

Nos propositions **DROM – COM**



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

MISSION « PERINATALITE »

Fédération Française des Réseaux en Périnatalité

Mai 2026

Table des matières

Introduction	3
I - Focus sur les DROM / COM	6
I – 1. Santé périnatale : une situation dégradée surtout en outre-mer	6
I – 2. Les pistes d'amélioration des prises en charge périnatales sur les DROM	7
I – 2.1. Stabiliser les équipes périnatales	8
I – 2.2. Améliorer l'offre de soins périnatale sur les DROM / COM	8
I – 2.3. Répondre aux besoins périnataux spécifiques aux DROMS COM / sécuriser les prises en charge	9
I – 2.4. Sécuriser et formaliser l'expertise du DSRP DROM	9
I – 2.5. Définir des parcours de prises en charges spécifiques aux DROM/COM....	10
II - Annexes	11
Annexe 1 : Exemple de co-construction d'une feuille de route pluriannuelle (ARS Guyane) - Extraits.....	11
Annexe 2 : Exemple d'accompagnement d'un DSRP / RSEV – Mayotte - Extraits	13
Annexe 3 : Synthèse des entretiens DSRP DROM- réseaux COM / FFRSP dans le cadre de l'audition « mission Périnatalité - chantier national sur la sante perinatale et maternelle »	16

Introduction

Volet DROM - COM

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. Ceci est d'autant plus vrai pour les DROM-COM. Des missions d'accompagnement des DSRP (Mayotte / Guyane) ont été organisées ces dernières années et inspirent en partie nos propositions.

Force de propositions lors des auditions, notamment celle réservée aux DROM-COM, et des travaux en lien avec la santé périnatale, la FFRSP a souhaité ici rédiger un document complémentaire à celui déjà adressé aux experts missionnés. Nous souhaitons qu'un volet périnatal DROM-COM soit défini de façon prioritaire et ciblée lors des travaux en cours.

Dr Isabelle JORDAN
Présidente





Particularités des DOM TOM

Dans le cadre des travaux relatifs au lancement du chantier national du 5 février 2026, initié à la demande de la ministre Stéphanie Rist et consacré à la santé périnatale et maternelle, l'un des axes d'analyse portait spécifiquement sur la situation des territoires d'outre-mer.

Les territoires ultramarins demeurent marqués par des inégalités de santé persistantes, appelant des réponses adaptées et renforcées.

Au-delà de leurs spécificités propres, les DROM partagent un ensemble de caractéristiques communes sur le plan sanitaire et social :

- Une prévalence plus élevée de pathologies chroniques telles que l'obésité et le diabète
- Une fréquence plus importante des conduites addictives
- Un éloignement géographique des ressources spécialisées
- Une précarité socio-économique plus marquée
- Des situations administratives et sociales parfois hétérogènes en matière de couverture sociale, entraînant une proportion plus importante de patientes en situation de non-recours ou de renoncement aux soins, et exposées à des ruptures de parcours.

La Cour des comptes, au travers de ses différents rapports successifs, a formulé plusieurs recommandations auxquelles la ministre de la Santé des familles et de l'autonomie, le ministre des Outre-mer, le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie le président de l'Assemblée de la province Nord de Nouvelle-Calédonie, la présidente de l'Assemblée de la province Sud de la Nouvelle Calédonie ont apporté des éléments de réponse.

Il ne s'agit pas ici de redécliner les différentes spécificités déjà largement documentées par le rapport de la Cour des comptes 2026, mais bien de proposer au nom de la Fédération Française des Réseaux en Périnatalité (FFRSP), des pistes complémentaires d'analyse et d'actions

La FFRSP réaffirme le rôle central des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP), acteurs majeurs de la coordination ville-hôpital, de la structuration des parcours de soins, de l'appui aux professionnels, de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, de l'observation des besoins des territoires, de la réduction des inégalités d'accès aux soins et de la mise en œuvre des politiques publiques en santé périnatale.

La FFRSP recommande :

- De renforcer le positionnement stratégique des DSRP, tout en consolidant leur lisibilité et leur légitimité auprès des professionnels de santé et des instances institutionnelles, afin de réaffirmer leur rôle d'acteur majeur dans la coordination ville-hôpital, la structuration des parcours de soins et l'amélioration des indicateurs de santé périnatale

- D'accompagner les DSRP qui le nécessitent dans la réalisation annuelle d'un diagnostic territorial, permettant d'identifier de manière précise les forces, les fragilités ainsi que les leviers d'amélioration propres à chaque territoire.
- De proposer un accompagnement méthodologique visant à renforcer la pertinence et la fiabilité des indicateurs de santé.
- De recenser et valoriser les initiatives locales en matière de coordination des acteurs et d'animation territoriale, susceptibles d'être reproduites ou adaptées à d'autres territoires ultramarins.
- De soutenir le développement de la télémédecine afin de favoriser l'accès aux expertises spécialisées et de réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins.
- De promouvoir, au sein de chaque territoire ultramarin, la mise en place d'une cellule de transfert dédiée à l'organisation et à la sécurisation des parcours de soins périnataux.
- De favoriser l'émergence et la structuration de dispositifs de type SMUR pédiatrique adaptés aux besoins spécifiques des territoires ultramarins.
- D'initier la création d'une commission « Outre-mer de la naissance et de la parentalité », destinée à constituer un espace de réflexion, de coordination et de propositions autour des enjeux périnataux propres aux territoires ultramarins.

I - Focus sur les DROM / COM

Il existe une nette surmortalité dans les territoires DROM avec un taux de mortalité globale deux fois plus élevé qu'en France hexagonale. Les taux de mortalité néonatale et infantile sont présentés « France entière » dans l'INSEE, sans tenir compte de cette différence, avec une intégration de l'ensemble des DROM depuis 2014.

La mortalité dans les DROM s'explique par une **grande précarité de la population**, un **accès aux soins parfois très limité** et une **offre de soins particulièrement dégradée selon les territoires**. La surmortalité actuelle a donc différentes causes en fonction du territoire considéré.

