveillance médicale attentive à l'apparition de complications médicales chez la mère et l'enfant,
- D'accompagner l'interaction parents-enfants
- De valoriser les ressources du couple,
- De repérer précocement les signes d'épuisement parental.

Quelques éléments requièrent une attention sensible :

L'allaitement : le soutien à l'allaitement s'inscrit dans le cadre des soins de développement encouragés par Santé Publique France et par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces deux institutions recommandent un allaitement exclusif jusqu'à six mois [27 - 28]. Aussi, le suivi médical post-accouchement doit permettre un accompagnement individualisé à l'allaitement, en soutenant les mères dans les difficultés éventuelles. Or en France, le taux d'allaitement est faible, en effet, lors de l'ENP 2021, 17 % des femmes ont déploré ne pas avoir eu de soutien à l'allaitement par un professionnel de santé et deux mois après l'accouchement un quart de ces femmes n'allaitent plus.

La contraception : dès la sortie de maternité puis les premières semaines suivant l'accouchement, la sage-femme aborde la

contraception en permettant à chaque femme de choisir le moment où elle souhaite — ou non — de débiter une nouvelle grossesse. Ce suivi personnalisé participe pleinement à l'autonomie reproductive des femmes et à leur bien-être global.

La prévention de la dépression du post partum : le suivi postnatal permet d'évaluer les risques de dépression du post partum, de plus en plus fréquente chez les mères, isolées, non préparées à la parentalité, dont la propre histoire de vie rend parfois difficile l'intégration de la maternité. Il s'agit aussi de dépister les traumatismes éventuels liés à la naissance, un accompagnement incompris mal vécu, des gestes médicaux vécus dans l'incompréhension, pour le couple.

Le dépistage des violences : le suivi postnatal est également primordial pour le dépistage des violences intrafamiliales. Les violences faites aux femmes en post-partum incluent des violences physiques, psychologiques, et parfois sexuelles, qui peuvent survenir au sein du foyer ou de l'entourage immédiat. L'impact de ces violences sur la santé mentale et physique des femmes est considérable et exacerbé durant la période post-partum. Les femmes sont en effet plus vulnérables en raison de la fatigue, du stress lié à la parentalité, et d'une éventuelle perte de soutien social. Ces violences impactent également le système familial, nouveau-né, fratrie et nécessitent dans certaines situations des mesures de protection. Enfin il est admis que les femmes victimes de violences pendant la grossesse sont plus susceptibles de l'être à



nouveau après l'accouchement. Il est désolant de constater que les études sur les violences faites aux femmes spécifiques à la période du post-partum sont rares.

Sur le plan comportemental, la période post-partum est aussi marquée par des changements positifs dans les habitudes de vie des femmes. Environ 87,5 % des femmes diminuent ou arrêtent de fumer après leur accouchement, et 64,9 % rapportent ne pas avoir consommé d'alcool depuis leur retour à domicile

[8]. Ces comportements de santé témoignent de la nécessité d'un soutien continu pendant cette période, soutien indispensable pour consolider des habitudes de vie acquises durant la grossesse.

Grâce à sa formation spécifique, la sage-femme est en première ligne pour dépister et orienter la patiente vers un professionnel spécialisé : psychologue, assistante sociale, pédiatre, médecin généraliste ou gynécologue en cas de nécessité.

Structuration actuelle du suivi médical et de l'accompagnement

En France, le suivi postnatal inclus dans le forfait maternité (exonération des soins à 100%) comprend :

- Des visites à domicile par une sage-femme dès le retour de maternité jusqu'au 12ème jour après l'accouchement ;
- Une consultation postnatale entre 6 et 8 semaines après l'accouchement ;
- Des séances de rééducation périnéale et abdominale dans les 3 ans suivant l'accouchement ;
- Deux séances postnatales (prises en charge à 100 % si effectuées dans les 12 jours après l'accouchement) entre le 8ème jour jusqu'à la 14ème semaine après la naissance.

S'ajoutent à cela l'entretien postnatal (EPNP) qui peut être réalisé entre 4 et 8 semaines après l'accouchement, avec un deuxième EPNP qui peut être réalisé entre 10 et 14 semaines après l'accouchement.

Ces entretiens ne sont pas compris dans le forfait maternité laissant un reste à charge au couple, parfois non pris en charge par la mutuelle.

Types de soins	Délais de prises en charge	Prise en charge par Sécurité Sociale
Visites à domicile par SF	<i>Jusqu'à J12</i>	100%
Séances Postnatales	<i>J8 à J12</i>	100%
Séances Postnatales	<i>J12 à 14 semaines</i>	70%
Consultation Postnatale	<i>Entre 6 à 8 semaines</i>	100%
Rééducation périnéale et abdominale	<i>Jusqu'à 3 ans</i>	100%
Premier EPNP	<i>4-8 semaines</i>	70%
Deuxième EPNP	<i>10-14 semaines</i>	70%



Réalités du suivi postnatal : de la naissance aux 6 mois de l'enfant

La durée moyenne de séjour en maternité continue de diminuer, avec 3 jours après un accouchement par voie basse et 4 jours après une césarienne.

A la sortie de maternité, au moins une visite assurée par une sage-femme est recommandée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant celle-ci, préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soins approprié. Ces 2 à 3 visites permettent d'accompagner et de détecter précocement des signes de complication médico-psycho-sociale, chez la mère, le co-parent et/ou l'enfant, et d'orienter ces derniers vers des consultations spécialisées si nécessaire. Ces visites permettent également d'informer les parents sur les différentes étapes du développement de leur nourrisson, de leur proposer des pratiques de soins adaptées, de les sensibiliser à la santé environnementale et d'initier un relai vers la puéricultrice de PMI si nécessaire. Leur objectif est de renforcer la confiance des parents et de favoriser la création d'un lien solide parents-enfant.

Cependant, selon l'enquête d'opinion réalisée par l'institut CSA à la demande de la mission sénatoriale [2], la majorité des femmes jugent la longueur du séjour à la maternité appropriée et la quasi-totalité s'estime apte à sortir au moment prévu. Cependant, 21 % d'entre elles déclarent n'avoir bénéficié d'aucun suivi post-natal à leur retour à domicile et 35 % auraient souhaité bénéficier de davantage de visites post-natales.

Une femme sur cinq déclare ne pas être satisfaite des informations communiquées sur l'après-accouchement et ne pas avoir bénéficié d'un suivi post-natal.

- Le post-partum ne peut être réduit à la seule récupération physique qui suit l'accouchement. En effet, le vécu des femmes s'inscrit dans un temps beaucoup plus long, qui dépasse largement les 6 à 8 semaines de suivi proposé. Le suivi médical et l'accompagnement du post-partum restent aujourd'hui inadaptés aux réalités contemporaines, les femmes reprennent souvent le travail 10 à 11 semaines après l'accouchement, bien avant que leur corps et leur équilibre émotionnel ne soient rétablis.
- Par ailleurs, le couple est souvent géographiquement éloigné de sa famille pour des raisons professionnelles, et peut se retrouver isolé dans cette période particulièrement vulnérable.

Ces évolutions sociétales rendent indispensables un accompagnement et un suivi médical de proximité renforcé adapté aux enjeux actuels de la parentalité. Il nous faut répondre aux besoins de l'enfant comme à ceux des parents en impliquant tous les professionnels concernés par le soin, l'accompagnement et les services aux familles.

RECOMMANDATION

Renforcer le suivi postnatal, parent pauvre de la périnatalité

L'accompagnement périnatal, amorcé pendant la grossesse, s'interrompt brutalement après l'accouchement. Aujourd'hui, les soins médicaux, psychologiques ou de soutien proposés aux parents sont insuffisants pour plusieurs raisons :

- non réalisés liés à un sous effectif sage-femme dans certaines régions, un remboursement à 70 %, un annuaire de ressources en psycho-périnatalité pauvre, une communication insuffisante sur l'importance des soins durant cette période.
- ne couvrent pas de façon sécurisée et qualitative les 6 premiers mois

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Promouvoir le suivi postnatal jusqu'aux 6 mois de l'enfant auprès des usagères : diffuser une frise chronologique des soins spécifiques de la première année de l'enfant
- Introduire une consultation à 3 mois et à 6 mois de la naissance pour la mère afin de réévaluer l'état médical et psycho-social
- Introduire un nouvel entretien postnatal à 6 mois du post-partum réalisé par une sage-femme
- Demander la prise en charge à 100% des soins en lien avec le post-partum jusqu'à 6 mois après la naissance afin que l'accès aux entretiens soient facilités
- **Allonger le congé maternité**
- Remettre systématiquement aux parents les coordonnées de la puéricultrice de PMI



Le suivi médical et l'accompagnement du post-partum restent aujourd'hui inadaptés aux réalités contemporaines, alors même que 21 % des femmes déclarent n'avoir bénéficié d'aucun suivi post-natal à leur retour à domicile et que 35 % auraient souhaité davantage de visites.



Les sorties précoces avant 48h d'hospitalisation : quel accompagnement à domicile ?

Les sorties précoces après l'accouchement consistent à permettre aux mères et à leur nouveau-né de quitter la maternité rapidement, souvent dans les 6 à 48 heures suivant la naissance, sous condition d'anticipation en anténatal d'un accompagnement par une sage-femme et d'un état clinique satisfaisant pour la dyade.

Ce modèle vise à réduire la durée d'hospitalisation, tout en offrant un suivi personnalisé à domicile par une sage-femme. Il favorise un retour plus rapide dans l'environnement familial, tout en maintenant une surveillance médicale adéquate. Aux Pays-Bas, le modèle de sortie précoce après l'accouchement est largement pratiqué et s'intègre dans une approche globale des soins en périnatalité. Dès les premières heures suivant l'accouchement, si la santé de la mère et du nouveau-né le permet, ils quittent la maternité et sont accompagnés à domicile par une «kraamzorg», une professionnelle spécialisée en soins postnataux. Cette dernière assure un suivi quotidien pendant 6 jours (24h à 36h au total), prodigue des soins à la mère et au nouveau-né et s'assure d'un environnement sain. Ses interventions sont complétées par la visite d'une sage-femme, une fois par jour, joignable par la kraamzorg si nécessaire. Ce système permet de garantir une continuité des soins dans un environnement familial et rassurant.

En France, alors que l'organisation d'une visite à domicile est une condition nécessaire à toute sortie précoce, en 2021, 13 % des mères sorties précocement déclarent ne pas avoir bénéficié

d'une visite sage-femme [8]. Pour optimiser ces sorties précoces, il est nécessaire de compléter l'accompagnement postnatal immédiat en généralisant des dispositifs innovants comme CoPa (CoPa – Coaching Parental), assurant un accompagnement de qualité des mères et des nourrissons après leur retour à domicile.

Ce dispositif est une expérimentation article 51, débutée au sein du GHT Cœur Grand EST en 2021. Il vise à encadrer et à sécuriser toutes les sorties de maternité, sans exception, précoces ou non, après l'accouchement. Ce programme repose sur une coordination renforcée entre les sages-femmes hospitalières, les sages-femmes libérales et de PMI, les auxiliaires de puériculture du centre hospitalier, les puéricultrices de PMI. Dès la sortie de la maternité, la mère et son enfant bénéficient de visites à domicile ; l'auxiliaire de puériculture, à l'instar de la Kraamzorg, intervient en alternance avec la sage-femme libérale ou de PMI à minima 3 fois 1h 30 sur une période de 21 jours post naissance.

L'objectif de CoPa est d'offrir aux familles un environnement serein et adapté, tout en garantissant des soins de proximité et une prévention efficace des complications post-partum. Le relai, après 21 jours, est assuré par une puéricultrice de PMI.

La généralisation de ce dispositif, toujours en expérimentation sur le GHT CGE et à partir de 2026, étendu à d'autres territoires, pourrait transformer le parcours de soins en périnatalité, en conciliant confort pour les mères et sécurité médicale.

RECOMMANDATION

Systématiser les sorties précoces des maternités avec un suivi à domicile

La France se distingue par la **durée particulièrement longue des séjours d'hospitalisation post-accouchement, comparée à d'autres pays**. La sortie précoce permet non seulement d'améliorer le confort des familles, mais aussi de générer des économies significatives pour le système de santé. **Des expérimentations telles que CoPa (Coaching Parental) doivent être généralisées** pour assurer une transition fluide entre l'hôpital et le domicile, tout en maintenant la sécurité et le bien-être des mères et des nouveau-nés. Le projet CoPa vise à offrir à toutes les femmes un accompagnement à domicile par une auxiliaire de puériculture à la suite de leur accouchement, en coordination avec les dispositifs existants (sage-femme libérale, PMI...).

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Développer un système d'astreinte rémunérée pour les sages-femmes libérales et de PMI afin de satisfaire les demandes de sortie précoce
- Mettre en place des dispositifs d'accompagnements : généraliser le dispositif CoPa



13 %

des mères déclarent ne pas avoir bénéficié d'une visite de sage-femme après une sortie précoce malgré l'obligation en France

La généralisation de dispositifs coordonnés d'accompagnement à domicile pourrait transformer le parcours de soins en périnatalité, en conciliant confort pour les mères et sécurité médicale.



Dépression post-partum : un enjeu de santé publique sous-estimé

Le suivi post-partum des femmes constitue un enjeu majeur de santé publique, notamment en raison du risque élevé de dépression post-partum. Selon les études, la dépression périnatale inclut des épisodes dépressifs majeurs et mineurs qui surviennent soit pendant la grossesse, soit au cours des douze mois suivant l'accouchement. Les études les plus récentes indiquent que la dépression post-partum présente une prévalence maximale durant les trois premiers mois après l'accouchement. Pendant cette période, jusqu'à 19,2 % des femmes peuvent connaître un épisode dépressif (mineur ou majeur), et jusqu'à 7,1 % d'entre elles souffrent de dépression majeure. Ces taux tendent à baisser après les premiers mois post-partum. Ainsi au troisième mois après l'accouchement, la prévalence de la dépression post-partum atteint un pic de 12,9 %, avant de redescendre progressivement à environ 9,9 % à 10,6 % entre les quatrièmes et septièmes mois, puis à 6,5 % à partir du huitième mois.

