



Propositions de la SFMP
pour sortir de la crise majeure
que traversent les maternités
et les services de néonatalogie

Novembre 2024

Société Française de Médecine Périnatale
128 Rue La Boétie 75008 PARIS

www.sfmp.net

RÉSUMÉ

Alors que l'augmentation de la mortalité infantile place désormais notre pays en queue de peloton européen et que la pénurie de ressources humaines affecte gravement les maternités, **il est impératif de repenser et de réorganiser notre système de soin périnatal pour éviter qu'il s'effondre.**

Seule société savante à regrouper **l'ensemble des spécialités médicales et paramédicales de la périnatalité***, la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP) livre ici son diagnostic sur l'offre de soins périnatale, qui tient **une place très spécifique** dans l'offre de soins globale.

La SFMP fait également part de ses **propositions** pour assurer l'accès de toutes les femmes à une **offre de soins sécurisée** et de proximité, et pour **stopper l'hémorragie des professionnels** qui affecte les maternités et les services de néonatalogie en raison de conditions de travail devenues très difficiles.

Pour répondre à ces impératifs, la SFMP juge nécessaire le regroupement concerté des plateaux d'accouchements en veillant à ce que :

- **toutes les femmes aient accès sécurisé en une heure de trajet maximum au plateau d'accouchement le plus proche** (la SFMP ne valide pas le seuil de 1000 accouchements pour décider d'une fermeture) ;
- **les équipes soignantes soient de taille suffisante pour garantir aux professionnels un exercice pluridisciplinaire et sécurisé de leur activité ;**
- **les maternités qui ne pourront plus pratiquer d'accouchements soient transformées en "maternité sans accouchement" assurant le suivi de proximité pré et post natal.**

La SFMP préconise également de réactualiser les décrets de 1998 aujourd'hui obsolètes, de reconnaître l'activité d'urgence des maternités et des services de néonatalogie et de renforcer le suivi médical mais aussi psychosocial des femmes pendant la période périnatale, alors que le suicide est devenu la première cause de décès maternel**.

* Gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes, puéricultrices, psychiatres, psychologues, épidémiologistes. Les usagers sont également représentés au sein de son conseil d'administration de la SFMP.

** [Le rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles \(ENCMM\), 2016-2018](#)

SOMMAIRE

Une crise sans précédent	4
1) Périnatalité : une place à part dans l’offre de soins	5
2) Une pénurie croissante de ressources humaines	6
3) La nécessité de répondre aux aspirations des jeunes professionnels	8
Réformer l’offre de soins pour assurer l’avenir de la périnatalité : les propositions de la SFMP	10
1) Regrouper les plateaux d’accouchements en tenant compte des spécificités de chaque territoire	10
2) Transformer les maternités qu’on ne pourra maintenir en “maternités sans accouchement”	11
3) Développer les maison de naissances pour répondre aux nouvelles demandes des femmes	11
4) Revoir le maillage territorial des transports	12
5) Développer des solutions adaptées d’hébergement à proximité des plateaux d’accouchements	12
6) Revoir les décrets de 1998 sur la périnatalité	12
7) Reconnaître l’activité d’urgence en périnatalité et la pénibilité du travail	12
8) Développer les secteurs intermédiaires	12
9) Santé mentale / Prévention du suicide maternel	12
Conclusion	13
SFMP : la société savante de tous les acteurs de la périnatalité	14

Une crise sans précédent

Alors que le Chef de l'Etat a fait du "réarmement démographique" une priorité, l'offre de soins périnatale traverse une très grave crise face à laquelle les pouvoirs publics semblent tétanisés, malgré les alertes répétées des professionnels. **Tous les indicateurs sont au rouge** : augmentation de la mortalité infantile depuis 2012¹, qui place désormais la France en queue de peloton européen alors qu'elle était en position d'excellence il y a trente ans, fermetures brutales et à répétition de maternités, pénurie croissante de ressources humaines dans les salles d'accouchement, **désertion alarmante des jeunes professionnels des spécialités de la périnatalité mettant gravement en danger l'avenir de l'offre de soins.**

