

SYNTHÈSE

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

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

[3] Cette mission a en effet été réalisée alors qu'était confirmé par l'INSEE un taux de mortalité infantile atteignant 4,1 pour 1 000¹ naissances en 2024, les questions relatives à la mortalité infantile et à l'organisation de notre système de santé autour de la grossesse et de la naissance étant dès lors très présentes dans le débat public. A titre d'exemple, celles-ci ont fait l'objet de plusieurs alertes parlementaires et du vote en première lecture au printemps dernier d'une proposition de loi prévoyant, en particulier, un moratoire sur les fermetures de maternité², ainsi que de publications diverses et très commentées.

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

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

[6] Pour réaliser ses travaux, la mission a auditionné les principaux acteurs intervenant en matière de périnatalité ou concernés par le sujet. Elle a également sollicité la contribution écrite des principales sociétés savantes et des principaux organismes représentatifs des professionnels de santé impliqués. Elle a enfin réalisé plusieurs déplacements dans différents territoires représentatifs de la diversité des situations³ ou organisé des échanges spécifiques avec leurs représentants (pour l'outre-mer en particulier).

¹ Pour la suite du rapport, les données exprimées en « pour mille » seront accompagnées du symbole « ‰ ».

² L'Assemblée nationale a adopté en première lecture, le 15 mai 2025, une proposition de loi « visant à lutter contre la mortalité infantile » qui prévoit, en particulier, d'instaurer un moratoire de trois ans sur les fermetures de maternité.

³ Les territoires visités ont été choisis de façon, notamment, à disposer dans le panel de territoires urbains et de territoires ruraux, de territoires ayant été confrontés à des transformations de l'offre délicates (fermetures

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

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

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

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

- par rapport aux pays développés qui lui sont comparables, l'évolution récente de la mortalité infantile singularise désormais la France, qui est passée de la 3^{ème} place au sein de l'Union européenne (UE) entre 1996 et 2000 à la 20^{ème} en 2021⁴, puis à la 23^{ème} à partir de 2022. **Ce déclassement est provoqué par la reprise à la hausse de nos taux de mortalité néonatale et infantile à compter de 2011, alors même que le reste de nos partenaires de l'UE continuent, eux, leur trajectoire à la baisse.** La mission souligne ainsi que, si la France connaissait le taux de mortalité infantile moyen de l'UE, soit 3,3 ‰, ce sont les morts de 529 enfants dans leur première année qui auraient pu être évitées en 2024. Et si la France avait obtenu, toujours en 2024, les résultats de l'Italie ou du Portugal, soit une mortalité infantile de 2,5 ‰, elle aurait cette fois évité le décès avant un an de 1 057 enfants. On le mesure ainsi, il existe à l'heure actuelle, en France, un excès de mortalité néonatale, et donc infantile, considérable ;
- la mortalité maternelle, mesurée par le nombre de mères décédées sur la période considérée pour 100 000 naissances vivantes a, quant à elle, baissé en France de 11,1 à 7,6 pour la mortalité mesurée à 42 jours et de 12,1 à 11,3 pour la mortalité mesurée à un an. Entre 2016 et 2018, 272 morts maternelles ont ainsi été enregistrées en France, soit environ 91 par an, ce qui correspond à une mort maternelle tous les quatre jours. **Cela positionne la France dans la moyenne par rapport aux pays comparables ; toutefois, selon Santé publique France (SpF), plus de la moitié de ces décès serait probablement ou possiblement évitables.** Ce constat impose une poursuite, et même un renforcement, de l'effort en faveur de la réduction de ce taux (**recommandation 2**).

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

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

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

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

- l'augmentation du nombre de grossesses multiples (le risque de mourir avant un an est cinq fois plus élevé pour les enfants issus d'un accouchement multiple que pour ceux issus d'un accouchement simple : 16,7 ‰ contre 3,3 ‰). Or, de 2010-2014 à 2015-2022, le taux de mortalité infantile des enfants issus d'un accouchement multiple a nettement augmenté de 16,4 ‰ à 18,7 ‰, soit +2,3 points ;
- l'accroissement de la prévalence de pathologies maternelles et de complications en cours de grossesse et en *post-partum* : en particulier, la proportion de femmes en surpoids ou en obésité avant grossesse a crû, passant de 22,8 % en 2003 à 31,8 % en 2016, soit une forte hausse de 9 points ;
- **le poids de la précarité sociale et des difficultés socio-économiques** : la mortalité néonatale est fortement liée aux facteurs socio-économiques et le risque de décès néonatal est nettement plus élevé dans les zones les plus défavorisées où vivent les femmes les plus pauvres. Ces inégalités sociales rendent compte, dans une large mesure, des inégalités territoriales en France ; elles constituent de surcroît un facteur évitable de mortalité néonatale. Ainsi, de 2004 à 2022, parmi les mères actives, le taux de mortalité infantile varie en moyenne de 2,2 ‰ pour les cadres, à 3,5 ‰ pour les ouvrières et 3,6 ‰ pour les employées. Ce taux est encore plus élevé pour les femmes inactives ou celles dont la catégorie sociale est inconnue, avec 5,1 ‰ ;
- s'inscrivant en partie dans cette problématique socio-économique et culturelle prégnante, **la présence de femmes enceintes d'origine étrangère plus nombreuses emporte des conséquences notables en termes de mortalité infantile** : les enfants de femmes immigrées présentent en effet un risque accru de complications, dans le même temps où leurs mères connaissent un risque plus élevé de mort maternelle ou de morbidité maternelle sévère. Or, d'une part, la proportion d'enfants ayant une mère née hors de l'UE a progressé de 7,4 points, passant de 16,11 % en 2010 à 23,51 % en 2024⁵ : au total, cette progression quantitative aurait, selon l'INSEE, « affecté à la hausse le taux de mortalité infantile de 0,1 point sur 1 000 » ; et, d'autre part, le taux de mortalité infantile a augmenté chez les femmes nées à l'étranger (+0,8 point), de 4,5 ‰ à 5,3 ‰, celui des mères nées en France étant resté stable à 3,3 ‰, la hausse du taux de mortalité infantile des mères nées à l'étranger étant donc responsable de 100% de la hausse totale de près de 0,2 point (0,17 point) enregistrée entre 2010-2014 et 2015-2022. Ainsi, le taux moyen de mortalité infantile atteignait 4,6 ‰ pour les mères nées au Maghreb et 7,5 ‰ pour celles nées dans un autre pays d'Afrique, soit 2,2 fois plus que le taux enregistré chez les femmes nées en France. En effet, ces mères sont davantage touchées par la précarité et connaissent plus souvent des problèmes de santé ; leur suivi médical pendant la grossesse est moins régulier. De plus, elles sont confrontées à des barrières en termes d'accès primaire aux soins et ne bénéficient ni d'une prévention satisfaisante ni de soins optimaux. **La conjugaison de ces deux facteurs, quantitatif - l'augmentation du nombre de mères nées à l'étranger, pour 0,08 point- et qualitatif - la hausse du taux de mortalité infantile chez ces femmes, pour 0,17 point- a donc provoqué une hausse du taux de mortalité infantile de 0,25 point selon l'INSEE.**