L'enquête d'opinion réalisée par l'institut CSA montre que 96 % des femmes ayant accouché entre 2022 et 2024 connaissent ce qu'est la dépression du post-partum et y ont été sensibilisées par le personnel soignant, leur entourage, des reportages, des articles ou des réseaux sociaux. Cependant, les professionnels de santé entendus par la mission ont témoigné de la culpabilisation et de la stigmatisation encore trop associées à la dépression périnatale. Il semble qu'en outre, certaines femmes craignent que leur enfant leur soit retiré en raison de leur état dépressif et répugnent donc à faire état de leur souffrance auprès des professionnels.

Les professionnels doivent être en mesure de

faire la distinction entre baby blues et dépression du post-partum et de repérer les symptômes. Dès lors, il convient de renforcer la sensibilisation et la formation des professionnels, et notamment des sages-femmes, à l'identification des symptômes dépressifs, ainsi qu'au repérage des vulnérabilités médicales, psychiques et sociales, vecteurs de dépression. Les outils comme l'échelle d'Édimbourg (EPDS) permettent d'évaluer les femmes à risque, bien qu'un examen clinique soit nécessaire pour confirmer un diagnostic. En effet, bien que 16,7 % des femmes présentent un score supérieur à 13 sur cette échelle, ce chiffre doit être corroboré par des évaluations supplémentaires.

Depuis juillet 2022, l'Entretien PostNatal Précoce (EPNP), étape obligatoire du parcours de soins, permet de renforcer la détection de la dépression du post-partum. L'EPNP est un espace de dialogue et d'échanges où les ressources, attentes et besoins des familles sont actualisés et remobilisés en lien avec les précédents temps de rencontre, comme l'entretien prénatal précoce. Il a aussi pour objectif de prévenir et dépister les troubles psychiques du postpartum et la dépression. L'EPNP doit être réalisé entre la 4ème et la 8ème semaine suivant l'accouchement, sur un temps suffisamment long pour permettre des échanges avec le couple.

Cependant, selon la Cnam, 150 000 entretiens post-natals précoces ont été réalisés entre septembre 2022 et décembre 2023 ; moins de 15 % des femmes ayant accouché ont donc bénéficié d'un tel entretien. Contrairement à l'entretien prénatal précoce, entièrement remboursé par l'Assurance maladie, l'entretien

postnatal précoce ne l'est qu'à 70 %, ce qui contribue à son moindre recours et amène la mission à s'interroger sur l'opportunité d'une prise en charge à 100 %.a structuration du suivi en postpartum doit s'accompagner d'une campagne de communication afin d'inciter les professionnels de santé à proposer l'ensemble des rdv et les femmes à y recourir.

Selon l'étude de Bourdeau et al. (2023) [29], les femmes suivies par des sages-femmes ont 2,6 fois plus de chances d'être dépistées pour la dépression post-partum, que celles suivies par des obstétriciens. La sage-femme oriente alors rapidement la mère/ le couple vers un soutien adapté, contribuant à anticiper et à réduire les risques de dépression post-partum.

Cependant, le dépistage universel de la dépression post-partum ne suffit pas à repérer toutes les femmes à risque. Une approche coordonnée impliquant différents types de professionnels de santé - obstétriciens, sages-femmes, puéricultrices, pédiatres et autres acteurs - (Cf dispositif -CoPa) permettrait d'atteindre les femmes susceptibles d'échapper au dépistage. Une meilleure lisibilité des réseaux d'offres de soins en santé mentale périnatale sur le territoire, ainsi que des procédures de déclenchement de soins connues de tous, sont nécessaires pour que les professionnels dépistent et orientent.

RECOMMANDATION

Généraliser le dépistage précoce et garantir l'accès aux soins en psychopathologie périnatale

La DPP est un enjeu majeur de santé publique, quel qu'en soit son déclenchement : une personnalité vulnérable, un parcours de vie difficile, un deuil, un traumatisme lié à l'accouchement ou au nouveau-né lui-même. Le dépistage est en France insuffisamment réalisé par les acteurs de périnatalité.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Rendre obligatoire la réalisation de l'entretien postnatal précoce par la sage-femme référente
- Rembourser à 100% de l'EPNP par l'Assurance Maladie
- Utiliser systématiquement, en cas de doute, l'échelle d'Edimbourg
- Développer les ressources en psychopathologie périnatale pour favoriser l'accès aux soins : systématiser les Unités Mères Bébé qui supposent un travail multi partenarial et coordonné : psychologue/ IDE Psy/ puéricultrice/ pédopsychiatre
- Prioriser pour les professionnels de santé des formations axées sur le dépistage de la dépression du post-partum et les vulnérabilités lors de cette période



Suivi pédiatrique et prévention

L'accompagnement par la sage-femme concerne également le nouveau-né. Le suivi médical et la prévention sont indispensables pour assurer sa bonne santé dès ses premiers jours de vie et prévenir d'éventuelles complications. La triade parents-enfant nécessite une attention particulière afin de prévenir d'éventuels troubles de l'interaction et accompagner les parents dans leurs premiers pas. À ce titre, la sage-femme, en lien avec les pédiatres et autres professionnels de santé, joue également un rôle clé dans ce suivi le premier mois.

Le suivi médical sur les 6 premiers mois est composé de consultations médicales obligatoires au 8ème jour de vie, puis tous les mois pendant 6 mois. Ces différentes consultations, prises en charge à 100% par la sécurité sociale, doivent être effectuées par un médecin généraliste ou un pédiatre, en ville, en établissement ou en PMI. Ce suivi débute dès la maternité, se prolonge tout au long de l'enfance et repose sur une approche intégrée, impliquant à la fois les professionnels de santé et les parents.

Il est fondamental que les parents puissent bénéficier :

- d'un professionnel référent médical, pédiatre ou médecin généraliste
- et d'un référent paramédical, en l'occurrence, la puéricultrice de PMI, pour le suivi de leur enfant dès les premières semaines de vie.

Le référent paramédical permettrait de créer un lien de confiance et d'assurer une continuité dans l'accompagnement. Les premiers mois sont jalonnés de nombreuses étapes – développement moteur, éveil cognitif, croissance, alimentation, sommeil – qui suscitent de nombreuses interrogations. Apprendre à connaître son enfant, à comprendre ses besoins et à répondre à ses signaux est un processus progressif, parfois déstabilisant. La présence d'un professionnel repère permet d'apporter des réponses claires, de rassurer, de prévenir d'éventuels retards ou troubles, et de guider les parents dans les choix liés à la santé de leur enfant. Par ailleurs, 15% des enfants présentent des TND qui, s'ils sont dépistés tôt, permettent des soins précoces avec l'appui des PCO. La puéricultrice serait un atout majeur pour améliorer ce dépistage.

Ce suivi régulier et individualisé constitue un levier essentiel pour soutenir la parentalité, le lien parents-enfant et le développement de l'enfant.

RECOMMANDATION

Positionner la puéricultrice comme référente de l'enfant jusqu'à ses 6 ans

Positionner la puéricultrice comme référente de l'enfant jusqu'à ses 6 ans constitue une recommandation structurante pour renforcer le suivi global, préventif et personnalisé des jeunes enfants et de leurs familles. Grâce à sa formation spécialisée en pédiatrie, développement de l'enfant, santé publique et accompagnement parental, la puéricultrice est particulièrement bien positionnée pour assurer une continuité dans la surveillance du développement de l'enfant, du retour à domicile après la naissance jusqu'à l'entrée à l'école.

Ce positionnement permettrait d'apporter une réponse coordonnée aux besoins de santé, sociaux, éducatifs et psychologiques des familles, tout en créant un lien de confiance stable avec un professionnel identifié. Ce rôle de référente favoriserait également une meilleure articulation entre les différents acteurs du territoire (PMI, crèches, établissements scolaires, services sociaux et médicaux) et contribuerait à la détection précoce des troubles ou situations de vulnérabilité.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Identifier une puéricultrice référente pour chaque famille
- Informer les futurs parents des missions de la puéricultrice, notamment en prenant contact dès la grossesse
- Ouvrir des consultations de puéricultrices PMI dans les maisons de santé
- Sécuriser les effectifs en puéricultrices au sein des PMI



LIEUX DE NAISSANCE : ADÉQUATION DES RESSOURCES ET RESPECT DE LA PHYSIOLOGIE

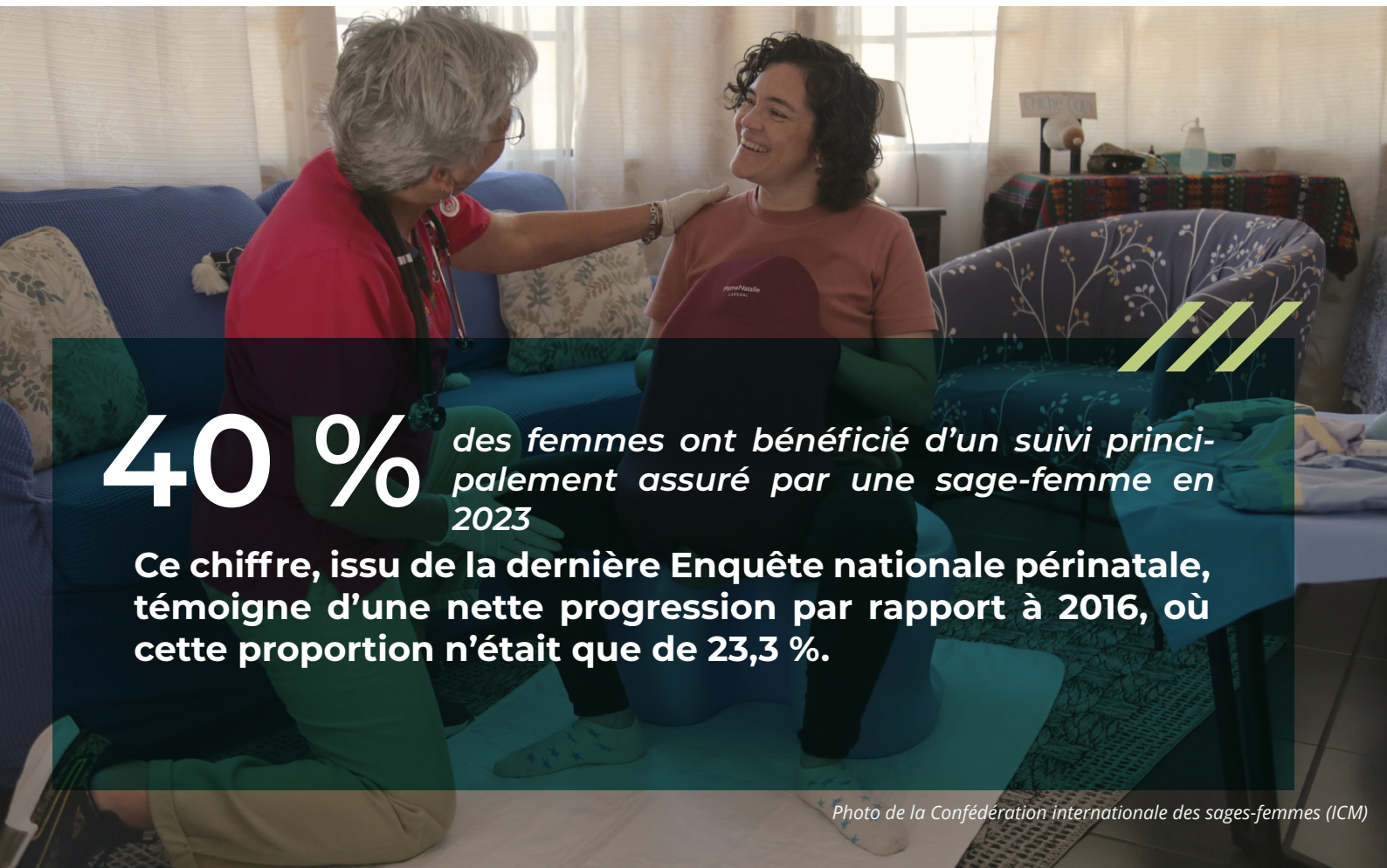
L'accouchement se déroule selon plusieurs phases successives. Il peut prendre différentes formes selon l'avancée du travail et les spécificités de chaque situation. L'accouchement voie basse spontanée est privilégiée lorsque le travail progresse sans complications (66,2% des naissances en 2021) [8].

En revanche, une assistance instrumentale peut s'avérer nécessaire pour faciliter la naissance dans des cas spécifiques (12,4% des naissances) [8].

Enfin, la césarienne représente une alternative indispensable lorsque la sécurité de la mère et/ ou de l'enfant est en jeu (21,4% des naissances en 2021) [8].

Environ 70 % des accouchements sont réalisés par des sages-femmes, tandis que 30 % sont pris en charge par des gynécologues-obstétriciens, soit parce que la femme accouche en clinique privée, soit parce que la situation le requière (extraction instrumentale/césarienne). Quel que soit le mode d'accouchement, une sage-femme est toujours présente aux côtés de la patiente puis de son nouveau-né durant le travail et le post-partum immédiat

Par ailleurs, en amont de l'accouchement, certaines patientes présentant une grossesse à risque ou des complications gravidiques nécessitent une prise en charge hospitalière dans un établissement spécialisé.



40 % *des femmes ont bénéficié d'un suivi principalement assuré par une sage-femme en 2023*

Ce chiffre, issu de la dernière Enquête nationale périnatale, témoigne d'une nette progression par rapport à 2016, où cette proportion n'était que de 23,3 %.