La fin de l'excellence française

Le taux de mortalité infantile, marqueur essentiel du progrès médical et social, est en hausse en France depuis 2012 après avoir baissé pendant plus de deux siècles. Depuis 2015 il se situe systématiquement en dessous de la moyenne européenne. Alors qu'à la fin des années 1980 la France était l'un des pays industrialisés où le taux de mortalité était le plus faible, elle est passée du 7^e au 27^e rang des pays de l'OCDE et à la 20^{ème} place parmi les États européens.

Le taux de mortinatalité (morts fœtales après six mois de grossesse) situe aussi notre pays en queue de peloton, au 20^e rang européen. La France est l'un des rares pays de l'Union européenne où ce taux n'a pas diminué depuis 2005.

Evolution du taux de mortalité infantile en Europe

Pays	Union européenne à 27	Allemagne	Espagne	France	Finlande	Suède
1996	7,4	5,0	5,5	4,9	4,0	4,0
2000	6,0	4,4	4,4	4,5	3,8	3,4
2005	4,8	3,9	3,7	3,8	3,0	2,4
2010	4,0	3,4	3,2	3,6	2,3	2,5
2015	3,6	3,3	2,7	3,7	1,7	2,5
2020	3,3	3,1	2,6	3,6	1,8	2,4

Source : Insee Focus, n°301, 14 juin 2023.

Le champ de la périnatalité reste régi par des décrets datant de plus de 25 ans (1998) aujourd'hui obsolètes. Ni le recul de l'âge de la première grossesse et l'augmentation concomitante des grossesses pathologiques, ni la demande croissante d'une approche physiologique voir "naturelle", ni l'évolution des pratiques et des attentes des nouvelles générations de professionnels n'ont été pris en compte.

Sans une réforme profonde pour adapter l'offre de soins périnatale aux défis de notre temps et sans vision d'ensemble, la fermeture des maternités va se poursuivre dans un climat d'improvisation qui menacera le fonctionnement de tous les services, y compris les plus grands, et renforcera les inégalités entre les territoires.

La Société Française de Médecine Périnatale (SFMP), qui regroupe en son sein **toutes les spécialités de la périnatalité** (gynécologues-obstétriciens, pé-

diatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes, puéricultrices, psychiatres, psychologues, épidémiologistes), dresse ici un état des lieux et avance ses propositions pour que notre pays évite le naufrage et retrouve le niveau d'excellence qui était le sien.

1) Périnatalité : une place à part dans l'offre globale de soins

L'activité médicale qui présente les plus importants facteurs de risques

Dans le domaine de la périnatalité, les risques vitaux sont au moins multipliés par deux, puisque la prise en charge concerne à la fois la mère et l'enfant ou les enfants qu'elle porte. Les pathologies que peuvent développer la mère et l'enfant ne sont pas toujours identiques et peuvent être conflictuelles. Le traitement de la mère peut impliquer la naissance prématurée du nouveau-né, ou celui du nouveau-né impliquer une prise de risque pour la mère. Les professionnels sont placés face à des choix difficiles dont les conséquences peuvent se répercuter sur tout le parcours de vie de la mère et du nouveau-né. **Le champ de la périnatalité comporte ainsi un haut risque médico-légal** qui engage la responsabilité non seulement de l'obstétricien mais aussi de l'ensemble de l'équipe médicale (sage-femme, anesthésiste, pédiatre...).