I – 1. Santé périnatale : une situation dégradée surtout en outre-mer

■ La mortalité périnatale est plus élevée en Outre-Mer, trois fois supérieure à celle de la métropole. La mortinatalité (foetus mort > 6 mois de grossesse) est de 13.5/1000 en outre-mer versus 8.5 en métropole. Le taux de mortalité néonatale (DC entre 0 et 27j) est de 4.1/1000 versus 2,6 / 1000 en métropole

■ Des risques importants dont la prévalence augmente:

- L'obésité et le surpoids maternels avant la grossesse
- Les pratiques addictives et leur toxicité pour l'enfant à naître
- La fréquence de la prématurité et des petits poids dont la prévalence augmente (niveau médian européen)

■ Des inégalités sociales et territoriales de santé périnatale

- La précarité des mères et des familles, caractérisée notamment par un faible niveau de revenus, un niveau d'études limité ou des difficultés d'accès à la couverture sociale, est associée à une augmentation de la morbidité maternelle et infantile ainsi qu'à un risque accru de complications et d'issues défavorables de grossesse.
- ¼ des naissances en France sont issues de mères étrangères *(en 2024, 72.1% des naissances sont issues de 2 parents français – source INSEE)*

Les territoires d'outre-mer concentrent des difficultés particulières:

- Spécificités démo géographiques
- Réseaux routiers peu développés selon le territoire, éloignement des îles ...
- Transports coûteux
- Concentration de populations sur certains territoires
- Croissance démographique forte / population jeune

- Grande et très grande précarité: % de couverture maladie universelle plus important, % de population bénéficiaire du RSA > à la moyenne nationale
- % de la population sans ou peu de diplôme(s)
- Diversité ethnolinguistique selon le DROM

S'ajoutent certaines spécificités des pathologies sur DROM / COM :

Dans les territoires ultramarins, la santé périnatale est marquée par des spécificités épidémiologiques et environnementales qui exposent les femmes enceintes et les enfants à des risques particuliers :

- Les épidémies récurrentes de dengue et de chikungunya constituent une menace importante pendant la grossesse, avec un risque accru de complications maternelles, de prématurité et, dans certaines situations, de transmission au nouveau-né.
- Certaines pratiques ou pathologies spécifiques, telles que le syndrome du pica, peuvent également favoriser des carences nutritionnelles sévères, des intoxications ou des complications obstétricales.
- Par ailleurs, la forte prévalence du diabète et de l'obésité dans plusieurs DROM augmente le risque de complications de grossesse (hypertension, prééclampsie, diabète gestationnel, césarienne), de prématurité et de complications néonatales, tout en exposant les enfants à un risque accru de maladies chroniques ultérieures.
- L'exposition environnementale au chlordécone, particulièrement documentée aux Antilles, soulève des préoccupations concernant ses effets potentiels sur le développement fœtal et la santé de l'enfant.
- Enfin, la surexposition à l'alcool et à d'autres substances toxiques dans certains contextes de vulnérabilité sociale constitue un facteur de risque majeur de troubles du développement, de retard de croissance, de syndrome d'alcoolisation fœtale et de difficultés cognitives, comportementales et sociales chez l'enfant.

Ces spécificités justifient une vigilance renforcée et des stratégies de prévention, de dépistage et d'accompagnement adaptées aux réalités des territoires ultramarins.

I – 2. Les pistes d'amélioration des prises en charge périnatales sur les DROM

- **Organiser un suivi des indicateurs périnataux spécifiques aux DROM/COM en lien avec les GT de la FFRSP - ATIH, analyse des organisations et des pratiques:**

taux de mortalité infantile et néonatale, outborns, taux de prématurité : ex taux de mortalité néonatale DROM 3.8 / France 1.8

- **Réaliser un état des lieux selon une méthodologie commune définie à partir d'un diagnostic par territoire DROM / COM avec à minima:**
 - Un descriptif médico-socio-économique des populations (incluant la prévalence de certaines pathologies, les dimensions culturelles telles que croyances, religions, rites, ainsi que le niveau de couverture sociale) ;
 - Existence ou non d'une PASS périnatalité
 - Description des rôles et missions assurées par la PMI ou équivalent
 - Existence ou non de dispositifs expérimentaux de type article 51 pour le suivi des patientes non assurées
 - Une analyse de la prévalence des pathologies majeures ;
 - Un état des lieux de la démographie médicale (effectifs, stabilité, formations, turnover, recours à l'intérim/mercenariat, mobilisation de la réserve sanitaire)
 - Une identification des expertises disponibles, en obstétrique et gynécologie, ainsi que des spécialités en tension ou déficitaires ;
 - Une évaluation des dispositifs d'accès à la télé expertise
 - Un recensement des possibilités d'évacuations sanitaires (EVASAN), incluant les lieux de prise en charge et les conditions d'organisation.
 - L'accès à l'IVG : délai / méthode / offre de soin
 - l'appréciation de l'état d'avancement de la politique de déclaration des événements indésirables graves

I – 2.1. Stabiliser les équipes périnatales

- Favoriser le développement de ressources professionnelles de la périnatalité : Politique ambitieuse de formation des professionnels issus des DROM /COM Contractualisation sur une période de retour sur le territoire après formation professionnelle pour l'exercice professionnel
- Renforcer l'accueil de professionnels sur les territoires sur des périodes définies: gradation des conditions d'accueil au regard du temps de contractualisation > 1 an
- Développer des conditions d'installation en libéral: soutiens financiers

I – 2.2. Améliorer l'offre de soins périnatale sur les DROM / COM

- SF: Pas de bornes de zonage / développement de cabinets secondaires de consultations avancées en contractualisant (engagement du professionnel)
- **Développement de filières physiologiques** : projets pluri partenariaux à construire pour garantir la sécurité des soins, l'harmonisation des pratiques, avec accompagnement et soutien des ARS ou équivalent

- Améliorer l'accès aux prises en charge spécifiques: IVG par exemple, avec formation des professionnels , prise en charge financière des transports de patientes / médicaments ...
- **Développer les possibilités de recours** via des visio consultations / contractualisation par filières de prises en charge (femmes - enfants - pathologies chroniques - pathologies spécifiques aux DROMS ...
- **Contracualiser avec les organisations humanitaires** (Croix rouge, Médecins – SF du monde, associations ...) pour développer les relais de prises en charge périnatale

I – 2.3. Répondre aux besoins périnataux spécifiques aux DROMS COM / sécuriser les prises en charge

- **Mise en place systématique de cellules de transferts** : adaptées au territoire, au nombre de naissances, en inter DROM?: fluidifier les transferts, favoriser une PEC rapide et coordonnée
- Inciter les professionnels à **déclarer les EI/EIG**, à travers une méthodologie harmonisée d'analyse et suivi des plans d'actions (procédures, références scientifiques, formations, etc.) en lien étroit avec les établissements, et le DSRP
- A noter que la **définition d'une politique périnatale régionale** se heurte à l'absence de directives nationales ciblées DROM: Il serait souhaitable que les ARS DROM ou équivalent sur les COM définissent leur propre politique régionale à partir des éléments constituant leurs problématiques:
 1. Les indicateurs de mortalité et morbidité les moins favorables
 2. Les disparités territoriales importantes en termes de santé périnatale et infantile
 3. La carence des dépistages précoces des femmes enceintes vulnérables
 4. Les difficultés sociales majeures rencontrées en Périnatalité (immigration, pauvreté, absence de papiers ...), violences ...
 5. L'offre de soins inégalement répartie selon le territoire / DROM - COM
 6. Évolution des besoins en santé : pathologies chroniques, troubles du développement, impacts environnementaux (accès à l'eau, pesticides, métaux lourds ...), prévention des risques, programme de vaccination adapté.

