

Nos propositions



**CHANTIER NATIONAL SUR LA SANTE
PERINATALE ET MATERNELLE**

MISSION « PERINATALITE »

Fédération Française des Réseaux en Périnatalité

Mai 2026

Introduction

La FFRSP s'implique

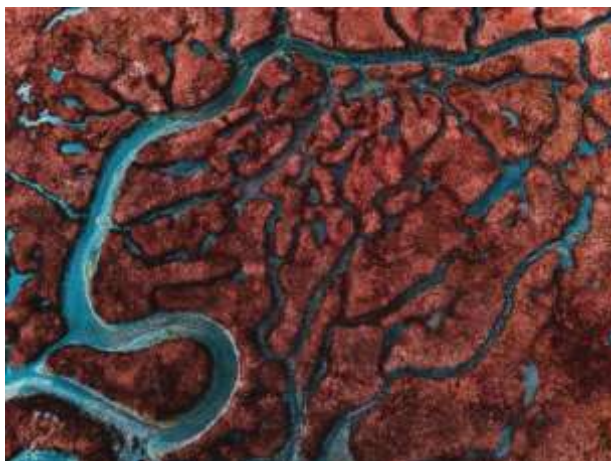
La ministre a missionné Marie-Claude Bonnet, anesthésiste-réanimatrice à l'hôpital Trousseau ; Eliette Bruneau, sage-femme libérale, Elsa Kermorvant, pédiatre, néonatalogue à l'hôpital Necker et Loïc Sentilhes, gynécologue obstétricien, chef de service de la maternité du CHU de Bordeaux pour analyser les dysfonctionnements en matière de santé périnatale et proposer des pistes susceptibles d'y remédier

Le bureau de la FFRSP et les DSRP ont un rôle majeur dans la prise en compte des problématiques en Périnatalité, des situations et difficultés rencontrées sur le terrain par les professionnels.

Force de propositions lors des auditions, et des travaux en lien avec la santé périnatale, la FFRSP a souhaité ici rédiger des analyses et faire des propositions concrètes. Nous espérons qu'elles conduiront à une révision des décrets de périnatalité et une politique périnatale définie de façon prioritaire.

Dr Isabelle JORDAN
Présidente





Nos axes de propositions en synthèse



1. Renforcement du rôle des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP)

Mise en place de **commissions régionales de la périnatalité**

2. Réalisation de diagnostics territoriaux

- ✓ Pas de fermeture de maternités uniquement en fonction de **seuils** de naissance.
- ✓ **Diagnostics territoriaux** incluant :
 - Les caractéristiques de l'offre de soins en périnatalité
 - Indicateurs de santé périnatale
 - Etude des ressources humaines disponibles
- ✓ Structurer l'offre de soins entre :
 - Les maternités « essentielles »
 - Des équipes territoriales en périnatalité
- ✓ Maintien des autorisations d'activité d'obstétrique uniquement SI **Équipe stable, experte et assurant la permanence des soins sans rupture, et ce pour l'ensemble des catégories professionnelles impliquées (SF, GO, MAR, pédiatres)**
- ✓ **Organisation des recours** par le DSRP
- ✓ **Organisation territoriale des transferts** par l'intermédiaire d'une **cellule de régulation des transferts**

- ✓ **Couverture de l'ensemble du territoire**, parcours territorial ville hôpital PMI de suivi de grossesse.
 - ✓ Implication des professionnels dans le **traitement des EIG** et la réalisation des RMM
- 3. Gradation et fonctionnement des maternités :**
- ✓ **Gradation mixte périnatale** (prenant en compte les soins néonataux et les besoins maternels) à élaborer de manière pluri professionnelle
 - ✓ **Reconnaissance des urgences obstétricales** sur le plan financier et des ressources humaines
 - ✓ Prise en compte dans les services en construction ou rénovation d'une **organisation des soins autour de la famille**.
 - ✓ Construction en lien avec le DSRP de procédures d'accompagnement des établissements en cas de **suspension temporaire ou définitive d'activité**.
- 4. Autres modalités de naissance :**
- ✓ Mise en place d'un groupe de travail pluriprofessionnels pour entamer une réflexion sur les critères d'éligibilité, conditions de transfert et démarche qualité propre aux **maisons de naissance**.
 - ✓ Saisine de la HAS pour structurer l'offre **d'accouchement à domicile**.
- 5. Fonctionnement des maternités et de la permanence des soins :**
- ✓ **Ratios de professionnels :**
 - A déterminer en collaboration avec les différentes sociétés savantes
 - Prendre en compte de l'évolution de la structuration des maternités (nombre de naissances)
 - Intégrer des ratios de professionnels para médicaux et réintégrer les auxiliaires de puériculture.
 - Intégrer la prise en charge psycho sociale dans la détermination des ratios
 - Prendre en compte la « charge en soins » pour la détermination de ratios dans les services de néonatalogie et intégrer les professionnels assurant les soins transversaux, les formations, les soins de support...
 - ✓ Question des **astreintes** : retards évitables dans la prise en charge de l'urgence
 - ✓ Travailler sur **l'attractivité des filières** de la périnatalité.
- 6. Favoriser des organisations territoriales innovantes : équipes territoriales d'intervention**
- 7. Améliorer de la qualité des soins par :**
- ✓ L'organisation de **RMM de Réseau**
 - ✓ L'appui aux **formations** proposées par les DSRP

8. Favoriser et organiser le parcours global et le lien ville/hôpital/PMI :

- ✓ **Organiser et coordonner** le suivi pré et post natal
- ✓ Favoriser le développement de **la télé expertise**
- ✓ **Clarifier** les dispositifs de suivi post natus
- ✓ Diminuer les inégalités d'accès aux soins.
- ✓ Soutenir les mises en place et la structuration des **staffs médico psycho sociaux** dans toutes les maternités.

