



conseil-national.medecin.fr

Médecins

LE BULLETIN DE L'ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS • N° 101 - nov.-déc. 2025

CAHIER **Mon
exercice**

- RAPPORT
VACCINATION
 - SECTEUR 2
 - RAPPORT
ASSURANCES
- P. 25



REPORTAGE

**À Albi, des médecins
retraités reprennent
du service**

P. 10

RÉFLEXIONS

**Mortalité infantile :
inverser la tendance**

P. 12

**Fin de vie et rôle
du médecin :**

**L'Ordre
ouvre le débat**

P. 18



Mortalité infantile : inverser la tendance

Le taux de mortalité infantile connaît depuis une quinzaine d'années une hausse significative et inquiétante en France. Comment l'expliquer? Et surtout, quelles pistes pour l'enrayer?

Texte : Geoffrey Dirat | Photos : Getty Images, DR

Avec...



DR SYDNEY SEBBAN,
pédiatre et vice-président de la section Santé publique



DR CAMILLE LE RAY,
gynécologue-obstétricienne à la maternité Port-Royal à Paris, responsable scientifique des enquêtes nationales périnatales au sein de l'Inserm



DR DELPHINE MITANCHEZ,
cheffe du service de néonatalogie du CHRU de Tours, présidente de la Société française de médecine périnatale (SFMP)

L'ESSENTIEL

- Le taux de mortalité infantile en France est passé de 3,5 décès pour 1000 naissances vivantes en 2011 à 4,1 pour 1 000 en 2024, soit largement au-dessus de la moyenne européenne (3,3).
- Les décrets sur l'organisation des soins en périnatalité datent de 1998. Ils ne sont plus adaptés au fonctionnement de maternités qui peuvent aujourd'hui réaliser 5000 à 6000 accouchements par an.
- La France ne dispose pas d'un registre national des naissances compilant des données sociodémographiques et médicales qui permettent de comprendre, prévenir et corriger les causes de décès précoces.

D^r Sydney Sebban

Quand on regarde les données d'un peu plus près, on constate que cette surmortalité concerne principalement les grands prématurés, ceux nés avant 32 semaines d'aménorrhée. Ils comptent pour 75 %

de la hausse totale de la mortalité infantile en France car la moitié de ces grands prématurés décèdent dans les 8 premiers jours de vie. Autrefois, ces bébés-là étaient considérés mort-nés. **Aujourd'hui, la médecine néonatale a fait de grands progrès et on tente de les maintenir en vie, ce qui peut accroître mécaniquement le taux de mortalité infantile.** D'autres phénomènes entrent également en jeu : l'augmentation de l'âge maternel, les grossesses multiples, les grossesses à risque en raison de la condition de la mère ou encore la poursuite de la grossesse malgré l'annonce d'une pathologie fœtale grave. À ces facteurs de risque s'ajoutent les difficultés de la filière néonatalogie en France. La réanimation néonatale a été le parent pauvre des différents Grenelle de la santé. Il reste environ 70 services de soins critiques néonataux, ce qui fait dans les 1500 lits. Cette capacité réduite détermine un peu le maillon de la survie.

Comment s'explique la hausse de la mortalité infantile en France ?

Pr Camille Le Ray

Comme ma consœur, je vais vous dire qu'il n'est pas simple de répondre à cette question en l'absence d'un registre des naissances qui présente un tableau fin et fiable de la situation. **Cela dit, des études présentées dans les rapports du Sénat et de la Cour des comptes ont montré que cette hausse de la mortalité infantile est en grande partie liée à une augmentation de la mortalité néonatale, celle qui survient dans les premiers jours de vie.** Il a également été établi

que les inégalités sociales et les inégalités structurelles entre les territoires sont un facteur de risque. On peut aussi supposer que la réorganisation des soins périnataux, avec la fermeture de certaines maternités, a pu jouer en défaveur mais cela reste une hypothèse à vérifier. Idem pour les ratios de personnel dans les maternités – infirmières, sages-femmes, obstétriciens, mais aussi anesthésistes ou pédiatres – qui peuvent être une piste d'explication. Seule certitude : les causes de cette hausse inquiétante de la mortalité infantile sont multifactorielles et elles s'additionnent entre elles.