L'exigence de la continuité des soins 365 jours/an et H24

Bien qu'elles ne soient pas reconnues comme telles, les maternités sont des services **d'urgence** qui assurent une permanence des soins 7 jours sur 7. L'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales représente d'ailleurs pour beaucoup d'entre elles la part essentielle de leur activité. Non seulement parce que la plupart des femmes viennent accoucher en urgence, mais parce qu'au cours de leur grossesse les patientes sont **quasi systématiquement dirigées vers leur maternité** lorsqu'elles connaissent un problème de santé, y compris lors d'épidémies saisonnières.

Un exercice médical en équipe pluridisciplinaire

La permanence des soins tous les jours de l'année, 24 heures sur 24 s'appuie sur un **quatuor de spécialistes** : gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste-réanimateur, sage-femme. En termes de ressources humaines, cela suppose la **disponibilité permanente** dans les services d'une équipe formée d'un gynécologue-obstétricien de garde sur place ou en astreinte ayant la qualification chirurgicale, d'un deuxième gynécologue-obstétricien en renfort pour certains établissements, d'un pédiatre avec une compétence en néonatalogie, d'un anesthésiste-réanimateur, d'un infirmier anesthésiste de garde sur place et de sages-femmes.

30 équivalents temps plein (ETP) par liste de garde

Pour chaque spécialité médicale concernée (obstétrique, anesthésie et pédiatrie), **les listes de gardes doivent intégrer au moins sept praticiens selon les textes en vigueur. Mais, au regard des évolutions actuelles ce chiffre n'est plus adapté.** Si l'on tient compte des congés annuels et des RTT, des repos de sécurité, des temps de formation, des congés maternité, etc., la constitution d'équipes en nombre suffisant pour répondre à cette exigence tout en respectant au mieux le temps de travail hebdomadaire légal de 48h implique 10 ETP par liste de garde (obstétrique, anesthésie et pédiatrie), soit au total 30 ETP pour une maternité.

Si l'on veut limiter l'impact des gardes de 24 h sur place à un jour de week-end/jour férié par mois (samedi ou dimanche), il est aisé de calculer que 9 praticiens sont nécessaires pour couvrir les 52 week-ends et 6 jours fériés de semaine : $52 \text{ week-ends} \times 2 + 6 \text{ jours} = 110 \text{ jours} / 12 \text{ mois} = 9,2$.

Comme les congés annuels ne sont pas compris dans ce calcul, ni la possibilité d'arrêt maladie/enfant malade ou de congés maternité/paternité dans l'équipe, il est aisé de comprendre qu'une équipe de 10 praticiens est nécessaire pour chaque tour de garde sur place (gynécologie-obstétrique, anesthésie, pédiatrie).

Au regard de la pénurie croissante des ressources humaines, la constitution d'équipes pluridisciplinaires en nombre suffisant pour assurer la permanence des soins n'est pas possible dans l'ensemble des maternités du territoire.

2) Une pénurie croissante de ressources humaines

Le cadre d'exercice des métiers de la périnatalité est inchangé depuis des décennies alors que la société et le monde du travail ont évolué. La régulation du temps de travail à 48h par semaine – depuis 2003 - n'a pas été prise en considération dans le dimensionnement des équipes. Ni les aspirations des jeunes générations à un plus grand équilibre entre vie professionnelle et vie privée, ni l'entrée des femmes sur le marché du travail, ni le développement du temps partiel n'ont été anticipés.

Les conditions de travail qui étaient acceptables hier ne le sont plus pour les jeunes professionnels qui se détournent des métiers de la périnatalité.

Une pénibilité au travail non reconnue

La plupart des soignants des maternités et services de néonatalogie travaillent **plus de 50 heures par semaine, près de la moitié font au moins 5 gardes de 24 heures par mois.** La pénibilité, non reconnue, des professions concernées, a des conséquences sur la santé de

ceux qui les exercent. De récentes enquêtes ont montré que le **burn-out** touchait 50 à 75% des gynécologues-obstétriciens², 65% des sages-femmes cadres³ et que 49% de pédiatres néonatalogistes souffraient de **troubles du sommeil** liés à leur activité⁴.