9. Suivi des enfants prématurés ou à risque de troubles du neuro développement :

- ✓ Permettre une couverture nationale par un RSEV
- ✓ Fluidifier l'articulation DSRP/CAMSP /PCO
- ✓ Augmenter le nombre de professionnels formés à l'évaluation et la prise en charge des enfants à risque de troubles du neuro développement
- ✓ Soutenir les formations proposées par les DSRP
- ✓ Généraliser la mise en œuvre de dossiers informatisés
- ✓ Faciliter l'accès administratif à la MDPH
- ✓ Développer la télémédecine et favoriser les e RCP

10. Particularités des DOM TOM

- ✓ C. document complémentaire

Table des matières

Introduction	2
Nos axes de propositions en synthèse	3
Réorganisation de l'offre territoriale en Périnatalité	8
I – Renforcement du rôle des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP).....	8
III – Organisation du territoire.....	10
III - 1. Maternités essentielles	10
III - 2. Une équipe territoriale.....	10
III – 3. Organisation des recours	11
III – 4. Organisation territoriale des transferts.....	12
III – 5. Gradation des maternités	13
III – 6. Les centres périnataux de proximité.....	15
III – 7. Les Maisons de naissance	15
III – 8. Positionnement de la FFRSP par rapport à l'AAD planifié.....	15
IV – Suspensions temporaires d'activité.....	16
Fonctionnement des maternités et organisation de la permanence des soins	16
V – 1. Les ratios de professionnels pour la permanence des soins	17
V – 1.1. Pour les services de néonatalogie (maternités de types 2 et 3)	17
V – 1.2. Ratios / Décrets actuels.....	18
V – 1.3. Ratios - Proposition L Sentilhes	18
V – 1.4. Propositions travaux sur décrets 2020 :	18
V – 2. La question des Astreintes.....	19
V – 3. L'attractivité des filières.....	20
V – 4. Favoriser des organisations de RH territoriales innovantes.....	21
VI – 1. Amélioration de la qualité des soins par l'organisation de RMM de Réseau.....	22
VI – 2. Formations	23
Parcours global / lien ville -Hôpital - PMI	23
VII – 1. Organisation du suivi pré et post natal.....	23
VII – 1.1. Coordonner le suivi prénatal.....	23
VII – 1.2. Clarifier les dispositifs de suivi post natal.....	24
VII – 1.3. Diminuer l'inégalités d'accessibilité aux soins, repérer les vulnérabilité/ territoire.....	24
VII – 2. Suivi des enfants prématurés ou à risque de troubles du neuro développement.....	25
VII – 2.1. L'analyse des dispositifs existants – Réseau de suivi des enfants vulnérables (RSEV)	25

	Propositions FFRSP
Bibliographie	26
Annexes	27

Réorganisation de l'offre territoriale en

Périnatalité¹

I – Renforcement du rôle des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP)

Rôle prépondérant des **DSRP** au regard de leurs missions, dans le but de favoriser la **cohérence du fonctionnement territorial**. Ils veilleront à garantir le lien ville-hôpital et à soutenir une répartition fonctionnelle de l'offre de soins sur le territoire.

Il est aujourd'hui primordial de **sanctuariser les DSRP par voie d'ordonnance (ou de décret par exemple)**, afin de consolider un cadre juridique actuellement limité à une instruction

- La FFRSP propose que les « Commissions Régionales de la Naissance » soient remises en place sous la forme « de **Commissions Régionales de la Périnatalité** » dans lesquelles des DSRP doivent avoir un rôle primordial en collaboration avec les ARS (diagnostics territoriaux, autorisations d'activité, indicateurs partagés, interconnexion des acteurs, choix des missions prioritaires...) .
- L'établissement autorisé **adhère au DSRP de sa région et à ses actions**. Il identifie au moins un professionnel sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre et anesthésiste-réanimateur de l'équipe d'obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale qu'il désigne comme correspondants du DSRP.
- Le DSRP fait partie des membres obligatoires de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) lors de **l'examen de la délivrance et renouvellement des autorisations d'activité** obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale.
- Sur la base des orientations du DSRP, l'établissement passe **convention avec un ou plusieurs établissements de santé** possédant les mentions de l'activité d'obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale dont il ne dispose pas afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des NN entre ces établissements et de préciser les transmissions d'informations².
- Dans ce cadre et s'il est autorisé au titre de « type III , IIB ou IIA », l'établissement conventionne avec les maternités du territoire pour assurer leur accès à son **offre de recours**. Les conventions correspondantes sont portées à la connaissance de l'ARS et du réseau de santé en périnatalité.

¹ [Article R6123-52](#)

- L'établissement définit également, dans le cadre des orientations du DSRP, des protocoles de travail avec **les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social de son territoire de santé** afin d'assurer une réponse coordonnée aux besoins des parturientes et des nouveau-nés dans les champs cliniques, social et psycho-social. Les protocoles sont portés à la connaissance de l'ARS et du réseau de santé en périnatalité.

II – Diagnostic territorial

La FFRSP ne soutient pas l'idée d'une fermeture de maternités uniquement en fonction d'un seuil de naissance.

La FFRSP soutient la réalisation d'un diagnostic territorial partagé entre l'ARS et le DSRP de la région, à l'échelle des territoires de GHT (groupements hospitaliers de territoire), afin de **déterminer les maternités essentielles** de par leur situation géographique et/ou de par leur niveau d'expertise afin d'y concentrer les ressources indispensables au bon fonctionnement d'un plateau technique d'accouchement.

Ce **diagnostic territorial** doit inclure :

1. Les caractéristiques de **l'offre de soins en périnatalité** (incluant maternités et services de néonatalogie, CPP, maisons de naissance, professionnels libéraux, offre HAD, IVG, et psychiatrie périnatale.)
2. Les **indicateurs de santé périnatale**, dont les principaux sont produits par l'ATIH en collaboration avec la FFRSP et disponibles sur le site ScanSanté³, avec la réalisation éventuelle d'un bilan périnatal régional décliné selon le modèle du bilan national réalisé par le groupe « indicateurs » de la FFRSP. **Cette mission de production d'indicateurs relève des missions des DSRP** (instruction/cahier des charges 2015).
3. **L'étude des ressources humaines disponibles** sur le territoire, élément déterminant majeur du maintien de la qualité et de la sécurité des soins dans une maternité : **équipe stable** associant gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes réanimateurs et sages-femmes en nombre suffisant et aux compétences adaptées afin d'assurer des gardes sur place 24h/24 7j/7 et une astreinte opérationnelle en cas de surcharge d'activité ou d'événement grave justifiant la présence d'un second senior de garde (exemple : urgence chirurgicale en obstétrique)
4. Les diagnostics veilleront également :
 - a. A **l'étude de l'accès à tous les produits sanguins labiles** dans un délai compatible avec l'urgence et l'accès à un service de réanimation pour adultes en cas d'urgence maternelle ainsi que **l'offre d'embolisation**
 - b. A la présence ou non d'un **SMUR pédiatrique**

³ <https://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale>

- c. A la localisation et disponibilité **d'hôtels hospitaliers** sur le territoire, taux de recours.
 - d. A la prise en compte des **territoires « écartés », désertés** avec des spécificités particulières
5. **Implication des professionnels dans le traitement des EIG** et la réalisation des RMM et dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins

En cas de réorganisations territoriales de maternité, veiller à la **couverture de l'ensemble du territoire**, prévoir un **parcours territorial ville hôpital PMI de suivi de grossesse**.