⁵ *Ibidem*, calculs de la mission.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

[24] La mission recommande, sur ce sujet qui dépasse, et de loin, la seule question de la périnatalité et intéresse l'ensemble de notre système de santé, de reconsidérer, afin de renforcer les maternités, après consultation avec les parties impliquées, l'actuelle possibilité d'installation des sages-femmes en libéral dès leur sortie d'école (**recommandation 4**). Elle recommande également d'évaluer régulièrement les compétences individuelles des professionnels et la qualité des soins, dans une logique de certification périodique⁶ des professionnels de santé pour tous (**recommandation 5**).

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

- ***l'organisation actuelle du parcours de la femme enceinte*** est jalonné de rendez-vous devant permettre, pourvu qu'ils soient honorés, de garantir un suivi et une prévention des risques satisfaisants. De nombreux dispositifs ont progressivement été mis en place (centres périnataux de proximité, -CPP-, maisons de naissance -MDN- sage-femme référente...) pour renforcer l'accompagnement des femmes enceintes. La mission préconise de les évaluer (**recommandation 6**) et propose de renforcer encore l'organisation proposée au cours de la grossesse en *améliorant* le suivi des femmes enceintes, notamment par la désignation systématique d'un professionnel référent ou d'une maternité référente (**recommandation 7**) ainsi que de chercher à toucher davantage les publics les plus vulnérables et les plus éloignés -culturellement, socialement ou géographiquement- des parcours de soins, par exemple grâce à des actions « d'aller-vers », des relances de l'assurance maladie ou encore des campagnes de communication ciblées (**recommandation 8**) ;
- ***concernant l'accouchement lui-même***, l'organisation de l'offre actuelle doit être en partie revue et une véritable « politique de l'accouchement » doit être définie et mise en œuvre : les règles encadrant les maternités et leurs conditions de fonctionnement doivent être actualisées ; leur implantation sur le territoire, résultant bien souvent, on l'a dit, du fait accompli à l'issue du mouvement massif de fermetures enregistré ces dernières années, doit répondre à des principes affichés et à une stratégie claire ; par ailleurs, et surtout, le choix des femmes entre accouchement physiologique et accouchement plus médicalisé doit pouvoir, sauf nécessité médicale, être respecté et le choix de l'établissement doit pouvoir être fait de façon éclairée.

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

⁶ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
Ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé

Décret n° 2025-1335 du 26 décembre 2025, relatif aux modalités de contrôle et au système d'information de la certification périodique de certains professionnels de santé, paru au Journal officiel du 27 décembre 2025.

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

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

- **la prise en charge en néonatalogie des enfants le nécessitant représente un enjeu crucial.** A cet égard, la mission recommande de renforcer le secteur de la néonatalogie, notamment en agissant rapidement sur le taux d'équipements en lits (avec un ratio minimal d'un lit de réanimation néonatale pour 1 000 naissances) (**recommandation 13**) ;
- **le moment du retour à domicile constitue le dernier temps du parcours.** Là encore, comme pour l'étape du suivi de la grossesse, la mission estime que les dispositifs et outils déjà déployés sont adaptés pour répondre à l'enjeu, mais qu'il convient de renforcer leur effectivité (**recommandation 14**) et de cibler davantage les efforts sur l'accompagnement des publics présentant des fragilités sociales ou isolés géographiquement (**recommandation 15**) ;
- **de façon transversale à l'ensemble des étapes décrites précédemment,** la mission considère qu'il y a un véritable enjeu à ce que les PMI puissent renforcer leur action en matière de périnatalité (**recommandation 16**), à ce que l'information sur le parcours périnatal et sur ses rendez-vous soit mieux organisée et à ce que les femmes soient davantage sensibilisées tout au long de leur parcours sur les conduites à tenir et sur certains messages de prévention (**recommandation 17**).

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

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

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

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

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

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