Classification des maternités : lacunes actuelles et impact sur les compétences professionnelles

L'organisation des soins périnataux en France repose sur trois types de maternités (1, 2 et 3), définis en fonction des équipements destinés à l'accueil néonatal. Toutefois, **cette gradation ne prend pas en compte l'état clinique maternel** : certaines maternités de type 3 (accueillant les nouveau-nés dès 24 SA) ne disposent pas de réanimation adulte et ne peuvent donc recevoir des femmes présentant une pathologie sévère.

Progressivement, la typologie des maternités a structuré les lieux d'exercice et le niveau de compétences des professionnels. Ainsi, gynécologues-obstétriciens et pédiatres tendent

à choisir des établissements en adéquation avec leur expérience, leur leur capacité technique ou l'activité présente, ce qui crée un biais dans la répartition des savoir-faire. Or, des situations hautement pathologiques peuvent survenir dans n'importe quel type de maternité, sans garantie que les équipes sur place disposent du même niveau d'expertise.

La simulation en santé , permet de maintenir compétences comme lecture du rythme cardiaque fœtal, réanimation néonatale, prise en charge des urgences obstétricales...

RECOMMANDATION

Garantir une prise en charge obstétricale sécurisée par une gradation adaptée des soins et le maintien des compétences

La sécurité de la mère et du nouveau-né repose à la fois sur une organisation des soins adaptée au niveau de risque et sur un haut niveau de compétences des équipes en salle de naissance. Aujourd'hui, la gradation des soins en France ne s'applique qu'à l'état néonatal, créant des situations paradoxales où certains établissements identifiés de type 3 ne peuvent pas accueillir des mères susceptibles de nécessiter des soins spécialisés ou de réanimation. Par ailleurs, le maintien des compétences pour les situations obstétricales à haut risque n'est pas garanti par un système structuré, continu et obligatoire de certification. Une approche intégrée, combinant gradation du niveau de risque materno-fœtal et renforcement des compétences, est indispensable pour assurer une sécurité optimale.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Graduer les soins en tenant compte simultanément de l'état maternel et fœtal, mise à jour des classifications des maternités actuelles ;
- Mettre en place des courbes d'apprentissage et des certifications régulières pour les situations à haut risque (simulation en santé, participation aux RMM...).
- Intégrer les sages-femmes dans le processus de certification et favoriser les certifications d'équipe en obstétrique
- Assurer des gardes médicales obstétricales et pédiatriques dans les maternités de type 3 et/ou à fort volume afin de maintenir expertise, réactivité et sécurité des prises en charge.



La non adéquation des ressources humaines aux réalités sociétales

L'augmentation du nombre de pathologies maternelles, la dégradation du prendre soin de soi, l'essor des outils numériques et de la traçabilité ainsi que la médicalisation croissante de la naissance transforment profondément l'organisation des soins. Ces évolutions exigent davantage de ressources humaines pour y faire face.

Les différentes sociétés savantes de la périnatalité^[1] ont proposé en 2019 la révision des décrets de périnatalité de 1998 qui conditionnent des ratios des personnels en fonction du nombre d'accouchements [30]. Cette demande de révision s'appuyait notamment sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant « la prise en charge de l'accouchement normal et l'accompagnement de l'accouchement physiologique » (2018) [31], qui préconisent "que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement" (grade A).

Cette réflexion avait également mis l'accent sur les urgences non obstétricales, qui aujourd'hui affluent au sein des maternités quel que soit le type ou le volume de naissances, sans pour autant être reconnues comme une activité à part entière.

Actuellement, les décrets de 1998 et 2002 font toujours foi. La mise en application des conclusions des sociétés savantes a été écartée pour la profession sage-femme car inaccessible en termes de coût et d'effectif. Pour autant, les négociations du Collège National des Sages-Femmes de France

(CNSF) avec les tutelles pour pallier une situation intenable n'ont pas abouti.

Enfin, rien n'est suggéré pour les secteurs d'hébergement, grossesse à risque et secteur de suites de naissances, dont l'activité s'avère peu et mal connue. Un temps RH doit être identifié dans ces unités pour le calcul des ETP en prenant en considération la transmission du savoir-faire, l'accompagnement, la coordination, la traçabilité et le soutien de la mère et du ou des enfants en sus des surveillances médicales. En 2027 devraient paraître des préconisations sur les ratios soignant/soigné.

Par ailleurs, depuis quelques années **les étudiants universitaires sortants sont insuffisants dans toutes les professions de la périnatalité** : de nombreuses maternités, notamment celles de petite taille, rencontrent des difficultés à maintenir des effectifs suffisants. 38,4 % des maternités déclarent avoir recours à des sages-femmes ou à des professionnels intérimaires, en particulier dans les maternités de type 1. Ce recours à l'intérim, bien que nécessaire pour pallier le manque de personnel, soulève des questions sur la continuité des soins, la stabilité des équipes et la qualité de la prise en charge.

¹ Collège National des Gynécologues-Obstétriciens (CNGOF), Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), Société Française des Anesthésistes-Réanimateurs (SFAR) et Société Française de Pédiatrie (SFP)

RECOMMANDATION

Maintenir la qualité et la sécurité des soins avec des effectifs adaptés dans les lieux de naissances

Maintenir qualité et sécurité des soins élevées en salle d'accouchement nécessite avant tout des effectifs suffisants.

Or, le nombre actuel de sages-femmes dédiées à l'accompagnement des femmes en travail est insuffisant pour garantir une prise en charge optimale. Souvent, une sage-femme suit plusieurs patientes en simultané, contrairement à d'autres pays européens où le modèle du « one-to-one » – une sage-femme pour une femme en travail – est reconnu comme un standard de qualité.

Ce ratio inadéquat limite la capacité à repérer précocement les complications, à instaurer une relation de confiance, et à accompagner les patientes de manière personnalisée. Il est donc indispensable de renforcer les effectifs en salle d'accouchement pour assurer des soins sûrs, cohérents et centrés sur les besoins des femmes. L'augmentation des années d'étude sages-femmes, les injonctions liées à la traçabilité et au numérique ainsi que des effectifs sages-femmes insuffisants pour la pratique du « one to one » dans tous les établissements, laisse à penser que d'autres professionnelles telles que les AP pourraient être formées à l'accompagnement de la femme, du couple, en salle de naissance, dans les maternités au volume d'accouchements important et dans les structures dédiées aux accouchements à risque ou pathologiques.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Élaborer de nouveaux décrets de périnatalité en tenant compte des travaux des sociétés savantes (2019) : revoir les effectifs en fonction du développement et de l'orientation des maternités, et instaurer des ratios pour les secteurs de consultation et d'hospitalisation
- Former les auxiliaires de Puériculture à l'accompagnement des patientes, des couples en salle de naissance en collaboration avec la sage-femme ;
- Anticiper et organiser l'accueil et le recours à l'intérim si il doit être effectif dans un secteur : mener une réflexion et rédiger une charte qui précise les conditions d'accueil, les compétences attendues, la collaboration pour chaque spécialité

Séparer la salle de naissance en deux espaces : bas risque et haut risque

Une médicalisation disproportionnée, non adaptée au risque identifié dans les grosses structures : en effet, les naissances, nombreuses, sont indifféremment accueillies quel que soit la situation, bas risque, à risque ou pathologique. La culture de l'hypermédiatisation dans ces centres et le volume d'accouchements sont deux phénomènes concourant à un accompagnement insatisfaisant pour les femmes identifiées à bas risque.

L'adaptation de la médicalisation pour l'accouchement à bas risque représente un enjeu central dans l'amélioration de la qualité

des soins et de l'expérience des femmes, sans pour autant compromettre leur sécurité. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'accouchement normal [31], initiées et soutenues par le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), ont permis d'amorcer des changements notables dans les pratiques obstétricales, comme le confirment les données de l'Enquête nationale périnatale (ENP) de 2021 [8]. Ces évolutions favorisent une approche plus physiologique de la naissance. Malgré une hausse du déclenchement du travail, passé de 22,0 % en 2016 à 25,8 % en 2021, les



autres interventions médicales tendent à diminuer [8] : le recours à la rupture artificielle des membranes et/ou à l'oxytocine a nettement reculé chez les femmes en travail spontané (respectivement 33,2 % et 30,0 % en 2021, contre 41,4 % et 44,4 % en 2016). Le taux d'épisiotomie poursuit également sa chute significative, atteignant 8,3 % en 2021 contre 20,1 % en 2016, un progrès observé aussi bien chez les primipares que chez les multipares, en cohérence avec les recommandations nationales.

Par ailleurs, le soutien continu au cours du travail, qu'il soit apporté par une sage-femme, un accompagnant ou une autre figure de confiance, a démontré des bénéfices : diminution des taux de césarienne, de recours aux instruments pour la naissance, et amélioration de l'état de santé néonatal (moins de risque de score d'APGAR bas) [32-33].

Néanmoins, un point de vigilance persiste : la France se distingue par un usage très élevé de l'analgésie péridurale (APD), atteignant 82,7 % en 2021 contre 62,6 % en 2003, bien au-delà de la moyenne observée dans d'autres pays européens [8, 13]. Si la péridurale peut s'avérer bénéfique pour de nombreuses femmes, sa banalisation systématique interroge et appelle à une meilleure individualisation des prises en charge. A notre connaissance, il n'y a pas d'études multivariées qui pourraient évaluer l'impact de l'usage systématique de l'APD.

Enfin, la médicalisation de certaines grossesses à bas risque, notamment par des déclenchements non argumentés médicalement doit être questionnée à la lumière des données actuelles et des recommandations, afin de privilégier des naissances plus respectueuses du rythme physiologique, tout en garantissant la sécurité des mères et des nouveau-nés.

RECOMMANDATION

Adapter les lieux d'accouchements au sein d'une maternité

L'objectif est **d'offrir aux femmes enceintes à bas risque un accouchement respectueux, tout en garantissant la sécurité et la qualité des soins**. La filière bas risque repose principalement sur les compétences des sages-femmes (professionnelles habilitées à assurer le suivi des grossesses bas risque et à pratiquer les accouchements eutociques) et celles des auxiliaires de puériculture (professionnelles de proximité au service de la sage-femme et de la femme, du couple).

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Suivre et publier des indicateurs spécifiques de la filière eutocique (taux d'interventions non pertinentes, satisfaction des patientes, allaitement maternel exclusif à la sortie, etc.) pour alimenter une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, notamment dans les maternités de type 1, 2A
- Aménager des espaces dédiés et renforcer les effectifs sages-femmes et auxiliaires de puériculture au sein des maternités à fort volume de naissances (actuellement classées en type 2B et 3) afin d'éviter une surmédicalisation des accouchements des patientes à bas risque du seul fait de l'organisation de la structure
- Intégrer la sage-femme de ville dans le parcours : promouvoir l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques

Respecter le projet de naissance des usagères : accoucher en dehors de l'hôpital

Aujourd'hui, huit accouchements sur dix interviennent dans des maternités de types 2 et 3. Plus de la moitié des maternités de type 3 réalisent au moins 3 000 accouchements par an, alors qu'elles n'étaient qu'un quart dans cette situation il y a 20 ans. Cette concentration des naissances dans des maternités à forte activité et la plus grande médicalisation de l'accouchement ont poussé les femmes à demander la possibilité d'accoucher dans des structures moins médicalisées.

En effet certaines patientes sont en attente d'un accompagnement global personnalisé avec une seule et même sage-femme et revendiquent le droit d'accoucher à domicile ou dans une maison de naissance. Certains pays, comme le Canada, les Pays bas le proposent de manière très encadrée. Les comparaisons internationales montrent qu'un élargissement des lieux d'accouchement est possible sans compromettre la sécurité lorsque la sélection du risque est rigoureuse :

- Suède et Norvège : accouchement principalement hospitalier mais fortement midwife-led ;
- Pays-Bas : possibilité de naissance à domicile, en birth centre ou à l'hôpital selon le projet et le niveau de risque.

Les birth centres / maisons de naissance

constituent un maillon intermédiaire pertinent : structures dirigées par des sages-femmes, environnement moins médicalisé, adossées ou proches d'un hôpital pour faciliter le transfert. Ils permettent de décharger les maternités tout en maintenant la sécurité clinique.

Ainsi en France, la loi du 6 décembre 2013 [34] a autorisé l'expérimentation des maisons de naissance (MDN), structures pérennisées depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2021 [35]. Les maisons de naissance sont des structures où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse. Elles doivent être contiguës à une structure autorisée à réaliser de la gynécologie-obstétrique et avec laquelle elles doivent conventionner. Un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. Les MDN offrent aux femmes une prise en charge moins technicisée du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum ; en revanche, elles n'assurent ni l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés ni la prise en charge des urgences obstétricales. Seules les femmes enceintes à bas risque sont concernées par ces structures.

En 2020, six maisons de naissance sont installées en France pratiquant entre 53 et 117 accouchements.



La concentration des naissances dans des maternités à forte activité et la médicalisation croissante de l'accouchement conduisent certaines femmes à rechercher des lieux de naissance moins médicalisés.



RECOMMANDATION

Développer et renforcer le réseau de maisons de naissance

Les maisons de naissance constituent une offre de soins dédiée **aux grossesses et accouchements considérés à bas risque a priori**. Afin de renforcer ce modèle, nous proposons de développer ces structures à l'échelle nationale..