III – Organisation du territoire

III - 1. Maternités essentielles

De par leur situation géographique et/ou de par leur niveau d'expertise elles permettent de concentrer les ressources indispensables au bon fonctionnement d'un plateau technique d'accouchement, ressources insuffisantes aujourd'hui pour maintenir toutes les permanences de soins :

- **Équipe stable, experte et assurant la permanence des soins sans rupture, et ce pour l'ensemble des catégories professionnelles impliquées (SF, GO, MAR, pédiatres)** . (C'est à dire gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes réanimateurs et sages-femmes en nombre suffisant et aux compétences adaptées afin d'assurer des gardes sur place 24h/24 7j/7 et une astreinte opérationnelle en cas de surcharge d'activité ou d'événement grave justifiant la présence d'un second senior de garde (exemple : urgence chirurgicale en obstétrique)
- Accès à tous **les produits sanguins labiles** dans un délai compatible avec l'urgence
- Accès organisé à un **service de réanimation pour adultes** en cas d'urgence maternelle

Le maintien des autorisations nécessite que l'ensemble de ces conditions soient réunies.

III - 2. Une équipe territoriale

Elles peuvent assurer :

- des **consultations de proximité** afin de réaliser le suivi de la santé de la femme et du nouveau-né tout au long de leur parcours de santé permettant d'évaluer le niveau de risque et d'orienter vers une équipe spécialisée si nécessaire. En local, cette équipe de proximité peut donc être le relais de l'équipe spécialisée et s'assurer que le parcours des femmes est conforme au niveau de gradation.
- des **gardes en salle de naissance** sur le site dédié à l'accouchement

Cette équipe territoriale a pour objectifs de renforcer l'offre de soins existante et s'appuie notamment sur les ressources locales (professionnels de santé, hôpitaux locaux) en mettant en place une offre de soins répondant à un besoin sur la périnatalité. Cette équipe

s'inscrit dans du soin programmé et peut participer notamment à la mise en place de campagne de dépistage sur une population cible.



III – 3. Organisation des recours

Le **DSRP** s'assure de l'organisation territoriale de recours, en lien avec les établissements et les partenaires extérieurs :

- Pour les situations maternelles, cette organisation définit notamment :
 - les modalités de la collaboration entre l'équipe d'obstétrique et l'équipe d'anesthésie-réanimation ;
 - les modalités de la collaboration avec les services du SAMU-SMUR permettant d'assurer un transport rapide et adapté des femmes.
 - Les modalités de la collaboration avec les unités de prise en charge spécialisées.
- Pour les situations néonatales, cette organisation définit notamment :
 - les conditions de la collaboration entre l'équipe d'obstétrique et les équipes d'urgence et de pédiatrie éventuellement présentes dans l'établissement face aux situations d'urgence néonatale ;
 - les conditions du transfert du NN, quand celui-ci s'avère nécessaire, vers une unité dge prise en charge spécialisée.
- L'établissement assure en propre, ou par convention avec un autre établissement de santé, soumise à l'approbation du DGARS, l'accès des mères qui le nécessitent à une unité de **réanimation adulte**.

Dans les situations où l'établissement autorisé n'en dispose pas en propre, il prévoit et formalise une organisation qui permette de répondre aux situations d'urgence maternelle dans l'attente du transfert.

- Tout établissement de santé pratiquant l'obstétrique de type 3 et traitant des grossesses à haut risque maternel identifiés dispose d'une unité de réanimation adulte permettant d'y accueillir la mère en cas d'urgence et d'une unité de réanimation néonatale. **Elle dispose d'un GO et d'un MAR dédié sur place 24h/24H.**
- Chaque établissement autorisé assure l'accès sur place à **la chirurgie d'hémostase**. Si l'établissement ne dispose pas de la possibilité de réaliser sur place l'embolisation au bénéfice des mères qui le nécessitent, il passe convention avec des établissements autorisés de son territoire pour organiser cet accès

III – 4. Organisation territoriale des transferts

- Le maillage territorial doit être soutenu par **l'organisation des transferts des mères et de nouveau-nés** par l'intermédiaire **d'une cellule de régulation des transferts** dans le cadre des orientations définies par le DRSP.
- Le DSRP s'assurera de protocoles harmonisés et accessibles pour l'ensemble du territoire et favorisera
 - la **formation** des professionnels à la PEC et stabilisation avant transfert.
 - La formation des urgentistes à l'obstétrique.
- Le suivi des **indicateurs qualité** comprendra l'analyse des situations de nouveau-nés nés « hors type adapté » (outborns) ainsi que des RMM concernant les événements indésirables liés aux transferts.
- Le décret doit prévoir le renfort des équipes SMUR par des sage-femmes avec la rédaction de procédures et de convention SAMU et CH-Maternités.

Question de la distance des maternités :

Le poids réel dans la mortalité néonatale de la distance (ou le temps de trajet) entre domicile et maternité, liée au débat sur les fermetures des petites maternités, est actuellement **mal évalué** en France.

En 2014, les trois quarts des mères habitaient à moins de 15 km d'une maternité. Les maternités françaises diminuent en nombre. Entre 2000 et 2017, 221 maternités ont fermé. Il s'agissait souvent de petites structures éloignées¹⁸. La part des femmes vivant à plus de 45 min d'une maternité a augmenté sur l'ensemble du territoire et dans des proportions plus importantes dans des zones géographiques rurales. L'accès à des plateaux techniques est encore plus difficile pour les maternités de type 3 qui se trouvent dans de grandes agglomérations. Ainsi dans certains départements, l'ensemble des femmes y résidant est à plus de 45 min trajet voiture de ces maternités.

Le constat de la difficulté d'accès aux soins notamment experts a déjà été identifié avec pour conséquence des accouchements loin du domicile familial^{10,11}.

