



FHP-MCO
Syndicat national
des 540 établissements
de santé privés exerçant
une activité en Médecine,
Chirurgie, Obstétrique.
FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam,
75009 Paris
fhpmco.fr

Tutelle
**Bilan et perspectives
du ministère
de la Santé** p. 2

Experts
**Au sein et hors de la Mission
périnatalité, des experts proposent
des solutions** p. 3

Terrain
**Des initiatives
inspirantes** p. 4

Maternité Réinventer le modèle

Notre
dossier

LIRE P. 2 À 4
LES POINTS DE VUE
D'EXPERTS

Les plans se succèdent sans parvenir à inverser la tendance : la natalité recule, les maternités ferment et les indicateurs de santé périnatale se dégradent. Pour agir sur le terrain, les professionnels ont besoin de financements et d'une vision ambitieuse portée par les pouvoirs publics.

DS
BREF

Santé périnatale

35 ans

Plus d'un quart
des mères ont 35 ans
ou plus en 2024.

11,18

Le taux de décès
de mères jusqu'à un
an après la fin de
la grossesse est de
11,8 pour 100 000
naissances vivantes.

4,08

La France compte
4,08 décès d'enfant
de moins d'un an pour
1 000 naissances
vivantes (21^e rang
européen sur 27)

23^e rang

En matière de
mortalité infantile,
la France est passée
du 3^e rang européen
entre 1996 et 2000 au
23^e rang depuis 2022.

SOURCES : IGAS, SANTÉ
PUBLIQUE FRANCE, DREES

Cadrage

Périnatalité, 25 ans de réformes

Le taux de natalité baisse en France depuis 2014. En 25 ans, plus de 270 maternités, dont 163 privées*, ont disparu et des restructurations ont été engagées. Aujourd'hui, les 95 maternités privées représentent moins de 17 % des séjours. 45 départements français ne disposent plus de maternités privées.

Les décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998 sont les deux textes fondateurs qui ont structuré l'organisation des maternités et la politique de périnatalité en France. Ils définissent les conditions d'autorisation des activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, les conditions techniques de fonctionnement, introduisent la notion de centres périnataux de proximité (CPP). Ils structurent l'offre de soin en type (I à III) et posent un seuil minimal d'activité de 300 accouchements par an. Le dernier plan périnatalité s'est achevé en 2007. Au cours des cinq dernières années, pas moins d'une dizaine de rapports et plans ont été publiés. En septembre 2025 la ministre de la Santé a lancé une Mission périnatalité, dont le rapport vient de sortir autour de quatre grands axes : la gouvernance de la politique périnatale, la qualité et la sécurité des soins, l'égalité de l'accès à l'offre de soins, et les conditions d'exercice des métiers de la périnatalité. *DREES

Les principaux plans et rapports

- Décrets de périnatalité de 1998 et de 2000 (n°98-899 et n°98-900)
- Plan de périnatalité 1995-2000
- Plan de périnatalité 2005-2007
- Instruction « Soutien à la parentalité, déclinaison territoriale, parcours de soins, entretien postnatal précoce (EPNP), dispositif sage-femme référente » (2022)
- Rapport de l'Académie nationale de médecine « Planification d'une politique en matière de périnatalité : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence » (2023)
- Rapport de la Cour des comptes « La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier » (2024)
- Plan contre l'infertilité (2026)
- Démarche nationale sur la santé périnatale et maternelle (2026)
- Rapport IGAS sur la périnatalité dans les territoires (août 2026)
- Rapport parlementaire sur les causes et conséquences de la baisse de la natalité en France (2026)
- Rapport de la Mission périnatalité du ministère de la Santé « Pour une politique périnatale à la hauteur des enjeux », publié en octobre 2026

Ressources FHP-MCO

2024, publication
d'un Data maternités
privées : état des
lieux, deuxième
itération.

Janvier 2025,
Dialogue Santé
n° 51 faisait le point
sur la périnatalité :
« Quel avenir pour les
maternités privées ? »



ÉDITO

Et maintenant ?

