



Note du 27 juin 2025

La mortalité infantile en France augmente depuis 2012, à rebours de la tendance observée dans la majorité des pays européens, où elle continue de baisser. Depuis 2015, la mortalité infantile est supérieure à la moyenne européenne (UE27) : la France, qui se trouvait en 3^{ème} position des pays à la mortalité infantile la plus faible d'Europe entre 1996 et 2000, **se trouve désormais en 23^{ème} position** (INED, mars 2025). Ce constat est d'autant plus inquiétant qu'il touche une population extrêmement vulnérable : **les nouveau-nés**.

En effet, la hausse de la mortalité infantile est **entièrement imputable à l'augmentation de la mortalité néonatale** (1^{er} mois de vie), qui concentre près de 75% des décès avant un an (rapport Insee Première n° 2048, avril 2025). De 2011 à 2023, la mortalité le jour de la naissance ainsi que la mortalité post-néonatale (de 28 jours à un an) sont restées quasiment stables. **Seule la mortalité de 1 à 27 jours a augmenté** (rapport Insee Première n° 2048, avril 2025), avec un **excès d'environ 1 200 décès chaque année** en comparaison des pays européens les plus performants comme la Suède.

Les données de l'INSEE et de l'équipe OPPALE (INSERM/Université Paris Cité) montrent que cette surmortalité **concerne principalement les nouveau-nés grands prématurés, quel que soit leur âge gestationnel**, population particulièrement vulnérable dont la survie dépend directement de la qualité des soins intensifs prodigués dans les premières semaines de vie. Alors que l'incidence de la prématurité est relativement stable en France, voire en légère baisse, autour de 7 % des naissances (DREES, Études et Résultats n°1221, février 2022), les prématurés représentent 75 % de la mortalité néonatale. De façon concordante, l'Insee note que la hausse du taux de mortalité infantile concerne plus particulièrement les enfants issus d'un accouchement multiple, **qui naissent dix fois plus souvent prématurément** ; pourtant le taux de naissance multiple est resté quasiment stable (rapport INSEE Première avril 2025). La mortalité des jumeaux et triplés est ainsi 5 à 6 fois celle des nouveau-nés singletons (rapport Insee Première n° 2048, avril 2025). Dans une moindre mesure, l'excès de mortalité néonatale concerne les nouveau-nés à terme, incluant les nouveau-nés porteurs d'une ou plusieurs malformations congénitales, et les nouveau-nés victimes de complications de l'accouchement, qui sont, après la prématurité et ses complications, les deux autres principales causes de décès de nouveau-nés dans les pays avec des systèmes de santé performants (Oza et al. Bulletin de l'OMS 2015).

L'ensemble de ces enfants (grands prématurés, nouveau-nés à terme avec malformation ou victime d'une complication de l'accouchement graves) sont transférés et pris en charge à leur naissance, pour des durées parfois prolongées, **dans les services de soins critiques néonataux (réanimation néonatale et soins intensifs pour nouveau-nés)**, dans les centres périnataux de type 3.

La France dispose de 67 services de soins critiques néonataux, qui totalisent un peu plus de 1500 lits (environ 750 lits de réanimation néonatale et 750 lits de soins intensifs attenants) ; à titre de comparaison, les soins critiques pour adultes totalisent environ 20 000 lits (données DREES 2023). **Ces services, qui constituent le maillon essentiel de la chaîne de survie des enfants gravement malades à la naissance, sont aujourd'hui confrontés à des difficultés structurelles majeures.**

Les dysfonctionnements concernent en particulier une **organisation territoriale inadaptée**, une **saturation des services** et un **manque de ressources humaines**. La situation dégradée des soins critiques néonataux est la première hypothèse à évoquer pour expliquer la hausse de la mortalité néonatale. **Il s'agit aussi du principal levier d'action.**