Les données sur les risques de morbi-mortalité néonatale sont insuffisantes et discordantes, la distance étant évaluée de manière différente (distance kilométrique, temps de trajet...) ^{14,15,16}.

De même concernant le risque d'accouchement extrahospitalier, les données sont peu nombreuses¹⁹, et difficilement transposables avec la littérature internationale car les organisations des soins en périnatalité sont très différentes²⁰.

LA FFRSP recommande **une évaluation actualisée** et un **suivi régulier des indicateurs avec une méthode harmonisée concernant les distances**. Ce suivi devra se faire au long cours car la population concernée est peu nombreuse et les issues défavorables (mortalité maternelle ou néonatale, pathologies graves nécessitant une prise en charge en réanimation) sont des événements rares.

Pour les accouchements extrahospitaliers, l'exhaustivité de leur recensement est très difficile, toutefois il est nécessaire de pouvoir les superviser et mesurer les indicateurs d'état de santé des mères et des enfants.

Pour les accouchements impliquant une prise en charge par une équipe du SMUR, l'enregistrement systématique dans la base de données de **l'observatoire des accouchements extra-hospitaliers** (AEH) pourrait être une première approche.

Par exemple, et à ce titre, un registre des accouchements extra hospitaliers inopinés a été repris par le Pr Chouhied et le Dr Duchanois (CHU Nancy)⁴. La FFRSP soutient et participe à ce registre.

Les références bibliographiques sont en page 26 de ce document.

III – 5. Gradation des maternités

La **gradation des maternités**, actuellement basée sur le **risque pour le nouveau-né** doit être maintenue en l'état tout en précisant davantage les **critères de soins**.

- **Les maternités de type 1 ne disposent pas d'unité d'hospitalisation de néonatalogie. Les maternités de type 2 A, 2B et 3 disposent d'unités d'hospitalisation en néonatalogie.**

Des seuils de prise en charge pourraient être proposés en lien avec la SFN, incluant les ratios en ressources humaines, le matériel obligatoire et l'existence de conventions de transferts avec les autres types de néonatalogie.

Une gradation parallèle doit être envisagée sur **le versant maternel** prenant en compte **l'offre de soins critiques disponible**.

La FFRSP propose qu'un groupe de travail national pluriprofessionnel et pluridisciplinaire soit mis en place pour élaborer une gradation mixte périnatale.

Quel que soit le type de maternité,

L'unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, 24h/24h :

⁴ CF. présentation du Pr Chouhied / SFMP 2025 « mieux connaître l'accouchement extrahospitalier : intérêt du registre national »

- La prise en charge des grossesses en veillant notamment :
 - à la bonne information des couples, parents et à la prévention des risques ;
 - à l'identification des facteurs de risque pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ;
- Les accouchements et les soins de la mère et du NN en situation physiologique.
- Les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance et au post partum immédiat
- L'accueil, la prise en charge et l'orientation des **soins non programmés obstétricaux**.
- Le suivi post natal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées et organisent la continuité des soins à la sortie d'hospitalisation.

Note sur la question des urgences obstétricales

Lors de la mise en place en 2022 de la réforme des urgences, les **urgences obstétricales** sont hors champ de cette réforme. La facturation des urgences obstétricales est toujours déterminée par l'annexe 2 de la circulaire ministérielle du 3 mars 2008.

Le forfait d'Accueil et de Traitement des Urgences" (ATU) ou (FPU) est facturable dès lors que des soins non programmés sont délivrés à un patient par la structure des urgences de l'établissement de santé.

Dans les cas où, pour des raisons d'organisation interne des établissements, les patientes accueillies pour des urgences gynécologiques sont orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique, une telle venue pour des soins non programmés, non suivis d'hospitalisation dans un service MCO ou en UHCD, peut donner lieu à facturation d'un FTU.

La facturation d'un FTU ne concerne pas les urgences obstétricales. Le FPU n'est pas facturé pour les femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité.

Favoriser le lien Mère-Enfant

La FFRSP se positionne pour que les décrets prévoient en cas de création, de reconstruction ou de réaménagement d'une unité existante de néonatalogie, soins intensifs ou réanimation néonatale, l'obligation aux établissements de favoriser le lien mère/enfant, famille/enfant par l'organisation en chambres mères/enfant. (cf. recommandations du SFN / Green⁵)

⁵ https://www.societe-francaise-neonatalogie.com/_files/ugd/d8ff38_e85fd5b79e654b1ba71c63c7ec4b166e.pdf

III – 6. Les centres périnataux de proximité (CPP)

- Les CPP⁶ sont à intégrer dans le périmètre de l'offre de soins lors du diagnostic territorial.
- Le rôle et le fonctionnement des **centres périnataux de proximité (CPP)** sont définis par l'article R. 6123-50 du code de la santé publique qui dispose que « **Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité**, en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique.
- Le CPP **adhère au DSRP** correspondant à son territoire et contribue aux actions que ce dernier met en place, notamment en termes de formation in situ des personnels ou d'analyse des événements de parcours.
- Le CPP s'inscrit dans le cadre d'une **organisation territoriale coordonnée** avec le reste des acteurs en périnatalité du territoire, permettant d'assurer l'accès des femmes, des couples et des nouveau-nés à un parcours gradué et intégrant le panel des prises en charge sanitaires, sociales ou médico-sociales.

III – 7. Les Maisons de naissance

Les maisons de naissance répondent à une demande de modalités d'accouchement différentes.

Comme cela est prévu dans le cahier des charges, La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée de l'activité de gynécologie obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication.

La FFRSP propose qu'un groupe de travail pluriprofessionnel soit mis en place pour déterminer les critères d'éligibilité, les conditions de transfert, ainsi que la démarche qualité propres aux maisons de naissance.

Comme les autres établissements autorisés, elles **adhèrent au DSRP de leur région et à ses actions.**

III – 8. Positionnement de la FFRSP par rapport à l'AAD planifié

La FFRSP propose, que sans toutefois promouvoir la pratique des accouchements accompagnés à domicile, leur sécurité soit renforcée.