I – 2.4. Sécuriser et formaliser l'expertise du DSRP DROM

- Rédiger une procédure qualité avec l'ARS (déclaration - analyse et suivi) avec notamment le référent gestion des risque de l'ARS
- Positionner le DSRP en tant qu'expert qualité périnatalité
- Formaliser la procédure de signalement et de suivi en lien avec l'ARS et les établissements de santé adapté aux possibilités locales

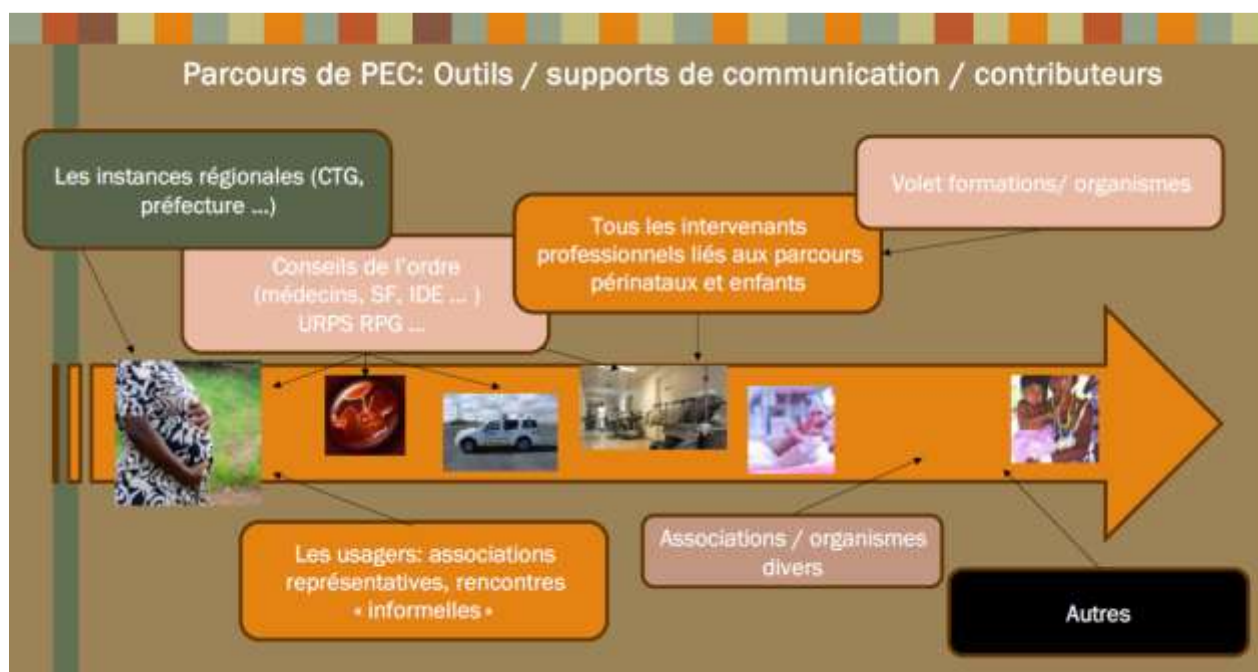
- Formaliser des retours sur les plans d’actions suite aux RMM et CREX intra établissements et les proposer à l’ensemble des structures périnatales du territoire concerné.

I – 2.5. Définir des parcours de prises en charges spécifiques aux DROM/COM

- **Suivi de grossesse** : à minima, nombre d’échos, M9 + Cs anesth, recours si pathologies / par territoire – DROM
- Périodes périnatales : **limiter la séparation mère-nouveau-né** tout en tenant compte des contraintes incontournables, **accepter la réflexion éthique et préventive, le point de vue de la patiente** sans se limiter dans les propositions “au nom de la sécurité” ⇔ proposer un juste équilibre entre prise en charge globale proche du lieu de vie, et nécessaire sécurité de cette même prise en charge et possibilités locales de transport et/ou transferts.

II - Annexes

Annexe 1 : Exemple de co-construction d'une feuille de route pluriannuelle (ARS Guyane) - Extraits



Exemple feuille de route / chantiers prioritaires

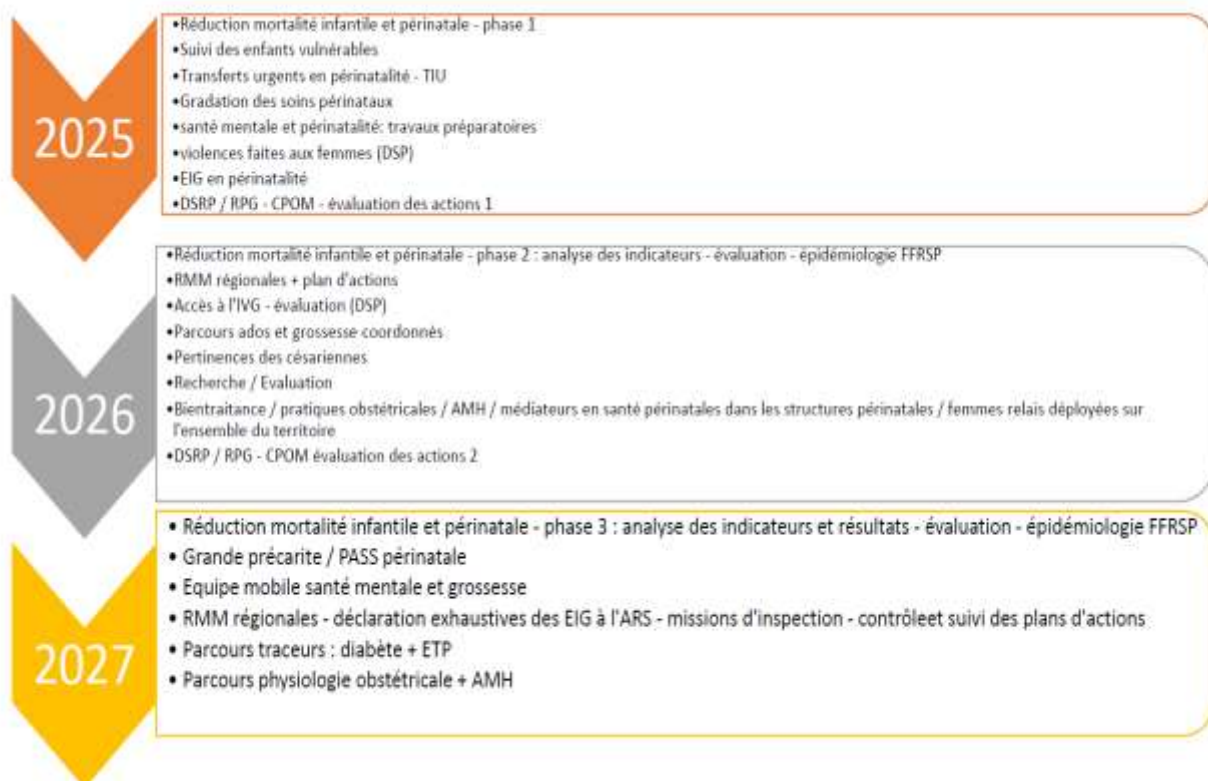


Perspectives

■ Les leviers majeurs

1. *Coordination*
2. *Arbitrage*
3. *Continuité des organisations périnatales : repérer – accompagner – orienter*
4. *Structuration de la coordination de la communauté périnatale*