Des facteurs organisationnels à fort impact sanitaire

- Alors que l'organisation des soins critiques adultes et pédiatriques repose sur des décrets récents de 2022, **celle des soins critiques néonataux demeure régie par les décrets de périnatalité de 1998**. L'offre de soins critiques pour les nouveau-nés n'a pas fait l'objet d'une évaluation ni d'une révision depuis leur publication il y a plus de 25 ans. Pourtant, les nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale représentent une part importante des enfants hospitalisés (on compte 1 lit de réanimation pédiatrique pour 3 de réanimation néonatale environ). **Les décrets de 1998**, s'ils ont permis à l'époque des progrès notables dans l'organisation de réseaux de santé en périnatalité, **sont devenus complètement obsolètes**, notamment parce que **le profil et la prise en charge des nouveau-nés ont considérablement évolué depuis leur publication**, avec des enfants de plus en plus immatures/malades/complexes, une majoration de la technicité des soins, et en parallèle l'essor des soins de développement et des soins centrés sur l'enfant et sa famille. Tous ces facteurs ont contribué à alourdir la charge en soins.
- **L'offre de soins critiques néonataux est devenue insuffisante et inadaptée. Elle est inférieure à l'offre proposée dans les autres pays à revenus élevés.** Le capacitaire est inégalement réparti sur le territoire **où il varie du simple au double** pour 1000 naissances selon les régions. Les unités sont saturées, avec des **taux d'occupation trop élevés** par rapport à ce qui est recommandé dans la littérature en raison de leur impact sur la qualité des soins et sur la mortalité : **en moyenne, ils dépassent 90%, voire 95% pour près de la moitié des services**, bien au-delà du seuil de sécurité recommandé (85%). Ces résultats sont robustes, confirmés par 3 enquêtes séparées de la SFN (2021, avec Santé Publique France, février 2023, juin 2023). Cela entraîne des **refus de transferts** pour les nouveau-nés malades, rapportés comme étant réguliers dans un quart des services (enquête SFN 2023). Ces tensions entraînent des conséquences en cascade sur tout le réseau périnatal régional : la capacité et la qualité des soins critiques néonataux conditionnent directement la sécurité de toutes les naissances dans le bassin de vie qui lui est rattaché.

La feuille de route Pédiatrie et santé de l'enfant 2024-2030, publiée à l'issue des Assises de la Pédiatrie en mai 2024, vise à garantir un lit de réanimation néonatale pour 1000 naissances dans chaque région d'ici à 2027. Elle reste à concrétiser.

- **Il existe un sous-effectif infirmier préoccupant au lit du malade.** Les effectifs réels au lit du malade sont souvent **insuffisants et inférieurs à ceux prévus par les décrets de 1998** : dans l'enquête menée par la SFN en juin 2023 (évaluation de la charge en soin pour près de 8000 nouveau-nés hospitalisés en soins critiques néonataux), les équipes étaient en sous-effectif par rapport aux effectifs prévus par les décrets de 1998 pendant près de 60% du temps. **Ce sous-effectif était encore plus profond en considérant la charge en soins, c'est à dire la lourdeur des patients**, dépassant 70% du temps, avec un manque d'effectif sévère observé pendant près de 40% du temps (enquête SFN, juin 2023).

La présence infirmière au lit du malade est en vie réelle **bien en deçà des standards observés dans les pays les plus performants** (voir par exemple les recommandations britanniques, suédoises, canadiennes ou suisses, et celles de l'EFCNI). Dans une enquête internationale récente (iNeo, *PAS meeting*, Honolulu 2025), l'encadrement infirmier des nouveau-nés requérant des *soins critiques complexes* (comme les nouveau-nés très instables ou les extrêmes prématurés) était de 1:1 dans la plupart des pays (Suède, Finlande, Canada, Espagne, Suisse, Australie, Japon, Italie-Toscane), tandis que la France est au même niveau d'encadrement que le Brésil, derrière la Pologne et Israël.