Les fermetures intempestives de maternités

Il ne se passe pas une semaine sans que l'on apprenne la fermeture partielle ou définitive de maternités faute d'effectifs suffisants. Cela n'est acceptable ni pour les femmes laissées brutalement sans prise en charge dans une période cruciale de leur vie, ni pour les structures de recours qui doivent au pied levé augmenter leur volume d'accouchements sans en avoir les moyens. **Ces fermetures ont généralement lieu sans anticipation des autorités de santé qui n'ont aucune vision sur l'état des lieux des ressources humaines : aucune information n'est disponible sur la démographie médicale au sein des structures** ainsi que le souligne un récent rapport du Collège des Enseignants en Gynécologie-Obstétrique (CEGO) et du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF)².

Un recours à l'intérim coûteux et problématique en termes de sécurité

Selon la dernière Enquête Nationale Périnatale, **30% des maternités françaises ont recours plusieurs fois par mois à des intérimaires ou des vacataires**, toutes spécialités confondues. Le recours à l'intérim est beaucoup plus fréquent dans les maternités de petite taille : **il concerne environ 70 % des maternités de type 1 et 80 % des maternités de moins de 1000 naissances**. Indépendamment des qualités professionnelles des médecins intérimaires cela **pose un problème de qualité et de sécurité des soins**. Un aspect majeur du bon fonctionnement de la salle de naissances est, en effet, le travail en équipe, qui est beaucoup plus efficient lorsque les professionnels connaissent parfaitement les protocoles de prise en charge et ont l'habitude de travailler ensemble.

Un effet domino qui met en péril jusqu'aux services les mieux dotés

Lorsqu'un service est en difficulté, les Agences Régionales de Santé (ARS) répercutent les demandes de soutien auprès d'autres établissements, le plus souvent de type 3, qui sont à leur tour mis en difficulté. L'aide apportée pour assurer la permanence des soins augmente la charge de travail d'équipes tout juste en effectif suffisant pour faire fonctionner leur propre structure. Ces conditions détériorées ont pour immanquables conséquences le départ de certains professionnels et des difficultés de recrutement, même dans les structures qui semblaient les plus solides.

2 - [Pérennité des équipes, quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ? CEGO & CNGOF, nov. 2022.](#)

3 - [Rapport du Collège National des Sages-femmes \(CNSF\) sur la santé au travail des sages-femmes, juin 2020](#)

4 - [Enquête sur la qualité de vie des médecins exerçant en néonatalogie, SFN, décembre 2022](#)

3) La nécessité de répondre aux aspirations des jeunes professionnels

Les jeunes professionnels désertent les maternités

L'avenir de la périnatalité repose sur les jeunes générations de professionnels qui aujourd'hui se détournent des maternités et des services de néonatalogie du fait de la pénibilité des conditions de travail.

- **Les gynécologues désertent l'obstétrique** : si le nombre de gynécologues en formation est en augmentation, moins d'un tiers d'entre eux envisage de pratiquer l'obstétrique. On constate, par ailleurs, un abandon précoce de l'exercice de l'obstétrique (avec une médiane de 11 ans d'activité).
- **Les sages-femmes désertent les maternités** pour se tourner vers l'activité libérale.
- **Les internes en pédiatrie désertent les sur-spécialités à gardes** telles que la réanimation néonatale.
- **Les anesthésistes-réanimateurs désertent les maternités** où, contrairement au bloc opératoire, ils sont rarement assistés d'un IADE (infirmier anesthésiste diplômé d'État).