Pr Delphine Mitanchez

Nous n'avons pas à l'heure actuelle les moyens de donner des explications formelles, en particulier sur la mortalité néonatale,

car malgré la revendication de plusieurs sociétés savantes, nous ne disposons toujours pas d'un registre national des naissances, avec des données fiables qui nous permettraient de dresser un portrait fidèle de la situation. L'ancienne ministre de la Santé Catherine Vautrin avait annoncé en janvier 2025 la création d'un tel registre, mais nous ne savons pas dans quel délai. **Pour l'instant, on ne peut formuler que des hypothèses parmi lesquelles figure la santé maternelle. On sait par exemple que l'obésité maternelle, qui est en hausse, et ses comorbidités – diabète et hypertension – sont un facteur de risque d'augmentation des événements indésirables à la naissance.** On voit également

que beaucoup de futures mères continuent à consommer des toxiques, comme le tabac, l'alcool et le cannabis. Du côté des nouveau-nés, on a abaissé le seuil de prise en charge des prématurés jusqu'à 22 ou 23 semaines de grossesse dont la mortalité est naturellement plus élevée qu'à 28 semaines. On voit également davantage de couples qui ne souhaitent pas recourir à l'interruption médicale de la grossesse malgré un diagnostic anténatal de malformations congénitales sévères. Voilà selon moi quelques explications qui m'apparaissent plausibles.

D^r Sydney Sebban

Les inégalités entre les territoires ont évidemment un impact sur la mortalité infantile. Dans les départements les moins favorisés, comme la Seine-Saint-Denis ou les territoires ultramarins, les taux sont plus élevés que la moyenne nationale.

C'est avant tout une question d'accès aux soins, donc de densité médicale, de proximité des maternités, de taux d'occupation dans les services de réanimation néonatale, etc.

Au-delà de ces enjeux capacitaires, les facteurs sociaux participent également à la hausse de la mortalité infantile.

Les mères ayant un statut socio-économique précaire ont plus tendance à être en surpoids, à fumer, à être exposées à la pollution, à avoir des maladies chroniques; ce qui entraîne un risque plus élevé de prématurité ou de complications à la naissance. En général, ces mères-là sont aussi moins éduquées, elles connaissent moins le fonctionnement du système de santé, les services auxquels elles ont droit et elles n'ont pas non plus de réseau pour les soutenir dans leurs démarches.

Résultat : leur suivi prénatal n'est pas toujours adéquat.

Quels facteurs sociaux ou territoriaux augmentent le risque de décès chez les nouveau-nés ?

Pr Delphine Mitanchez

Plusieurs études ont été menées à ce sujet.

Elles montrent que les territoires qui cumulent le plus de difficultés socio-économiques, comme la Seine-Saint-Denis, ont un taux de mortalité néonatale plus élevé.

Au-delà de la nécessité de renforcer les dispositifs d'accompagnement, de prévention et de soins, il y a aussi dans ces territoires des enjeux de compréhension du système de santé.

En zones périurbaines par exemple, on a de plus en plus de femmes migrantes qui ne comprennent pas toujours les enjeux du suivi prénatal, dont la précarité est plus grande et dont l'accès aux soins est également freiné par la barrière de la langue. En zones rurales, beaucoup de gens n'ont pas de voiture, ce qui pose aussi des problèmes d'accès aux rendez-vous prénataux. Il faut demander au voisin ou sinon payer un taxi, ce qui peut coûter cher. De façon plus générale, je constate des problèmes de compliance. Des grossesses de diagnostic tardif ou mal suivies, je trouve qu'il y en a de plus en plus parmi les femmes en situation de précarité. C'est parfois intriqué avec des problèmes de toxicomanie. Bref, c'est multifactoriel et assez complexe à éclaircir.