La FFRSP a coordonné en 2021/2022 un groupe de travail regroupant les sociétés savantes et usagers autour de l'AAD. Un consensus a été obtenu pour la diffusion de documents d'information pour les professionnels et les usagers. (Documents en annexes 1)

La FFRSP propose qu'une obligation de traçabilité de l'activité du professionnel effectuant des AAD soit réalisée dans un dossier structuré, afin de sécuriser le parcours

⁶ Cahier des charges des CPP régi par l'instruction n° DGOS/R3/2023/140

des femmes (notamment si nécessité de transfert), et permettant en outre l'analyse d'indicateurs socles.

La FFRSP sollicite une saisine de la HAS pour structurer l'offre d'accouchement à domicile et d'en déterminer les critères d'éligibilité et de réalisation.

IV – Suspensions temporaires d'activité

Une procédure d'accompagnement des établissements doit être formalisée en lien avec le DSRP :

- pour la mise en place d'une organisation optimale en cas de suspension temporaire d'activité d'une maternité
- afin de sécuriser le parcours des patientes ainsi que celui des nouveau-nés

La **supervision territoriale du DSRP** lui permet en effet d'appréhender les situations à risque, ou récurrentes, et peut proposer la mise en place d'une réflexion territoriale ou la mise en place d'un système d'alerte.

La procédure précisera les actions à anticiper avant la suspension d'activité :

- Communication au sein de l'établissement et hors établissement
- Organisation territoriale pour la prise en charge des patientes et la gestion des urgences obstétricales.
- Information des patientes

Un exemple de procédure est disponible en annexe 2 (construite en région AuRA - ARS/DSRP).

Fonctionnement des maternités et organisation de la permanence des soins

La priorité pour optimiser le fonctionnement des maternités, des services de néonatalogie et de la permanence des soins est de s'appuyer sur des équipes stables, expertes, assurant la permanence des soins sans rupture.

Chaque société savante se positionnera sur le nombre de professionnels qui leur semble indispensable pour le fonctionnement quotidien et de permanence des soins.

Toutefois, la FFRSP attire l'attention sur les points suivants :

1. Les ratios de personnels
2. La question des astreintes
3. L'attractivité des filières

V – 1. Les ratios de professionnels pour la permanence des soins

La FFRSP soutient les travaux réalisés en 2020 en prévision de révision des décrets, ainsi que les propositions de l'article publié par L Sentilhes :

- qui prennent en compte **l'évolution de la structuration des maternités** (nombre d'accouchement plus importants) et donc de l'ensemble des professionnels
- qui intègrent dans les **ratios les professionnels para médicaux** (aide-soignant/auxiliaires de puériculture ...)

La FFRSP souligne que le **contexte psycho social** est un élément essentiel à prendre en compte dans la détermination des **ratios de professionnels**

La FFRSP souhaite que la révision des décrets porte sur **l'ensemble des professionnels** de la périnatalité permettant de constituer une équipe stable (y compris les pédiatres)

V – 1.1. Pour les services de néonatalogie (maternités de types 2 et 3)

Les ratios de professionnels médicaux et paramédicaux indispensables à la PEC des mères et de leurs nouveau-nés doivent être revus en collaboration avec les sociétés savantes afin :

- de prendre en compte la **charge en soins** davantage que le nombre de patients (grille WANNNT).
- d'intégrer :
 - Les professionnels assurant les soins transversaux
 - Les besoins de formation spécifiques (tutrices/formatrices)
 - Les référents accompagnement allaitement
 - Les référents « Soins de développement »
 - Les auxiliaires de puériculture dans les services
 - Les professionnels médico psycho-sociaux
 - Les temps de soins de support : kiné / psychomotricien / orthophoniste / Diététicien

V – 1.2. Ratios / Décrets actuels

Tableau 5

Interprétation des ressources humaines pour les activités non programmées en obstétrique, néonatalogie ou réanimation néonatale en France basées sur la réglementation actuelle : Code de la santé publique, conditions techniques de fonctionnement et conditions d'implantation en obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale [1-5].

Nombre de naissances/an	Gynécologue-obstétricien	Anesthésiste-réanimateur	Pédiatre	Sage-femme	
				Effectifs	Équivalent ETP ^a
< 1000	Astreinte opérationnelle ou Garde sur place	Astreinte opérationnelle ou Garde sur place sur le site ^a	Disponible ou Astreinte opérationnelle ou Garde sur place	1 SF en salle de naissance	6 ETP
1000-1500	Astreinte opérationnelle ou Garde sur place	Astreinte opérationnelle ou Garde sur place sur le site ^a	Disponible ou Astreinte opérationnelle ou Garde sur place	1 SF en salle de naissance, soit 6 ETP + majoration d'1 ETP SF pour chaque tranche de 200 naissances supplémentaires venant renforcer l'effectif global du secteur de naissance	1200 naissances = 7 ETP 1500 naissances = 8,5 ETP
1500-2000	Garde sur place	Garde sur place sur le site ^a	Astreinte opérationnelle ou Garde sur place	1 SF en salle de naissance, soit 6 ETP + majoration d'1 ETP SF pour chaque tranche de 200 naissances supplémentaires venant renforcer l'effectif global du secteur de naissance	2000 naissances = 11 ETP
> 2000	Garde sur place	Garde sur place exclusif pour l'unité d'obstétrique	Astreinte opérationnelle ou Garde sur place	1 SF en salle de naissance, soit 6 ETP SF + majoration d'1 ETP SF pour chaque tranche de 200 naissances supplémentaires venant renforcer l'effectif global du secteur de naissance	2500 naissances = 13,5 ETP

^a Sur place sur le site : personnel physiquement sur place en permanence pour l'ensemble des activités de l'établissement de soins donc non dédié uniquement aux soins de périnatalité (mutualisé sur l'ensemble des secteurs d'urgence).