- Plusieurs études internationales, notamment au Québec, ont montré que le **sous-effectif infirmier a des conséquences délétères pour la qualité des soins aux nouveau-nés**. Il augmente le risque de soins manqués (Tubbs-Cooley et al. *JAMA Pediatr.* 2019) et de survenue d'évènements indésirables associés aux soins, comme les infections nosocomiales ou les extubations accidentelles (*Progrès en Néonatalogie*, ISSN : 0251-5601, pp 167-183). En particulier, il est bien documenté que **le sous-effectif infirmier face à la charge en soins, combiné à des taux d'occupation élevés, augmente significativement la mortalité et la morbidité des grands prématurés** (Beltempo et al. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2023).
- **Les chances de survie des enfants les plus prématurés dépendent non seulement des effectifs en personnel infirmier, mais aussi du niveau de formation et de l'expérience de ces personnels** (Hamilton et al., *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007 ; Sherenian et al., *Neonatology* 2013 ; Watson et al., *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2016). Or les services font face à un **turn-over important des personnels paramédicaux qui limite l'ancienneté dans les équipes** alors qu'il faut deux ans pour atteindre la pleine maîtrise des compétences nécessaires pour exercer dans un service de soins critiques néonataux. Ainsi, dans près de 80% des services, au moins 1/3 de l'effectif infirmier a moins de 2 ans d'expérience. A l'inverse, moins de 10% des services comptent dans leur effectif au moins 3/4 d'infirmières de plus de 5 ans d'expérience (enquête SFN juin 2023). **En outre, contrairement aux soins critiques adultes, aucun encadrement systématique n'est prévu réglementairement pour les nouveaux professionnels affectés en soins critiques néonataux**, alors même que les compétences requises sont hautement spécialisées. Le manque d'expérience et de formation, combinée à un sous-effectif infirmier chronique et à des taux d'occupation élevés, crée un contexte à risque documenté, favorisant la survenue d'accidents graves. Ces derniers étaient évitables dans 57% des cas évalués par la Haute Autorité de Santé dans l'analyse nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins chez les nouveau-nés publiée récemment (HAS, avril 2025). Ce constat renforce l'urgence de repenser l'organisation, la formation et la sécurisation des soins critiques néonataux, dans une approche cohérente avec les exigences de sécurité mises en œuvre dans les autres secteurs de soins critiques.

- Les **effectifs médicaux sont également en tension**. Actuellement le nombre de néonatalogistes formés (80 à 90/an, par l'option de néonatalogie du DES de pédiatrie et le DIU de néonatalogie) est insuffisant pour remplacer les départs, comme en témoigne le nombre de postes vacants publiés régulièrement sur le site de la SFN. **Près des 3/4 des services rencontrent des difficultés pour assurer la permanence des soins. Au moins un poste de pédiatre néonatalogiste est vacant dans 73% des services**, et deux ou plus sont vacants dans 46 % des services (enquête SFN 2023). Une autre enquête de la SFN, menée en juin 2024, a mis en évidence une **activité sous tension au lit du malade**, tandis que d'autres missions (qualité et sécurité des soins, consultations de suivi post-hospitalisation, formation continue) sont possiblement « sacrifiées » faute d'effectif suffisant dans 3/4 des services. Cette enquête a aussi montré que **les effectifs réels et les besoins en ressources médicales** pour les soins critiques néonataux, qui dépendent du case-mix, de l'existence d'une activité de recours et du flux de patients en journée (entrées/sorties) **sont très hétérogènes et varient du simple au double selon les services**. Par ailleurs, les pédiatres néonatalogistes considèrent leur **qualité de vie au travail comme altérée**, comme l'a montré une enquête menée par la SFN en 2022 auprès de plus de 721 d'entre eux : 80% des répondants déclaraient dépasser la durée légale maximale de travail hebdomadaire (48h), et 13% déclaraient travailler plus de 75 heures par semaine. Parmi les 652 néonatalogistes concernés par la permanence des soins, 47% faisaient 5 gardes par mois voire plus et 20% travaillaient au moins 3 week-ends par mois. La moitié des répondants souhaitait limiter leur nombre de gardes, qui ont un retentissement négatif sur leur vie personnelle pour 80% d'entre eux (Zana-Taïeb et al., *Acta Paediatrica* 2023). Les troubles du sommeil en lien avec leur travail étaient déclarés par 49% des répondants ; 55% des répondants déclaraient ne pas être satisfaits de leur qualité de vie au travail. Le sentiment d'insécurité lié à la surcharge de travail était cité dans les motifs d'insatisfaction par 80% des répondants (Zana-Taïeb et al., *Acta Paediatrica* 2023).
- Les **ressources pour les soins de support** (psychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens, diététiciens, soutien aux familles) **et les missions transversales** (infirmiers formateurs, référents soins de soutien au développement, logisticiens) **ne sont pas du tout organisées** faute d'être mentionnées dans les décrets de 1998, contrairement aux décrets de 2022 pour les soins critiques adultes et pédiatriques. **Il en résulte de grandes disparités entre les services**. Ainsi, 38% des services n'ont aucune infirmière formatrice, **poste pourtant fondamental** dans le contexte actuel de turn-over très important des PNM et de l'absence pédiatrie/néonatalogie en formation initiale des études d'infirmier. De plus, 22% n'ont pas de logisticien, pourtant crucial dans un service de réanimation. Enfin, 44% des unités n'ont aucun effectif PNM dédié aux soins de développement, qui font partie des standards de soins dans les pays scandinaves (enquête SFN juin 2024). De même, seulement 7% des services considèrent avoir un effectif adéquat de kinésithérapeutes/psychomotriciens, et seulement 16% estiment avoir suffisamment de psychologues (enquête SFN juin 2024). Pourtant, ces personnels jouent un rôle fondamental dans la prévention de la morbidité post-soins critiques, incluant, entre autres, le soutien précoce au développement psychomoteur des enfants à haut risque de troubles neurodéveloppementaux (dépistage et intervention précoces), la prévention des troubles de l'oralité, la prévention et la prise en charge des difficultés psychologiques parentales.