Depuis 2014, les naissances diminuent en France. En 25 ans, plus de 270 maternités ont disparu, dont 163 privées. Le secteur privé ne représente désormais plus que 17 % des accouchements et presque un département sur deux ne dispose plus de maternité privée. Dans le même temps, les indicateurs de santé périnatale sont préoccupants.

Plans, rapports et réformes se sont succédé depuis les décrets fondateurs de 1998, sans parvenir à inverser cette trajectoire. Les travaux engagés en 2026 ouvrent une nouvelle étape : gouvernance, qualité et sécurité des soins, égalité d'accès et évolution des décrets de périnatalité.

Les besoins évoluent et notre modèle de maternité est à bout de souffle. Il est urgent de construire une offre périnatale et parentale fondée sur des données robustes, adaptée aux territoires, préservant une continuité des parcours, et s'appuyant sur une complémentarité des acteurs. Les maternités privées qui ont résisté jusqu'ici veulent prendre toute leur part à cette transformation.

Frédérique Gama
Présidente de la FHP-MCO



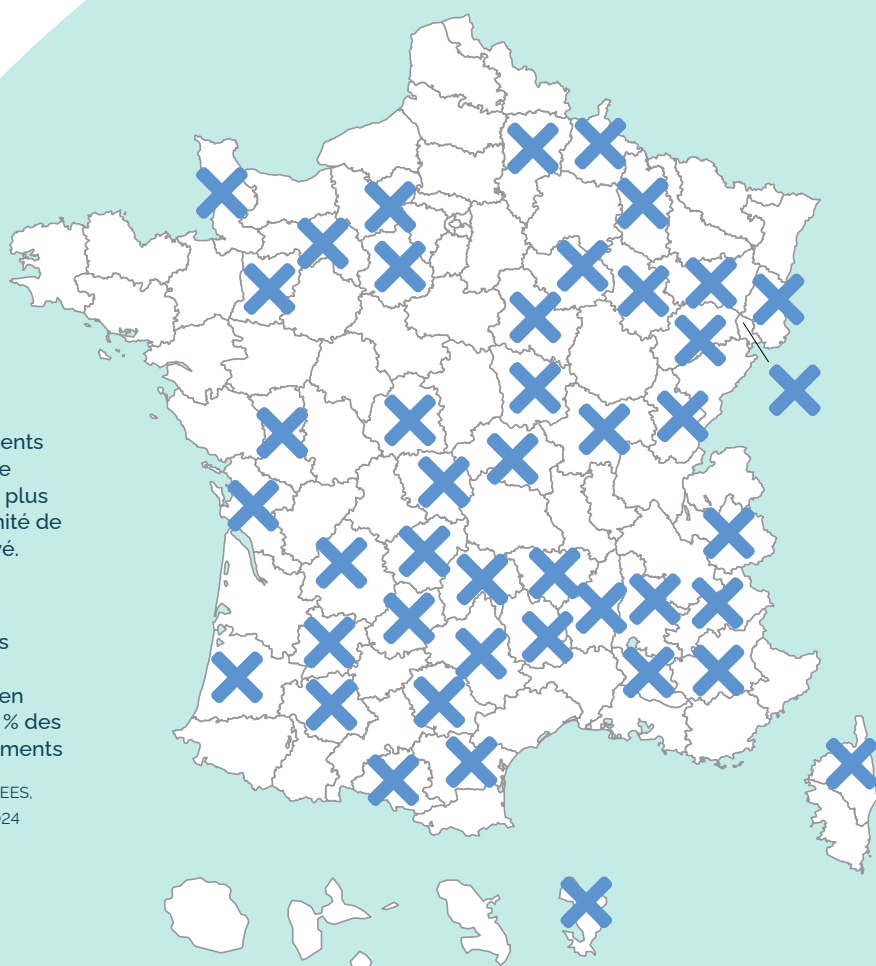
45

départements français ne disposent plus de maternité de statut privé.