Pr Camille Le Ray

Les dernières études des équipes de l'Inserm constatent que les territoires où les populations sont les plus socialement défavorisées,

comme les départements d'outre-mer, sont ceux où la distribution des services de santé et des services sociaux est la moins dense. D'où les problèmes d'accès aux soins périnataux, par exemple à l'entretien prénatal précoce qui est prévu au quatrième mois de grossesse. **Cette consultation censée permettre l'identification des femmes vulnérables qui vont avoir besoin d'un parcours de soins adapté, on s'est rendu compte que celles qui en bénéficient le moins, ce sont les futures mères les plus vulnérables.** Souvent, ces femmes sont aussi celles dont la littératie en santé est la plus basse et/ou qui comprennent moins bien le fonctionnement du système de santé. Donc elles ne sont pas en mesure d'exprimer leurs besoins et leurs attentes. C'est un cercle vicieux assez complexe à briser car ce n'est pas qu'une question de moyens humains et financiers.

D^r Sydney Sebban

Au regard des inégalités sociales et territoriales dont nous venons de parler, il conviendrait de mieux cibler les populations à risque pour que ces futures mères bénéficient de programmes spécifiques et qu'elles aient accès à des parcours de soins adaptés.

Pour ce faire, on a besoin de données plus fines sur la mortalité infantile parce qu'on ne peut améliorer que ce que l'on mesure et parce que cela nous permettra de mettre des moyens là où les besoins sont les plus criants.

Après, il y a une dimension capacitaire à ne pas négliger. On doit renforcer et resserrer l'organisation territoriale des soins critiques néonataux. Cela passe en premier lieu par un accroissement des ressources humaines et par la stabilisation des équipes de soins pour maintenir leur expertise. Mais cela passe aussi par une révision des décrets de 1998. On en a besoin pour renforcer les réseaux de périnatalité, notamment pour améliorer la coordination entre les maternités de proximité et celles des grands centres hospitaliers.

Pr Delphine Mitanchez

On devrait commencer par réaliser un audit de l'organisation des soins de périnatalité sur l'ensemble du territoire.

Audit qui serait le prélude à la révision des décrets de 1998 et qui ne se limiterait pas qu'aux maternités de moins de 300 accouchements car cela ne fait aucun sens. Comme on l'a vu, la hausse de la mortalité infantile concerne davantage les zones urbaines et périurbaines où se trouvent les «grosses» maternités. **Et puis, c'est bien beau de fermer une petite maternité parce que la qualité et la sécurité des soins n'y sont plus assurées, mais avant cela, il faut savoir où vont être redirigés les accouchements qui y sont réalisés.** On a donc besoin d'une vision d'ensemble, région par région, en se souciant également du suivi prénatal et postnatal, pas seulement des plateaux techniques. Le précédent ministre de la Santé, Yannick Neuder, s'était engagé l'été dernier à lancer ce chantier dans le but

de revoir les décrets de 1998. Mais en raison de l'instabilité politique actuelle, ce dossier prioritaire n'a pas avancé. C'est dommage, car à chaque changement de gouvernement, on repart de zéro ou presque.

Quelles mesures seraient les plus efficaces pour réduire ces décès ?

On doit d'abord se doter d'un outil de surveillance et d'évaluation pérenne qui repose sur des données fiables et exhaustives concernant les nouveau-nés et leurs mères.

Un outil qui fusionne des indicateurs épidémiologiques de santé et de mortalité, mais aussi des indicateurs médicaux, démographiques, socio-économiques, environnementaux, comportementaux, etc.

Ce registre national permettrait de confirmer nos hypothèses sur les causes de la mortalité infantile, qui sont multiples, et d'agir en conséquence sur les bons leviers en tenant compte des particularités locales.

On a aussi besoin de revoir les décrets de périnatalité qui datent de 1998 afin de redéfinir l'organisation des soins et d'adopter des normes adaptées aux réalités d'aujourd'hui. Cette révision serait aussi un facteur d'attractivité pour les personnels soignants. Cela leur enverrait le message qu'ils vont travailler dans des structures où ils pourront prendre en charge les mères et leurs bébés en répondant convenablement à leurs besoins.

Pr Camille Le Ray