- **Enfin, l'architecture n'est pas adaptée au concept de « zéro-séparation » dans de nombreux services de néonatalogie en France**, qui est l'objectif numéro 1 de la Charte du Nouveau-né Hospitalisé portée par le Ministère des Solidarités et de la Santé, les associations d'usagers et les sociétés savantes. L'architecture des unités de néonatalogie doit pourtant permettre la non-séparation mère-(père)-enfant avec la présence majoritaire de chambres familiales, l'individualisation d'unités de soins couplées mère-bébé, et le soutien de la présence parentale continue en néonatalogie avec des espaces dédiés (Moen et al., Core principles of NICU design to promote family-centred care, EFCNI 2018, Altimier et al., J Perinatol 2023).

Une perte d'attractivité préoccupante des services de néonatalogie

Le manque de reconnaissance institutionnelle et de moyens, la qualité de vie au travail et les conditions de travail dégradées pèsent sur l'attractivité des carrières en néonatalogie, tant pour les personnels médicaux que paramédicaux.

Les personnels soignants en néonatalogie sont, comme les personnels soignants en soins critiques adultes, exposés à des conditions de travail plus difficiles que ceux travaillant dans d'autres unités des hôpitaux (Table ronde « Souffrance au travail », Journées Nationales de Néonatalogie 2024. *In Progrès en Néonatalogie*, ISSN : 0251-5601, pp 167-183). Le sous-effectif et le surmenage infirmier ont des conséquences délétères pour les personnels soignants et leur qualité de vie au travail (insatisfaction au travail, stress, absentéisme court, intention de quitter, voire épuisement professionnel). Les jeunes professionnels paramédicaux sont trop peu formés, trop brièvement encadrés, et souvent rapidement confrontés à des situations de détresse humaine et matérielle, ce qui alimente le turn-over et les départs précoces. Le sous-effectif, la surcharge de travail, le manque d'expérience et de formation sont autant de facteurs humains reconnus comme associés à la survenue d'événements indésirables graves associés aux soins. Les internes se détournent de cette surspécialité de la pédiatrie, notamment en raison du rythme de travail et des contraintes de la permanence des soins. Cette crise des vocations pour la néonatalogie n'est pas spécifique à la France : nos collègues américains signalent également un recul préoccupant des candidatures dans cette spécialité (Lakshminrusimha & Steinhorn, *J Perinatol* 2025).

Le nombre élevé de postes vacants conduit à des fermetures de lits subies en raison du manque de personnel paramédical - une situation particulièrement marquée en Île-de-France - ainsi qu'à des difficultés pour assurer la permanence des soins en raison du manque de personnel médical. Ces difficultés alimentent, dans un cercle vicieux, l'aggravation de la crise.

Données médico-économiques : un rapport coût-efficacité favorable

La particularité de la réanimation néonatale est qu'elle intervient au début de la vie et qu'elle permet aux patients de survivre pour une durée en général très prolongée. Il est donc indispensable de mettre en balance les coûts engagés pour les nouveau-nés hospitalisés en réanimation et soins intensifs avec le bénéfice attendu en terme d'espérance de vie et de qualité de vie.