95

maternités privées prennent en charge 17 % des accouchements

SOURCE : DREES, CHIFFRES 2024



Une ambition intacte

JEAN-LOUP DUROUSSET, PILOTE DU GROUPE EXPERT
 NAISSANCE DE LA FHP-MCO, PDG DE NOALYS
 ET DE LA CLINIQUE DES CÔTES DU RHÔNE (69)



Depuis 2014, les naissances reculent en France. Avec une fécondité en baisse, le nombre d'accouchements devrait continuer à décroître. Un constat douloureux pour toutes les maternités et notamment privées. Bien que cette activité soit exigeante, nous voulons continuer à l'exercer !

Nous attendons un grand plan de périnatalité et une continuité des actions d'État. Le secteur privé a fermé beaucoup plus de maternités que le secteur public, pourquoi n'aurions-nous pas un rééquilibrage des centres périnataux de proximité (CPP) entre les deux secteurs ? Il n'y a actuellement que deux CPP privés ! Pourquoi ne pas sanctuariser l'enveloppe consacrée à la maternité malgré la baisse des naissances, afin de maintenir un équilibre et un maillage sur les territoires ? Nous avons besoin d'un accompagnement financier pour permettre aux établissements déficitaires de maintenir leur activité. Par ailleurs, nous avons besoin de données sur la sécurité des prises en charge des nourissons et des parturientes pour améliorer collectivement nos pratiques.

Bien que cette activité soit exigeante, nous voulons continuer à l'exercer !

Toutes les difficultés que nous rencontrons nous invitent toutefois à élaborer des propositions pour faire évoluer nos maternités et renouer avec l'enthousiasme collectif en se disant : « Allez, on se retrouse les manches pour contribuer à ce que la santé des mères et des enfants s'améliore encore dans notre pays ! »

La concentration n'est pas la solution

Selon le rapport de l'IGAS sur l'organisation de la périnatalité de janvier 2026 et rendu public en août, aucun modèle type d'organisation territoriale des maternités ne s'impose. Les résultats insatisfaisants observés dans certaines maternités de type 2 et 3 l'illustrent. Les écarts territoriaux sont considérables, l'Île-de-France contribuant notamment de façon très importante à la dégradation de la mortalité infantile observée depuis 2011. Le rapport souligne d'ailleurs qu'une nouvelle vague de restructuration et de concentration des maternités ne permettrait pas, à elle seule, de résoudre les difficultés du système périnatal. (Rapport IGAS sur la périnatalité dans les territoires, août 2026).

DS
BREF

Les quatre axes du plan fertilité

1. Sensibiliser et prévenir
2. Détecter précocement et mieux diagnostiquer l'infertilité
3. Prendre en charge : améliorer, élargir et mieux informer sur l'assistance médicale à la procréation
4. Faire de la France un leader dans la recherche et l'innovation

Auto conservation des ovocytes

30 centres sont nouvellement autorisés à pratiquer cette activité, et s'ajoutent aux 40 existants. La ministre a annoncé une réflexion pour l'ouvrir à des centres privés

Repenser le modèle

CAMILLE HALLAK-ZABROCKI, CHEFFE DU BUREAU DES PRISES EN CHARGE EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE, SOUS-DIRECTION DE LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE ET DES PARCOURS VILLE-HÔPITAL AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ



En France, les indicateurs de santé périnatale et maternelle sont inquiétants. D'une part, l'état de santé préconceptionnel des femmes se dégrade du fait de la prévalence du surpoids, de l'hypertension artérielle et du diabète préexistant à la grossesse. D'autre part, l'âge des grossesses est plus tardif et nous observons une augmentation des pathologies de grossesse. Par ailleurs, les données sur la mortalité maternelle - 11,8 décès de mères pour 100 000 naissances vivantes - et infantile - 4,08 décès pour 1 000 naissances vivantes (21^e rang européen sur 27) sont des chiffres significatifs. Face à la dégradation des indicateurs de santé périnatale et maternelle en France, la ministre de la Santé a lancé en février 2026 une mission ministérielle destinée à formuler des propositions concrètes pour améliorer la santé périnatale et maternelle. Ses conclusions nous permettront de décider d'orientations et de faire des arbitrages.