- **Niveau ARS** : transversalité / coordination des projets / accompagnement des acteurs – des décideurs / référent périnatal identifié
- **Niveau RPG** : CPOM – suivi des missions – des engagements – adaptation des RH au fur et à mesure des rendus des résultats – accompagnement progressif mais articulé (points réguliers – avancement des projets / missions / CPO + points budgétaires)
- **Niveau opérationnel** : Clarifier les rôles, périmètres et responsabilités respectifs des structures contribuant à cette coordination (dispositifs d'appui à la coordination, communautés professionnelles territoriales de santé, etc.) et des acteurs proposant un accompagnement personnalisé aux patients (référent parcours périnatalité, sage-femme référente / femme relais).



Souce : présentation feuille de route « accompagnement des parcours en périnatalité / ARS de Guyane

Annexe 2 : Exemple d'accompagnement d'un DSRP / RSEV – Mayotte - Extraits

Projet de mise en œuvre d'un réseau de suivi des enfants vulnérables

La démarche

Réunion en visio chaque mois depuis avril 2023
Participation active et large des acteurs locaux et des institutions en lien avec la prise en charge des enfants vulnérables

- Rédiger le projet / intérêt du projet – intégrer les notions de précarité extrême, accès aux soins, aux dépistages ⇔ proposer un nouveau modèle (celui de la métropole n'est pas applicable en l'état).
- Déconstruire le modèle métropole, accompagner REPEMA pour déterminer et prioriser les besoins, tout en intégrant le défaut de ressources professionnelles.
- Proposer un fonctionnement d'un parcours de suivi adapté
- Intégrer l'ARS de Mayotte dans le travail de co-construction
- Chercher des financements divers pour la faisabilité du projet et son déploiement

Cibler les enfants par parcours?

2 typologies d'enfants pourraient être inclus dans un RSEV (grand préma / EAI?)

Lors de la phase préparatoire, le groupe de travail propose d'inclure:

- ◊ **Les grands prématurés : < 28 SA** ce qui correspondrait à environ 30 enfants /an
- ◊ **Une phase expérimentale de validation d'un parcours** pourrait concerner l'inclusion de ces 30 enfants/an à partir de mi-2024
- ◊ Les années suivantes pourraient permettre l'inclusion des < 32SA

Nombre de naissances vivantes par classe de poids de naissance				Taux de faibles poids de naissance pour les naissances vivantes	
Nombre total	<1500g	de 1500g à 2499g	≥ 2500g	<1500g	de 1500g à 2499g
10 591	142	1 173	9 276	1,3 %	11,1 %
10 591	142	1 173	9 276	1,3 %	11,1 %

Indicateur ScanSanté/ Faibles poids de naissances 2022

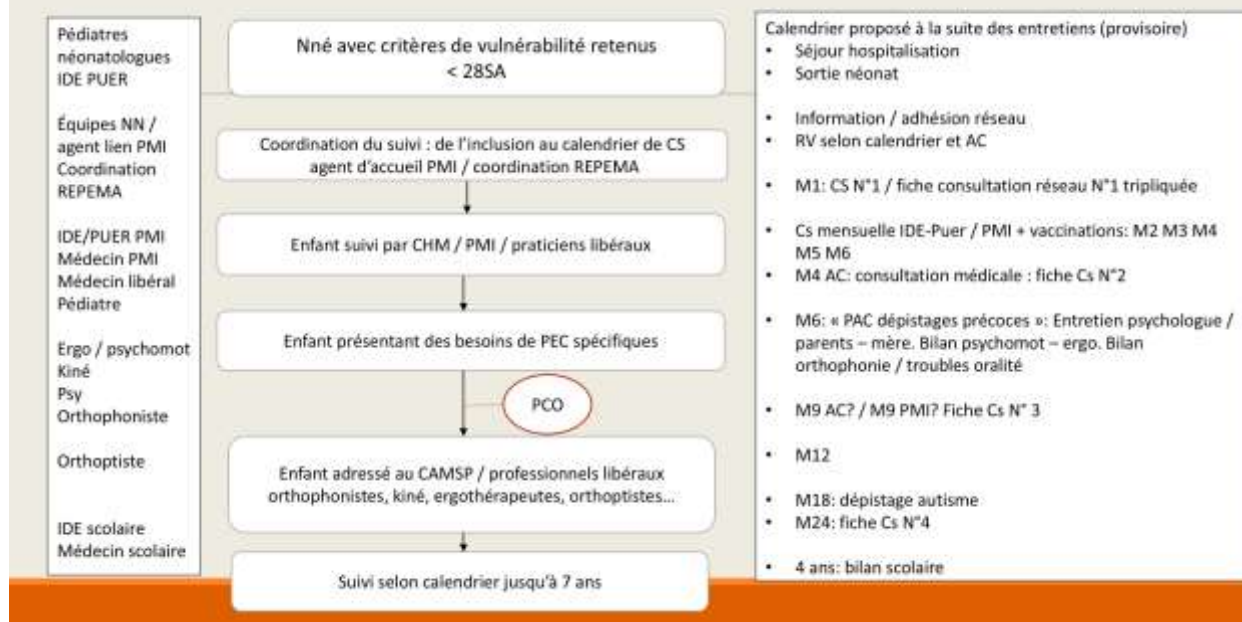
Notre proposition adaptée à Mayotte à l'issue de la phase préparatoire et des entretiens

Parcours coordonné de suivi des grands prématurés < 28 SA

Grands principes:

1. Sortie de néonatalogie organisée
2. Information parents / adhésion réseau ok
3. REPEMA informé => coordination du parcours
4. Suivi selon calendrier et étapes clés
5. Retour d'informations à REPEMA / suivi des indicateurs selon instruction 2023

Processus de repérage des enfants vulnérables / cadrage en cours – travaux avec copil + GT



COPIL RSEV EN PLACE?

- Une large et dynamique participation des acteurs locaux aux 7 réunions préparatoires => constitution du copil local pluri partenarial (en gras les membres actuels)
 - **REPEMA**
 - **ARS**
 - **PMI / CD / ASE**
 - **CAMSP**
 - **Autisme Mayotte**
 - Professionnels libéraux: **kiné**, ergo, psychomot, orthophoniste
 - **Éducation nationale**
 - Croix rouge
 - Relais communautaires / ONG
 - toutes personnes volontaires ...

A la suite de la mission FFRSP, le projet de RSEV de Mayotte est en cours de mise en place. La FFRSP en est à ce jour un de ses interlocuteurs pour la construction de ce RSEV.