Le suivi post-partum, assuré également par des sages-femmes à domicile, garantit une continuité des soins et permet un retour rapide à la maison. Le développement des maisons de naissance devra s'adapter aux besoins spécifiques de chaque région, en tenant compte des densités démographiques et des besoins sanitaires locaux. L'objectif est de s'assurer que ces structures soient réparties de manière équitable et adaptée sur l'ensemble du territoire, afin de proposer cette offre de soins à toutes les femmes.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Définir des critères d'éligibilité rigoureux, fondés sur la qualité et la sécurité des soins, pour encadrer le suivi prénatal, per-partum et postnatal en maison de naissance. Ces critères visent à garantir une orientation adaptée et sécurisée pour les femmes qui souhaitent bénéficier de ce mode d'accompagnement.
- Favoriser les conventions entre maisons de naissance et maternités de référence

Concernant l'accouchement accompagné à domicile (AAD), celui-ci suscite un intérêt croissant de la part des femmes, qui sont de plus en plus nombreuses à exprimer le souhait de vivre une naissance dans un cadre intime et plus personnalisé. En France, cette pratique est autorisée, mais elle ne bénéficie actuellement d'aucun cadre légal ou réglementaire spécifique, ce qui crée une zone insécure tant pour les professionnelles que pour les familles concernées. Il est aujourd'hui difficile d'évaluer de manière fiable la sécurité de l'accouchement à domicile dans le contexte français, faute de données nationales robustes.

Par ailleurs, les résultats des études internationales sur le sujet, souvent menées dans des pays où l'organisation des soins périnataux est très différente (comme les Pays-Bas ou le Royaume-Uni), ne peuvent être directement transposés à la France. Malgré ces limites, il apparaît essentiel de reconnaître la légitimité de ce choix pour certaines femmes et d'engager une réflexion sur son encadrement législatif et déontologique. Une structuration adaptée permettrait à la fois d'assurer une meilleure sécurité des accouchements à domicile et de répondre à une demande sociétale croissante, dans le respect de l'autonomie des femmes et de la diversité des projets de naissance.

Obstétrique : reconnaître enfin la valeur des soins

Les **activités d'obstétrique ne bénéficient pas d'une valorisation financière à la hauteur des moyens humains, techniques et matériels** qu'elles mobilisent. Par exemple, le tarif moyen d'un accouchement remboursé par la Sécurité sociale est insuffisant pour couvrir l'ensemble des coûts réels liés à la prise en charge de la mère et du nouveau-né (313,50€ pour un accouchement voie basse) [36]. De plus, les complications survenant lors de l'accouchement génèrent des surcoûts, ce qui crée un paradoxe : le système de financement ne valorise pas l'accouchement bas risque, ni la « moindre » intervention médicale, n'incitant pas ainsi à promouvoir des pratiques moins invasives.

Cette sous-évaluation entraîne un déséquilibre économique important pour de nombreuses maternités, dont la rentabilité est souvent compromise. Par ailleurs, les services d'urgences gynécologiques et obstétricales ne sont pas encore officiellement reconnus au même titre que les services d'urgences générales. Cette absence de reconnaissance entraîne une inégalité de conditions qui impacte l'attractivité des métiers. Il est donc urgent de revoir la valorisation financière des activités obstétricales et la reconnaissance institutionnelle des urgences gynéco-obstétricales.

RECOMMANDATION

Valoriser les actes de gynécologie-obstétrique

Les **activités de gynécologie-obstétrique restent aujourd'hui insuffisamment valorisées** au regard des moyens humains, techniques et organisationnels qu'elles mobilisent. La tarification actuelle ne couvre pas les coûts réels engagés par les établissements et ne reconnaît pas la complexité médicale de ces prises en charge. Par ailleurs, les urgences gynéco-obstétricales ne bénéficient toujours pas d'un statut comparable à celui des urgences générales, ce qui fragilise l'attractivité des équipes et la pérennité des structures. Une révision globale de la valorisation financière est indispensable pour sécuriser l'offre de soins et soutenir des pratiques de qualité.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Reconnaître et valoriser les unités fonctionnelles chargées des urgences obstétricales et gynécologiques au même titre que les urgences générales ;
- Valoriser l'acte de surveillance du travail à hauteur de la responsabilité médicale (actuellement de l'ordre d'une centaine d'euros) ;
- Valoriser les actes techniques d'accouchement ;
- Demander des études d'impact avant toute redéfinition de normes (d'effectifs ou techniques) au regard des coûts supportés par les établissements sans modification tarifaire.



COORDINATION TERRITORIALE : RENFORCEMENT DE LA COOPÉRATION, DE LA COMMUNICATION ET DE L'ADÉQUATION DES BESOINS

Chaque territoire présente des caractéristiques, des besoins et des ressources spécifiques : densité de population, accessibilité aux soins, typologie de vulnérabilités, ressources médicales et dynamiques locales. Par conséquent, il est essentiel d'ajuster les stratégies et les organisations en santé périnatale (lieux d'accouchement, modalités de suivis de grossesses, accompagnement du post-partum, etc.) aux réalités et aux besoins différenciés des régions, afin d'assurer une offre de soins équitable, adaptée, qualitative et accessible à tous.

Dans cette optique, la pluridisciplinarité et la collaboration constituent deux leviers indispensables. Médecins, sages-femmes, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, ainsi que les acteurs associatifs, doivent pouvoir s'unir pour réfléchir collectivement et agir de manière coordonnée. Ce travail pluridisciplinaire

est réellement efficace sous réserve d'une coordination autour d'objectifs communs, respectant les rôles et missions de chacun. Aussi, la formation des professionnels de santé en équipe pluridisciplinaire, représente à ce titre un atout majeur ; elle permet de développer une culture partagée et une collaboration fluide au service des familles.

Par ailleurs, une réflexion approfondie doit être menée sur l'organisation des transports, notamment en zones peu desservies, afin d'assurer un accès effectif aux soins périnataux.

Enfin, la création d'outils numériques sécurisés pour le partage interprofessionnel des données patients s'avère un pilier central de cette coordination territoriale, garantissant la fluidité des parcours de soins et l'amélioration de la qualité des prises en charge.



Photo de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM)

Chaque territoire présentant des besoins et des ressources spécifiques, l'organisation des soins périnataux doit être adaptée aux réalités locales afin de garantir une offre de soins équitable et accessible.

Organiser et coordonner le territoire

Absence de projet territorial : une réalité

Trop souvent, les maternités se transforment en centres périnataux de proximité sans qu'aucune réflexion n'ait été menée. La mutation se fait de façon abrupte, vécue comme violente par les équipes, la population et les mairies. Les sous-effectifs médicaux sont essentiellement à l'origine des fermetures des plateaux techniques.

Cependant, l'organisation des maternités, ainsi que la répartition des ressources humaines et matérielles, sont des facteurs déterminants pour assurer une prise en charge optimale lors de l'accouchement et au-delà. La tendance à la concentration des accouchements dans les maternités de type 2 et 3, associée à la diminution du nombre de maternités, soulève des enjeux en termes d'accessibilité et d'accompagnement.

En effet, au cours des dernières décennies, la France a connu une restructuration massive

de son offre de maternités. Le nombre total de maternités a été divisé par trois depuis les années 1970 impliquant des allongements de délais entre le domicile et la maternité. Par ailleurs, malgré les mesures d'anticipation et de prévention, l'allongement du délai domicile-plateau technique adéquat reste un problème : naissances "outborn" inévitables, situations obstétricales urgentes sévères. Ces sujets doivent faire l'objet d'une évaluation en région et au niveau national. Ils posent par ailleurs une nouvelle fois la question des transports sanitaires.

Il est donc indispensable d'initier une réflexion multi partie afin de définir un maillage territorial garantissant à chaque femme enceinte un suivi et un accueil adapté au contexte de sa grossesse, quel que soit son lieu de résidence.

RECOMMANDATION

Elaborer un projet de santé périnatale pour chaque territoire

Un **projet de santé périnatale à l'échelle d'un territoire répond à des enjeux de santé publique majeurs**. Il permet d'identifier les besoins spécifiques de la population locale, de réduire les inégalités d'accès aux soins, et d'optimiser les parcours en mobilisant l'ensemble des acteurs de périnatalité. Cette approche territorialisée favorise également la prévention des complications, la continuité des soins, et l'efficacité des ressources. En s'appuyant sur des données épidémiologiques locales et une coordination interprofessionnelle, un tel projet constitue un levier stratégique pour garantir une prise en charge globale adaptée et de qualité des femmes enceintes et des nouveau-nés.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Réaliser un état des lieux pertinent, rigoureux (multidimensionnel) sur chaque région
- Avoir l'obligation d'élaborer un projet de santé périnatale pour chaque territoire prenant en compte les indicateurs en respectant Sécurité - Proximité - Qualité



RECOMMANDATION

Maintenir un maillage de proximité malgré la fermeture des plateaux techniques de certaines maternités

La fermeture de nombreuses maternités de proximité a amélioré la sécurité obstétricale globale (par concentration des moyens), mais **elle a accentué les disparités géographiques d'accès aux soins**. L'accès aux maternités en France révèle de fortes disparités : si en 2017, la moitié des femmes résidaient à moins de 9 minutes d'une structure, l'isolement géographique s'est aggravé pour les plus vulnérables. Environ 1 % à 2 % des femmes en âge de procréer habitent désormais à plus de 45 minutes d'une maternité. Ce chiffre, bien que minoritaire, a explosé de 40 % entre 2000 et 2017, témoignant de l'impact des fermetures de maternités de proximité sur l'éloignement des soins [37].

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Assurer une offre de soins exhaustive par région : maisons de naissance, maternités pouvant gérer les différents risques maternels et foetaux / néonataux
- Suivre des indicateurs d'équité d'accès : publier annuellement des indicateurs par territoire (ex : temps moyen d'accès, part des femmes à plus de 30 min et plus de 45 min d'une maternité, taux d'outborn par région) afin de guider les décisions d'implantation et d'investissements en périnatalité.
- Offrir des solutions d'hébergement périnatal en attendant une réorganisation optimale : développer près des maternités de type 2 et 3 des structures d'accueil (maisons d'accompagnement, hôtels hospitaliers) permettant aux femmes des zones éloignées d'y séjourner à l'approche du terme ou en fin de grossesse pathologique, pour réduire le risque d'accouchement inopiné à domicile ou sur le trajet vers la maternité.
- Renforcer le transport sanitaire périnatal (voir section dédiée) : garantir une évacuation médicalisée rapide des parturientes en urgence vers des centres spécialisés, y compris par la mise à disposition de moyens hélicoptérés pour les secteurs géographiques les plus enclavés.
- Soutenir les maternités reconnues comme isolées : octroyer des financements spécifiques et des renforts en personnel mobile pour les « petites » maternités stratégiques, conservées afin d'assurer la sécurité et la qualité

Rôle des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité

Les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP, anciens réseaux périnataux) ont pour mission, entre autres, de coordonner les actions en santé périnatales au niveau régional, en appui des Agences Régionales de Santé (ARS). Ils favorisent la mise en réseau des professionnels de terrain (hôpital, PMI et ville) et l'harmonisation des pratiques.

Les DSRP sont également les interlocuteurs pour pallier les disparités locales d'offre de soins. Certaines régions font face à des tensions en ressources humaines (pénurie ponctuelle de sages-femmes, d'anesthésistes, de gynécologues

et/ou de pédiatres), qui nécessitent une coopération inter-établissement pour le partage de compétences. A été défini le GHT en 2019 le GHT, Groupement Hospitalier de Territoire qui sur certains territoires sont très actifs.

Par ailleurs, les DSRP sont chargés de soutenir des actions de prévention et d'éducation en périnatalité à l'échelle locale (entretien prénatal précoce, suivi postnatal renforcé des nouveau-nés vulnérables, etc.) en fédérant l'ensemble des acteurs (maternités, professionnels libéraux, PMI, associations) autour de protocoles communs et formations. Les DSRP organisent

également des groupes de travail répondant à des problématiques locales, organisent des Revues de la Morbi-Mortalité (RMM) pour les Événements Indésirables Graves liés aux soins.

Cette animation territoriale est encouragée par les autorités sanitaires : une instruction

ministérielle de 2023 rappelle que les DSRP sont des acteurs incontournables pour accompagner les évolutions du parcours périnatal, notamment en renforçant le lien ville-hôpital et en diversifiant les modalités de prise en charge.

RECOMMANDATION

Renforcer les DSRP dans leur rôle de coordination entre les professionnels de santé

Les **DSRP sont chargés de soutenir des actions de prévention et d'éducation, de sensibiliser à la gestion des risques, de venir en appui auprès de certaines maternités**. Cette animation territoriale est encouragée par les autorités sanitaires : une instruction ministérielle de 2023 rappelle que les DSRP sont des acteurs incontournables pour accompagner les évolutions du parcours périnatal, notamment en renforçant le lien ville-hôpital et en diversifiant les modalités de prise en charge.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Confier au DSRP la mission d'établir un diagnostic de territoire et de coordonner le parcours périnatal, en lien avec l'ARS et l'ensemble des acteurs (ville, hôpital, PMI) sur chaque territoire
- Établir une cartographie des ressources (maternités, professionnels) par région pour identifier les zones sous-dotées et adapter l'offre (consultations avancées, renfort mobile).
- Mettre en place des instances de concertation périodiques (staffs territoriaux périnatals sous l'égide du DSRP) réunissant les soignants de la ville et de l'hôpital afin d'améliorer la lisibilité des filières de soins et le partage d'information.

Favoriser la coopération par une formation adaptée et partagée

La coopération entre professionnels constitue le socle d'une prise en charge de qualité en périnatalité. Pourtant, dans les faits, cette coopération reste inégalement structurée, souvent dépendante des relations interpersonnelles plus que d'une culture institutionnelle du travail en équipe. Dans les maternités, les trajectoires de formation distinctes des gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres ou encore infirmières spécialisées contribuent à entretenir des logiques en silo, au détriment de la fluidité des parcours et

de la sécurité des patientes.