Au sujet de la structuration de l'offre, il n'y a jamais eu de politique publique volontariste de réduction du nombre des maternités. La priorité du ministère et des ARS dans toute décision est la sécurisation de l'accouchement et la continuité de prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés dans des structures sanitaires, aussi à l'issue de fermetures. Cela s'est traduit ces dernières années par le soutien de la mise en place de centres périnataux de proximité (CPP) et d'hébergements de proximité, qui bénéficient d'un financement national. La France dénombre actuellement deux CPP privés pour une centaine en place.

Bien que le plan périnatalité soit arrivé à son terme en 2007, une multitude de chantiers ont néanmoins été lancés : diversification des pratiques, dont le déploiement de maisons de naissance, accompagnement du développement des nouveau-nés par des équipes mobiles de néonatalogie à domicile, suivi parental et programme des mille premiers jours... De même, suite aux Assises de la pédiatrie, le capacitaire en réanimation néonatale a été rehaussé, ainsi que son financement.

Les mille premiers jours

Dans le cadre de ce programme, 67 % des femmes bénéficient désormais d'un entretien prénatal précoce et 22 % d'un entretien postnatal. Au sein des établissements de santé, nous observons un renforcement des équipes médico-psycho-sociales grâce notamment au financement de postes de sages-femmes, de psychologues et d'assistants sociaux. De plus, les mille premiers jours ont progressivement élargi le champ d'action à l'éducation, au social et au médico-social.

Un entrepôt de données autour de la naissance

Les données épidémiologiques préoccupantes ont motivé la création d'un grand projet de registre et d'entrepôt de données sur les naissances : le Système national d'observation obstétrical, périnatal et infantile (SNOOPI). Il collecte les données du Système national des données de santé (SNDS), des bulletins d'état civil, des fichiers démographiques sur le logement et des données des certificats de santé des enfants. SNOOPI permettra dès fin 2027 une observation exhaustive des parcours de soins de la mère avant la naissance, puis de la mère et de l'enfant jusqu'à ses trois ans, afin de mieux comprendre la santé périnatale et la santé des mères. De même, la généralisation des revues de morbi mortalité contribue à la compréhension des difficultés et à l'amélioration des pratiques.

Un plan fertilité

Sur le plan sociétal, afin d'embarquer concitoyens et élus dans une réflexion de politique publique, la ministre de la Santé a annoncé un plan fertilité. Il a pour objectif de mener une réflexion nationale sur la santé maternelle et périnatale - du projet d'enfant au premier mois après la naissance -, et d'organiser des travaux sur la fertilité.

Une démographie en tension

En 2025, la France a enregistré une chute d'un quart du nombre de naissances par rapport à 2010. Ce phénomène met en péril les structures qui réalisaient moins de 1 000 accouchements par an. Afin de garantir le modèle économique des structures et le maintien des équipes, nous devons revoir les ratios de personnels médicaux et non médicaux nécessaires pour assurer en toute sécurité l'activité des maternités. Sur ce sujet, une saisine de la Haute Autorité de santé a été lancée en février 2026.

Le ministère de la Santé a annoncé l'élaboration d'un référentiel national multicritère, transparent et partagé. Il permettrait aux ARS d'appuyer leurs décisions sur des diagnostics territoriaux intégrant sécurité, qualité des soins, ressources humaines, activité et accessibilité. L'objectif est d'anticiper les évolutions de l'offre et d'éviter les fermetures brutales. Le référentiel devrait être construit avec l'ensemble des acteurs.



Tout reste à inventer

PR LOÏC SENTILHES, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN, CHEF DE PÔLE OBSTÉTRIQUE, REPRODUCTION ET GYNÉCOLOGIE AU CHU DE BORDEAUX, ET MEMBRE DE LA MISSION PÉRINATALITÉ DE LA DGOS



Malgré les contraintes politiques, nous sentons, de la part du ministère de la Santé, une volonté de faire évoluer la situation, de se doter des outils législatifs et d'accompagner les parties prenantes. Les attentes sont très fortes et les professionnels de santé sont investis. Mais pour mener à bien nos missions, nous avons besoin d'indicateurs pertinents.

