

2

La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation

PRESENTATION

Les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et les premiers jours de la vie des nouveau-nés influencent considérablement et durablement l'état de santé de l'enfant et de sa mère. La périnatalité, qui englobe l'ensemble des prestations et actes médicaux relatifs à ces phases de la vie maternelle et infantile, constitue ainsi un enjeu majeur de santé publique.

Visant un très fort recul de la mortalité liée à la périnatalité dans un contexte où les performances de la France en ce domaine tout en s'améliorant demeuraient moyennes, la politique mise en œuvre a été structurée par trois plans de santé publique successifs depuis les années 1970¹⁰³.

En 2006, peu après le lancement du plan 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité », la Cour avait consacré un chapitre de son rapport public annuel¹⁰⁴ à l'examen des résultats déjà obtenus et avait dressé un bilan en demi-teinte des efforts entrepris, qui n'avaient pas suffi à amener notre pays au niveau de ceux qui lui sont comparables. Ses recommandations pour remédier aux difficultés relevées portaient ainsi sur :

- *la nécessité d'un suivi plus fin des indicateurs en ce domaine ;*
- *la priorité à donner au renforcement de la prévention, au premier chef en direction des femmes en situation défavorisée et dans les départements d'outre-mer (DOM) ;*
- *le caractère indispensable d'une meilleure articulation des différents professionnels de santé (obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices) intervenant dans les maternités publiques et privées ;*

¹⁰³ Plans 1970-1976, 1995-2000 et 2005-2007.

¹⁰⁴ Rapport public annuel 2006, La politique de périnatalité, pp. 367 à 396.

- le besoin d'une réaffirmation du rôle et des missions des services de protection maternelle et infantile (PMI) dépendant des départements.

Cinq ans après ses premiers constats, la Cour a réalisé en 2011 une enquête de suivi¹⁰⁵. Elle met en lumière que, loin des améliorations espérées, la situation a eu plutôt tendance à se détériorer et que s'impose une remobilisation forte et rapide de l'ensemble des acteurs.

I - Un constat sanitaire plus préoccupant qu'en 2006

La France peut se prévaloir d'un taux de natalité qui la place au deuxième rang après l'Irlande au sein des pays européens. En 2010, les femmes y ont eu en moyenne 2,01 enfants - soit près de 833 000 naissances - contre 1,6 en moyenne européenne.

Ce taux est le plus élevé atteint depuis la fin du baby-boom. Toutefois, selon l'éditorial d'une publication de l'Institut national de veille sanitaire, « ces données rassurantes ne doivent pas cacher la réalité beaucoup plus péjorative de la mortalité maternelle, de la morbidité et de la mortalité périnatale »¹⁰⁶.

Définition des principaux indicateurs de périnatalité

Les principaux indicateurs en matière de périnatalité portent sur la mortalité des fœtus, des enfants et des mères :

- taux de mortalité infantile : nombre d'enfants décédés avant leur premier anniversaire pour 1 000 naissances vivantes ;

- taux de mortalité néonatale : nombre d'enfants décédés avant 28 jours pour 1 000 naissances vivantes ;

- taux de mortinatalité : nombre de morts fœtales, après la 28^{ème} semaine de gestation jusqu'en 2001, après la 22^{ème} entre 2002 et 2008, à partir de la 15^{ème} depuis 2008 mais sans obligation de déclaration pour 1 000 naissances totales ; l'OMS recommande d'enregistrer les décès fœtaux à partir de 22 semaines de gestation ou plus de 500 grammes.

¹⁰⁵ La Cour a également consacré, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011, un chapitre au rôle des sages-femmes dans le système de soins (chapitre VI, pp. 173 à 198).

¹⁰⁶ Pr. Gilles Crépin, gynécologue-obstétricien membre de l'Académie nationale de médecine, bulletin épidémiologique hebdomadaire n°2-3, 19 janvier 2010.

<p>- taux de mortalité périnatale : nombre de mort-nés plus nombre de décès entre zéro et sept jours pour 1 000 naissances totales ;</p> <p>- taux de mortalité maternelle : nombre de décès pour 100 000 naissances, pendant la grossesse ou les 42 jours suivant sa fin.</p>
--

En 2006, la Cour notait que « depuis 1960, les performances de la France, mesurées par les indicateurs périnataux, se sont améliorées, tout en restant moyennes comparées à celles des autres pays européens ».

Aujourd'hui, le constat est plus sévère. Les indicateurs de périnatalité ne se sont pas améliorés et leur analyse est insuffisante d'autant que les systèmes d'information, déjà peu performants, se sont dégradés.

A - Une stagnation de la mortalité infantile

1 - Des résultats décevants depuis 2005

Depuis 2005, la mortalité infantile stagne en France, avec un taux global d'environ 3,8 décès pour 1 000 naissances vivantes. En revanche, elle poursuit sa baisse dans d'autres pays européens.

Au classement des plus faibles taux de mortalité infantile, la France est ainsi passée du septième rang européen en 1999 au vingtième (sur 30 pays) en 2009 - l'Allemagne se situant au quatorzième rang et le Royaume-Uni au vingt-deuxième¹⁰⁷. L'écart avec des pays comme la Suède et la Finlande - qui se situent respectivement au quatrième et au cinquième rang - est significatif : en France, la mortalité au cours des 28 premiers jours de vie est équivalente à la mortalité sur l'ensemble de la première année en Suède - rapportée à 1000 naissances¹⁰⁸.

La mortalité au cours de la première semaine de vie a augmenté de 1,6 en 2005 à 1,8 en 2009 et celle intervenant au cours du premier mois est passée de 2,5 à 2,6 décès pour 1 000 naissances. Selon les résultats de l'enquête nationale périnatale (ENP 2010), réalisée en 2010 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, le score Apgar¹⁰⁹ à la naissance s'est

¹⁰⁷ Ces données doivent toutefois être considérées avec une relative prudence compte tenu de la variabilité selon les pays de la distinction entre mort-né et décès néonatal pour les décès se produisant au moment de la naissance.

¹⁰⁸ En France, le taux de mortalité au cours des 28 premiers jours (2,6 pour 1000) est supérieur en 2009 au taux de mortalité des enfants au cours de leur première année de vie en Suède (2,5 pour 1 000).

¹⁰⁹ Le score Apgar consiste à évaluer cinq éléments : fréquence cardiaque, respiration, tonus musculaire, réponse aux stimulations, coloration cutanée.

légèrement dégradé entre 2003 et 2010¹¹⁰. Les prématurés - enfants nés avant 37 semaines - représentent 6,6 % des naissances en 2010 contre 6,3 % en 2003. En revanche, la proportion d'enfants de poids inférieur à 2500 g n'a pas augmenté, rompant avec la tendance observée depuis 1995¹¹¹.

Alors même que cette situation de stagnation de la mortalité infantile est particulièrement préoccupante, ses déterminants demeurent incomplètement cernés.

2 - Des causes insuffisamment analysées

Sont souvent invoqués pour expliquer la stagnation de la mortalité infantile l'augmentation de l'âge des mères¹¹², la progression du taux de naissances prématurées, la croissance de la proportion de grossesses multiples, le nombre d'enfants nés de femmes de nationalité étrangère et de femmes en situation de précarité, les naissances issues de ces « groupes » de population connaissant un taux plus élevé de mortalité.

Toutefois, un récent document de travail de l'INSEE¹¹³ tend à montrer que la stagnation de la mortalité infantile depuis 2005 ne résulte pas uniquement de ces facteurs. Il souligne notamment que la mortalité infantile des enfants de mères françaises, comme celle des enfants de mères âgées de 25 à 35 ans, a également cessé de diminuer depuis 2005 et que la fréquence des naissances multiples n'augmente plus (3,5 %). Une part de cette stagnation reste ainsi inexpliquée.

Les résultats de l'enquête nationale périnatale 2010 mettent en évidence, à cet égard, de nouveaux facteurs de risque, en particulier la plus grande prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité et l'augmentation de la part des déclarations de grossesses tardives. A contrario, une politique renforcée de prévention a permis une diminution de la consommation de tabac et d'alcool chez les femmes enceintes.

Selon l'INSERM - données CépiDc -, les 3 053 décès d'enfants de moins d'un an intervenus en 2009 auraient pour principales causes une affection dont l'origine se situe dans la période périnatale (pour 48 %

¹¹⁰ D'après l'INSERM, cette dégradation pourrait notamment résulter d'une évaluation plus précise de la vitalité des enfants à la naissance.

¹¹¹ Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Etudes et résultats : « La situation périnatale en France en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », n°775, octobre 2011.

¹¹² Selon l'INSEE, pour la première fois en 2010, les mères âgées de 30 à 34 ans sont plus nombreuses que celles de 25 à 29 ans (32 % contre 31 %).

¹¹³ X. Niel : « Les facteurs explicatifs de la mortalité infantile en France et leur évolution récente », document de travail F1106, INSEE, juin 2011.

d'entre eux), une malformation (dans 22 % des cas) et le syndrome de la mort subite du nourrisson (dans 9 % des situations). Cependant, les analyses relatives à la mortalité néonatale souffrent de l'indisponibilité des statistiques relatives à la mortinatalité : un taux élevé de mortalité néonatale peut s'expliquer par un faible taux d'enfants nés sans vie, qui peut lui-même être lié à une prise en charge plus précoce des grands prématurés dont le taux de mortalité est élevé¹¹⁴.

Une étude menée dans dix régions européennes sur la mortalité périnatale concluait en 2003 que dans 46 % des cas, la prise en charge n'avait pas été optimale, la situation étant plus favorable en Finlande et en Suède¹¹⁵. La France n'a pas participé à cette étude et n'a pas entrepris non plus d'analyse spécifique de ce type, ni au niveau national ni au niveau régional, voire départemental, où les disparités sont pourtant importantes.

En 2009, les taux de mortalité infantile étaient compris entre 2,7 décès pour 1 000 naissances (Corse) et 5,0 (Alsace) en France métropolitaine et entre 8,1 et 9,5 dans les départements d'outre-mer. La mortalité infantile est, de fait, plus élevée dans les régions du nord et de l'est de la France, régions où la mortalité est traditionnellement plus élevée. Selon l'INSEE, « *la proportion d'étrangers ou de mères habitant les grandes villes n'expliquent pas cette disparité : le Nord-Pas de Calais a par exemple un taux de mortalité plus faible que la moyenne, tandis que la Champagne-Ardenne a le deuxième plus élevé* »¹¹⁶.

Les différences entre départements sont également importantes.

En lissant les données sur cinq ans, les écarts entre départements métropolitains vont de un à trois : 5,5 en Ariège contre 1,9 dans les Hautes-Alpes pour un nombre équivalent de naissances. Ils ne font pas davantage l'objet d'analyses approfondies, alors même que de mauvais résultats peuvent résulter de causes différentes.

Ainsi, sur la période 2005-2009, le taux de mortalité infantile d'un département de l'est de la France et celui d'un département de la couronne parisienne se sont établis à un même niveau élevé de 5,3 pour

¹¹⁴ Aux Etats-Unis, où le taux de prématurés est beaucoup plus élevé (12,4 % des naissances en 2004), les nouveau-nés peuvent être réanimés à partir de 22 semaines, alors qu'en France, la réanimation est pratiquée à partir de 24 semaines et/ou un poids supérieur à 500g. A partir de 25 semaines, le pronostic en terme de mortalité et de morbidité (séquelles neurologiques) est meilleur et la réanimation plus intensive. Selon l'enquête EPIPAGE, à l'âge de 5 ans, près de 40 % des anciens grands prématurés (moins de 33 semaines) présentent des troubles moteurs, sensoriels ou cognitifs.

¹¹⁵ J. H. Richardus et al.: « Suboptimal care and perinatal mortality in ten European regions », *J. Matern Fetal Neonatal Med*, octobre 2003.

¹¹⁶ Opus cité, note 11.

1000. Toutefois, dans le premier département, 63 % des décès sont intervenus dans la première semaine de vie contre seulement 47 % dans le second - soit un niveau proche de la moyenne nationale. Les mauvais résultats du département de l'est, qui peuvent moins s'expliquer par des phénomènes de précarité, pourraient être liés à un taux inférieur à la moyenne d'enfants mort-nés, d'autant que le taux de malformations congénitales à l'origine de décès d'enfants avant leur premier anniversaire représente dans ce département plus du double de la moyenne nationale - 45 % contre 22 %.

B - Des décès maternels pour moitié évitables

Après la forte baisse - transitoire - observée en 2005, le taux déclaré de décès maternels¹¹⁷ s'établit à environ huit décès pour 100 000 naissances sur la période 2006-2008, soit un peu moins de 70 décès par an.

Sur la période 2000-2006, la dernière pour laquelle des études ont été conduites, 46 % des décès maternels ont été considérés comme « évitables ». Cette qualification varie beaucoup en fonction de la pathologie considérée et des zones géographiques. Selon les experts, 90 % des décès consécutifs à une hémorragie auraient pu être évités si des soins appropriés avaient été prodigués en temps utile¹¹⁸. Dans les pays (Royaume-Uni, Finlande, Suède) ayant appliqué une politique forte de prévention - pratique de la délivrance dirigée, organisation de mises en situation d'urgence, etc. - les hémorragies n'arrivent qu'au second rang des causes de décès¹¹⁹, ce qui montre que des marges de progression existent.

Près de la moitié (45 %) des décès identifiés de 2001 à 2006 ont eu lieu dans les départements d'outre-mer et en région Ile-de-France. La mortalité maternelle est trois fois plus élevée que la moyenne dans les départements d'outre-mer et 30 % plus élevée en région Ile-de-France. De 2001 à 2006, la proportion de cas, pour lesquels les soins ont été jugés non optimaux, est de 75 % en Ile-de-France, soit significativement plus que la moyenne.

A contrario, « le profil de la mortalité maternelle (taux et causes obstétricales) des autres régions de métropole est très comparable à celui

¹¹⁷ L'INSERM les redresse pour sa part de 17 % pour tenir compte de biais de sous-déclaration.

¹¹⁸ M. Saucedo et al. : « La mortalité maternelle en France : bilan 2001-2006 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), janvier 2010.

¹¹⁹ G. Crépin et G. Bréart : « Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France », rapport adopté par l'Académie de médecine, 2010.

des Pays-Bas ou de la Finlande »¹²⁰. Si les hémorragies sont la première cause de mortalité maternelle en Ile-de-France et dans les départements d'outre-mer, pour les autres régions de métropole ce sont les causes obstétricales indirectes qui sont les plus fréquentes.

Des analyses complémentaires sur des cas de morbidité maternelle sévère sont indispensables pour comprendre les déterminants de ces écarts. Le projet EPIMOMS (épidémiologie de la morbidité maternelle sévère : mesure, déterminants et qualité des soins) piloté par l'INSERM devrait y contribuer, de même que l'exploitation des résultats de nouveaux indicateurs, généralisés en 2012 par la Haute autorité de santé (HAS) pour améliorer la connaissance de l'hémorragie du post-partum.

Sans attendre, une circulaire diffusée aux agences régionales de santé (ARS) en février 2011 a fait, toutefois, de la réduction de la part des décès évitables une priorité. Elle les incite à s'assurer de la bonne appropriation par les personnels hospitaliers des recommandations sur la conduite à tenir face aux accidents qui peuvent survenir lors de la délivrance.

Au-delà, cet objectif doit également être pris en compte lors de l'élaboration des schémas régionaux d'organisation des soins, de manière que les maternités puissent avoir des relations de coopération étroites et autant que possible de proximité avec les établissements disposant des services à même d'intervenir en pareils cas. En effet, même si la réglementation ne l'exige pas, deux maternités aptes à prendre en charge les grossesses « à risque »¹²¹ sur dix ne disposent pas, selon les résultats de l'enquête nationale 2010, d'un service de réanimation adulte. D'autres n'ont pas de service de radiologie interventionnelle permettant de réaliser sur place une embolisation¹²², souvent préférée à la chirurgie. Les normes relatives aux maternités concernent, en effet, uniquement la prise en charge des nouveau-nés et non le niveau de risque des mères.

¹²⁰ M. Saucedo et al. : « Disparités régionales de mortalité maternelle en France : situation particulière de l'Île-de-France et des départements d'outre-mer, 2001-2006 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), janvier 2010.

¹²¹ Les maternités accueillant les grossesses sans problème identifié sont classées de type I, celles disposant d'un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, de type II et celles destinées à prendre en charge les grossesses « à risque », avec un service de réanimation néonatale et un service de néonatalogie, de type III.

¹²² L'embolisation est une technique ayant pour but d'injecter à l'intérieur d'une artère une substance qui va l'obstruer totalement.

C - Une dégradation du système d'information

Plusieurs séries de données coexistent dans le champ de la périnatalité : les informations issues de l'état civil, les résultats très riches de l'enquête nationale périnatale produites avec une fréquence irrégulière à partir d'un échantillon représentatif des naissances, les renseignements procurés par le programme de médicalisation du système d'information (PMSI), qui sert à la tarification dans les hôpitaux¹²³, l'exploitation de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) ou de celle du premier certificat de santé, dit du huitième jour (CS8). Pour autant, elles ne permettent pas de renseigner l'ensemble des indicateurs jugés essentiels au niveau européen. La France est le seul pays d'Europe qui ne dispose de données systématiques ni sur l'âge gestationnel des nouveau-nés ni sur leur poids.

Même si des initiatives locales autorisent une bonne connaissance de la situation dans certaines régions et si des études sur cohortes intéressantes¹²⁴ ont pu être engagées, selon le rapport d'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 de mai 2010¹²⁵, « *le système d'information français repose sur des données fragmentées, fragiles, et dont le regroupement est consommateur de temps et d'énergie* ».

La Cour avait considéré, en 2006, que la participation au programme européen Euro-Peristat¹²⁶ pouvait permettre l'élaboration d'un outil statistique plus complet, mais tel n'a pas été le cas, au contraire. En effet, selon le même rapport : « *la période 2004-2010 se caractérise par une dégradation de la situation française quant à la production d'indicateurs essentiels en matière de périnatalité [...]* ». Les mesures prévues par le plan périnatalité pour le « *développement d'un système d'information performant* » n'ont pas été mises en œuvre et pour diverses raisons, sept années (2003-2010) ont séparé les deux dernières enquêtes nationales périnatales.

¹²³ Le socle du dispositif de recueil de l'information hospitalière est constitué par le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) qui permet de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur l'activité des établissements de soins, de manière à mesurer la production médicale.

¹²⁴ EPIPAGE (cohorte de grands prématurés constituée en 1997) qui sera suivie en 2011 par EPIPAGE 2 (cohorte de 4 000 enfants grands prématurés qui seront suivis pendant 10 ans) et ELFE (suivi d'une cohorte de 20 000 enfants de la naissance à l'âge adulte).

¹²⁵ Cette évaluation, initiée par la direction générale de la santé, a été pilotée par une instance pluridisciplinaire regroupant divers acteurs et présidée par un membre de l'inspection générale des affaires sociales.

¹²⁶ Ce projet financé par la commission européenne vise à définir des indicateurs communs, afin d'améliorer la comparabilité des données.

Alors que la qualité des statistiques de mortinatalité s'était améliorée en 2002 avec le respect du seuil d'enregistrement des morts fœtales, recommandé par l'organisation mondiale de la santé¹²⁷ depuis 2008, la France n'est plus par ailleurs en mesure de produire d'indicateur fiable pour ce qui concerne les enfants nés sans vie. En réponse à la demande de couples endeuillés et à la suite de différents arrêts de la Cour de cassation¹²⁸, la déclaration à l'état civil d'un enfant né sans vie est en effet désormais laissée à la liberté des parents pour toute grossesse à partir de 15 semaines, ce qui a provoqué une augmentation du nombre d'enfants déclarés mort-nés¹²⁹. L'enregistrement n'étant plus exhaustif et la déclaration ne permettant pas de distinguer les enfants mort-nés selon la définition internationale, la France ne dispose plus de statistiques fiables pour la mortinatalité, seul pays européen avec Chypre dans cette situation. Par voie de conséquence, il en va de même pour les autres indicateurs intégrant le nombre d'enfants mort-nés, comme la mortalité périnatale.

Cette lacune est d'autant plus préoccupante que selon le rapport Euro-Peristat de 2008, la France avait en 2004 le taux de mortinatalité le plus élevé d'Europe (9,1 pour 1000). Selon l'INSERM, ce résultat pourrait s'expliquer par une politique active de dépistage des anomalies congénitales et par la pratique d'interruptions médicales de grossesse relativement tardives¹³⁰ - celles-ci pourraient représenter plus d'un tiers des enfants mort-nés. Pour approfondir l'analyse, il faudrait cependant pouvoir distinguer précisément les décès fœtaux spontanés des interruptions médicales de grossesse et connaître l'âge gestationnel, ce qui ne sera possible qu'à partir de 2012.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information aurait dû permettre le suivi du nombre des enfants mort-nés. Toutefois, le recueil n'en est pas exhaustif. Selon la direction générale de la santé, une instruction d'octobre 2011 destinée aux agences régionales de santé, couplée à la mobilisation des professionnels, devrait en principe permettre d'établir un taux de mortinatalité pour l'année 2012, après

¹²⁷ Terme de 22 semaines ou plus de 500 grammes, alors que n'étaient enregistrés précédemment que les enfants de plus de 28 semaines.

¹²⁸ Par trois décisions du 6 février 2008, la Cour de cassation (la chambre civile de la Cour de cassation) a jugé que l'article 79-1, alinéa 2, du code civil ne subordonne l'établissement d'un acte d'enfant sans vie ni au poids du fœtus, ni à la durée de la grossesse.

¹²⁹ 12 pour 1000 en 2009 contre 9,3 en 2007.

¹³⁰ En France, comme en Allemagne, mais à la différence d'autres pays qui fixent la limite à 24 semaines, les interruptions médicales de grossesse peuvent être pratiquées à tout moment de la grossesse sous certaines conditions.

quatre années d'incertitude sur la signification de l'évolution des données de l'état civil.

Seuls cependant les premiers certificats de santé (CS8), remplis par un professionnel de santé au cours de la première semaine de vie de l'enfant, pourraient permettre de disposer en routine de données sur la prématurité, sur les enfants de petit poids, sur l'état de santé des enfants à la naissance, sur les anomalies congénitales, sur le suivi de la grossesse, ainsi que sur le niveau d'étude, la profession et l'activité professionnelle des deux parents. Les services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) qui en sont destinataires ont l'obligation légale de transmettre annuellement ces données au ministère de la santé, (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) mais tous ne le font pas ou ne le font qu'incomplètement. Ainsi, même si le taux de couverture a tendance à s'améliorer, seuls 78 départements ont transmis ces informations en 2009.

Eu égard à l'importance des enjeux de santé publique, il est impératif que tous les départements se mettent en mesure de respecter leurs obligations à cet égard, ce que ne pourra que faciliter la dématérialisation de ces certificats qui devra intervenir dans les meilleurs délais à la suite de l'expérimentation concluante menée par la direction générale de la santé.

En l'absence de données nationales de qualité résultant de l'exploitation des premiers certificats de santé, et bien que le redressement statistique opéré par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques pallie en partie le manque d'exhaustivité de leur recueil, il importe, comme la Cour l'avait déjà préconisé en 2006, que l'enquête périnatale puisse être réalisée selon une fréquence régulière et plus rapprochée.

La mise en cohérence du système d'information périnatal doit ainsi faire l'objet d'une attention prioritaire. Une politique de santé publique aux enjeux aussi lourds exige des indicateurs fiables, réguliers, conformes aux standards internationaux, sans lesquels son pilotage restera incertain et l'efficacité des actions engagées non mesurable.

II - Une action publique insuffisante

Même s'il a permis quelques avancées, la mise en œuvre du plan périnatalité 2005-2007 a été partielle : selon le rapport d'évaluation du plan, sur les quelque 90 sous-mesures prévues, seules 45 % ont été réalisées et au moins 15 % ne l'ont pas été du tout.

Les mesures non mises en œuvre sont principalement celles concernant les populations en situation de précarité ou de handicap, alors même que, comme l'indiquait la Cour en 2006, « *l'essentiel des marges d'amélioration de nos performances est à attendre de la mise en œuvre de politiques ciblées sur les départements d'outre-mer et sur les femmes en situation d'exclusion* ».

A - Deux avancées limitées

1 - Des normes de sécurité mieux respectées

Le principal objectif des plans périnatalité successifs a été d'accroître la sécurité de la naissance par l'édiction de normes de fonctionnement favorisant une restructuration de l'offre de soins. En octobre 1998, conformément au plan 1995-2000, a été ainsi encouragée par voie réglementaire la création de réseaux et définis trois types de prise en charge. En 2006, la Cour faisait cependant le constat que ces normes étaient « *peu respectées* » du fait d'une insuffisance d'effectifs. Le plan périnatalité 2005-2007 a été accompagné d'un financement de 274 M€ qui a principalement permis aux établissements de santé le recrutement de personnel.

Malgré de nets progrès, les normes ne sont pas encore respectées partout. Ainsi, selon les résultats de l'enquête nationale périnatale 2010, 5 % des maternités réalisant entre 1 500 et 2 000 accouchements par an n'ont pas de gynécologue-obstétricien présent en permanence et 19 % des établissements comportant une unité de néonatalogie avec soins intensifs pour les nouveau-nés (type IIB) - et 3 % des maternités prenant en charge des grossesses « à risque » (type III) - n'ont pas de pédiatre à demeure. Certes, dans le cadre de la certification des établissements, la Haute autorité de santé indique accorder une grande importance au respect des permanences médicales, mais certains établissements connaissent des difficultés récurrentes de recrutement même quand ils disposent du financement de ces postes.

2 - Le développement des réseaux de santé en périnatalité

Les réseaux permettent l'harmonisation des pratiques et la mobilisation des professionnels autour des problématiques de sécurité et de qualité de la prise en charge. Même si leur dynamisme et leur efficacité sont variables, ils ont généralement permis une meilleure adéquation entre niveau de risque et type de la maternité. Leur apport est réel lorsqu'ils associent les services de protection maternelle et infantile -

qui relèvent de la compétence des départements - et sont ouverts vers la médecine de ville.

Selon les résultats de l'enquête nationale 2010, 98 % des maternités sont membres d'un réseau de santé en périnatalité contre 92 % en 2003. Ces réseaux associent les protections maternelle et infantile dans 80 % des cas (contre 60 % en 2003), ainsi que les professions libérales huit fois sur dix.

Leur rôle et leur fonctionnement apparaissent cependant disparates. Le plan périnatalité 2005-2007 recommandait, en particulier, que soit mis en place dans chaque réseau un partage d'expérience sur les décès. Ces revues mortalité-morbidité¹³¹ (RMM) ne sont pas organisées systématiquement. Pourtant, leur pratique pourrait permettre, à la fois, de mieux comprendre la stagnation actuelle du taux de mortalité infantile en mettant en évidence les décès évitables et de participer à l'amélioration des pratiques.

L'homogénéisation nécessaire du positionnement et du mode d'intervention des réseaux pourrait passer par la définition d'un socle minimal de critères à respecter permettant d'obtenir une labellisation. Le contenu du cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité fait actuellement en ce sens l'objet d'une réflexion au ministère de la santé.

B - Une couverture inégale des services de PMI

Près de 11 000¹³² agents travaillent dans les services départementaux de protection maternelle et infantile, en 2009, dont plus de 4 000 puéricultrices, 2 300 médecins et 950 sages-femmes. L'apport de la PMI réside dans son accessibilité, et en particulier, sa capacité à proposer des visites à domicile, et son approche globale à la charnière des champs sanitaire et psycho-social. En 2006, l'inspection générale des affaires sociales estimait que 18 % des femmes enceintes et 20 % des enfants étaient suivis par la PMI¹³³.

L'organisation des services de PMI est encadrée par des textes¹³⁴ qui déterminent des normes minimales d'activité et de moyens. Ainsi,

¹³¹ Il s'agit d'une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient.

¹³² En équivalents temps plein (ETP).

¹³³ Etude sur la protection maternelle et infantile en France - Rapport de synthèse n° RM 2006-163P, novembre 2006.

¹³⁴ Articles R. 2112-5, R. 2112-6 et R. 2112-7 du code de la santé publique.

leur activité dans le domaine de la périnatalité est définie par quatre normes arrêtées en 1992 :

- quatre demi-journées de consultations prénatales pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans ;
- une demi-journée de consultation pour les enfants de moins de six ans pour 200 enfants nés l'année civile précédente ;
- une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1 500 enfants nés au cours de l'année civile précédente ;
- une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés au cours de l'année civile précédente.

S'agissant des consultations prénatales destinées aux mères, 40 départements ne respectent toutefois pas ces normes tandis que 20 assurent deux fois plus de consultations que prévu. Pour les consultations infantiles, 56 départements n'assurent pas le nombre de séances de consultations minimales, tandis qu'une douzaine en offre au moins 50 % de plus.

Si douze départements ne satisfont pas aux normes pour ce qui concerne le nombre de sages-femmes, tous les respectent ou les dépassent s'agissant des puéricultrices. Les écarts restent néanmoins importants : de 1 à 17 pour le nombre de sages-femmes et de 1 à 3,5 pour les puéricultrices. Enfin, en l'absence de norme pour les médecins, les disparités sont importantes : on compte 66 médecins (en ETP) pour 100 000 naissances dans le Finistère contre 980 en Seine-Seine-Denis, soit un rapport de 1 à 15.

Ces différences sont considérables, même si elles tiennent pour partie au fait que la protection maternelle et infantiles complète désormais une offre de soins libérale inégalement répartie et plus ou moins accessible selon les territoires.

C - Les femmes en situation sociale défavorisée et des départements d'outre-mer : deux faiblesses persistantes

1 - La non-réalisation de la plupart des mesures du plan périnatalité destinées aux publics précaires

Comme la Cour le constatait déjà en 2006 pour le plan précédent, les actions en faveur des populations défavorisées n'ont quasiment pas été mises en œuvre. Pour diverses raisons, sur les dix mesures prévues par le plan périnatalité 2005-2007, seule une - la parution d'une circulaire - a abouti.

Quelques initiatives récentes méritent toutefois d'être soulignées : la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant a mis en place un groupe de travail « périnatalité et précarité » chargé de l'élaboration d'un guide pratique à l'attention des professionnels ; la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) développe des actions en direction des femmes en situation défavorisée - ateliers collectifs ciblés et sensibilisation des professionnels de santé libéraux à la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité.

L'entretien prénatal précoce, généralement réalisé par les sages-femmes, constituait en particulier une des mesures centrales du plan périnatalité 2005-2007. Il devait permettre de renforcer la prise en compte de l'environnement psycho-social et constituer un outil de dépistage des fragilités. Une femme sur cinq seulement déclare en avoir bénéficié selon l'enquête nationale 2010 - une sur quatre selon la CNAMTS. Par ailleurs, l'entretien débouche rarement sur un travail en réseau et, surtout, les femmes en ayant bénéficié ont un profil socio-économique plutôt privilégié¹³⁵. Selon l'enquête nationale, 25 % des femmes cadres en ont bénéficié contre 18 % des ouvrières, 23 % des femmes ayant la nationalité française contre 12 % des étrangères et 24 % des femmes ayant un emploi contre 17 % de celles sans emploi.

La recommandation de la Cour relative au renforcement des normes s'appliquant aux services départementaux de PMI « *pour améliorer la prise en charge des femmes en situation difficile et enrayer la dégradation des indicateurs périnataux* » n'a pas eu de suite. Or, comme l'indique la direction générale de l'offre de soins, « *l'implication des conseils généraux reste un élément clef pour la bonne prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité. La situation est donc très variable d'un territoire à l'autre* ».

Dans le champ de la santé périnatale, les inégalités sociales sont, en effet, des facteurs de risque connus de longue date pour la prématurité ou les petits poids de naissance. Ainsi, le taux de naissances prématurées varie selon les catégories socioprofessionnelles, les cadres ayant le risque le moindre et les artisans-commerçants le plus élevé : en 2003, le taux de prématurité pour les naissances uniques s'établissait entre 3,9 et 6,4 % ; il se situe, en 2010, entre 3,7 à 10,4 %. L'écart s'est ainsi fortement accru. De même, en 2010, le taux de nouveau-nés dont le poids est inférieur à

¹³⁵ Cet entretien n'étant que proposé, à la différence des visites médicales obligatoires, ce seraient surtout des femmes déjà bien informées qui le solliciteraient.

2 500 g est compris entre 3,6 % pour les femmes cadres et 8,1 % pour les salariées des services aux particuliers¹³⁶.

Par ailleurs, un manque de suivi pendant la grossesse accroît les risques pour la mère et pour l'enfant. Or, pour la première fois depuis 1995, le pourcentage de femmes ayant déclaré leur grossesse après le premier trimestre a augmenté entre 2003 et 2010, passant de 4,9 à 7,8 %¹³⁷. Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques cette évolution pourrait être liée à la dégradation de la situation sociale de certaines femmes. Parallèlement, le renoncement à des consultations ou examens pour raison financière a doublé, passant de 2 à 4 %¹³⁸, une partie de l'évolution pouvant toutefois s'expliquer par un biais méthodologique.

Si le nombre moyen d'échographies et de visites augmente, des écarts sensibles demeurent : 45 % des femmes ont bénéficié de dix visites prénatales ou plus contre 28 % en 2003, tandis que le pourcentage de femmes n'ayant pas effectué les sept visites prénatales réglementaires reste stable à environ 9 %. Le nombre élevé de consultations prénatales et d'échographies pour une partie de la population comporte, selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, un risque de surconsommation médicale, sans bénéfice évident pour la santé des mères et de leurs enfants. A l'opposé, l'importance de la période périnatale dans la construction d'inégalités sociales de santé rend essentiel de mener, comme la Cour l'avait recommandé, une politique de prévention particulièrement active et bien coordonnée en direction des femmes en situation de précarité¹³⁹.

¹³⁶ Sources : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, exploitation de l'enquête nationale périnatale 2010 et A. Vilain et al. : « Complément de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale », document de travail, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) 2005. Ces chiffres concernent les naissances uniques.

¹³⁷ Un mauvais suivi est corrélé avec le niveau d'études puisque selon l'enquête nationale de périnatalité (ENP) 2010, 40 % des femmes non scolarisées n'ont pas effectué les sept visites prénatales obligatoires contre 5 % de celles qui ont atteint un niveau d'études supérieur au bac.

¹³⁸ Les femmes enceintes bénéficient d'une prise en charge à 100 % à partir du sixième mois de grossesse, mais certains examens ayant lieu avant le sixième mois comme les échographies du premier et du deuxième trimestre, ne sont pas pris en charge à 100 %. Comme l'indiquait la Cour en 2011, « *cette prise en charge est marquée par de nombreuses incohérences* » (chapitre X du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2011).

¹³⁹ « *L'une des mesures qui offrent les meilleures chances de réduire les inégalités en santé en l'espace d'une génération est d'investir dans les premières années de l'existence. Le vécu pendant la petite enfance (du développement du fœtus jusqu'à l'âge de huit ans) et pendant l'éducation initiale et ultérieure jette les bases de toute*

2 - L'insuffisante prise en considération de la situation défavorable des départements d'outre-mer (DOM)

Dans les départements d'outre-mer, la mortalité infantile, déjà entre deux et trois fois supérieure au taux métropolitain - 8,8 contre 3,6 pour 1000 -, a tendance à augmenter. Le taux élevé d'enfants prématurés - près de deux fois plus qu'en métropole - et la prévalence de l'obésité pourraient constituer des facteurs explicatifs mais aucune analyse récente¹⁴⁰ n'a éclairé cette situation très préoccupante.

Comme le regrettait la Cour en 2006, le dernier plan périnatalité ne comportait pas de mesure spécifiquement destinée aux départements d'outre-mer. Le conseil interministériel de l'outre-mer a certes fixé, en 2009, un objectif de réduction du taux de mortalité infantile de 50 % en cinq ans, objectif repris en 2010 dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des agences nationales de santé concernées. Dans la mesure où les causes de cette situation ne sont pas clairement identifiées et sans plan d'action précis mis en œuvre par chacune de ces agences régionales, il est cependant peu probable que cet objectif soit atteint d'ici 2014.

III - Les axes de la nécessaire remobilisation

Devant de tels constats, une remobilisation de l'ensemble des acteurs nationaux et locaux apparaît indispensable, tant pour mieux analyser les causes de la situation actuelle que pour y remédier plus efficacement.

A - Mieux comprendre la situation actuelle

Hormis les travaux de l'INSEE précités, aucune étude statistique ou projet de recherche épidémiologique n'ont été lancés pour analyser les causes de la stagnation de la mortalité infantile. L'administration n'a pas de réflexion formalisée sur ce sujet : la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques se limite à indiquer pour l'avenir que « *l'étude de l'évolution des caractéristiques des enfants à la*

l'existence. » (« Comblent le fossé en une génération », commission des déterminants sociaux de la santé, organisation mondiale de la santé, 2008, page 3).

¹⁴⁰ La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a passé convention avec l'INSERM pour une analyse des causes de décès chez les enfants de moins de un an dans les départements d'outre-mer; les résultats de cette étude ne sont pas encore disponibles.

naissance pourrait servir à mieux comprendre pourquoi la mortalité infantile stagne actuellement en France »¹⁴¹.

En 2005-2007, la périnatalité avait fait l'objet d'une priorité de financement dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique, mais ce n'est plus le cas depuis 2007. Même si la recherche épidémiologique n'est pas le seul outil disponible pour analyser les causes des difficultés rencontrées - les études statistiques et la pratique de revues mortalités morbidités peuvent aussi apporter des éléments de réponse - cette carence de la recherche est anormale au regard de l'importance des enjeux.

Des hypothèses peuvent être avancées sur les raisons des écarts entre régions : l'importance des actions de prévention, les caractéristiques de la population, l'âge à partir duquel les grands prématurés sont pris en charge, le taux d'interruption médicale de grossesse ou encore les pratiques des établissements en matière d'enregistrement des enfants mort-nés. Pour autant, aucune étude récente¹⁴² ne s'attache à expliquer les fortes disparités observées ou à déterminer une éventuelle corrélation entre les taux de mortalité infantile, corrigés de facteurs de risque identifiés comme le niveau de précarité, et l'activité des différents services chargés de l'accompagnement et de la prise en charge en périnatalité. La direction générale de la santé et l'assemblée des départements de France n'ont pas noué de dialogue sur ce sujet.

Au plan local, l'article R. 2112-8 du code de la santé publique prévoit l'organisation par le président du conseil général d'une réunion annuelle visant à présenter et analyser les données recueillies par les services de PMI grâce aux premiers certificats de santé. Seuls douze départements l'ont tenue en 2009. Dans les départements où les indicateurs sont médiocres ou se dégradent, cette réunion pourrait pourtant constituer un rendez-vous utile à la compréhension de la situation et, plus généralement, à la mise en œuvre d'une politique à la fois globale et territorialisée associant les différents acteurs autour d'objectifs partagés.

¹⁴¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et résultats : « La situation périnatale en France en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », n° 775, octobre 2011.

¹⁴² La dernière -statistique - date de 1998 : Q.C. Dinh : « Les inégalités sociales de la mortalité infantile s'estompent », Economie et statistique, n° 314, juin 1998.

B - Mieux impliquer et mieux coordonner les différents acteurs

La Cour constatait en 2006 : « la prévention relève d'acteurs qui ne coordonnent pas suffisamment leurs actions : Etat, collectivités locales, caisses d'assurance maladie ». Selon l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007, ce dernier « n'a pas limité les difficultés d'articulation inhérente à la multiplicité et à la diversité des acteurs et des décideurs ».

La hiérarchie entre régions métropolitaines, qui s'est complètement inversée depuis le début des années 1970¹⁴³, révèle combien une mobilisation des acteurs peut influencer les résultats. Ainsi, en Languedoc-Roussillon, en réponse au « choc » provoqué à la fin des années 1990 par les résultats d'une enquête situant défavorablement la région, « l'amélioration des indicateurs de mortalité périnatale et de mortinatalité a été très forte en 10 à 12 ans, faisant passer la région du 18^{ème} et 21^{ème} rang en 1995-97 au 1^{er} et 2^{ème} en 2005-07 »¹⁴⁴.