Annexe 3 : Synthèse des entretiens DSRP DROM- réseaux COM / FFRSP dans le cadre de l'audition « mission Périnatalité - chantier national sur la sante perinatale et maternelle »

Réseau de Tahiti – entretien visio du 30/04/2026

- Constitution récente du réseau (mai 2025) / adhésion FFRSP – CA 25 membres pluriprofessionnels de la périnatalité – public/prive/liberal – 5 membres du bureau
- Bénévolat / pas de subvention à ce jour ⇔ pas de budget de fonctionnement (demande faite auprès du ministre de la santé en Polynésie)
- Actions actuelles : organisation de rencontres et formations

Le contexte des PEC en Polynésie

- Grande précarité et consommation massive de stupéfiants (méthamphétamines +++ / + alcool et cannabis)
- Peu de logements disponibles – insalubrité – regroupement de familles dans un même logement précaire – loyers chers +++ / nombreux SDF
- Pas de phénomène migratoire (contrôle ++ à la frontière)
- Phénomène récent : les femmes consomment pendant la grossesse
- Obésité + diabète / consommation massive de sucre (les aliments sont très dosés en sucre / > à la métropole malgré une taxe à 60%)
- Violences +++ / violences conjugales et familiales
- Impact de la culture locale : pas d'anticipation, pas de projection sur l'avenir même proche ⇔ limite les actions de prévention
- Conséquences à long terme des essais nucléaires (atolls de Moruroa et Fangataufa) – fin des essais en 1996 – suivi des populations proches de la zone (radio activité) ⇔ plus de pathologies thyroïdiennes / leucémies / cancers...

Le contexte institutionnel :

- Institutions spécifiques en Polynésie : pas d'ARS, gouvernement de la Polynésie dont Ministre de la Santé,
- Peu de politique de prévention
- Calendrier vaccinal spécifique (ne reprend pas le programme national des vaccinations)
- Système de « sécurité sociale » spécifique : CPRS – régime différent si salarié ou non
- Les aides sociales sont différentes de la métropole, comme les conditions de versement : exemple / primes CAF délivrées uniquement après vistes médicales de l'enfant

La périnatalité polynésienne

- Pas ou peu d'indicateurs sur la santé périnatales :
 - L'informatisation est en cours, à ce jour les statistiques sont faites à la main sans exhaustivité
 - Les indicateurs sont en général peu orientés périnatalité

- Le PMSI alimente ScanSanté à partir des codages faits avec les CRH ⇔ exhaustivité ? recueil exhaustif des données ?

L'activité en Périnatalité :

- 3000 à 3500 accouchements
- Offre périnatale :
 - 8 lits de réanimation / TO 60%
 - 2 lits de réanimation pédiatrique
 - 16 lits de soins intensifs /néonatalogie : TO 40 à 50%
 - 6 lits kangourou : TO 100%
- Baisse marquée des naissances
- Le suivi de grossesse est assurée par des missions dans les îles , et possibilité de prises en charge financières des déplacements des patientes pour se rendre à leurs RV de grossesse.
- Les prises en charge financières sont soumises à contrainte : le bébé doit être vu en consultation le 1^{er} mois de vie

L'éloignement des plateaux techniques – transferts et conséquences

- Les femmes se rapprochent du lieu d'accouchement en fin de grossesse ou sont transférées sur Tahiti en cas de pathologies
 - Eloignement du lieu de vie / de sa famille / de sa culture
 - Coût du logement et repas quand proche du lieux d'accouchement
 - CPRS définit un montant journalier limité aux assurées
- Conséquences :
 - dépression,
 - suicides ++ (hors statistiques),
 - violences conjugales,
 - problèmes d'attachement mère-bb

Se poser la question de l'éthique : système à revoir ? questions de sécurité versus conséquences des séparations à mesurer

L'intérêt d'une offre de soins élargie

- Maison de naissances
- Maison des 1000j : missions – financements – contrôle de la mise en œuvre des objectifs
- Projet : maison communautaire ? accueil parentalité – dépistages – respect de la culture – approche éthique

Les problématiques RH

- Globalement peu de problématiques : des AS en réa, SI, néonatal / du personnel disponible ++
- Quelques difficultés de plannings et turn over
- Activité modérée – personnels avec ratios > à l'activité
- Le personnel est limité par des programmes de prévention qui devront être élargis (vaccination Befortus, VRS sévère)
- Volonté politique et administration lente

Le document synthétise l'offre régionale en matière de suivi périnatal en Martinique, de la grossesse à la première année de l'enfant, en mettant en évidence ses forces, ses faiblesses et ses axes d'amélioration.

Suivi prénatal et dispositifs de prise en charge

- La Martinique dispose d'un maillage territorial comprenant une maternité publique de type 3, une maternité privée de type 1, 16 gynécologues-obstétriciens libéraux, 58 sages-femmes libérales, 30 centres PMI et 3 CPP, assurant une couverture théorique satisfaisante malgré des disparités territoriales, notamment dans le nord.
- La majorité des femmes effectuent leur suivi médical auprès de sages-femmes ou de gynécologues, avec un bon accès aux analyses médicales et dépistages, notamment pour la trisomie 21.
- Cependant, l'entretien prénatal précoce (EPP) n'est réalisé que pour 61,5 % des femmes, en dessous des objectifs nationaux, et le bilan prénatal de prévention est peu réalisé (42,4 %), limitant la détection des vulnérabilités.
- La coopération ville-hôpital est renforcée pour maintenir le taux de consultations prénatales, mais l'accès à certains examens spécialisés reste inégal, notamment dans le nord, où l'offre en échographies est limitée.
- La prise en charge des grossesses à risque est structurée avec des hôpitaux de jour spécialisés, notamment en diabétologie et obstétrique, permettant une gestion à domicile complétée par des contrôles réguliers, mais l'offre de soins paramédicaux reste inégale.

Dispositifs pour vulnérabilités et grossesses à risque

- La PASS, intégrée à la MFME, accompagne les femmes en précarité, avec une équipe pluridisciplinaire. En ville, les PMI assurent un suivi pour les femmes sans couverture sociale, mais l'offre psychologique et sociale reste limitée.
- En cas de vulnérabilité majeure, les femmes peuvent être orientées vers l'UMPSP, qui propose une prise en charge multidisciplinaire pour les situations complexes (addictions, violences, handicap). Des dispositifs pour les conduites addictives existent, avec des consultations en tabacologie.
- La surveillance des grossesses à risque montre une fréquence élevée d'antécédents graves, d'hypertension gravidique (8 %) et de diabète gestationnel (10,3 %). La Martinique dispose d'un hôpital de jour dédié, renforçant la prise en charge, mais l'offre de soins paramédicaux reste non systématisée.