La Mission périnatalité

La Mission périnatalité lancée par le ministère de la Santé en septembre 2025 nous a amenés à conduire une vingtaine d'auditions avec des sociétés savantes, fédérations hospitalières, représentants des professionnels de santé, usagers, chercheurs, parlementaires et élus locaux...

Disposer de données pertinentes sur la périnatalité s'est imposé comme une priorité. L'Enquête nationale périnatale (ENP) apporte des informations fiables mais discontinues sur les caractéristiques des femmes enceintes, les soins prodigués pendant la grossesse et l'accouchement. Espérons que le futur Système national d'observation obstétrical, périnatal et infantile (SNOOPI) fournira des indicateurs pertinents sur la mortalité infantile. En France, bien que beaucoup de projets de recherche de haute qualité sur la périnatalité soient réalisés depuis de nombreuses années par des enseignants-chercheurs, des médecins, des sages-femmes et des infirmiers puériculteurs, l'exploitation de ces données collectées est pénalisée par la discontinuité des financements et la difficulté d'avoir un chaînage mère-enfant. Nous manquons de données scientifiques robustes pour démontrer que réaliser 300 accouchements comporte plus de risques pour l'enfant que d'en réaliser 500 ou 1000. Cela a été montré pour la mère. De plus, de nombreuses études scientifiques indiquent que plus un soignant réalise une activité, plus la morbidité diminue. Mais pour l'enfant, en France actuellement, du fait de biais confondants difficiles à prendre en compte - les grossesses les plus à risques sont suivies dans les maternités à haut volume -, l'effet seuil n'est pas clairement démontré, même s'il existe probablement. SNOOPI devrait pouvoir apporter, entre autres, des éléments de réponse.

Les propositions des rapporteurs de la Mission

Une instance nationale de la périnatalité pourrait rassembler l'ensemble des professionnels, usagers et administrations concernés et œuvrer à une refonte de la gouvernance de la politique périnatale.

Concernant l'amélioration de la qualité et la sécurité des prises en charge des mères et des enfants, une réflexion doit être menée sur les ratios d'effectifs de professionnels de santé dans les services assurant les soins périnataux (gynécologie-obstétrique, réanimation néonatale et néonatalogie). Ce travail est en cours à la HAS. La ministre a fait part de son engagement à réviser les décrets de périnatalité de 1998.

La dénatalité est un drame économique pour notre système de protection sociale, néanmoins elle pourrait être l'opportunité de structurer l'offre de soins.

Enfin, tout au long du parcours périnatal, des travaux seront poursuivis sur l'amélioration de l'accès aux soins quotidiens et programmés, en particulier par le développement des centres périnataux de proximité (CPP).

La dénatalité : une opportunité ?

La dénatalité est un drame économique pour notre système de protection sociale, néanmoins elle pourrait être l'opportunité de restructurer l'offre de soins. Le CPP est, par exemple, une solution déjà déployée en France. Il permet aux soignants, non seulement de faire de la prévention, mais également de maintenir sur un territoire le dynamisme du tissu économique.



1 plan, 4 experts

Dans le cadre de la Mission périnatalité, Stéphanie Rist a nommé en février dernier 4 personnes qualifiées pour formuler des propositions concrètes :
Pr Marie-Pierre Bonnet,
Eliette Bruneau,
Pr Elsa Kermorvant,
Pr Loïc Sentilhes

Les 4 axes de la Mission périnatalité

- Renforcer la gouvernance de la périnatalité
- Agir sur les parcours des patientes pour améliorer la sécurité des soins
- Lutter contre les inégalités territoriales et sociales
- Améliorer les conditions d'exercice des métiers de la périnatalité et rénover leur cadre



Rapport de la Mission périnatalité du ministère de la Santé

Pour une politique périnatale à la hauteur des enjeux, publié en octobre 2026



Accompagner les femmes à toutes les étapes de leur vie

DR OLIVIER JOURDAIN, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN, PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE DES CME DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE



L'avenir des maternités comme nous les connaissons aujourd'hui est fortement compromis. Il faut donc les faire évoluer vers des centres de santé de la femme qui assureront des accouchements, mais aussi des IVG, le suivi de la contraception ou de la ménopause, le traitement de l'infertilité ou de l'endométriose..., dans un réseau organisé. Le secteur privé devra avoir

accès aux financements de ces activités dont la variété améliorera l'attractivité des métiers.