La formation en équipe est un levier majeur pour construire une culture commune, décroiser les professions et favoriser la confiance mutuelle. Elle ne doit pas être uniquement centrée sur la maîtrise des gestes, mais aussi sur l'aptitude à travailler ensemble, à comprendre les contraintes de l'autre, à intégrer les patientes dans les décisions, et à assurer la continuité et la cohérence du parcours. Or, les modalités actuelles de formation initiale et continue en périnatalité peinent à intégrer cette



dimension de coopération interprofessionnelle.

Concernant la formation médicale continue, il existe cependant des dispositifs valorisant le travail en équipe, tels que :

- **le dispositif PACTE [38]** porté par la HAS (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe) ;
- **le dispositif d'accréditation** porté par la HAS : il existe à ce jour pour l'accréditation des médecins et des équipes médicales, pas encore pour les sages-femmes. L'accréditation des médecins et équipes médicales est la reconnaissance de l'engagement des professionnels dans une démarche d'amélioration continue de leurs pratiques et de gestion des risques, mise en œuvre par la Haute Autorité de santé. Elle concerne les professionnels exerçant en établissement de santé une spécialité dite « à risque » ;
- **la certification périodique des professionnels de santé** : la mise en place de la certification périodique permet ainsi aux 7 professions de santé à ordre (chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinés, médecins, pédicures-podologues, pharmaciens, sages-femmes) le choix d'un programme individuel de formation. Les actions menées doivent notamment permettre l'amélioration des compétences et des connaissances, contribuer au renforcement ...

Ces dispositifs d'évaluation de la qualité des soins sont sous utilisés par les équipes alors qu'il devient impératif d'investir dans une politique ambitieuse de formation soutenant l'amélioration de la qualité des soins.

En 2023, selon les données de l'Agence nationale du Développement Professionnel

Continu (ANDPC), seuls 21 % des professionnels de santé impliqués dans les soins périnataux [39] ont participé à une formation pluriprofessionnelle. Ce chiffre chute à moins de 10 % pour les établissements de type 1, souvent les moins dotés en temps de formation. Par ailleurs, une enquête menée en 2021 par le Collège national des sages-femmes de France (CNSF) montre que près de 72 % des sages-femmes interrogées estiment ne pas bénéficier d'un temps de formation suffisant pour maintenir à jour leurs compétences techniques et relationnelles [40].

La simulation médicale, qui constitue pourtant un outil clé pour l'apprentissage collectif, reste encore peu déployée. Selon la Haute Autorité de Santé, seulement 35 % des maternités déclarent organiser régulièrement des sessions de simulation in situ, et la majorité d'entre elles sont encore réservées à des professionnels de même spécialité [41]. Pourtant, lorsqu'elles sont menées en équipe pluridisciplinaire, ces formations permettent d'identifier les fragilités organisationnelles, de mieux coordonner les rôles en situation d'urgence, et de renforcer la cohésion des équipes. Enfin, dans une enquête de 2022 auprès de 400 patientes menée par le Collectif Interassociatif autour de la Naissance (CIANE), plus de 60 % des femmes interrogées indiquaient ne pas avoir compris le rôle exact de chacun des professionnels présents lors de leur accouchement, traduisant une perception confuse et parfois anxiogène du fonctionnement des équipes [42].

Ces chiffres rappellent combien la formation, lorsqu'elle est cloisonnée, peut avoir des répercussions négatives et concrètes sur la qualité ressentie des soins et sur la sécurité des parcours.

À l'échelle internationale, le Canada et la Suède se distinguent par l'inclusion systématique de modules de formation interprofessionnelle dans les cursus de santé. À Toronto, par exemple, un centre universitaire de simulation obstétricale organise des formations intégrant les patientes comme participantes actives, en particulier pour améliorer la communication et la co-construction du consentement éclairé.

La qualité des soins ne dépend plus seulement de la compétence individuelle, mais de la capacité collective à agir ensemble, en confiance et en cohérence, autour des besoins des femmes et des enfants.

RECOMMANDATION

Maintenir la qualité des soins par la formation et la certification

Maintenir une qualité de soins élevée en périnatalité repose en grande partie sur **une politique ambitieuse de formation continue**, pluridisciplinaire et adaptée aux évolutions des pratiques. La formation régulière des professionnels de santé — pédiatres, sages-femmes, ASAP, gynécologues-obstétriciens, anesthésistes — est essentielle pour garantir une prise en charge optimale des femmes et des nouveau-nés. Elle permet non seulement de renforcer les compétences techniques et relationnelles, mais aussi de favoriser la coopération entre les différentes disciplines impliquées.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Rendre obligatoire l'inscription au sein d'un dispositif d'accréditation d'équipe
- Favoriser dès la formation initiale des formations par simulation médicale et poursuivre ces formations en formation continue avec certification;
- Établir des courbes d'apprentissage pour les gestes techniques avec évaluation ;
- Mettre en place une certification des services de maternités avec des indicateurs pertinents Sécurité / Qualité / Proximité (existence d'un projet de service, qualification et expérience des professionnels , évaluation des pratiques, cycles de formation par simulation attestés, éléments de preuve de collaboration avec la ville et les établissements à proximité...).



Coopération managériale renforcée

Investir l'ensemble des professions médicales de la périnatalité

L'organisation du management dans les maternités est obsolète : la qualité et la sécurité des soins en périnatalité reposent entre autres sur la coopération médicale entre les différentes professions impliquées dans l'accompagnement des femmes et des nouveau-nés. Pourtant, cette coopération est fragilisée par une organisation hiérarchique peu favorable à la reconnaissance mutuelle des expertises. En effet, les sages-femmes hospitalières, bien que disposant d'un champ de compétences autonome et d'un haut niveau de formation n'ont pas un positionnement décisionnel au sein d'un modèle hospitalier centré sur la médecine spécialisée. Ainsi un service de maternité prévoit à minima un chef de service et une sage-femme coordinatrice.

La chefferie d'une maternité doit être binomique aux motifs que :

- - La sage-femme est identifiée comme profession médicale. La maïeutique est la seule discipline sans chefferie à l'hôpital. Ce constat pose problème dans certaines

maternités en fonction des personnalités. Une enquête menée en 2022 par l'Organisation nationale des syndicats de sages-femmes (ONSSF) révèle que 78 % des sages-femmes hospitalières estiment ne pas être intégrées de manière satisfaisante aux processus de décision dans leur établissement. Ce chiffre atteint même 87 % dans les établissements de type 3, au sein desquels la hiérarchisation médicale est plus marquée. [43]

- - La grossesse et l'accouchement « bas risque », avec ou sans analgésie péridurale, sont assurés par les sages-femmes. Selon les données de la DREES, en 2023, près de 59 % des accouchements réalisés dans les maternités de type I et II relevaient de situations sans complication médicale. Seules 15 % des maternités françaises déclarent avoir mis en place une organisation distincte pour la filière physiologique, avec un circuit autonome, des protocoles adaptés et une gouvernance spécifique. [44]

Inclure les usagères dans la coopération

Une enquête nationale de 2021 menée auprès de plus de 7 000 usagères [45] a mis en lumière une insatisfaction marquée concernant l'écoute et le respect de leurs choix lors de la naissance : près de 35 % des femmes interrogées estiment ne pas avoir été suffisamment informées pour donner un consentement éclairé à certains actes médicaux. **Les patientes ne peuvent plus être considérées comme des bénéficiaires passives d'un système conçu sans elles.** Les expériences de naissance, marquées par un sentiment de dépossession ou d'incompréhension, rappellent l'urgence de redonner aux femmes une place pleine et entière dans la conception, la gouvernance et l'évaluation des parcours de soins.

La coopération entre professionnels sera valorisée si elle inclut les usagers comme des partenaires légitimes, capables d'orienter les pratiques, d'évaluer la qualité des soins, et de participer aux choix organisationnels. Il s'agit d'un changement culturel majeur, qui suppose une volonté politique et des mécanismes concrets d'inclusion.

Certains établissements ont pris le parti d'innover en intégrant dans leur gouvernance à la fois une représentation pluriprofessionnelle et la voix des usagers. C'est le cas du CHU de Nantes, qui a mis en place dès 2022 un comité de pilotage paritaire entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, auquel participe également une représentante d'association d'usagères. Ce comité supervise l'organisation de la filière bas risque, élabore les protocoles cliniques et évalue la satisfaction des patientes. Le résultat est tangible : en deux ans, le taux de déclenchements injustifiés a diminué de 22 %, et la satisfaction exprimée dans

les questionnaires postnataux a connu une nette amélioration.

À l'échelle internationale, les Pays-Bas ont développé depuis de nombreuses années un système intégré de périnatalité, reposant sur une coopération étroite entre soins de ville et hôpital, entre sages-femmes de première ligne et médecins spécialistes. Les usagers y sont également fortement impliqués : ils siègent dans les conseils de gouvernance des centres de naissance, participent aux évaluations annuelles, et co-construisent les outils d'information aux patientes.

De même, le programme « Better Births » du National Health Service (NHS) au Royaume-Uni a posé comme principe que les femmes doivent être "au centre du système", non seulement comme bénéficiaires, mais aussi comme actrices de sa réforme. Ce programme a permis de structurer des unités de naissance dirigées par des sages-femmes et de créer des panels d'usagères qui participent aux revues de qualité et à la conception des services. Ce modèle britannique encourage également des formes de co-leadership entre sages-femmes et médecins. Ce plan a permis, en moins de cinq ans, une réduction significative des césariennes non justifiées et une hausse du taux de satisfaction des usagères. Plusieurs études pilotes conduites à l'étranger démontrent que la mise en place d'une gouvernance partagée entre sages-femmes et médecins a un impact positif mesurable [33, 46].

Ces expériences démontrent le bénéfice indéniable à associer les usagers à la gouvernance des soins et à reconnaître les expertises professionnelles : qualité, sécurité et humanité dans les soins.



RECOMMANDATION

Instaurer une gouvernance Sage-femme/ gynécologue-obstétricien dans les services de Gynécologie-obstétrique

La mise en place d'une direction bicéphale, associant un gynécologue-obstétricien et une sage-femme, permettrait de structurer de manière cohérente l'organisation des soins autour des deux filières complémentaires : la filière "bas risque" portée par les sages-femmes, et la filière pathologique, qui mobilise les expertises médicales spécialisées. Cette gouvernance **doit intégrer la voix des usagers** : la présence de représentantes d'usagers dans les instances décisionnelles, la co-construction de projets de service, l'évaluation régulière des soins à partir des retours d'expérience des femmes, et la reconnaissance des savoirs issus de l'expérience comme ressources légitimes pour améliorer les pratiques.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Modifier le statut des sages-femmes hospitalières (cf axe 6)
- Modifier la réglementation pour intégrer explicitement la possibilité d'une co-direction médicale des maternités entre un gynécologue-obstétricien et une sage-femme
- Créer des fonds incitatifs pour les établissements mettant en place une gouvernance bicéphale, dans le cadre des politiques régionales de santé
- Organiser des formations communes au management et à la gestion des organisations pour les médecins et sages-femmes amenés à co-diriger des maternités.
- Inclure les usagères au sein des différentes instances en périnatalité

Organisation des transports inter-établissements en périnatalité

Définition des transferts

Le transport sanitaire entre établissements constitue un maillon essentiel du parcours périnatal, garantissant le respect de la graduation des soins de niveaux 1, 2 et 3.

Le transfert in utero (TIU) consiste à transférer une femme enceinte vers une structure au plateau technique adapté avant l'accouchement. Pour un transfert in utero, les recommandations préconisent la présence d'un professionnel compétent en obstétrique pendant le transport. En pratique, une sage-femme expérimentée ou un obstétricien peut accompagner la patiente dans l'ambulance du SMUR (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation) afin de gérer un éventuel accouchement inopiné pendant le trajet.

Le transfert néonatal est le transport du nouveau-né vers une unité spécialisée après la naissance. Pour le transfert néonatal, le SMUR pédiatrique comprend un médecin (pédiatre ou anesthésiste formé à la néonatalogie) et une infirmière puéricultrice, transportant l'enfant dans une couveuse de transport équipée. Le véhicule peut être une ambulance terrestre équipée ou, pour les longues distances ou l'accès ultra-marin, un hélicoptère sanitaire ou avion (notamment pour les DOM-TOM-la Corse). La France s'est dotée progressivement d'équipes de SMUR néonatal dédiées : en 2018, 14 régions sur 18 disposaient d'au moins une équipe spécialisée de transport pédiatrique et néonatal, souvent rattachée à un CHU.

L'organisation des transferts : un défi

Grâce à la régionalisation des naissances, le recours aux transferts in utero s'est accru au fil du temps : En France, les transferts in utero permettent aujourd'hui à plus de 90 % des prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée de naître dans des structures adaptées à leur prise en charge. Cela représente une avancée majeure comparée aux années 1990, où l'absence de transferts anticipés contraignait de nombreux prématurés à naître dans des maternités aux plateaux techniques inadaptés.

Cependant, l'organisation de ces transports périnataux comporte d'importants enjeux logistiques, exigeant la mobilisation de moyens adaptés (ambulance, SMUR ou hélicoptère), une équipe spécialisée en obstétrique et/ou en néonatalogie, ainsi qu'une coordination rigoureuse avec l'établissement d'accueil.