Après la crise du COVID-19, une réforme structurelle des soins critiques adultes et pédiatriques a été engagée (décrets de 2022). Aucune mesure comparable n'a été prise pour les soins critiques néonataux. **Cette asymétrie est d'autant plus problématique que la réanimation néonatale est l'une des rares disciplines médicales où le gain en espérance de vie est maximal.**

Les soins critiques néonataux, incluant la prise en charge de la grande prématurité, sont généralement considérés comme ayant un **rapport coût-efficacité très avantageux**, notamment lorsqu'on les compare aux soins critiques pour adultes et à d'autres interventions médicales (Cheah, *Transl Pediatr* 2019, Cutler 1999). En raison de l'espérance de vie longue de leurs bénéficiaires, les analyses de coûts par année de vie ajustée par la qualité (QALY, Quality-Adjusted Life Year, mesure composite qui combine la quantité et la qualité de vie générées par une intervention de santé), montrent une efficience remarquable des soins critiques néonataux, même en présence de handicaps. Le coût par QALY pour les nouveau-nés très prématurés est inférieur ou comparable à de nombreuses interventions standard chez l'adulte (par exemple, pontage coronarien, diabète, cancer), et beaucoup plus faible que les traitements de certaines maladies chroniques (par exemple, la dialyse) (Cheah, *Transl Pediatr* 2019). Il est bien en dessous des seuils de coût-efficacité considérés comme acceptables en France et en Europe.

Pourtant, en comparaison des soins critiques pédiatriques et adultes, on relève un **sous-financement des soins critiques néonataux**. Le coût moyen journalier (données de l'ATIH, basées sur les chiffres de 2019) est de 2160 € en réanimation adulte en CHU, contre 1335 € en réanimation néonatale (et 1967 € en réanimation pédiatrique). La France dépense donc en proportion près de 40% de moins pour la santé des nouveau-nés les plus vulnérables.

La majeure partie des coûts liés à la grande prématurité est engagée **pendant l'hospitalisation initiale** (Korvenranta et al., *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010). Ils sont d'autant plus élevés que l'âge gestationnel est faible (Rios et al., *J Pediatr* 2021). La présence de comorbidités, qui sont des complications de la prématurité fréquemment liées à la qualité des soins, les augmente considérablement, les rendant 4 à 7 fois plus élevés que pour les enfants de même âge gestationnel sans comorbidité (Korvenranta et al., *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010, Cheah, *Transl Pediatr* 2019).

Les morbidités majeures des prématurés (dysplasie broncho-pulmonaire, lésions neurologiques sévères, entérocolite ulcéro-nécrosante, rétinopathie du prématuré, infection nosocomiale) sont en effet associées à une augmentation de consommation de soins à court et à long terme et à une augmentation du risque de troubles neurodéveloppementaux sévères à long terme, à l'origine de surcoûts sociétaux. **Mais leur incidence peut être réduite par des interventions liées à l'organisation et à la qualité des soins.**

Les pays qui ont mis en place à l'échelon national des politiques d'amélioration de la qualité des soins des nouveau-nés ont vu une amélioration importante de leurs indicateurs de morbi-mortalité néonatale (par exemple le Canada, avec le programme canadien d'amélioration de la qualité des soins des prématurés (EPIQ, *Evidence-based Practice for Improving Quality*), où l'incidence de la mortalité/morbidité majeure chez les prématurés nés à moins 29 semaines d'aménorrhée est passée de 63% en 2007 à 47% en 2014).

L'effort financier pour remettre à niveau l'organisation des soins critiques néonataux reste mesuré car les services concernés sont peu nombreux (moins de 70 services, environ 1500 lits). **Une allocation efficace des ressources est aussi plus facile à anticiper et mettre en place qu'en réanimation pédiatrique et adulte.** En effet, l'activité des soins critiques néonataux **est essentiellement dépendante du nombre de naissances** ; elle n'est pas sujette aux variations saisonnières épidémiques. En France, **l'activité de réanimation néonatale est portée exclusivement par le service public** (notamment les CHU) ; il n'y a pas d'hospitalisation abusive dans les lits comme mis en évidence dans l'enquête de la SFN sur la charge en soins en juin 2023. Par ailleurs, en comparaison de la réanimation adulte, **les coûts relatifs à la réanimation néonatale concernent principalement les ressources humaines et moins les traitements.**

Enjeux territoriaux : un maillon vital du réseau périnatal

Les services de soins critiques néonataux constituent l'épine dorsale du réseau périnatal régional. Leur affaiblissement compromet la sécurité de l'ensemble du système. Les maternités, quel que soit leur type, doivent pouvoir transférer sans délai les nouveau-nés en détresse vitale, ou organiser des transferts in utero en cas de menace d'accouchement prématuré. Ces transferts sont compromis quand un centre régional de réanimation néonatale est saturé ou en difficulté (en raison, par exemple, de fermetures de lits faute de personnel). **En ce sens, la capacité et la qualité des soins critiques néonataux conditionnent directement la sécurité de toutes les naissances dans le bassin de vie qui lui est rattaché.** Une politique de justice territoriale suppose donc de garantir l'accès à des soins critiques néonataux de qualité à chaque nouveau-né.