Qualité des soins autour de la naissance

- La majorité des naissances ont lieu en maternité de niveau 3, avec une baisse notable des accouchements en maternité de niveau 1 après la fermeture de Trinité. La majorité des accouchements se font dans des établissements de haut niveau, assurant une sécurité optimale.
- La mortalité périnatale demeure élevée (17 pour 1 000), principalement en raison de morts fœtales et prématurités extrêmes, malgré une prise en charge efficace des naissances et des soins intensifs.
- La majorité des enfants naissent avec un suivi néonatal systématique, mais l'accès au suivi pédiatrique est inégal, concentré autour du centre, avec une densité de pédiatres inférieure à celle de la France hexagonale.

- Aucun dispositif structuré pour le suivi des enfants vulnérables ou à risque de troubles du neurodéveloppement n'est encore en place, bien que des discussions soient en cours.

Santé mentale périnatale et soutien à la parentalité

- La dépression post-partum est fréquente (21 %), mais le taux d'entretien postnatal précoce reste faible (27 %), malgré une obligation depuis 2022. La prise en charge psychologique est limitée, avec peu d'unités dédiées ou de possibilités de co-hospitalisation mère-bébé.
- La formation de professionnels et l'ouverture de consultations psychiatriques spécialisées ont été renforcées, mais l'offre reste insuffisante pour répondre aux besoins.
- Les dispositifs de soutien à la parentalité, tels que les LAEP et le REAAP, existent, mais leur coordination avec les services médicaux et psychologiques doit être améliorée.

Synthèse et perspectives

- La Martinique bénéficie d'un maillage territorial solide, d'une forte implication des équipes hospitalières et libérales, et d'outils innovants pour la prise en charge des grossesses à risque et des vulnérabilités.
- Cependant, des disparités géographiques persistent, notamment dans l'accès aux examens spécialisés et au suivi pédiatrique, et la mortalité périnatale reste préoccupante.
- La structuration d'un parcours postnatal cohérent, mieux coordonné, avec davantage de ressources humaines et de dispositifs spécialisés, est essentielle pour garantir un suivi équitable, de qualité, et répondre aux attentes des femmes, notamment en matière de physiologie et de santé mentale.



Principales caractéristiques de l'offre régionale en matière de suivi et d'accompagnement des femmes du début de leur grossesse à l'accouchement

Malika LAMALLE – DSRP Réseau Santé Périnatal Matnik, juillet 2025

Le suivi prénatal

En Martinique, il est dénombré en 2025 :

Une maternité publique de type 3, la Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant (MFME), permettant le suivi par des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes hospitaliers ;

Une maternité privée de type 1, la Clinique Saint-Paul, où le suivi de grossesse est assuré par des libéraux affiliés à la clinique ;

16 gynécologues-obstétriciens libéraux assurant le suivi de grossesse ; La densité en gynécologues-obstétriciens en Martinique est de 11,5 pour 100 000 femmes de plus de 15 ans (vs 14,8 en France hexagonale - Assurance Maladie, 2023). Ces derniers sont cependant majoritairement installés sur le secteur centre de l'île.

58 sages-femmes libérales assurant le suivi de grossesse ; La densité de sages-femmes libérales en Martinique est de 94,1 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (vs 55,2 en France hexagonale – Assurance Maladie, 2023) ;

30 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) répartis sur l'ensemble du territoire ;

3 Centres Périnataux de Proximité (CPP) dans le secteur Nord Caraïbe, le secteur Nord Atlantique et dans le secteur Sud. Les CPP proposent notamment des consultations avancées avec des gynécologues-obstétriciens hospitaliers.

Malgré des disparités territoriales d'accès aux soins en Obstétrique, l'ensemble des secteurs de proximité de l'île est doté de professionnels pouvant assurer le suivi des grossesses.

Selon, l'extension Martinique de l'Enquête Nationale Périnatale de 2021, les femmes enceintes effectuent leur suivi médical auprès :

- des sages-femmes hospitalières, territoriales ou libérales dans 49 % des cas,
- des gynécologues-obstétriciens hospitaliers ou libéraux dans 43,2 % des cas,
- ou auprès des médecins généralistes dans 2,8 % des cas.

Le territoire bénéficie d'une couverture satisfaisante en laboratoires d'analyses médicales, permettant le suivi biologique des grossesses. L'accès à la première échographie et au dépistage de la trisomie 21 est globalement assuré. Selon l'ENP 2021, 91,4% des femmes ont bénéficié du dépistage de la trisomie 21, tout comme en France hexagonale (90,9%). Il est à noter cependant qu'un seul échographiste exerce dans le secteur nord caraïbe, dans une commune limitrophe du centre de l'île, entraînant des déplacements longs (>30km) pour certaines femmes dans un contexte de réseau de transports en commun limité.

Le suivi prénatal est globalement régulier et complet en ce qui concerne les consultations médicales. Toutefois, selon le SNDS (Système National des Données de Santé) en 2024, seules 61,5 % des femmes enceintes ont bénéficié de l'entretien prénatal précoce (EPP), malgré l'accessibilité des professionnels formés. Pour rappel, l'EPP est obligatoire pour toutes les femmes enceintes depuis le 1er mai 2020 (loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale), au même titre que les 7 consultations prénatales.

Par ailleurs, seules 42,4 % des femmes ont bénéficié d'un bilan prénatal de prévention, pourtant essentiel pour aborder les messages prioritaires de prévention : alimentation, activité physique, consommation de substances addictives, exposition à la chlordécone et vaccination.

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont accessibles sur tout le territoire via les sages-femmes libérales, les maternités, les centres de PMI et les CPP.

Selon l'ENP 2021, 94,5 % des femmes bénéficient d'au moins une consultation avec l'équipe hospitalière avant l'accouchement, conformément aux recommandations. Une coopération ville-hôpital a été

renforcée afin de maintenir ce taux dans un contexte de réduction du nombre de maternités, en sensibilisant les professionnels de ville à une orientation précoce des patientes.

Dispositifs de prise en charge des vulnérabilités

Plusieurs dispositifs existent sur le territoire pour répondre aux situations de vulnérabilité. Le service de la PASS, situé au sein de la MFME, maternité publique de l'île, accompagne les personnes en situation de précarité rencontrant des difficultés d'accès aux soins, qu'il s'agisse de l'absence ou de la limitation de la couverture sociale, de l'absence de domicile fixe, de l'isolement social, d'une difficulté à s'orienter dans le système de santé, ou encore d'un contexte de grande précarité. L'équipe se compose de trois assistantes sociales et de deux infirmières, qui assurent une prise en charge globale et un accompagnement tout au long du parcours de soins des personnes les plus vulnérables.

En ville, les services de PMI sont présents dans tous les secteurs de l'île et assurent le suivi de grossesse, y compris pour les femmes sans couverture sociale. Certaines de ces structures proposent également un suivi psychologique ou social, mais cette offre reste hétérogène et limitée.