Comprendre les attentes des jeunes professionnels

Faire revenir les jeunes professionnels vers la périnatalité suppose de répondre à leurs attentes et à l'évolution sociologique de métiers qui se féminisent. **En 2023, toutes spécialités confondues, 63% des candidats à l'internat étaient des femmes. La proportion était de plus de 83% en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie.** Les jeunes générations de médecins et de sages-femmes veulent pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée et s'orientent de plus en plus vers le temps partiel. A l'image de leurs collègues exerçant en libéral ⁵, les jeunes médecins hospitaliers souhaitent vivre sur des territoires leur donnant accès à une offre culturelle et scolaire, aux services publics essentiels et à un emploi pour les conjoints n'exerçant pas forcément dans le même secteur d'activités.

Cet état de fait a notamment été mis en lumière par une enquête auprès des internes lorrains en gynécologie-obstétrique publiée dans la Revue de Santé Publique en 2018 ⁶. Elle montre que les jeunes professionnels interrogés souhaitent majoritairement :

- **exercer dans de grands établissements** réalisant plus de 1500 accouchements (74%) ;
- **vivre à proximité d'une ville de plus de 50.000 habitants** (71%), l'attractivité culturelle étant un élément majeur du critère de choix d'installation (88,6%) ;

5 - [Etude sur l'installation des jeunes médecins](#), Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2019

6 - [Évaluation des critères de choix du futur lieu d'exercice chez les internes lorrains de gynécologie](#). 2018/6, 833-43).

- **vivre à proximité de leur lieu de travail** : pas plus de 30 minutes de trajet pour 51,4 %, jusqu'à 60 minutes de trajet pour 48,6 %.

Au-delà des souhaits exprimés par les jeunes professionnels, la réalité des pratiques ne fait que confirmer ces éléments. Une thèse soutenue en août 2020 à Rouen par le Dr Breteau et portant sur le devenir de femmes gynécologues-obstétriciennes diplômées en moyenne depuis 17 ans, montre que presque **50 % d'entre elles ont abandonné l'activité obstétricale de garde jugée trop contraignante** dans les conditions actuelles et travaillent moins de 4 jours par semaine. Certes, cette enquête porte uniquement sur les femmes mais près de 90% des internes en gynécologie-obstétrique sont aujourd'hui des femmes.

Les attentes des professionnels sont en cohérence avec celles des patientes

L'enquête d'opinion réalisée au printemps 2024 par l'institut CSA à la demande de la Mission d'information du Sénat sur l'offre de soins périnatale⁷ montre que **les femmes privilégient la sécurité sur la proximité**. 56 % d'entre elles préfèrent accoucher dans une maternité de type 2 ou 3 éloignée de leur domicile plutôt que dans une maternité de type 1 située à moins de 30 minutes. Cette préférence se manifeste quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle.

⁷ - [Etude sur la santé périnatale](#). CSA pour le Sénat. Juin 2024

Réformer l'offre de soins pour assurer l'avenir de la périnatalité : les propositions de la SFMP

Si aucune politique d'envergure n'est engagée, la fermeture des services va se poursuivre sans que l'on puisse prévoir lesquels, ni quand. En raison de l'effet domino décrit plus haut, les maternités de grande taille ne seront pas épargnées. De plus en plus de territoires vont se trouver privés d'offre de soins périnatale de proximité et seront en situation de "désert périnatal". Il est donc urgent d'engager des réformes permettant d'assurer un maillage cohérent du territoire, de rendre les services attractifs pour les jeunes professionnels et d'assurer à toutes les femmes l'accès aux plus hauts standards de soins, où qu'elles se trouvent.

Pour cela la SFMP propose de :

1) Regrouper les plateaux d'accouchements en tenant compte des spécificités de chaque territoire

La SFMP ne propose pas de seuil minimum du nombre annuel d'accouchements pour décider de la fermeture d'une maternité car **les décisions de fermeture doivent impérativement tenir compte de la singularité de chaque territoire** et se fonder sur des critères objectifs de sécurité et d'accessibilité.

Deux principaux critères doivent être retenus pour réaliser ces regroupements :

- Pour toutes les femmes, un temps de trajet sécurisé jusqu'au plateau d'accouchements le plus proche qui ne doit pas excéder une heure.