Par ailleurs, des défis logistiques persistent :

- La disponibilité des équipes, des moyens de transport pouvant être limitée à certaines heures ou dans certains secteurs ;
- la formation en obstétrique des SMUR généralistes : les SMUR classiques (services mobiles d'urgence et de réanimation) interviennent pour les transferts ou sur les accouchements inopinés en dehors de l'hôpital, mais ils ne sont pas tous formés aux spécificités obstétricales ou néonatales ;

- la modalité de recherche de lit d'accueil : la coordination inter-établissements pour trouver une place disponible en type 2/3 peut prendre du temps : il n'existe pas de système national en temps réel d'affectation des lits de néonatalogie, et la régulation repose sur le SAMU (centre 15) qui appelle chaque centre pour trouver une place. Certaines régions ont innové en créant une cellule régionale de coordination des transferts périnataux chargée d'optimiser ces recherches : par exemple, en Auvergne-Rhône-Alpes, la mise en place d'une telle cellule a permis d'atteindre 90 % de naissances dans une structure adaptée aux soins requis
- la saturation des lits de type 3 ou des services de réanimation néonatale : les centres de type 3 saturés demandent des transferts « à rebours » vers des maternités de typologie inférieure après stabilisation du nouveau-né pour libérer des lits (transferts secondaires ou « back-transfers »).

Au Royaume-Uni, le programme « Midwifery Continuity of Carer » (MCoC) organise la prise en charge autour d'une petite équipe de six à huit sages-femmes appuyée par un gynécologue-obstétricien pour assurer une garde hebdomadaire planifiée ; chaque sage-femme suit environ 36 femmes par an de la première consultation au post-partum. Issu du rapport Better Births (2016) [47], le dispositif doit devenir le modèle par défaut



Grâce à la régionalisation des naissances et au développement des transferts in utero, plus de 90 % des prématurés de moins de 32 semaines naissent aujourd'hui dans des structures adaptées à leur prise en charge.



au Royaume-Uni : tous les Local Maternity and Neonatal Systems (LMNS) devaient avoir posé les bases de leur feuille de route en mars 2022 et offrir cette continuité à toutes les parturientes (en priorité les plus vulnérables socialement) au plus tard en mars 2023^[1]. Son déploiement s'appuie sur 96 millions £ (recrutement de 1 200 sages-femmes et 100

obstétriciens) et sur une enveloppe de transformation de 6,8 millions £ par an, complétée par 1,4 million £ pour neuf sites « enhanced MCoC » dans les zones les plus défavorisées. Les revues Cochrane [33] démontrent que ce modèle diminue la prématurité, les interventions et mortalité périnatale tout en renforçant l'expérience des familles, raison pour laquelle il figure désormais parmi les engagements forts du NHS Long Term Plan.

1 En France les missions assurées au Royaume-Uni par les LMNS sont celles réalisées par les réseaux de santé en périnatalité et désormais classées par les ARS parmi les dispositifs spécifiques régionaux périnatalité (DSRP).

RECOMMANDATION

Améliorer l'organisation des transports inter-établissements en périnatalité

Le **transport sanitaire entre établissements est un maillon incontournable du parcours périnatal** pour respecter la gradation des soins. Deux types de transferts sont particulièrement concernés : le transfert in utero (TIU), et le transfert néonatal (transport du nouveau-né vers une unité spécialisée après la naissance). L'organisation de ces transports périnatals comporte des enjeux logistiques importants : il s'agit de mobiliser les moyens adéquats (ambulance, SMUR ou hélicoptère), avec une équipe formée aux spécificités obstétricales ou néonatales, et de coordonner l'accueil dans l'établissement de destination.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Créer des équipes mobiles obstétricales dédiées : mettre en place, au moins dans chaque grande région, un SMUR obstétrical pouvant être activé pour les urgences périnatales (ex. Travail prématuré extrême, HPP à domicile). Cette équipe inclurait idéalement une sage-femme ou un obstétricien, en plus de l'équipe SMUR classique, pour garantir une expertise obstétricale durant le transport.
- Équiper chaque région d'un SMUR néonatal : s'assurer que toutes les régions disposent d'au moins une équipe de transport obstétrical / néonatal médicalisé opérationnelle 24h/24. Identifier un centre voisin capable de couvrir le besoin, ou former une équipe existante (SAMU pédiatrique) aux spécificités néonatales. Un financement dédié de l'assurance maladie pourrait soutenir ces équipes, compte-tenu de leur rôle vital.
- Mettre en place un système de régulation unifié : développer un réseau numérique national de lits néonataux et de maternités disponibles, accessible aux régulateurs SAMU. Ce système en temps réel faciliterait la recherche de place pour un transfert, en évitant les appels successifs. Il pourrait s'appuyer sur les DSRP pour la mise à jour quotidienne des capacités (lits intensifs néonatal, lits maternité type 3 disponibles).
- Standardiser les protocoles de transfert : élaborer un référentiel national des procédures de transferts périnatals, incluant la classification de l'urgence (niveau 1 : transfert programmé, niveau 2 : urgent sous 6h, niveau 3 : SAMU immédiat), le type de véhicule à utiliser selon les situations, et les compositions d'équipe recommandées. Cette standardisation, validée par la HAS, améliorerait l'homogénéité et la sécurité des pratiques sur l'ensemble du territoire.
- Assurer le retour au plus près du domicile quand c'est possible : favoriser, après la phase aiguë, les transferts secondaires (back-transferts) des nouveau-nés vers des maternités de type 2 ou 1 dès qu'ils n'ont plus besoin de soins de type 3. Ceci permet de libérer des lits spécialisés et de rapprocher la mère et son nouveau-né du domicile.
- Développer des cellules de régulation périnatale via les DSRP.
- Former les équipes à cette activité de transfert.

Outils numériques et interopérabilité entre acteurs périnataux

L'utilisation d'outils numériques partagés est une nécessité pour fluidifier le parcours entre la ville, l'hôpital et les services de PMI en périnatalité. Un dossier médical interopérable permettrait d'éviter les ruptures d'information.

Aujourd'hui, plusieurs initiatives existent, mais elles restent fragmentées. Au niveau national, le Dossier Médical Partagé (DMP), intégré depuis 2022 dans l'Espace Numérique de Santé (Mon Espace Santé), peut théoriquement héberger les comptes rendus et données de suivi de grossesse. Cependant, il n'est pas encore systématiquement alimenté par tous les professionnels de la périnatalité. Par ailleurs, certains réseaux périnataux ont développé leurs propres outils informatiques régionaux.

Par exemple en Auvergne, dès 2008 un dossier périnatal informatisé partagé a été mis en place par le Réseau de santé en périnatalité d'Auvergne. Ce dossier médico-psychosocial unique, baptisé Icos Maternité, permet la saisie et la consultation par les professionnels des maternités publiques et privées ainsi que les professionnels libéraux (sages-femmes, obstétriciens). Cependant, c'est un cas quasiment unique en France, en raison de difficultés d'extension à d'autres régions (problèmes de financement, hétérogénéité des systèmes existants). D'autres réseaux, en Normandie ou en Bretagne, proposent un dossier périnatal partagé aux patientes volontaires, mais l'adoption reste partielle.

En Bourgogne, AGOPRA (pour « Application de Gestion et d'Organisation des Parcours en Reproduction et Accouchement ») est une plate-forme périnatale unifiée déployée par l'Association des Professionnels de la Périnatalité

de Bourgogne-Franche-Comté (APPB). Elle couvre l'ensemble du parcours (consultations de grossesse, salle de naissance, réanimation néonatale, suites de couches et suivi du nourrisson) via un dossier électronique partagé, un module d'aide à la prescription et un registre automatique des naissances. Conçue par et pour les équipes (médecins, sages-femmes, départements d'information médicale, PMI), elle s'interface avec le dossier patient informatisé, les bases médicamenteuses, les moniteurs fœtaux et génère en temps réel les courriers de liaison. Le projet, reconnu dès 2017 par la feuille de route numérique régionale sous le nom de DMIC – Réseau Périnatal de Bourgogne, a été retenu parmi les initiatives e-santé majeures de la région. Aujourd'hui, AGOPRA totalise plus de 240 000 dossiers et 1 500 utilisateurs dans les 11 maternités bourguignonnes et plusieurs services néonataux francs-comtois. Les données anonymisées peuvent être appariées au Système national des données de santé (SNDS) pour la recherche épidémiologique et l'évaluation des pratiques.

L'interopérabilité concerne aussi les outils de suivi partagés avec les patientes elles-mêmes. Des applications mobiles se multiplient (carnet de grossesse numérique, suivi des mouvements fœtaux...), et certaines maternités proposent aux patientes d'y enregistrer des données consultables par les soignants. Toutefois, l'absence de normalisation fait que ces données sont rarement intégrées automatiquement dans les systèmes hospitaliers.

L'État a amorcé des actions via le programme Hôpital Numérique et les financements Ségur du



numérique en santé, qui incluent la périnatalité. Des travaux sont en cours pour développer des standards d'échange (par exemple, un volet grossesse dans le Dossier Médical Partagé avec des champs structurés comme la date du terme, les échographies clés, etc.). L'objectif cible serait qu'à l'horizon 2030, chaque grossesse puisse avoir un dossier numérique unique accessible, avec le consentement de la patiente, à tous

les intervenants Ville/hôpital/PMI. Un tel outil améliorerait non seulement la coordination, mais aussi la qualité (moins de risque d'erreur ou d'oublis, disponibilité de l'historique en cas d'urgence) et l'efficacité (éviter de refaire un examen déjà fait, mieux programmer les interventions, améliorer les pratiques et alimenter les registres).

RECOMMANDATION

Développer les outils numériques et l'interopérabilité entre acteurs périnataux

L'utilisation d'outils numériques partagés est une nécessité **pour fluidifier le parcours entre la ville, l'hôpital et les services de PMI en périnatalité, et entre les différents professionnels de santé**. Un dossier médical interopérable permettrait d'éviter les ruptures d'information. Aujourd'hui, plusieurs initiatives existent, mais elles restent fragmentées.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Déployer un dossier périnatal partagé national : accélérer la mise en place d'un Dossier Médical Partagé alimenté automatiquement par les logiciels des maternités, des laboratoires et des professionnels libéraux. Un module dédié dans Mon Espace Santé pourrait s'envisager permettant également à la patiente de l'alimenter.
- Garantir l'interopérabilité ville-hôpital-PMI : exiger que les logiciels métiers (logiciels hospitaliers, logiciels des cabinets de sages-femmes, logiciels PMI départementaux) respectent des standards communs pour échanger des informations clés
- Intégrer le carnet de maternité en version numérique afin d'optimiser le temps de coordination par la sage-femme référente.



Photo de la Confédération internationale des sages-femmes (ICM)

PROFESSION DE SAGE-FEMME : AJUSTEMENTS INSTITUTIONNELS ET ÉVOLUTIONS NÉCESSAIRES

Le statut professionnel de la sage-femme hospitalière, en libéral et territorial doit évoluer dans ce nouvel environnement avec une meilleure reconnaissance du statut médical de la profession.

Reconnaître pleinement la place des sages-femmes à l'hôpital : pour une carrière hospitalière à la hauteur des responsabilités exercées

Les sages-femmes hospitalières sont les chevilles ouvrières du système de santé périnatal, assurant un large spectre de missions : gestion du travail et des accouchements en autonomie ou en collaboration avec un gynécologue-obstétricien, consultations, suivi postnatal, coordination avec la ville, encadrement d'étudiants, participation à des projets de service... Pourtant, la structuration actuelle de leur carrière ne reflète ni la diversité ni la complexité de leurs fonctions. Aujourd'hui, leur évolution repose sur un système de grades peu lisible et contraint par des quotas, avec des perspectives d'avancement limitées. **Ce modèle ne reconnaît ni les compétences spécifiques développées tout au long de la carrière, ni les engagements dans des missions transversales** — comme la coordination clinique, l'encadrement pédagogique ou la participation à des travaux de recherche. Cette absence de différenciation nuit à l'attractivité du métier, en particulier dans un contexte de forte tension en ressources humaines.

Les sages-femmes hospitalières sont également défavorisées en matière de formation. Elles bénéficient actuellement de 10 jours de formation par an, qui, souvent, ne peuvent être honorés car non comptabilisés dans le calcul des ETP. 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.

L'accès à une activité mixte (exercice partiel en ville et à l'hôpital) est également trop restreint.

En parallèle, les possibilités d'évolution vers des fonctions académiques ou de recherche sont quasiment inexistantes. Les sages-femmes doivent souvent mener ces activités sur leur temps personnel, sans reconnaissance ni financement, faute de statut hospitalo-universitaire adapté. Quelques exemples récents démontrent la faisabilité d'une évolution de ce type mais ne correspondent qu'à des aménagements locaux, au bon vouloir des doyens d'université : **à Lyon et Rennes, des postes de praticien hospitalier – professeur des universités – sage-femme (PH-PU-SF)** ont été créés, permettant à des professionnelles d'exercer des missions cliniques, d'enseignement et de recherche dans un cadre intégré

Enfin, le pilotage statutaire et administratif des sages-femmes reste souvent flou : bien qu'elles relèvent du Code de la santé publique, comme les médecins, elles sont encore gérées dans de nombreux établissements par la direction des soins, ce qui limite leur accès aux instances médicales et à une gouvernance adaptée.

Il est donc nécessaire de structurer une **véritable carrière hospitalière pour les sages-femmes et hospitalo-universitaire**, avec des paliers identifiés, des fonctions reconnues, et des droits adaptés à leurs responsabilités.



RECOMMANDATION

Modifier le statut des sages-femmes hospitalières pour une meilleure attractivité

Instaurer **une carrière hospitalière structurée** pour les sages-femmes permettrait de répondre aux exigences de reconnaissance, de fidélisation et de qualité des soins. Cette carrière doit comporter des **paliers d'évolution**, fondés sur des fonctions spécifiques (coordination clinique, formation, encadrement, projets de service), avec des rémunérations et des temps protégés adaptés. Elle devrait être **gérée par les Directions des affaires médicales**, comme prévu par la législation. Cette réforme inclurait également l'ouverture d'un **statut de praticien hospitalier en maïeutique**, accessible par concours. Ce statut offrirait l'accès à 15 jours de formation par an, à une activité mixte ville-hôpital, à des projets de recherche ou à des fonctions d'enseignement, sur le modèle du corps médical. Enfin, le développement de **postes hospitalo-universitaires de type PH-PU-SF**, MCU à l'instar des expérimentations menées à Lyon et à Rennes, permettrait à certaines sages-femmes d'exercer une triple mission clinique, universitaire et scientifique, consolidant ainsi la légitimité académique et professionnelle de la maïeutique au sein de l'hôpital.