V – 1.3. Ratios - Proposition L Sentilhes

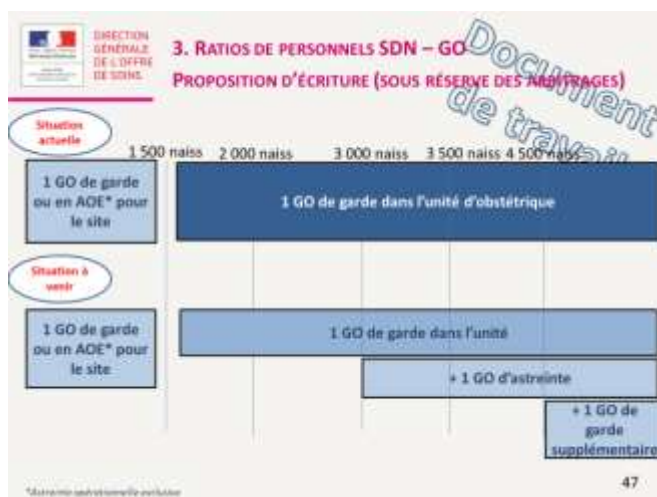
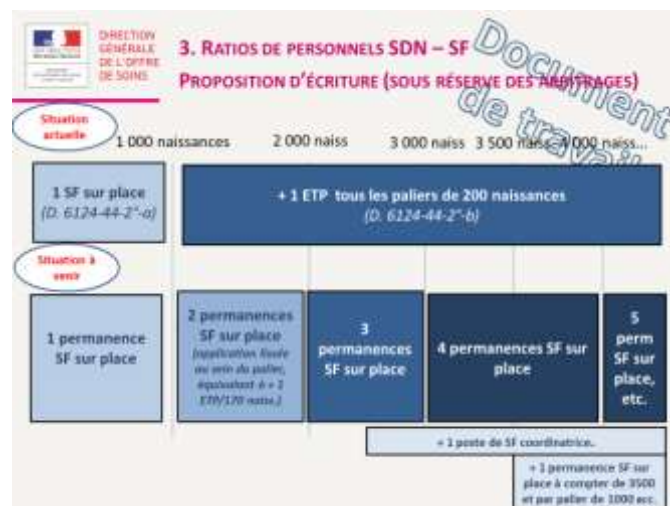
Tableau 6

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

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

Sentilhes et al Gynécologie obstétrique fertilité et sénologie (47) 2019 63-78.

V – 1.4. Propositions travaux sur décrets 2020 : (très proches des propositions de L Sentilhes)



V – 2. La question des Astreintes

- La continuité des soins lorsqu'elle est organisée sous la forme **d'astreintes** provoque un **retard inévitable dans la prise en charge de l'urgence** et particulièrement lorsque l'ensemble des lignes de soignants sont impliquées.
- Ceci a été montré notamment dans l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (2016-2018) dans laquelle 1/4 des situations qualifiées d'évitables l'étaient en lien avec **un facteur lié à l'organisation des soins** (Communication, lieu de prise en charge non adapté, ressources humaines insuffisantes, transferts non faits ou avec retard, ressources matérielles insuffisantes).
- Dans les situations d'hémorragie obstétricale qui restent une des causes principales de mort maternelle obstétricale, la plupart sont qualifiées par le comité d'experts de « probablement ou peut être évitables ».

- Il ressort que, le défaut d'organisation des soins avec arrivée tardive du senior gynécologue obstétricien et/ou médecin anesthésiste réanimateur en astreinte font partie des facteurs identifiés au même titre que le défaut de communication ou le retard à l'acheminement des produits sanguins labiles, les traitements inappropriés et l'absence de plateau technique approprié.
- **Le rôle du DSRP est d'évaluer cette organisation (cf. II - « diagnostic territorial et organisation territoriale » P 9) et de faire des propositions afin de les optimiser et d'améliorer la qualité des soins.**

V – 3. L'attractivité des filières

L'attractivité est un **enjeu majeur** dans l'ensemble des professions de la périnatalité. Le principal levier d'attractivité est d'assurer une **sécurité des pratiques aux professionnels**.

En obstétrique :

D'après le rapport CEGO CNGOF (Pérennité des équipes, quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique?)⁷, une perte d'attractivité pour la surspécialité d'obstétrique est observée.

Le renforcement de l'attractivité en obstétrique peut être soutenu par :

- des effectifs suffisant pour assurer une permanence des soins programmés et non programmés afin de permettre : l'obstétrique et les grossesses compliquées ou avec suspicion de malformations n'attendent pas et nécessitent une continuité dans l'année sans interruption.
- une filière de formation qui valorise l'orientation vers la sur-spécialité d'obstétrique. Cette filière est commune entre la gynécologie et l'obstétrique avec orientation préférentielle actuelle des parcours vers la gynécologie et la chirurgie gynécologique.
- un volume horaire / semaine tenable qui aujourd'hui est trop important en lien avec un sous-effectif chronique dans cette sur-spécialité
- une valorisation financière du temps de travail pour maintenir l'activité dans les centres hospitaliers et éviter une orientation vers le libéral,
- un accompagnement des obstétriciens lors de la survenue d'EIGS (versant médico-légal marqué en obstétrique)

En pédiatrie :

Des constats similaires sont observés en pédiatrie.

Une enquête de la SFN de 2023/2024⁸ a montré que les effectifs médicaux sont inadéquats dans 46% des services de néonatalogie, 62% des services pour l'activité en maternité, et 24% des services pour l'activité en salle de naissance. Le temps médical senior pour

⁷ <https://share.google/PG2swRiAyI78I0Iw2>

⁸ Référence

assurer permanence des soins est adapté pour 36% des services, et 72% des types 3 et 80% des types 2B rencontrent des difficultés pour assurer la permanence des soins.

L'attractivité en pédiatrie pourra être améliorée :

- Par la révision des ratios de pédiatres permettant d'étoffer les équipes afin d'assurer une prise en charge de qualité au quotidien et de **limiter le nombre de gardes** nécessaires pour assurer la permanence des soins
- Par la réflexion sur un **cursus** adapté pour l'exercice en **services 2A et 2B** dans lesquels une **polyvalence** est indispensable (**compétences en néonatalogie et en pédiatrie d'urgence** sont le plus souvent requises).
- Par l'assurance d'un **travail en sécurité** avec des services dans lesquels l'ensemble de l'équipe périnatale est compétent, fiable et stable (GO, SF et MAR)
- Respect du temps de travail et des repos de sécurité

Pour les sages femmes :

Comme pour les autres professionnels médicaux de la santé périnatale, la profession de sage-femme manque d'attractivité. Les principales difficultés identifiées concernent les conditions de travail, la rémunération salariale et la reconnaissance du statut médical. Le nombre important de places vacantes dans les établissements de formation (9.24% en 2023) témoignent des difficultés majeures d'orientation vers la filière maieutique. Le métier est encore trop peu reconnu, les freins encore trop nombreux.