- Les équipes soignantes doivent être de taille suffisante pour :

- >> **garantir aux professionnels** un exercice pluridisciplinaire et sécurisé de leur activité, avec une limite de 5 gardes mensuelles et une durée maximale de travail hebdomadaire de 48h, conformément à la réglementation ;

- >> **garantir aux femmes** l'accès aux plus hauts standards de soins ;

- >> **permettre aux femmes d'être accompagnées dans leur projet de naissance** sachant

que certaines souhaitent une prise en charge physiologique, la moins médicalisée possible (concept de maisons de naissances contiguës aux plateaux techniques).

L'offre de soins périnatale en Suède

Les pays scandinaves ont anticipé les difficultés auxquelles notre pays est confronté en regroupant les plateaux d'accouchements, avec des résultats probants. Comme en Suède où le taux de mortalité infantile, qui était de 4 pour mille en 1996, est passé à 1,8 en 2022 (il se situait la même année en France à 3,7).

Dans ce pays deux plans successifs ont été mis en œuvre - en 1973 puis en 1993 - pour mailler le territoire avec **des maternités deux fois moins nombreuses mais deux fois plus grandes**. Ces dernières réalisent en moyenne 2500 accouchements par an et disposent toute d'une unité de néonatalogie. Le suivi pré et post-natal des mères et de leurs enfants est assuré en proximité par des centres périnataux.

Les femmes ne se rendent à la maternité que pour l'accouchement. 8,3% d'entre elles résident à plus de 50 km et 1,3 % à plus de 100 km. Celles qui sont très éloignées (plusieurs centaines de kilomètres) peuvent être hébergées à proximité de leur maternité dans des hôtels hospitaliers pris en charge par l'assurance-maladie, ou déclenchées vers 39 semaines d'aménorrhée, selon leur souhait.

Le taux d'accouchements inopinés (avant d'arriver à la maternité) est inférieur à celui observé en France : 0,2 % contre 0,5 à 1% selon les régions.

2) Transformer les maternités qu'on ne pourra maintenir en "maternités sans accouchement"

A l'image des Centres Périnataux de Proximité (CPP), ces services continueraient d'assurer le suivi de proximité avant et après l'accouchement y compris celui des femmes à haut risque du fait de leur précarité psychologique et/ou sociale, garantissant ainsi aux usagers un accompagnement individualisé tout au long de leur parcours de soins périnataux.

Ces maternités sans accouchement pourraient aussi réaliser l'ensemble des actes gynécologiques de routine.

Ces maternités devront travailler en coordination avec les plateaux d'accouchements qui auront été maintenus et renforcés. Des conventions pourraient être établies pour que les professionnels de ces maternités continuent de travailler s'ils le souhaitent en salle de naissances, afin de maintenir leurs compétences techniques.

3) Développer les maisons de naissances pour répondre aux nouvelles demandes des femmes

Prévoir des structures "physiologiques" qui doivent rester **contiguës aux plateaux techniques**, comme la loi le prévoit aujourd'hui. Cette contiguïté est le seul gage de sécurité maîtrisée.

4) Revoir le maillage territorial des transports médicalisés (SMUR, VSL, taxi...)

Dans l'objectif de garantir l'accès à un plateau d'accouchements dans un laps de temps d'une heure partout sur le territoire national.

5) Développer des solutions adaptées d'hébergement à proximité des plateaux d'accouchements

Hôtels maternels mais aussi possibilité d'hospitalisation avant la naissance.

6) Revoir les décrets de 1998 sur la périnatalité

Ces décrets requièrent une réactualisation des normes en ressources humaines. En 2019, un groupe de travail constitué de représentants du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), de la Société française de néonatalogie (SFN), de la Société française de médecine périnatale (SFMP), du Collège national des sages-femmes de France (CNSF) et de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) a établi des préconisations professionnelles très détaillées en fonction de l'activité des maternités afin d'adapter les moyens humains pour la sécurité des soins non programmés en gynécologie-obstétrique. Ce texte a été publié (*Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 47*, 2019, pages 63–78) mais n'a jamais été pris en compte.