ACTIONS IDENTIFIÉES À COURT TERME

- Mettre fin au système de grades et quotas actuels, pour garantir une égalité d'accès à l'évolution de carrière sur l'ensemble du territoire.
- Attribuer la gestion des carrières des sages-femmes aux Directions des Affaires Médicales, conformément au Code de la santé publique.
- Étendre les droits à la formation continue à 15 jours par an, avec budget dédié, conformément aux obligations de Développement Professionnel Continu.
- Garantir la présence des coordonnateurs maïeutiques, et leur représentation au sein du directoire.
- Faciliter l'accès à une activité mixte ville-hôpital, en levant les limitations actuelles.
- Valoriser les fonctions d'encadrement pédagogique, en reconnaissant les sages-femmes référentes pour les étudiants sages-femmes : développer le statut de maître de stage prévu par la loi (2023)
- Valoriser les fonctions de management au sein des établissements et des GHT

ACTIONS IDENTIFIÉES À MOYEN TERME

- Créer une grille de carrière hospitalière spécifique pour les sages-femmes, articulée autour de missions reconnues (coordination, enseignement, encadrement, recherche), avec des paliers évolutifs clairement définis ;
- Ouvrir l'accès au statut de praticien hospitalier en maïeutique par voie de concours.
- Créer un statut hospitalo-universitaire PH-PU-SF dans les CHU, en lien avec les UFR de maïeutique ou unités de formation en maïeutique.

Intégration explicite des sages-femmes en tant que professionnels de soins primaires

Grâce à la diversité de leurs compétences, les sages-femmes assurent une prise en charge globale, continue et personnalisée, depuis la grossesse jusqu'au post-partum, mais aussi tout au long de la vie gynécologique des femmes.

En effet, leurs missions s'étendent également hors de la maïeutique. Les sages-femmes sont

des professionnelles reconnues en prévention gynécologique, assurent des consultations, voir des échographies, coordonne les soins en assistance médicalement à la procréation, pratiquent l'orthogénie à domicile, en PMI ou en milieu hospitalier, participent au dépistage des cancers féminins... Depuis 2023, leurs compétences se sont

encore élargies : elles peuvent désormais prescrire et administrer tous les vaccins recommandés à l'ensemble de la population.

Les sages-femmes sont dans la santé périnatale et gynécologique pleinement intégrées dans la logique des soins primaires. L'augmentation des installations en libéral conforte cette évolution :

près de 23 % des sages-femmes exercent en libéral en 2021, contre 10 % dix ans plus tôt [48].

Enfin, la formation initiale des sages-femmes, fondée sur une approche à la fois médicale, préventive et relationnelle, les prépare idéalement à répondre aux enjeux contemporains de la santé des femmes. En ce sens, la sage-femme doit être identifiée comme un premier recours spécialisé en santé périnatale et gynécologique.

RECOMMANDATION

Reconnaître les sages-femmes comme professionnelles de santé de premier recours

Pour améliorer l'accès aux soins, renforcer la prévention et garantir un parcours coordonné et fluide pour les femmes, **il est indispensable de reconnaître les sages-femmes comme la professionnelle des soins primaires spécialisés en périnatalité et gynécologie**. Leur formation universitaire, leur champ de compétences étendu et leur approche globale de la santé des femmes les placent au cœur des dispositifs de premier recours, aux côtés des médecins généralistes, des infirmiers et des pharmaciens. Il est temps de leur conférer une place officielle et structurée dans les organisations territoriales de santé, notamment les CPTS, de faciliter leur accès à l'exercice coordonné, et de valoriser leurs missions de prévention et de suivi au long cours. Cela suppose également une reconnaissance financière et institutionnelle à la hauteur des responsabilités qu'elles assument.

ACTIONS IDENTIFIÉES

- Intégrer explicitement les sages-femmes dans la définition des professionnels de santé de premier recours spécialisé dans les textes réglementaires et dans les orientations stratégiques nationales (plan Ma Santé 2022, Pacte pour la santé publique, etc.).
- Garantir leur présence effective dans les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), avec un soutien dédié pour leur permettre d'y participer activement (temps de coordination rémunéré, outils numériques, valorisation de leur expertise dans les projets de santé).
- Valoriser le temps de coordination interprofessionnelle dans la nomenclature et les modes de rémunération, notamment pour les sages-femmes référentes de lien ville-hôpital ou les suivis partagés (ex. grossesse à bas risque suivie par une sage-femme avec appui ponctuel d'un obstétricien).
- Favoriser le développement de structures pluriprofessionnelles, notamment dans les zones sous-denses, où les sages-femmes peuvent exercer au sein de maisons de santé, centres de santé ou équipes mobiles périnatales.
- Prévoir des astreintes rémunérées pour étendre et stabiliser les dispositifs de visites postnatales précoces à domicile en garantissant un financement pérenne et en simplifiant les démarches administratives pour les sages-femmes libérales.
- Lancer une campagne nationale de communication auprès du grand public pour mieux faire connaître les compétences des sages-femmes en dehors de l'accouchement : suivi gynécologique de prévention, contraception, IVG, vaccination, santé mentale postnatale...
- Encourager la démographie maïeutique libérale dans les déserts médicaux via des mesures incitatives (primes à l'installation, logement temporaire, soutien au développement d'équipements partagés, accès facilité aux locaux de soins).
- Favoriser l'accès à des formations continues orientées santé publique, coordination et exercice en soins primaires, adaptées aux réalités de terrain des sages-femmes, en particulier pour celles en exercice isolé



La recherche en maïeutique, levier pour améliorer les indicateurs de périnatalité

Longtemps cantonnée à un rôle strictement clinique en périnatalité, **la maïeutique connaît aujourd'hui un essor académique qui témoigne de la vitalité et de la rigueur de cette discipline**. Elle s'inscrit désormais comme un exercice médical interdisciplinaire articulant des champs cliniques comme la gynécologie, l'obstétrique ou la pédiatrie avec des approches académiques variées comme l'épidémiologie, les sciences fondamentales ou les sciences humaines et sociales. Elle développe désormais ses propres axes de recherche qui adoptent une approche centrée sur la personne et ancrée dans une perspective salutogénique. Ce mouvement est notamment porté par un nombre croissant de sages-femmes titulaires de doctorats (en santé publique, en épidémiologie, sciences sociales...), qui investissent le champ universitaire et produisent des données probantes utiles à l'amélioration des pratiques. Ces recherches permettent d'objectiver les bénéfices de modèles de suivi effectués par les sages-femmes. Ainsi, en France, plusieurs équipes s'intéressent en outre aux effets des **modèles de soins portés par des sages-femmes** dont les résultats à l'étranger montrent une amélioration des issues de santé et une diminution des interventions techniques. D'autres travaux évaluent les effets des maisons de naissance sur la satisfaction des femmes et la

qualité des soins dans un contexte strictement physiologique.

L'enjeu est double : il s'agit à la fois de produire des savoirs propres à la discipline, en lien avec l'évolution des pratiques, dans un système historiquement dominé par une approche curative.

Ce tournant s'est concrétisé avec la création de la section «maïeutique» au Conseil National des Universités (CNU), permettant l'émergence de postes de maîtres de conférences puis de professeurs des universités en maïeutique, bien que l'accès ne soit encore pas lisible puisque le statut hospitalo-universitaire n'est pas encore ouvert aux sages-femmes. Seuls quelques centres hospitalo-universitaires ont innové en aménageant un exercice conjoint de la clinique, de l'enseignement et de la recherche dans l'attente d'un cadre législatif clair. Par ailleurs, un enjeu majeur reste l'accès à des financements de thèse permettant aux sages-femmes de conserver un exercice clinique. Si la maïeutique veut poursuivre son développement comme discipline académique à part entière, un investissement structurel, tant du côté hospitalier qu'universitaire, s'avère indispensable.



Longtemps cantonnée à un rôle strictement clinique, la maïeutique connaît aujourd'hui un essor académique qui témoigne de la maturité croissante de cette discipline.

RECOMMANDATION

Renforcer les capacités de recherche et d'enseignement en maïeutique

Pour confirmer l'autonomie de la maïeutique, il est nécessaire d'accompagner le développement de la recherche portée par les sages-femmes. Une politique volontariste doit être promue : création d'un statut hospitalo-universitaire spécifique tel qu'il existe pour les autres disciplines médicales, structuration de filières doctorales, soutien à la publication scientifique et reconnaissance pleine et entière de la maïeutique au sein des institutions universitaires et hospitalières. Favoriser la recherche permettrait entre autres de mieux évaluer les modèles de soins sages-femmes, d'innover dans les pratiques, et de renforcer la qualité et la pertinence des soins en périnatalité. **Sans chercheur et chercheuse en maïeutique, il ne peut y avoir de recherche structurée ni de production de savoirs indépendants.**

ACTIONS IDENTIFIÉES

- . Ouvrir le statut bi-appartenant aux sages-femmes, pour garantir un statut attractif, dans les centres hospitaliers universitaires et les facultés de santé. Ces postes doivent permettre l'exercice conjoint d'activités cliniques, pédagogiques et scientifiques, sur le modèle des hospitalo-universitaires (MCU ou PU-PH).
- . Reconnaître la maïeutique comme un champ scientifique à part entière et l'intégrer de manière équitable dans les instances de gouvernance universitaire.
- . Développer et structurer le Collège National des Sages-femmes de France, afin de renforcer son réseau national de recherche en maïeutique, appuyé par des universités de référence, pour mutualiser les ressources et développer des synergies entre chercheurs, cliniciens et acteurs de terrain.
- . Financer la recherche en maïeutique via des appels à projets dédiés, portés par l'Agence nationale de la recherche (ANR), et orientés vers les grands enjeux de santé publique en périnatalité. La place actuelle du PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique), fortement centré sur les soins hospitaliers, peu accessible aux approches émergentes tournées vers la salutogénèse. Il pourrait être rapproché de l'ANR au profit de dispositifs plus ouverts et interprofessionnels.
- . Soutenir le développement de Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) produites par les sages-femmes, en lien avec les sociétés savantes, et financer leur élaboration, leur diffusion et leur actualisation, afin d'ancrer la pratique sur des données probantes.
- . Favoriser la diffusion scientifique et la vulgarisation à destination du grand public, des soignants et des décideurs, notamment par le financement de plateformes ou d'initiatives comme Agora, ou par l'intégration de la recherche maïeutique dans les grands événements de santé publique (Semaine de la Santé des femmes, etc.).
- . Soutenir les recherches participatives et la co-construction des savoirs avec les usager-es, afin d'intégrer les besoins réels des personnes concernées et de renforcer la démocratie en santé dans le champ de la périnatalité et de la santé génésique.
- . Définir des axes de recherche prioritaires répondant aux enjeux de la société et de santé publique:
 - . santé périnatale centrée sur la personne et la salutogénèse
 - . violences faites aux femmes
 - . inégalités de santé, accès aux soins dans les territoires sous-dotés ou auprès des populations précaires ;
 - . santé mentale périnatale et accompagnement parental ;
 - . pertinence et qualité des actes réalisés en périnatalité et en santé génésique ;
 - . Respect du bas risque et continuité des soins (suivi global, maisons de naissance, sorties précoces) ;
 - . pédagogie en santé, notamment via la simulation ;
 - . évaluation des modèles de soins, dans une perspective d'efficacité et de satisfaction des usager-es.



CONCLUSION

La réorganisation de la périnatalité apparaît aujourd'hui comme un enjeu majeur de santé publique, mais aussi comme une opportunité de repenser la place de chaque acteur et de renforcer la continuité du soin autour de la femme, du nouveau-né et de la famille.

À travers les six axes de réflexion abordés — la prévention, la clarification des parcours et leur pertinence pour le suivi de grossesse, les lieux d'accouchement, le post partum et la profession de sage-femme — se dessine la nécessité d'un modèle plus cohérent, plus lisible et davantage centré sur les besoins réels des femmes.

La prévention doit être envisagée comme un fil conducteur, intégrée à chaque étape du parcours. La clarification des parcours, quant à elle, doit permettre de garantir un accompagnement adapté à chaque situation, tout en assurant une meilleure articulation entre les différents niveaux de soins. Les lieux d'accouchement doivent refléter cette diversité des besoins : sécurité, proximité, respect des choix et de la naissance à bas risque. Quant au post partum, méprisé dans notre culture, il mérite une attention renouvelée : cette période constitue une phase déterminante pour la santé physique, mentale et sociale des mères et des familles. La place des sages-femmes, profession pivot de la périnatalité, doit être pleinement reconnue dans toutes ses dimensions — clinique, éducative, préventive, de coordination et de recherche.

Cette réorganisation ne saurait se limiter à un simple redéploiement des structures. Elle implique une transformation culturelle fondée sur la confiance, la collaboration interprofessionnelle, le maintien de la compétence et la valorisation des grossesses et naissances à bas risque. C'est en plaçant la femme et l'enfant au centre du dispositif, dans une approche globale et bienveillante, que la périnatalité de demain pourra être plus sûre, plus humaine, plus efficace et plus juste.

Les différents rapports diffusés ces dernières années montrent à quel point les professionnels sont prêts à réaliser ces changements. Aussi nous appelons collectivement nos tutelles à s'engager avec nous dans cette restructuration.

On mesure la grandeur d'une société à la manière dont elle accueille la vie qui naît et accompagne la vie qui s'éteint.

BIBLIOGRAPHIE

[1] 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. Bull Acad Natl Med 2023;207:560-75.