Reconnaître aux sages-femmes un véritable statut médical

- Ne plus laisser d'ambiguïté sur le statut médical en établissement de santé
- Définir une évolution statutaire claire
- Améliorer les conditions de travail à l'hôpital en réduisant les tensions liées aux manques de RH, et à la suractivité (concomitance de tâches à haut risque médical)
- Développer une pratique clinique en adéquation avec les compétences
- Favoriser l'accès à la formation à haut potentiel de prises en charges de qualité
- Mettre en place une réelle plasticité des carrières avec possibilités de postes partagés et/ou exercice mixte : clinique, enseignement, libéral, territorial ...

Donner aux sages-femmes des conditions de travail acceptables

- Insuffler une vraie dynamique par des projets de parcours de soins périnataux physiologiques
- Valoriser la formation, faciliter l'accès à la formation médicale continue

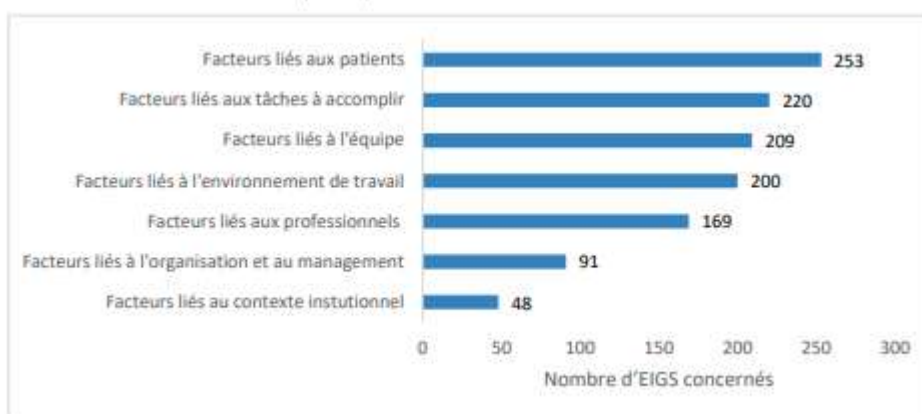
V – 4. Favoriser des organisations de RH territoriales innovantes

Le recours à des **équipes territoriales d'intervention** (mutualisation d'équipes pour maintenir les plateaux techniques entre maternités) doit être envisagé en collaboration avec les acteurs du territoire sous forme **d'équipes dédiées**, en prenant garde à ne pas déséquilibrer ou déstabiliser des équipes ressources possiblement déjà fragiles.

La stabilisation des professionnels par une structuration organisationnelle formalisée et partagée permet de garantir la qualité et la sécurité des soins.

Qualité/sécurité des soins

VI – 1. Amélioration de la qualité des soins par l'organisation de RMM de Réseau



Source : Rapport HAS EIGS nouveau-nés, avril 2025

L'analyse qualitative des décès périnataux montre à la fois des **défauts de coordination des parcours**, un manque de respect des recommandations nationales de bonnes pratiques et de la **gradation des soins périnataux** par les professionnels et un manque de sécurité des soins dans certains établissements entraînant une **inégalité territoriale d'accès aux soins**.

Le rapport de la HAS d'avril 2025 sur l'analyse des EIG met en évidence qu'un décès de nouveau-né sur 2 était évitable. L'analyse des causes profondes retrouve des facteurs en lien avec la compétence des professionnels et le non-respect des protocoles de prise en charge dans plus de la moitié des EI déclarés.

La FFRSP a piloté en 2024 une mission exploratoire d'analyse de la mortalité périnatale à terme ou à proximité du terme sur les territoires des Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (DSRP) volontaires. Cette mission exploratoire a permis d'en évaluer la faisabilité.

Elle a établi que les **DSRP jouaient un rôle central** dans l'analyse des décès périnataux à terme, en coordonnant les RMM, en identifiant les dysfonctionnements, et en proposant des actions d'amélioration⁹.

La généralisation de cette démarche nécessite une méthodologie commune, des critères de sélection adaptés, et des moyens humains et financiers suffisants pour les DSRP et les

⁹ Cf. Rapport de l'expérimentation RMM / FFRSP 2025

professionnels des établissements. L'objectif est d'améliorer la qualité des soins en périnatalité.

VI – 2. Formations

Dans une optique d'optimisation constante de la prise en charge, la **FFRSP joue un rôle prépondérant en structurant l'offre de formation des professionnels**. En agissant comme un véritable laboratoire de bonnes pratiques, elle permet non seulement l'actualisation des connaissances techniques, mais favorise également une culture de la sécurité partagée. Cette mission de formation constitue le socle indispensable à l'amélioration durable des pratiques en périnatalité.

Afin d'assurer une réponse optimale aux situations d'urgence maternelle et néonatale, les établissements assurent la **formation régulière aux situations d'urgence** de l'ensemble des professionnels gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres et sages-femmes, par exemple par les techniques de **simulation in situ** et avec l'aide, du **DSRP**.

Parcours global / lien ville -Hôpital - PMI

VII – 1. Organisation du suivi pré et post natal

Une organisation globale de la prise **en charge pré et post natale** incluant **PMI, libéraux, établissements** (CPP....) doit permettre une **coordination des différents acteurs**.

Un **dossier médical partagé de coordination de parcours** en périnatalité représente un outil nécessaire. Celui-ci devra permettre une Interopérabilité avec les logiciels existants des établissements et des libéraux (cf. [Annexe 4 : Dossier médical partagé](#) en Auvergne).

VII – 1.1. Coordonner le suivi prénatal

Les modalités de **suivi prénatal** ont été définies par la HAS en mai 2016. Une mise à jour semble nécessaire afin de poursuivre le travail de gradation des soins maternels. **Le développement de la télé-expertise** facilite l'orientation des femmes.

Par ailleurs, l'état de santé de la population générale se dégrade avec une **augmentation des pathologies chroniques, de l'obésité et de la consommation de toxiques** (tabac et alcool notamment). Cet état de santé dégradé contribue à une augmentation du risque de survenue de pathologies maternelles gravidiques qui nécessite une surveillance renforcée et une prise en charge multidisciplinaire permettant d'anticiper une décompensation aigüe, en soins intensifs notamment.

Les parcours doivent intégrer un **repérage et une prise en charge des vulnérabilités** ainsi qu'un lien fort avec le champ de **psychiatrie périnatale**. Une attention particulière doit

être faite aux décisions partagées et au vécu patiente notamment par l'entretien prénatal et la rédaction d'un projet de naissance.