7) Reconnaître l'activité d'urgence en périnatalité et la pénibilité du travail

Activité d'urgence liée à la permanence des soins (voir page 5), pénibilité liée également à la permanence des soins ainsi qu'au stress et la responsabilité des praticiens face aux risques médico-légaux.

8 – Développer les secteurs intermédiaires

Travailleurs sociaux, services de la protection maternelle et infantile (PMI), afin notamment de mieux soutenir et suivre les femmes en précarité pour lesquelles les facteurs de risques sont plus élevés.

9 – Santé mentale / prévention du suicide maternel

Le suicide est devenu la première cause de mortalité maternelle. Il est nécessaire de renforcer l'accompagnement psychologique des femmes durant la période périnatale, notamment en améliorant le maillage territorial en psychologues, psychiatres et pédopsychiatres.

CONCLUSION

Notre système de soins périnatal est au bord de l'effondrement. Pour assurer l'accès de toutes les femmes à une offre de soins sécurisée et de proximité et retrouver le niveau d'excellence que la France a perdu, la Société Française de Médecine Périnatale propose de construire un nouveau système qui tienne compte des contraintes d'une spécialité médicale à risque très élevé et de la sociologie des professionnels d'aujourd'hui.

Cette évolution doit se faire en favorisant les concertations poussées avec les professionnels, les élus et les femmes dans les territoires concernés. Elle ne peut être le fruit de décisions arbitraires.



La Société Française de Médecine Périnatale

La société savante de tous les acteurs de la périnatalité

Créée en décembre 1970, la SFMP a joué un rôle précurseur en défendant une approche pluridisciplinaire de la périnatalité, qui fait toujours sa spécificité. C'est l'une des rares sociétés savantes organisée non pas autour d'une spécialité mais d'un champ de la santé qui recouvre la grossesse, la naissance et les premiers jours de la vie. Tous les acteurs concernés sont représentés au sein de son Conseil d'Administration : Gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes, puéricultrices, psychiatres, psychologues, épidémiologistes et usagers.

La SFMP organise chaque année dans une grande ville de France des Journées Nationales qui réunissent sur trois jours environ un millier de participants. Chaque édition permet de donner la parole à une soixantaine d'intervenants et est l'occasion de décerner des bourses de soutien à la recherche.

La SFMP organise également chaque année un webinaire sur une thématique médicale d'actualité : COVID et périnatalité, Grossesse après FIV...

Un rôle fédérateur face à la crise de la périnatalité

L'approche pluridisciplinaire et fédératrice de la SFMP l'a conduite à unir autour d'elle six autres organisations médicales et une association d'utilisateur pour lancer l'alerte sur la grave crise de la périnatalité que nous traversons dans une tribune publiée dans Le Monde le 4 mars 2023*.

Une expertise reconnue par les pouvoirs publics

A la suite de cette publication des représentants de la SFMP ont été reçus par le Ministre de la Santé alors en fonction, François Braun, et son expertise a été sollicitée par la Cour des comptes dans le cadre de son rapport sur la politique de périnatalité** ainsi que par la Mission d'information du Sénat sur l'offre de soins périnatale***.

* « [Il est impératif de repenser et de réorganiser notre système de soin périnatal](#) », tribune publiée dans Le Monde le 3 mars 2023 et cosignée par la SFMP avec Association SOS Préma, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP), Société Française de Néonatalogie (SFN), Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR), Club Anesthésie Réanimation en Obstétrique (CARO)

** [La politique de périnatalité](#), Cour des comptes, mai 2024

*** [Transformation de l'offre de soins périnatales dans les territoires : le travail doit commencer](#). Sénat, septembre 2024.