L'organisation des soins critiques néonataux en France représente un véritable angle mort de la politique de santé. L'évolution défavorable des indicateurs de mortalité néonatale impose une réponse structurée et rapide. L'état dégradé des soins critiques néonataux apparaît comme un déterminant majeur de la surmortalité. Une réforme structurelle de l'offre et de l'organisation des soins critiques néonataux, avec une mise à jour des décrets en cohérence avec les standards internationaux, constitue un levier prioritaire, justifié sur les plans éthique, sanitaire, territorial et économique.

Les rapports et articles cités dans ce document peuvent être téléchargés en suivant le lien : <https://dispose.aphp.fr/u/mNC2EzvQtquK0LYS/a6a29f4b-6f7d-4f9c-8c11-2369f62b47a4?l>

ANNEXE – analyse des hypothèses pouvant expliquer la hausse de la mortalité néonatale

La hausse de la mortalité néonatale ne peut s'expliquer par un facteur unique. Plusieurs éléments contribuent, **mais leur poids dans l'explication n'est pas équivalent**.

- 1) **Les facteurs socio-démographiques** (précarité, catégories socio-professionnelles modestes et défavorisées, faible niveau d'éducation, isolement, statut migratoire, âge maternel) **et l'augmentation des pathologies maternelles** (obésité, tabagisme) ont un impact **indirect**, en amont de la naissance : ils influencent le recours aux soins préventifs prénatals, le suivi de grossesse et la santé du fœtus à naître. Ce sont des déterminants bien connus de la prématurité et des complications à la naissance, associés à une mortalité infantile plus élevée, comme cela est observé Outre-Mer et dans certains départements de métropole comme la Seine-Saint Denis. Cependant, selon l'Insee (rapport Insee Première n° 2048, avril 2025), l'évolution de la structure de la population par âge de la mère et par type d'accouchement n'a pas eu d'impact sur l'évolution du taux de mortalité infantile. L'augmentation de la part de nouveau-nés ayant une mère née à l'étranger a contribué de 0,1 point sur 1 000 à la hausse du taux de mortalité infantile.

Surtout, la mortalité infantile **en France métropolitaine** (donc hors DROM, où les facteurs socio-démographiques ont un poids beaucoup plus important qu'en France métropolitaine) **a une trajectoire inverse de celle de la Suède**, où elle ne cesse de décroître. Ceci conduit à un **excès de 1200 décès annuels** en France en 2024 en comparaison de la Suède.

Une part importante de la hausse de la mortalité néonatale n'est donc **pas expliquée** par les facteurs socio-démographiques. **Ils ne permettent pas non plus d'expliquer les écarts internationaux**, car ces facteurs (dont l'accroissement des inégalités sociales) n'épargnent pas les pays dont les taux de mortalité infantile continuent de baisser.

Mortalité infantile		
Année	France Métro.	Suède
2017	3,61	2,26
2018	3,63	2,21
2019	3,56	2,16
2020	3,37	2,11
2021	3,43	2,06
2022	3,71	2,03
2023	3,74	1,72
2024 (p)	3,84	1,67

Source INSEE

Source Unicef
& <https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/SWE/sweden/infant-mortality-rate>
pour 2023 et 2024

- 2) La distance (ou le temps de trajet) entre domicile et maternité, liée au débat sur les fermetures des petites maternités, a une charge émotionnelle forte dans le débat public, **mais son poids réel dans la mortalité néonatale est très marginal**. Les trois quarts des mères habitent à moins de 15 km d'une maternité. Les accouchements pour lesquels la mère habite à plus de 45 km d'une maternité ne représentent que 1% des naissances ; ceux où la mère habite entre 30 et 45 km d'une maternité représentent 7% des naissances. La mortalité néonatale associée à ces distances est la plus faible. **Le plus fort taux de mortalité néonatale et le plus grand nombre de décès sont observés pour des distances domicile-maternité de moins de 5 km** (Pilkington et al., *Eur J Public Health* 2014). Si les accouchements extra-hospitaliers (incluant les accouchements à domicile par choix) sont associés à une augmentation de la mortalité (risque x5) et de la mortalité néonatale (risque x2,4) (Combier et al., *Plos One* 2020), ils ne représentent qu'une toute petite partie des naissances, entre 0,3 et 1% par an (Combier et al., *Plos One* 2020). **Les décès de nouveau-nés liés aux accouchements extra-hospitaliers sont ainsi estimés entre 5 et 20 par an (Combier et al., *Plos One* 2020), très loin des 1200 décès de nouveau-nés en excès par rapport à la Suède**. D'ailleurs, en Suède, où le taux de mortalité infantile est très faible, 8,3% des femmes résident à plus de 50 km et 1,3% à plus de 100 km. Le taux d'accouchements avant d'atteindre la maternité y est inférieur à celui observé en France (0,2 versus 0,5 à 1% selon les régions en France), car les parcours de soins y sont mieux organisés que dans notre pays.