La prévention du risque périnatal repose sur des dispositifs insuffisamment ciblés. L'entretien prénatal précoce (EPP), bien que pertinent dans son principe, bénéficie surtout aux femmes déjà informées et intégrées dans un parcours de soins. Il faudra l'orienter plus explicitement vers les patientes les plus fragiles, de manière à éviter les suicides qui restent la principale cause de mortalité maternelle. Concernant les nouveau-nés, leur sécurité dépend de notre capacité d'analyser les causes de morbi mortalité, notamment par des études utilisant le Système national des données de santé (SNDS).

Le secteur privé devra avoir accès aux financements de ces activités dont la variété améliorera l'attractivité des métiers.

Enfin, afin d'améliorer la sécurité de la prise en charge, la démarche qualité doit être renforcée en soutenant notamment les enquêtes e-Satis et PROM (patient-reported outcome measures) qui constituent des outils utiles. De même, l'accréditation individuelle des médecins, mais surtout des équipes, doit être encouragée car elle a prouvé son efficacité sur l'amélioration des indicateurs de périnatalité.

Le secteur privé en chiffres (2025)

Le nombre total de séjours d'accouchements est passé de 731 590 en 2021 à 639 780 en 2025.

DANS LE SECTEUR PRIVÉ, LA BAISSE EST DE

29,5 %
versus 8,1 % dans le secteur public.

450 établissements de tous statuts réalisent des accouchements.
LES 95 MATERNITÉS PRIVÉES PRENNENT EN CHARGE

17 %

DES ACCOUCHEMENTS.
La part de marché du secteur privé a baissé de 4 % entre 2021 et 2025.

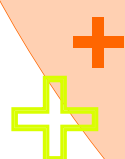
En 2025, 104 établissements de tous statuts sont autorisés à la PMA, dont

43

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Parmi eux, 10 sont des maternités de type 1, 21 de type 2 et 12 d'autres types de structures. Ils prennent en charge 41 % de l'activité de PMA.

Source : fhpmco-autorisation.fr
(<https://fhpmco-autorisations.fr/activites/point-5-etudes-dimpact-ou-etat-des-lieux/>)



L'activité selon le type de maternité

Type 1



57 % des accouchements étaient réalisés dans les maternités de type 1 en 1996, puis seulement 15 % en 2024

Types 2 et 3



43 % des accouchements étaient réalisés dans les maternités de type 2 ou 3 en 1996, puis 84 % en 2024

Nombre de maternités

-417/+31

417 maternités de type 1 ont fermé entre 1996 et 2024 quand 31 de type 2 et 3 ont ouvert

Source : Drees, SAE 1996, 2014, 2024

Accompagner les familles lors d'un décès périnatal

La maternité Victor Pauchet, à Amiens, propose un accompagnement aux familles confrontées au décès d'un nouveau-né.

Chaque année, à la mi-octobre, la maternité organise une journée dédiée au deuil périnatal avec un programme d'accompagnement autour de cette épreuve. Les familles sont accueillies lors d'un temps d'échange appelé « le Café des anges ». « Assis autour d'une table avec un café, nous créons un espace d'écoute et de soutien », raconte le Dr Sophie De Butler, pédiatre à la maternité et directrice médicale. « Il est important de rompre l'isolement après le traumatisme vécu. » Un second temps plus symbolique invite les familles à libérer une centaine de pigeons-voyageurs. Un dernier moment de recueil est proposé au sein de la chapelle de la maternité.

« Chaque année, nous accompagnons une vingtaine de familles : parents, frères et sœurs, mais aussi grands-parents », indique Sophie De Butler. « Pour ne pas oublier leur bébé décédé, certaines reviennent chaque année. » Par ailleurs, la maternité édite et distribue un album illustré, adressé plus particulièrement aux frères et sœurs, afin de les aider eux aussi à mettre des mots sur leur vécu.