VII – 1.2. Clarifier les dispositifs de suivi post natal

- Coordonner l'organisation globale du suivi post natal en lien avec le DSRP. Organisation incluant PMI, libéraux, établissements (CPP....)
- Favoriser les **sorties précoces** en reprenant un **dispositif de coordination de sorties en maternité**. Intérêt de l'**anticipation anténatale** de la sortie.
- Renforcer le **rôle et les missions de la PMI** en augmentant le nombre de visites à domicile et les moyens qui leurs sont attribués.
- Définir l'**organisation territoriale permettant de préciser l'accueil en urgence des NN** au cours de leurs dix premiers jours de vie. Ex coordination de parcours de type « contrôle des bilirubines après sortie de maternité »
- Mobiliser les ressources pour favoriser l'**allaitement**
- Favoriser l'**entretien post-natal. Harmonisation et promotion du dépistage de la dépression du post partum et structuration des parcours d'orientation**.
- Promouvoir en pré et postnatal l'empouvoirement des populations aux messages des 1000 jours : prévention de la MIN, bébé secoué, allaitement, environnement/santé
- Point sur les « **maisons des 1000 jours** » pouvant être en concurrence avec les PMI au lieu d'être partenaires.
- Rôle des DSRP dans la **formation des professionnels** sur le suivi du nouveau-né en sortie de maternité.
- Mise en place de dispositifs favorisant l'accueil mère enfant pour les **situations de vulnérabilité / de grande précarité**
- **Travail sur le repérage** : Situations d'isolement → à grand risque de dépression du post natal.

VII – 1.3. Diminuer l'inégalités d'accessibilité aux soins, repérer les vulnérabilité/territoire

Favoriser les liens professionnels, coordonner les parcours :

Le **Rôle du DSRP** est d'améliorer la lisibilité et la fluidité des parcours, en identifiant les ressources.

Les **commissions régionales de la périnatalité** pourraient être un lieu d'échanges et de co construction pour la prise en charge des vulnérabilités.

Les **DSRP** soutiennent la mise en place et la structuration des staffs médicopsychosociaux dans **toutes** les maternités.

Une réflexion serait à conduire sur les paiements « à l'acte » qui ne favorisent pas la prise en soins en équipe ! Le paiement à l'acte ne favorise pas la PEC de situations complexes qui nécessitent de la coordination ⇔ La proposition de financements de parcours pluridisciplinaires serait une 1^{ère} réponse à cette problématique induite.

VII – 2. Suivi des enfants prématurés ou à risque de troubles du neuro développement

VII – 2.1. L'analyse des dispositifs existants – Réseau de suivi des enfants vulnérables (RSEV)

Les RSEV et leur expertise ainsi que leur historique (ex COCON) nous conduit à faire les propositions suivantes :

- Permettre une **couverture nationale par un RSEV au sein du DSRP régional**
- Fluidifier **l'articulation PCO/CAMSP/DSRP**, en s'appuyant sur la complémentarité des parcours (conventions RSEV/PCO).
- Augmenter le nombre de professionnels formés à l'évaluation et à la prise en charge de l'enfant à risque des troubles du neuro-développement (orthophonistes ...)
- Faciliter l'accès administratif à la MDPH et renforcer les modalités d'action et attributions d'aide des MDPH (AESH, AEEH ...)
- Encourager et valoriser la participation des médecins généralistes et médecins de PMI dans les RSEV
- Permettre à chaque DSRP de disposer d'un budget permettant la mise en place de formations pour les Professionnels Référents (médecins pilotes et professionnels paramédicaux) => groupe de travail FFRSP sur l'harmonisation de la formation des médecins pilotes (la formation des médecins pilotes profite à tous les enfants)
- Généraliser la mise en œuvre d'un dossier informatisé de coordination commun par territoire (DSRP)/ spécifications communes nationales avec possibilité de développeurs différents sur chaque région.
- Développer le recours aux spécialistes via la télémédecine, favoriser les eRCP : en exemple, le document issu du réseau Franche Comté est en annexe 5a
- Il est illustré par une présentation « parcours Périnatalité et eRCP : en exemple des eRCP - Mouvements généraux en annexe 5b

Bibliographie

10. Rolfe MI, Donoghue DA, Longman JM, Pilcher J, Kildea S, Kruske S, et al. *The distribution of maternity services across rural and remote Australia: does it reflect population need?* BMC Health Serv Res. 2017 23;17(1):163.
11. Kozhimannil KB, Casey MM, Hung P, Prasad S, Moscovice IS. *Location of childbirth for rural women: implications for maternal levels of care.* Am J Obstet Gynecol. 2016 ;214(5) :661.e1-661.e10. 25 14. Combier E, Charreire H, Le Vaillant M, Michaut F, Ferdynus C, Amat-Roze JM, et al. *Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region: closing maternity units in Burgundy.* Health Place. 2013 Nov;24:225–33.
15. Blondel B, Drewniak N, Pilkington H, Zeitlin J. *Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France.* Health Place. 2011 Sep;17(5):1170–3.
16. Pilkington H, Blondel B, Drewniak N, Zeitlin J. *Choice in maternity care: associations with unit supply, geographic accessibility and user characteristics.* Int J Health Geogr. 2012 Aug 20 ;11 :35.
18. DREES. *La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017 [Internet].* Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ER1201.pdf>
- 19 Combier E, Roussot A, Chabernaude JL, Cottenet J, Rozenberg P, Quantin C. *Out-of-maternity deliveries in France: A nationwide population-based study.* PloS One. 2020 Feb 24;15(2):e0228785. Doi: 10.1371
- 20 N. Holowko et al, *More than time: travel time to the delivery ward and maternal outcomes – onset of labour, postpartum haemorrhage and obstetric anal sphincter injury,* Public Health. 2023 Apr ;217 :105-114.).

Annexes

Les documents sont disponibles dans le dossier [Annexes Propositions FFRSPmai2026](#)

- 1. AAD – documents FFRSP**
- 2. Exemple de procédure de fermeture**
- 3. Rapport FFRSP « expérimentation RMM » 2025**
- 4. Exemple de dossier périnatal partagé**
- 5. Exemples télé expertise**
 - a. Intérêt de la télé-expertise, eRCP**
 - b. Exemple FC – « parcours périnatalité – exemple des eRCP mouvements généraux »**