[2] Sénat. Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer. Rapport d'information n° 753 (2023-2024), tome I. Paris : Sénat ; 2024.

[3] Cour des comptes. La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier. Rapport public thématique : Questions sociales et santé ; mai 2024.

[4] Euro-Peristat. European Perinatal Health Report, 2015-2019 — Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe. Paris : Euro-Peristat ; 2022.

[5] Institut national de la statistique et des études éco. (INSEE). Statistiques de l'état civil – Naissances et décès. Paris : INSEE ; 2024.

[6] Papon S. Depuis 2015, la mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne. Insee Focus. 2023;(301):1-4.

[7] Santé publique France. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles, 2016-2018. Saint-Maurice : SPF ; 2024.

[8] Santé publique France. Enquête nationale périnatale 2021 : les naissances et les établissements : situations et évolutions. Saint-Maurice : SPF ; 2023.

[9] République française. Décret n°2023-1035 du 9 novembre 2023 relatif à la désignation d'une sage-femme référente. Journal officiel de la République française. 10 nov 2023.

[10] Assurance Maladie. Sage-femme référente : missions, déclaration et valorisation. Ameli.fr. 2025.

[11] Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2016.

[12] DREES. Les établissements de santé - édition 2023. Paris : Ministère de la Santé et de la Prévention ; 2023.

[13] Blondel B, et al. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003. Résultats des Enquêtes Nationales Périnatales. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 (4) : 373-87.

[14] DREES. Démographie des professions de santé : Données de cadrage. Paris : Ministère de la Santé et de la Prévention ; 2024.

[15] DREES. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? Études et Résultats. Paris : DREES ; 2021.

[16] Barasinski C, Béranger R, Salinier C, Zaros C, Bercherie J, Pommeret-De Villepin B, et al. Recommandations pour la pratique clinique : « Interventions pendant la période périnatale ». Synthèse. Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) ; 2021.

[17] World Health Organization (WHO). Preconception care: policy brief. Geneva: WHO; 2019. (WHO/NMH/NHD/19.1).



[18] Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. Arrêté du 2 juillet 2024 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme et portant création d'un troisième cycle des études de maïeutique. Journal Officiel de la République Française; 2024.

[19] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Le parcours de soins en périnatalité : pour une prise en charge coordonnée et sécurisée. Dossier de presse des 44es Journées nationales du CNGOF. Paris: CNGOF; 2021.

[20] Haute Autorité de Santé (HAS). Accompagnement des femmes et des couples pendant la période préconceptionnelle : Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

[21] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). L'entretien prénatal précoce : un temps d'écoute et de prévention. Paris: CNOSF; 2022

[22] Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Data ameli : Recours à l'entretien prénatal précoce (EPP) en 2022 et 2023. Paris: CNAM; 2024.

[23] Vilain A. Les femmes et les couples face à l'entretien prénatal précoce : résultats de l'enquête nationale périnatale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de l'élaboration des statistiques (DREES); 2018.

[24] Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). L'offre de soins de proximité en France : focus sur les zones sous-dotées en professionnels de santé. Insee Références; 2020.

[25] Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.

[26] World Health Organization (WHO). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.

[27] World Health Organization (WHO). Guidance on ending the inappropriate promotion of foods for infants and young children. Geneva: WHO; 2017.

[28] Santé publique France. Le guide de l'allaitement maternel. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021.

[29] Bourdeau C, Bertschy S, Gavaille A, Morin C, Wendland J. Dépistage de la dépression post-partum : comparaison des pratiques entre sages-femmes et obstétriciens. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2023;71(4):101-108.

[30] Sentilhes L, Galley-Raulin F, Boithias C, Sfez M, Goffinet F, Le Roux S, et al. Ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique. Propositions élaborées par le CNGOF, le CARO, le CNSF, la FFRSP, la SFAR, la SFMP et la SFN. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2019;47(11):782-804.

[31] Haute Autorité de Santé (HAS). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions au cours du travail et de l'accouchement. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

[32] Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;7(7):CD003766.

[33] Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024; 4(4): CD004667.pub6

[34] Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. *Journal Officiel de la République Française*.

[35] Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (Article 58). *Journal Officiel de la République Française*.

[36] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). *Plaidoyer pour une périnatalité renouvelée : assurer la sécurité et l'accompagnement des femmes*. Paris : CNOSF ; 2021.

[37] Drees. *Mesurer l'accès aux maternités : une approche par les temps de trajet. Études et Résultats*, n° 1122. Paris : Ministère de la Santé et des Solidarités ; 2019.

[38] Haute Autorité de Santé (HAS). *Dispositif PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe) : Guide méthodologique*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014 (mis à jour en 2021).

[39] Agence nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC). *Rapport d'activité 2023 : Analyse de l'offre et de la consommation de DPC par les professionnels de santé*. Paris: ANDPC; 2024.

[40] Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF). *Enquête sur l'état de santé et les conditions de travail des sages-femmes en France : Rapport d'analyse*. Paris: CNSF; 2021.

[41] Haute Autorité de Santé (HAS). *Retours d'expérience sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) : Focus sur la sécurité en maternité*. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.

[42] Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE). *Enquête sur le vécu de l'accouchement et la communication avec les professionnels de santé*. Paris: CIANE; 2022.

[43] Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (ONSSF). *Enquête sur la place et l'autonomie des sages-femmes à l'hôpital*. Paris: ONSSF; 2022.

[44] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de l'élaboration des statistiques (DREES). *L'état de santé de la population en France - Rapport 2023*. Paris: Ministère de la Santé et de la Prévention; 2023.

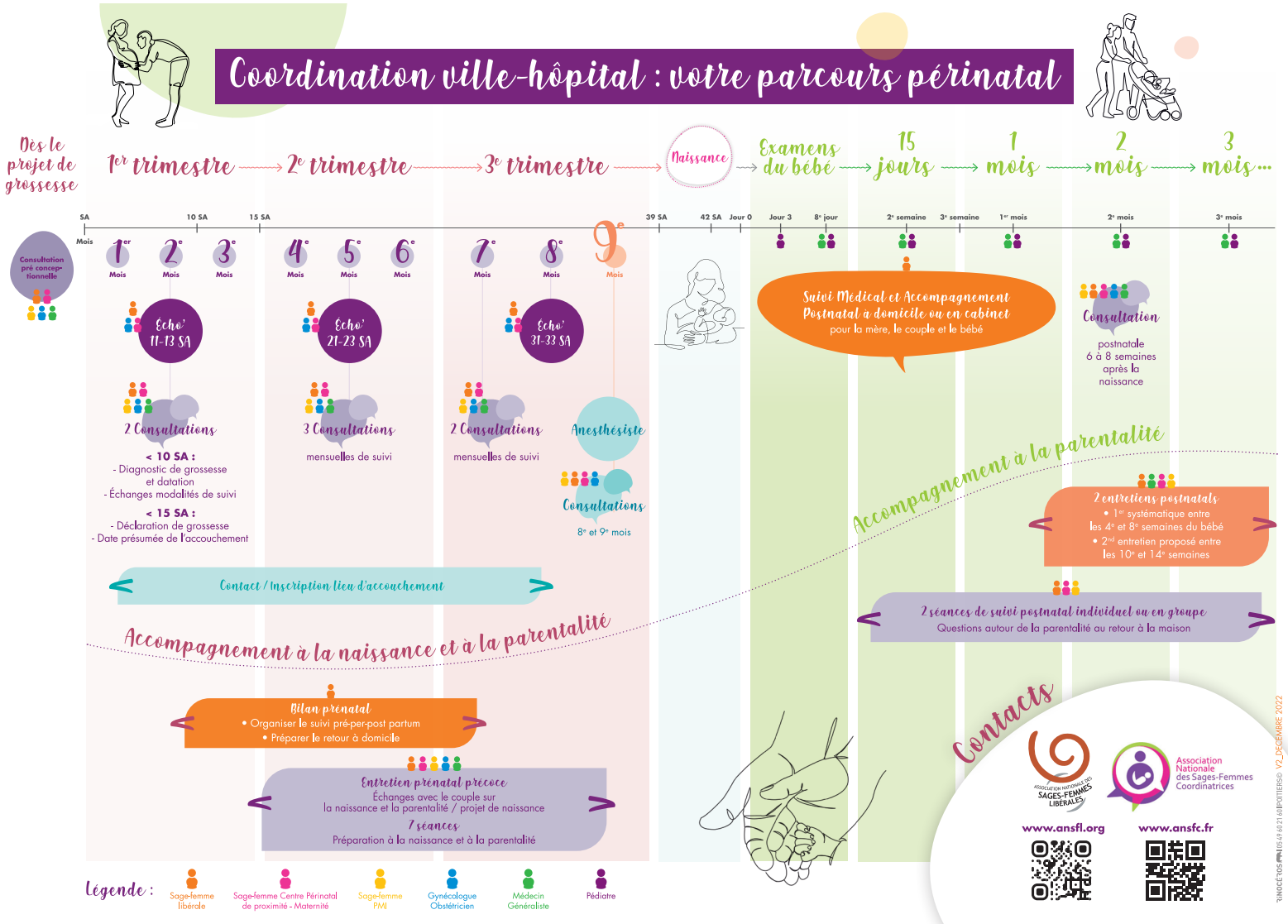
[45] Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE). *Enquête nationale sur le consentement et le respect des choix lors de l'accouchement*. Paris : CIANE ; 2021.

[46] Homer CSE, et al. The role of the midwife in high-resource countries. *The Lancet*. 2014;384(9948):1146-57. (Étude de référence sur l'impact de la collaboration interprofessionnelle).

[47] National Maternity Review. *Better Births: Improving outcomes of maternity services in England. A Five Year Forward View for maternity care*. London: NHS England; 2016.

[48] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de l'élaboration des statistiques (DREES). *Portrait des professionnels de santé : les sages-femmes en 2021*. Paris: Ministère de la Santé et de la Prévention; 2022.

ANNEXE 1



ANNEXE 2

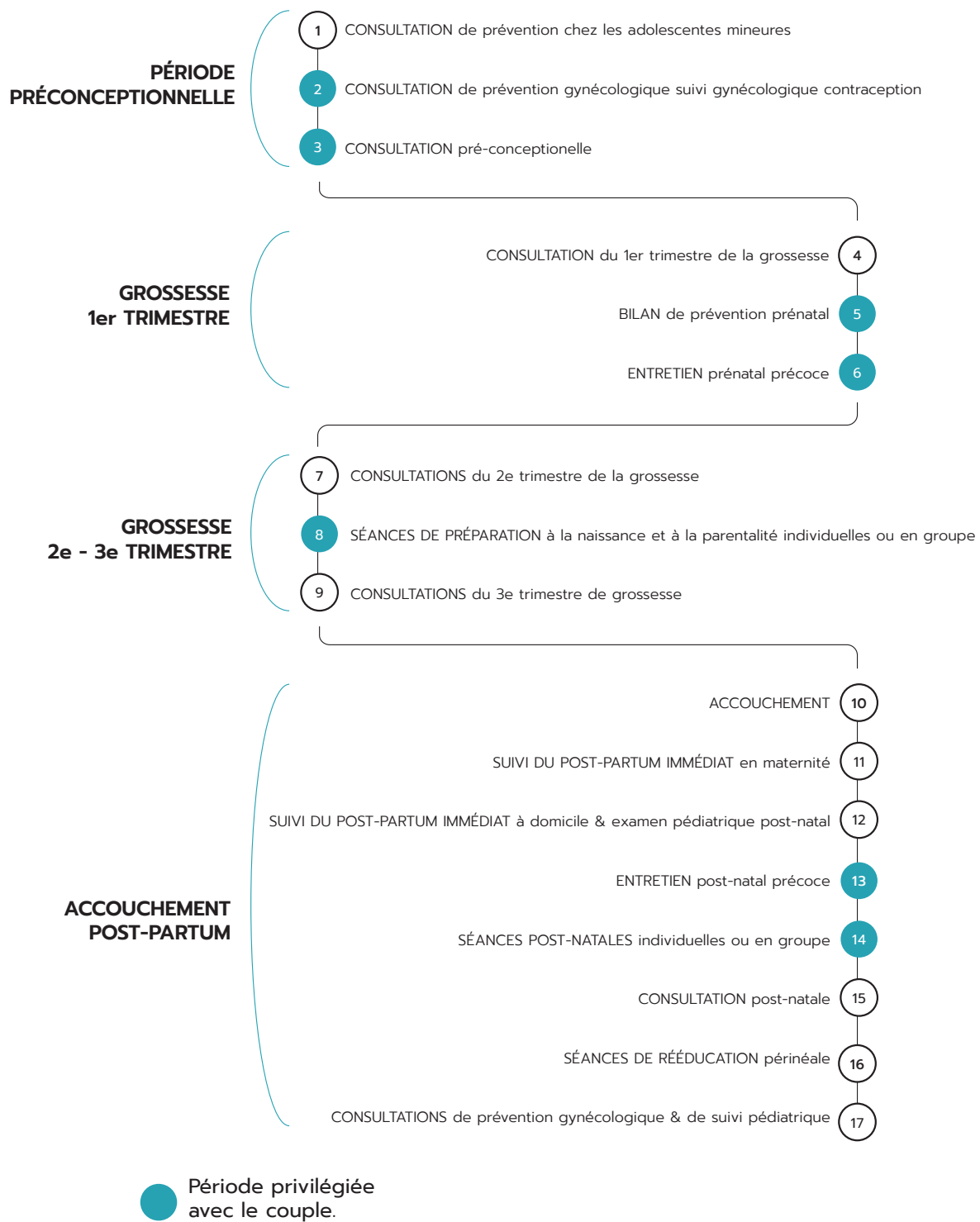


Figure 3. Consultations, bilan et entretiens proposés autour de la période périnatale, en France



CNSF

Collège National des **Sages-Femmes de France**