Les agences régionales de santé ont désormais à cet égard un rôle central à jouer dans l'amélioration des indicateurs de périnatalité. Leurs plans stratégiques régionaux de santé (PSRS), adoptés dans le cadre des projets régionaux de santé¹⁴⁵, comprennent un axe « Périnatalité et petite enfance »¹⁴⁶, avec pour objectif d'améliorer les performances locales en matière de périnatalité. Le document d'orientation relatif à la mise en œuvre de cet axe diffusé aux agences régionales en février 2011 est un instrument utile à ce titre. Il dessine des priorités en s'appuyant sur l'évaluation du plan périnatalité et propose une liste d'actions par objectif ainsi que des indicateurs. Il suggère également qu'un groupe de travail permanent « périnatalité » soit constitué, au sein des agences régionales de santé, en remplacement des commissions régionales de la naissance.

¹⁴³ En 1970-1972, l'agglomération parisienne connaissait le plus faible taux de mortalité infantile (13,8 pour mille) alors qu'en Corse, ce taux s'établissait à 26,1 contre 16,6 pour la France entière (Q.C. Dinh et al. : « Disparités régionales de la mortalité infantile », Economie et statistique n°85, janvier 1977). Aujourd'hui c'est la Corse qui connaît le taux de mortalité infantile le plus faible alors que l'Ile-de-France se situe au dessus de la moyenne nationale.

¹⁴⁴ Rapport d'évaluation du plan périnatalité 2005-2007, mai 2010.

¹⁴⁵ Instauré par la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009, le PSRS, soumis à large concertation, définit la stratégie globale de santé de l'agence régionale de santé pour les cinq prochaines années. En août 2011, tous les PSRS avaient été adoptés. Le PSRS - premier volet du projet régional de santé - constitue le socle à partir duquel sont déclinés les schémas d'organisation (soins, prévention, médico-social).

¹⁴⁶ 75 % des PSRS font des femmes enceintes une population cible prioritaire.

L'implication active des services départementaux de protection maternelle et infantile constitue aussi un enjeu primordial. Bien qu'ils exercent une responsabilité partagée avec l'Etat et l'assurance maladie¹⁴⁷, ils n'ont longtemps été que marginalement associés aux politiques publiques de leur domaine d'intervention. La commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant comprend toutefois désormais quatre représentants des services de PMI. Depuis la création des agences régionales de santé en 2010, les présidents de conseil général sont représentés au sein des commissions régionales de coordination et prévention. Ces évolutions sont trop récentes pour que l'on puisse en mesurer les résultats. Mais en tout état de cause, leur mobilisation est indispensable si l'on souhaite renouer avec une diminution de la mortalité infantile.

De ce point de vue, au-delà de la problématique qui reste posée de l'actualisation de certaines normes, comme l'a déjà préconisé la Cour, il importe que l'activité des services de PMI des départements soit guidée par la fixation d'objectifs définis en commun par les différentes parties prenantes (agences régionales de santé, collectivités locales, caisses d'assurance maladie, etc.). Ces objectifs devraient être fixés en fonction des caractéristiques locales en matière de périnatalité et dans le cadre des orientations de santé publique fixées au plan national. Leur suivi devrait faire l'objet d'évaluations régulières, rendues publiques afin de faciliter la prise de conscience collective des marges d'amélioration à mobiliser.

————— *CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS* —————

Cinq ans après la précédente enquête de la cour, les indicateurs de périnatalité qui déjà étaient jugés comme reflétant une situation insatisfaisante par rapport à nos principaux voisins, ne se sont pas améliorés. D'autres pays ont continué à progresser et la position relative de la France s'est fortement dégradée.

La mise en œuvre seulement très partielle du plan périnatalité 2005-2007 n'a pas permis de remédier à des difficultés que la Cour avait identifiées en 2006 : une analyse insuffisamment précise des causes d'une situation médiocre et marquée de considérables disparités territoriales, un effort de prévention très insuffisant en direction des femmes en situation de vulnérabilité, une absence de prise en considération prioritaire de la situation des départements d'outre-mer, une implication inégale des services de PMI des départements.

¹⁴⁷ En 2011, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) s'est engagée à structurer et à harmoniser sur le territoire son partenariat avec les services de PMI en concluant de nouvelles conventions pour mieux organiser la participation financière des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) aux actions de prévention.

Une remobilisation de l'ensemble des acteurs s'impose, au niveau national comme sur le plan local, pour améliorer au plus vite nos performances sanitaires dans un domaine généralement considéré comme reflétant le niveau de développement d'un pays.

Ainsi, la Cour réitère ses recommandations antérieures et en formule cinq supplémentaires :

- 1. analyser les causes de la stagnation de la mortalité infantile en métropole et de son augmentation dans les départements d'outre-mer en mobilisant notamment la recherche ;*
- 2. mettre en place un indicateur fiable de mortalité dès 2012 ;*
- 3. faire respecter par les départements l'obligation de transmission de données provenant des premiers certificats de santé ;*
- 4. repenser le système d'information périnatal pour remédier aux lacunes actuelles (recommandation réitérée) ;*
- 5. mener une campagne forte de prévention s'inspirant des expériences étrangères pour faire diminuer le nombre de décès maternels évitables ;*
- 6. mettre en place systématiquement des revues « mortalité morbidité » dans le domaine périnatal au sein des réseaux de santé en périnatalité ;*
- 7. renforcer la prévention en direction des femmes en situation défavorisée notamment par une prise en charge psycho-sociale plus efficace et par l'amélioration de la coordination entre les acteurs (recommandation réitérée) ;*
- 8. mobiliser l'action des services départementaux de PMI autour d'objectifs précis fixés par l'Etat tenant compte des caractéristiques de chaque territoire (recommandation réitérée).*

SOMMAIRE DES REPONSES

Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie	416
Ministre du travail, de l'emploi et de la santé	417
Ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, porte-parole du Gouvernement	421
Président de l'assemblée des départements de France	423
Président de la Haute autorité de santé	426
Président directeur général de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	427

Destinataire n'ayant pas répondu

Directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

**REPONSE DU MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES
ET DE L'INDUSTRIE**

J'ai pris connaissance avec grand intérêt du rapport « La politique de périnatalité ».

Il n'appelle aucune observation de ma part.

REPOSE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Les observations de la Cour rejoignent les mesures d'amélioration que mes services mettent en œuvre et je note dans la dernière version du projet d'insertion que la Cour a su prendre en compte cette dynamique.

Pour en venir aux questions essentielles posées par la Cour, sept points doivent être mis en exergue.

Le suivi des indicateurs de la périnatalité :

Notre système d'information doit être amélioré, conformément à ce qu'indiquait notamment le Haut conseil de santé publique dans son rapport paru en 2010 « Objectifs de santé publique - Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 - Propositions ».

La Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ont d'ores et déjà travaillé à cette amélioration, même si le chantier, d'ampleur, n'est pas encore achevé. On peut ainsi souligner la parution dernière de l'instruction ministérielle (Instruction aux agences régionales de santé du 26 octobre 2011) relative aux modalités d'enregistrement et de codage des mort-nés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) qui a pour objectif d'améliorer la comptabilisation et le suivi des mortinaissances. Cette instruction a fait l'objet d'une présentation à la réunion plénière de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) du 15 novembre 2011. Les premières données consolidées devraient être disponibles dès 2011. La valorisation du résumé d'unité médicale (RUM) « mort-né » à partir de 2012 devrait contribuer à l'amélioration de la qualité de calcul du taux de mortalité. La France devrait donc être en mesure de fournir un indicateur fiable dès 2012, honorant ainsi ses engagements européens.

Il est à noter que le recueil PMSI comporte également depuis cette année l'information systématique du poids de naissance des nouveau-nés, puisque cet item est bloquant pour la saisie des codes. La DGOS a demandé à l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de rendre également bloquante la donnée sur l'âge gestationnel à compter de 2012.

Les revues de mortalité et de morbidité :

Les revues de mortalité et de morbidité, qui correspondent à une démarche d'apprentissage par l'erreur non culpabilisant ayant pour finalité l'amélioration continue de la qualité des soins et leur sécurisation, sont d'ores et déjà systématiquement prévues en établissement de santé. En effet,

lors de la procédure de certification des établissements de santé, la Haute autorité de santé, qui publie les recommandations en la matière, vérifie que l'organisation des revues de mortalité et de morbidité soit bien effective. Cet élément est obligatoire.

Les réseaux en santé périnatale, dans le cadre de leur mission générale de formation, ont parfois d'ores et déjà un rôle dans l'organisation de ces revues de mortalité et de morbidité. Par sa recommandation n° 6, la Cour propose que les réseaux les organisent systématiquement. Cette possibilité pourra être étudiée dans le cadre des travaux en cours sur la redéfinition des réseaux de santé périnatale, qui ont été signalés au rapporteur. Il s'agit de prioriser les missions remplies par ces réseaux, sur la base du cahier des charges porté par la circulaire n° 2006-151 du 30 mars 2006.

L'équipement des établissements :

Si les types de maternités correspondent à une offre d'équipement différenciée pour la prise en charge des nouveau-nés, il est à noter que le risque maternel est pris en compte pour l'orientation de la femme enceinte, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé parues en 2007.

Les décès maternels :

La réduction du nombre des décès maternels est une priorité de santé publique. La prise en charge des hémorragies du post-partum (HPP) constitue un enjeu majeur sur lequel de nombreux travaux sont ouverts, certains étant d'ailleurs cités dans le projet d'insertion de la Cour. Ainsi, des indicateurs, testés et validés par un projet de recherche (Compaq-hpst), sont en cours de généralisation pour 2012. Ces indicateurs renseignés par chaque établissement seront disponibles sur le site Platines à partir de 2013. Ils sont centrés sur deux aspects de la prise en charge :

La prévention de l'HPP pour l'ensemble des grossesses puisqu'une surveillance attentive et les techniques prophylactiques de l'HPP devraient permettre une diminution de son incidence :

- Prise en charge et suivi de la délivrance,*
- Surveillance de l'accouchée en salle de naissance ;*

La qualité de la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat qui doit permettre de diminuer le risque de complications graves secondaires à l'hémorragie :

- diagnostic de l'HPP ;*
- gestes endo-utérins ;*
- antibioprofylaxie.*

Le suivi de ces indicateurs permettra également de rendre compte de la formalisation, à l'échelle de l'établissement, de protocoles de prise en charge (HPP, transfusion sanguine et antibioprophylaxie) et de la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation (évaluation des pratiques professionnelles et revues morbi-mortalité).

Les pratiques professionnelles :

Si, en France la réanimation peut être pratiquée à partir de 24 semaines, il est à souligner que ce n'est pas une pratique systématique, la situation étant appréciée au cas par cas par l'équipe médicale.

Devant le constat de l'augmentation du nombre d'échographies et de consultations dans la période ante-partum, un « risque de surconsommation médicale » est pointé dans le projet d'insertion. Il est cependant à rappeler que les échographies prises en charge par la sécurité sociale sont faites sur prescription. Un médecin ou une sage-femme les a donc jugées nécessaires. On peut penser que l'augmentation de l'âge des femmes au moment de leur grossesse, qui majore les risques obstétricaux, peut être un élément explicatif pour ce surcroît de consommation.

La prévention des femmes en situation défavorisée :

Suite au rapport d'évaluation du plan Périnatalité 2005-2007 qui avait mis en évidence un déficit d'action sur ce thème, un groupe de travail, mis en place dans le cadre de la CNNSE, se réunit actuellement. Il finalise actuellement un guide à l'usage des professionnels de santé visant à mieux accompagner ces situations susceptibles d'avoir des répercussions médicales importantes pour les femmes et les enfants.

La situation spécifique des départements d'outre-mer :

En ce qui concerne l'offre de soins, nous pourrions enfin signaler l'inauguration dernière, le 23 décembre 2011, du centre de référence périnatal pluridisciplinaire de proximité (CR3P) à Marin, en Martinique. Il a été conçu par l'agence régionale de santé de la Martinique et ses partenaires (le centre hospitalier du Lamentin et le réseau périnatal) comme un outil innovant et indispensable dans la politique régionale de prévention de la mortalité périnatale. Les objectifs de l'ouverture de cette nouvelle structure sont :

- *d'assurer un soutien précoce aux professionnels de santé qui travaillent dans l'accompagnement de la grossesse, lorsqu'émergent des difficultés psychosociales complexes ;*

- *de surveiller les grossesses à risque dans la proximité;*

- *de répondre aux urgences ressenties, afin d'orienter la vraie urgence médico-obstétricale vers l'hôpital ;*

▪ *de participer au suivi échographique des femmes enceintes, afin d'augmenter l'incidence de la première échographie ;*

▪ *d'accompagner, dans la pluridisciplinarité, en amont et en aval de la naissance, les femmes et les familles en difficultés médico-psychosociales.*

**REPONSE DE LA MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA REFORME DE L'ETAT,
PORTE-PAROLE DU GOUVERNEMENT**

Le projet d'insertion appelle mon attention sur la stagnation de la mortalité infantile depuis 2005, la persistance de décès maternels évitables, la dégradation du système d'information relatif à la périnatalité qui sont pour la Cour les signes d'une situation sanitaire de l'environnement de la naissance préoccupante.

Je m'associe largement aux conclusions de la Cour selon lesquelles les efforts entrepris doivent être poursuivis.

Je note cependant que d'importants résultats positifs ont été obtenus dans les deux domaines que sont le respect des normes de sécurité par les établissements de santé et le développement de réseaux de périnatalité.

Le constat rapporté par la Cour me semble devoir être pondéré par les conclusions du rapport d'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 selon lequel « le système d'information français repose sur des données fragmentées et fragiles ». Ceci incite à la plus grande prudence quant aux conclusions qui pourraient être tirées de ces données.

S'agissant des décès maternels, la structure de la population des femmes qui accouchent s'est objectivement transformée depuis quelques années. Sans ces changements de structure, le taux de mortalité infantile aurait très vraisemblablement diminué un peu plus qu'il ne l'a fait au cours des vingt précédentes années.

La Cour formule quatre premières préconisations relatives à la mortalité périnatale consistant à « analyser les causes de la stagnation de la mortalité infantile en métropole et de son augmentation dans les départements d'outre-mer en mobilisant notamment la recherche », « mettre en place un indicateur fiable de mortalité dès 2012 », « faire respecter par les départements l'obligation de transmission de données provenant de premiers certificats de santé » et « repenser le système d'information périnatal pour remédier aux lacunes actuelles ».

Je partage pleinement le souhait de la Cour de pouvoir disposer de données fiables et comparables à l'échelle internationale.

La Cour s'intéresse ensuite aux décès maternels évitables, notamment pour la part importante liée aux hémorragies de la délivrance et préconise de « mener une campagne forte de prévention s'inspirant des expériences étrangères pour en faire diminuer le nombre ». Je ne peux que m'associer à cette demande.

Puis, afin de corriger l'une des principales insuffisances relevées, la Cour envisage de « renforcer la prévention en direction des femmes en situation défavorisée notamment par une prise en charge psychosociale plus efficace ».

Cet objectif recueille mon plein assentiment d'autant que l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) a inscrit parmi ses orientations stratégiques pour 2012 un certain nombre de thématiques ciblant les femmes enceintes.

Enfin, les recommandations visant à « mettre en place systématiquement des revues mortalité-morbidité dans le domaine périnatal au sein des réseaux de santé en périnatalité » et à « mobiliser l'action des services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) autour d'objectifs précis fixés par l'État tenant compte des caractéristiques de chaque territoire » n'appellent pas de remarques particulières de ma part.

La Cour préconise une remobilisation forte et rapide de l'ensemble des acteurs, et rappelle le rôle central qu'ont désormais à jouer les agences régionales de santé, notamment par l'élaboration de leur plan stratégique régional de santé qui comprend un axe « périnatalité et petite enfance ». Comme le rapport le mentionne, l'État s'est emparé de ce sujet et a impliqué fortement les ARS qui ont été destinataires d'un document d'orientation en février 2011 et sont incitées à mettre en place un groupe de travail permanent sur ce sujet.