En cas de vulnérabilité majeure identifiée pendant la grossesse, les femmes et les couples peuvent être orientés vers l'UMPSP (Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité), située à la MFME (Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant). Cette unité pluridisciplinaire rassemble un psychiatre, un obstétricien, un pédiatre, une sage-femme, une puéricultrice, un psychologue et une assistante sociale. Elle prend principalement en charge les femmes présentant un suivi psychiatrique, une addiction, un handicap, une minorité, des situations de violences ou de grande précarité. Des staffs pluridisciplinaires, incluant des acteurs de ville (libéraux ou de la PMI), sont organisés régulièrement afin de coordonner la prise en charge. Les femmes présentant des conduites addictives peuvent être orientées vers les différents CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) de l'île. Une consultation spécialisée en tabacologie est également proposée à la MFME pour les femmes consommatrices de tabac ou de cannabis. Des groupes de parole y sont également animés dans ce cadre.

Surveillance des grossesses à risque

Les grossesses à risque sont fréquentes sur le territoire. Selon l'ENP 2021 :

- 1 femme enceinte sur 5 présente des antécédents de mort fœtale in utero, de retard de croissance intra-utérin (RCIU), de macrosomie ou d'accouchement prématuré,
- 8 % développent une hypertension artérielle gravidique (contre 4,3 % en France hexagonale),
- 10,3 % présentent un diabète gestationnel.

Pour y répondre, le territoire dispose notamment :

- D'un hôpital de jour de diabétologie pour le suivi des femmes diabétiques (gestationnel ou chronique), ainsi qu'un programme d'éducation thérapeutique « 1000 Jou Pou Santé Nou » assurant des ateliers et de l'activité physique adaptée jusqu'à deux ans après l'accouchement ;
- D'un hôpital de jour d'obstétrique, créé en 2024 grâce à la collaboration entre le DSRP et la MFME, afin de renforcer la prise en charge des grossesses à risque dans un contexte de fermeture d'une des maternités de l'île. Grâce au maillage ville-hôpital et à la forte densité de sages-femmes libérales, cet hôpital de jour permet d'assurer une prise en charge à domicile complétée par des contrôles hospitaliers réguliers.

Des professionnels paramédicaux (diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues et autres) sont parfois mobilisés pour compléter la prise en charge, notamment dans les cas de diabète gestationnel ou de troubles de grossesse, mais l'offre reste non systématisée.

Offre de soins autour de la naissance

La majorité des femmes (69,5% selon les données de l'ATIH en 2023), en Martinique, choisissent de donner naissance dans une maternité de niveau 3, établissement public du centre de l'île. En 2023, la part d'accouchements réalisés en maternité de niveau 1 a diminué de manière significative, passant de 37% en 2022 à 29% en 2023, au profit de la maternité de niveau 3. Cette évolution s'explique par la fermeture temporaire de la maternité de Trinité (niveau 1), survenue en juin 2023 et toujours en cours à ce jour. Les transferts de la Clinique Saint-Paul, maternité de type 1, à la MFME, maternité de type 3 concernent très peu des accouchements, soit 0,8%.

L'offre de soins autour de la naissance est jugée globalement efficace. Aucun décès maternel hospitalier n'a été enregistré en 2024. Selon l'ENP 2021, moins de 1,6% des enfants naissent avec un PH artériel au

cordon <7, signe d'acidose néonatale. 8% des enfants, ont nécessité des gestes de réanimation tout comme en France hexagonale. Les enfants grands prématurés naissent au bon endroit en Martinique, notamment en 2023 pour 100% de ces derniers, selon les données de l'ATIH. La mortalité périnatale reste toutefois élevée (17 pour 1 000 naissances en 2023, contre 9 pour 1 000 en France hexagonale), principalement en raison des morts fœtales spontanées et des extrêmes prématurités. Des études complémentaires sont nécessaires pour approfondir la compréhension de ces données.

En l'absence de maison de naissance ou de filière physiologique, aucune offre formalisée d'accompagnement de la naissance physiologique n'existe, malgré une demande exprimée par les femmes. Selon l'ENP 2021, seules 58 % d'entre elles exprimaient un souhait ferme d'analgésie péridurale en début de travail, et seulement 17 % ont eu accès à une méthode non médicamenteuse de gestion de la douleur (contre 49 % en France hexagonale).

En conclusion, l'offre de suivi prénatal en Martinique repose sur un maillage territorial composé d'une diversité d'acteurs hospitaliers, libéraux et territoriaux, permettant une couverture théoriquement satisfaisante du territoire. La densité de sages-femmes libérales est supérieure à celle de la France hexagonale, et des dispositifs structurants tels que les CPP ou la coopération ville-hôpital permettent de maintenir une continuité de soins, y compris dans les zones éloignées. Toutefois, des disparités géographiques persistent, en particulier dans le nord de l'île, avec une offre en échographies et en consultations spécialisées parfois insuffisante.

Les indicateurs de recours aux examens prénataux réglementaires sont globalement bons, mais l'atteinte des objectifs nationaux reste incomplète en ce qui concerne l'entretien prénatal précoce et le bilan de prévention. Ces leviers essentiels, notamment pour identifier les vulnérabilités, gagneraient à être davantage mobilisés par l'ensemble des professionnels.

Le territoire a su mettre en place des dispositifs innovants pour la prise en charge des grossesses à risque, comme les hôpitaux de jour de diabétologie et d'obstétrique, ainsi que des ressources spécifiques pour les femmes en situation de vulnérabilité, grâce à l'UMPSP, à la PASS ou aux consultations spécialisées en addictologie. Toutefois, l'accès à un accompagnement psychologique et social reste inégal et sous-dimensionné dans les structures de premier recours. Enfin, si la sécurité autour de la naissance est assurée grâce à la qualité des soins hospitaliers, les indicateurs de mortalité périnatale demeurent préoccupants et nécessitent des investigations approfondies. Par ailleurs, l'absence d'une filière d'accouchement physiologique encadrée, malgré une demande croissante des femmes, souligne la nécessité de mieux prendre en compte les attentes en matière de parcours de naissance personnalisé.

Dans ce contexte, renforcer la coordination entre professionnels, améliorer l'accessibilité dans les zones sous-dotées, développer l'accompagnement à la physiologie, et soutenir les démarches de prévention en santé périnatale constituent des axes prioritaires pour garantir à chaque femme un suivi global de qualité et équitable tout au long de sa grossesse.



Entretien par téléphone – point sur les difficultés rencontrées à Mayotte :

- Le DSRP et l'ensemble de la communauté périnatale ont été profondément touchés par l'ouragan CHIDO
- Il y a clairement un avant et un après : l'île est dévastée, les locaux professionnels ont été détruits, le matériel endommagé. Les professionnels « locaux » ont dû s'adapter aux conséquences personnelles (familiales, logements détruits partiellement, plus de toit notamment, perte d'emploi au niveau de la famille, impossibilité de scolarisation pour les enfants etc...). Pour les autres professionnels, c'est souvent le retour en métropole (conditions de travail impossibles, pas de logement ...)
- Les prises en charge des patientes et enfants ont été plus que chaotiques : Locaux PMI détruits, manque de personnels pour les consultations, isolement des villages, routes non praticables, insécurité majeure etc... Destruction d'une grande partie du pôle FME du CH de Mayotte, difficultés RH +++
- Au-delà de cette période de chaos, les conséquences en périnatalité ne sont pas encore évaluées, les seuls indicateurs sont une forte baisse des naissances et une médecine périnatale et pédiatriques de « guerre ».
- L'impact sur les populations « sans papiers, extrêmement précaires, vivant dans des conditions de logements inqualifiables laisse supposer des prises en charge à hauts risques.
- 18 mois après, la situation en périnatalité se stabilise dans des locaux provisoires, souvent inadaptés, laissant les équipes dans des difficultés notoires d'organisation et de continuité de prises en charge
- Le DSRP reste un lien entre les équipes du CHM, les professionnels libéraux et de PMI. Au-delà de la crise et ses conséquences, des parcours de prises en charge s'organisent avec les moyens disponibles et les bonnes volontés.
- Un réseau de suivi des enfants vulnérables est en cours de mise en place, le projet faisant suite à une mission d'accompagnement et d'expertises conduite par la FFRSP
- Un parcours du post partum vient d'être finalisé et fait l'objet d'une communication appuyée.
- Le secteur libéral (notamment les SF) s'organise pour répondre aux besoins de suivi de grossesse, même si la difficulté majeure de l'absence de la couverture sociale chez plus de 60% des femmes enceintes restent un frein.
- Les équipes de la Réunion soutiennent les besoins d'expertises pour les pathologies les plus lourdes. Les RH médicales souvent délocalisée à la Réunion pour des raisons personnelles font les allées et retours entre les 2 îles.
- Les EVASAN sont de nouveau opérationnelles, mais les transferts sur Mayotte restent très complexes par la route (insécurité +++ ...)
- La pauvreté extrême de la majeure partie de la population amènent des pathologies lourdes pendant la grossesse, la dénutrition chez les enfants, s'ajoutent les pathologies « importées » via l'immigration clandestine des Comores et d'Afrique.

- Les priorités restent liées à la survie des populations, l'accès à l'eau (problème majeur et recurrent) et à la nourriture... Tout autre considération resterait encore très aléatoire.
- Les indicateurs périnataux d'avant CHIDO démontraient déjà les conséquences d'un système de soins inadapté aux besoins de la population en périnatalité. La mortalité et morbidité sont très supérieurs aux autres DROMs.
- Le contexte politique impacte la volonté de soins pour tous. Si le DSRP peine à coordonner et développer ses missions dans ce contexte, la bonne volonté d'une équipe fragile doit être soutenue par des institutions adaptées (ARS, CHM, FFRSP, sociétés savantes) et des structures dont les problématiques sont communes (échanges d'expériences inter-DROMS).

Etaient présentes : Présidente du Réseau Périnatal de Guyane, Coordinatrice SF Ouest (+ parcours ados et grossesse), coordinatrice RSEV

Des difficultés majeures en Guyane pour la PEC des femmes enceintes, des nouveau-nés et des enfants :

- Spécificités géographiques : 96% de forêts amazoniennes sur le territoire, conditions extrêmes d'accès à certaines populations autochtones, concentration des populations sur le littoral et le long des fleuves, perméabilité des frontières (Brésil / Suriname)
- Problèmes des transports et accès aux soins pour la population,
- Précarité majeure des populations et complexité des ouvertures de droits sociaux : système de bons de transport pour se rendre aux RV d'échographie, parcours IVG (notamment pirogues)
- Impacts de la précarité pour les vaccinations : le reste à charge est un frein important (peu de mutuelles)
- La PMI est en grande difficulté : pas de médecin, sous effectifs récurrents,
- ⇔ Grosses difficultés sur les communes intérieures, même si le CHU de Guyane reprend certaines missions de la PMI
- Certains centres de santé ne disposent pas de sage-femme
- Les transports aériens restent difficiles d'accès, même si une nouvelle compagnie permet une mise en concurrence des coûts des billets
- Baisse du nombre de naissances, donc de suivis, qui allège la charge et besoins en soins
- Impacts des maladies vectorielles
- Illettrisme - éviter les supports écrits

En projet sur Cayenne : maison hospitalière de 32 lits accueillant femmes enceintes et famille, nouvelles accouchées avec bébé hospitalisé – présence prévue de femmes-relais pour respect et accompagnement des femmes issues de populations différentes (autochtones, issues des fleuves ...)

- Objectifs : lieu de vie, prévention, ateliers d'informations / formations (lien avec les associations locales), prévention du suicide en post partum (fréquents chez les amérindiennes)
- Une thèse est en cours avec un anthropologue sur ce projet de maison hospitalière.

Les points à développer en vue de l'audition :

- Indicateurs spécifiques communs aux DROMs-COM
- Précarité des populations
- Immigration / couverture sociale
- Addictions
- EVASAN et impacts sur la relation mère-enfant : perte de liens, violences intrafamiliales, maltraitance ...

Réflexions sur les forces des DROM-COM :

- Actifs et adaptables
- Développement de la télémédecine et télé expertise pour répondre aux besoins des professionnels qui ont besoin de ressources /recours
- Pas de dilution des forces mais connaissances renforcées des professionnels de la périnatalité
- Un esprit communautaire développé dont il faut se saisir

Les propositions :

- Intérêt d'une commission périnatale des DROMS :
 - Diagnostic territorial plus fin
 - Outils communes et/ou harmonisés
 - Plan de formation communs – échanges de compétences spécifiques DROM
 - Traitement des EIG / RMM : plans d'actions
- Développer les connaissances interprofessionnelles communes aux DROMs
- Développer les échanges d'actions positives dans l'intérêt des populations locales :
 - Les femmes-relais : interface entre la population et le système de soins en périnatalité
 - Les médiateurs en santé – programme de formation, adaptés aux différentes cultures (amérindien, noir marron ...)
 - Développement des centres pluridisciplinaires de santé (CDPS), et de la présence des professionnels de la périnatalité qui a permis une PEC plus précoce des femmes enceintes (SA 12 actuellement)
- Pour les RSEV – TND :
 - Les agents des CDPS utilisent des fiches de psychomotricité (après formation) pour aider les familles à repérer les troubles de leurs enfants
 - Ils proposent une orientation plus précoce vers les professionnels
- Pour les grossesses chez les mineures (fréquence très supérieure qu'en métropole)
 - Parcours « grossesse ado » (12 ans / 21 ans) : 3 référentes (travailleurs sociaux / 1 par secteur (Cayenne – St Laurent du Maroni – Kourou)
 - Orientation de la mineure via l'IDE scolaire ou professionnel de santé
 - Parcours IVG spécifique / accompagnement
 - Parcours grossesse : consentement, ouverture de droits, régularisation ...
 - Point négatif : pas de foyers parentaux en Guyane