- 3) Parmi les autres hypothèses régulièrement avancées, celle d'un transfert de mortinatalité (enfants mort-nés) vers la mortalité néonatale est probablement marginale. En effet, en comparaison des autres pays européens, **la France se distingue à la fois par un excès de mortalité néonatale** (mortalité postnatale) **et par un excès de mortinatalité** (mortalité anténatale). Les pays qui enregistrent les taux de mortinatalité les plus faibles (Norvège, Danemark, Finlande) sont aussi ceux qui affichent les meilleurs résultats en termes de mortalité néonatale, ce qui fragilise considérablement l'idée d'un simple transfert des décès de la période anténatale vers la période néonatale. En outre, dans les pays où la mortalité infantile est particulièrement faible, comme en Suède (2,5‰), les taux de survie des extrêmes prématurés sont nettement supérieurs à ceux observés en France.

En revanche, **les standards de soins diffèrent nettement entre les pays les plus performants et la France**. La dégradation du circuit de soins apparaît donc comme l'hypothèse la plus pertinente pour expliquer la hausse de la mortalité néonatale dans notre pays.

- 4) La diminution du recours à l'interruption médicale de grossesse (IMG) observée ces dernières années (en hausse de 200% en 10 ans, représentant environ 1300 naissances vivantes en France/an) pourrait contribuer à l'augmentation de la mortalité néonatale. Toutefois, il serait réducteur d'y voir uniquement un transfert de la mortinatalité par IMG vers une mortalité néonatale inévitable. En effet, les pathologies malformatives à fort potentiel léthal (sans traitement curatif ni survie possible, associées à un décès précoce), ne représentent qu'environ 10% des anomalies congénitales qui peuvent faire l'objet d'une autorisation d'IMG, comme le montre une étude prospective menée en Ile-de-France (De Barbeyrac et al., *BJOG* 2022). Pour la grande majorité de ces anomalies, si le risque de morbidité sévère, de handicap ou de troubles graves du neuro-développement, voire de décès avant l'âge adulte, est élevé et justifie l'autorisation d'IMG, la probabilité de survie au-delà de la période néonatale demeure importante. C'est le cas, par exemple, des myéloméningocèles, de la trisomie 21, des cardiopathies complexes, ou des syndromes polymalformatifs (De Barbeyrac et al., *BJOG* 2022).

En revanche, la plupart de ces enfants requièrent une hospitalisation en néonatalogie, souvent des soins critiques, **et contribuent à accroître la charge en soins et les ressources mobilisées dans les services de néonatalogie**. Le devenir à long terme de ces enfants dépend de la qualité des soins qui y sont prodigués.

- 5) **Dans les pays occidentaux, les principales causes de mortalité néonatale sont bien identifiées.** Elles se répartissent principalement entre :

- la prématurité et ses complications, qui constituent la première cause de décès ; en France, les enfants nés prématurément représentent à eux seuls 75 % des décès néonataux, qu'ils présentent ou non une malformation associée ;
- les malformations congénitales ;
- les complications graves survenues lors de l'accouchement.

Ces pathologies nécessitent toutes une prise en charge spécialisée dans des unités de soins critiques néonatales (réanimation néonatale et de soins intensifs pour nouveau-nés). C'est donc sur le fonctionnement de ces services que doivent porter les efforts d'analyse et d'amélioration. Or les données disponibles, qu'elles soient issues d'enquêtes épidémiologiques, des enquêtes auprès des professionnels et des états des lieux menés par la Société Française de Néonatalogie, ou de la littérature scientifique internationale, **convergent pour désigner la dégradation de l'offre et des conditions de fonctionnement des soins critiques néonatales comme l'un des déterminants majeurs de la progression inquiétante de la mortalité néonatale.**