**REPOSE DU PRESIDENT DE L'ASSEMBLÉE DES
DÉPARTEMENTS DE FRANCE**

Je souhaite au nom de l'Assemblée des départements de France vous faire part de ses observations aux fins de nuancer le constat que vous dressez de l'action publique, et plus particulièrement bien sûr de l'implication des conseils généraux et de leurs services de protection maternelle et infantile (PMI), au regard de la mise en œuvre des orientations du plan périnatalité 2005-2007 et de la coordination des acteurs.

Les élus des départements, par leurs services de protection maternelle et infantile, disposent, grâce à leurs liens sur les territoires avec les services sociaux et la relation de proximité avec les publics par lesquels ils sont parfaitement identifiés et reconnus, d'une appréciation sur l'environnement, la situation familiale, etc., qui ne se limite pas à une seule appréciation médicale et qui leur permet, dans leur action au quotidien, d'assurer un repérage des vulnérabilités et de proposer un accompagnement adapté aux situations identifiées.

Les visites à domicile sont en cela une véritable spécificité et un précieux atout des services de PMI pour assurer une prévention et une protection renforcée des femmes enceintes dont l'état de santé, la situation matérielle et morale nécessite une attention particulière.

Plutôt que de tourner des actions en direction des seuls publics précaires, la PMI - à vocation universelle - adapte ses implantations géographiques et ses actions, en répartissant les moyens en fonction des besoins, à partir des préconisations du schéma départemental et d'un diagnostic fin des territoires croisant plusieurs critères (nombre de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), nombre d'informations préoccupantes, évolutions sociodémographiques, publics spécifiques, problématiques santé...).

L'insuffisance souvent structurelle des moyens (en particulier des médecins de PMI) est bien sûr une des raisons qui conduit la collectivité départementale à cibler les actions spécifiques sur les publics à difficultés repérées.

Mais, il faut aussi considérer des facteurs qui modifient de façon très importante le recours à la PMI : la désertification médicale qui engendre des difficultés d'accès au médecin généraliste ; la raréfaction des pédiatres... ; la réduction de la durée du séjour en maternité (3 jours maxi) ; et des causes conjoncturelles qui démultiplient la précarité... conduisent de nombreux nouveaux publics vers les services de PMI, les contraignant à compléter, et le plus souvent à pallier aux défaillances des systèmes de soins classiques surchargés ou déficitaires.

Du reste, les services d'urgence des hôpitaux sont confrontés à des effets de reports qui ne sont pas bien éloignés de ceux ressentis par les services de PMI.

L'intervention des professionnels de PMI en périnatalité se situe à la croisée du système de soin et du champ social, au cœur du réseau obstétrical, pédiatrique et médico-psychologique. L'accompagnement médico-psychosocial demande la mise en place d'un travail pluridisciplinaire et pluri-institutionnel. Les services de PMI ont ainsi inscrit leurs compétences et leurs actions dans une dynamique de réseau et de subsidiarité.

Ils formalisent leur collaboration avec les maternités, et le réseau élargi de l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux susceptibles de contribuer à la prise en charge d'une famille vulnérable. La mise en place de l'entretien prénatal précoce a, à cet égard, contribué à renforcer l'articulation entre les partenaires pour assurer le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sociale. Les professionnels départementaux de la protection maternelle et infantile ont par ailleurs été associés, de façon certes variable, à l'élaboration de la politique régionale de santé.

Ainsi, ils participent à des groupes de travail au sein des agences régionales de santé (ARS) au sein desquels ils partagent leur savoir-faire et font considérer l'importance d'une telle prise en charge médico-psychosociale.

L'implication des services de protection maternelle et infantile est permanente et active aussi ! Il ne faudrait dès lors pas, dans un paysage récemment modifié par la création des ARS, et dans un contexte difficile de contraintes budgétaires, que la redéfinition des objectifs et des missions des services de PMI, que la Cour préconise, conduise à les faire devenir les seuls palliatifs des carences ou défaillances du système de santé publique.

A cet égard, permettez-moi de vous faire part de mes plus vives inquiétudes au regard des perspectives offertes par l'assurance maladie. Le nouveau cadre national que la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) veut imposer comme base aux renégociations de sa participation financière à la protection maternelle et infantile, aboutit à réduire à peau de chagrin sa contribution au financement des actions de prévention médico-sociale conduites par les Conseils généraux. Cela risque de mettre en péril la pérennité des actions conduites et interroge l'avenir du système de prévention sanitaire et médico-sociale de notre pays dont la Cour rappelle l'importance cruciale.

En totale contradiction avec le plan périnatalité comme avec les préconisations que la Cour formulait en 2006 « d'une plus grande implication, y compris financière de l'assurance maladie aux actions de PMI », ces orientations ne me paraissent pas gages « d'une action commune

mieux concertée » effectivement souhaitable pour servir les programmes ambitieux déclinés par les schémas régionaux de prévention.

L'esprit de décentralisation repose sur une culture partagée de l'exercice des compétences dans la cadre d'une gouvernance partagée. De nombreuses politiques se construisent ensemble dans le cadre d'un partenariat où les acteurs sont à égalité de droits et de devoirs.

**REPONSE DU PRESIDENT DE LA HAUTE AUTORITE
DE SANTE (HAS)**

*La Haute Autorité de Santé n'a pas d'observations à faire à propos
des extraits qui lui ont été communiqués.*

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'INSTITUT
NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE
(INSERM)**

Je tenais d'abord à vous remercier d'avoir bien voulu nous consulter sur le contenu de la partie de votre futur rapport public 2012 concernant cet important volet de la politique de santé publique dans notre pays. Je me félicite tout particulièrement que le texte pour lequel vous souhaitez recueillir nos observations fasse référence à un certain nombre de résultats scientifiques émanant d'Unités de Recherche de l'Inserm, notamment l'Unité de « Recherche Epidémiologique en Santé Périnatale et en Santé des Femmes et des Enfants » (UMR 953 dirigée par le Professeur François Goffinet).

Votre document explicite clairement des constats convergents avec ceux qui découlent de ces résultats de recherche en matière de performances insuffisantes de notre pays, par comparaison avec d'autres membres de l'Union Européenne ou de l'OCDE, concernant la mortalité infantile, périnatale et maternelle, et d'application très partielle du Plan Périnatalité 2005-2007. Il existe de plus des disparités importantes, non encore expliquées, entre départements. Nous partageons totalement l'analyse des carences, soulignées par votre rapport, quant à la recherche des causes de ces résultats insuffisants pour la mortalité infantile, l'absence de données sur la mortinatalité depuis 2008 et la dégradation générale du système d'information épidémiologique en France dans le domaine périnatal. Nous sommes également en parfait accord avec les huit recommandations émises en conclusion qui insistent sur la nécessité de mettre en place plus d'études épidémiologiques mais aussi de disposer d'indicateurs de routine si l'on veut évaluer les actions de santé publique.

L'accent que vous mettez sur les nécessités de renforcer nos connaissances de la morbidité maternelle ainsi que de disposer régulièrement d'indicateurs périnatals dans la population générale est fondamental tant pour la recherche clinique et épidémiologique que pour l'amélioration de la santé publique. A notre avis, votre document met bien en relief l'état obsolète de notre système d'information périnatale en comparaison aux autres pays européens. Si, comme en témoignent les références faites aux travaux de nos unités dans votre document, l'Inserm assure une recherche épidémiologique de qualité dans le domaine périnatal, celle-ci est handicapée par l'absence en France d'une structure de suivi et d'expertise qui mettrait en œuvre la surveillance dans le domaine périnatal et infantile en articulant les bases de données existantes

Seuls quelques points particuliers du texte appellent des remarques spécifiques de notre part :

- le paragraphe sur le niveau de soins des maternités peut prêter à confusion car il agrège des plateaux techniques néonatal avec des plateaux de réanimation adulte. Il existe des types 3 sans réanimation adulte et de nombreux type 1 avec une réanimation adulte ;

- les Premiers Certificats de Santé (PCS) sont bien sûr une source de données intéressante pour la surveillance épidémiologique. Cependant, en l'état actuel, leur utilisation à des fins épidémiologiques est limitée par le pourcentage insuffisant de départements qui transmettent leurs certificats au Ministère de la Santé ; un contrôle concernant l'exhaustivité des naissances dans chaque département et la validité des informations recueillies sont un préalable à une interprétation épidémiologique fiable de ces données.