« Avoir une maternité est une mission de service public qui dépasse de manière très importante l'acte très complexe de la naissance, et consiste aussi à suivre les familles dans tous les moments de leur parcours », explique Stéphan de Butler d'Ormond, président de Pauchet Santé.

Materniteam : un accompagnement non médical

Il y a 13 ans, ELSAN sollicitait l'IFOP pour mener une enquête afin de mieux comprendre les attentes des femmes, depuis le désir d'enfant jusqu'aux premiers mois suivant la naissance. De cette analyse, complétée par les retours des communautés médicales et paramédicales, est né le programme Materniteam.

Dans chaque établissement, une référente Materniteam est disponible gratuitement pour les couples : visites de la maternité, informations, rendez-vous individuels, ateliers... « L'idée est de renforcer l'attractivité de nos maternités en proposant une expérience qui dépasse la prise en charge médicale. Une grossesse est un projet de couple », explique Anne Ville-neuve, responsable du pôle Santé de la Femme au sein de la direction de la stratégie et des relations médicales d'ELSAN.

Cet accompagnement non-médical est complété par une application permettant de rester connecté à sa maternité tout au long du parcours. Accessible gratuitement à tous, même si l'accouchement n'est pas prévu dans une maternité du groupe, elle propose une information personnalisée et médicalement validée sur la grossesse, l'évolution du bébé et les principaux rendez-vous du parcours de soins. « Les référentes Materniteam et les professionnels de la maternité répondent aux questions des futurs parents. Nous créons ainsi un trait d'union entre eux et nos équipes. »

ELSAN a souhaité soutenir ce projet considérant qu'il répondait à un réel besoin des futurs parents. Ce dispositif contribue à contenir la baisse de fréquentation des maternités dans un contexte national de forte diminution de la natalité. ELSAN poursuit aujourd'hui son engagement en construisant une offre de soins plus globale dédiée à la santé de la femme.

materniteam.fr



DS
BREF

Niveaux d'activité des maternités

Type I : prise en charge des grossesses sans risque particulier

Type IIA : maternité disposant d'une unité de néonatalogie

Type IIB : maternité avec unité de néonatalogie comprenant des soins intensifs néonataux

Type III : maternité disposant d'une réanimation néonatale et prenant en charge les grossesses à risque

Une croissance de 30 % de naissances à l'Yvette

La maternité de la Clinique de l'Yvette (91) du groupe Almayviva Santé enregistre une hausse de plus de 30 % des naissances depuis le début de l'année 2026. L'établissement multiplie les initiatives et développe de nouvelles offres d'accompagnement.

Une hospitalisation de jour (HDJ) anténatal est proposée depuis cet automne. « Nous travaillons le bien-être pendant la grossesse et recevons les femmes individuellement. Une préparation physique adaptée en groupe est également prévue. De même, en couple, les parents sont aidés dans leur préparation à la parentalité. »

Créé il y a un an, le service d'hospitalisation de jour post-partum, destiné à prévenir la dépression post-partum, a déjà accueilli presque 400 mamans. « Beaucoup se sentent isolées après la naissance, alors que les rendez-vous avec les professionnels de santé s'espacent. Les revoir en HDJ permet de refaire le point et de bénéficier d'un suivi optimal », explique Célia Pluvillage, sage-femme référente.

La maternité est également très présente sur les réseaux sociaux. Chaque jour, Aurélie, assistante maternité, partage en stories les coulisses de l'établissement. « Nous faisons visiter les salles d'accouchement, la salle nature, présentons les césariennes, les différents ateliers... Nous avons de la chance car les personnels, les mamans et les papas se prêtent au jeu. » Une stratégie qui porte ses fruits : la salle nature de la maternité a été repérée grâce aux réseaux sociaux, et certaines mamans sont venues du Loiret et même de Bretagne pour y accoucher.

DIALOGUE
SANTÉ

58

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les trois mois. Octobre 2026. Directrice de publication : Frédérique Gama, présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM Communication. Photos et illustrations : ©iStock, Cocktail santé Philippe Chagnon et DR.



FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE