

UNIVERSITÉ JOSEPH FOURIER
U.F.R. DE MÉDECINE DE GRENOBLE

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE GRENOBLE

UNE MAISON DE NAISSANCE
EN ISÈRE,
UN PROJET RÉALISTE ?



Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Soutenu publiquement le 27 mars 2000

Par M. Philippe Viossat

Né le 31 décembre 1974

Promotion 1996 / 2000



À Monsieur le Docteur M. Favier

Président du jury

Chef de service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Sud de Grenoble

Directeur Technique et des Enseignements de l'École de Sages-Femmes de Grenoble

À Monsieur le Docteur E. Amblard

Gynécologue-Obstétricien

Clinique Mutualiste de Grenoble

À Madame D. Ferrant

Directrice de l'École de Sages-Femmes de Grenoble

À Madame P. Mougey

Sage-Femme Enseignante à l'École de Sages-Femmes de Grenoble

À Monsieur le Professeur J.-C. Pons

Maître de mémoire

Chef de service de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction de l'Hôpital Nord de Grenoble



À Claire,

pour avoir supporté au quotidien la réalisation de ce travail...

À Émilie et Patrick,

qui répondent toujours présents.

À Isabelle, Xavier, Édouard-Louis et Alban.

À mon père,

qui ne connaît ni le sujet... ni le verbe, mais qui apporte parfois le complément.

À Monsieur le Professeur J.-C. Pons,

pour nos conversations et le regain d'énergie qu'elles m'ont apporté.

À Madame Pascale Mougey,

pour son soutien sans faille.

À François Collin et sa famille,

pour leur présence et leur amitié, aux moments difficiles... et aux plus agréables aussi.

À Madame le Docteur Lucia Dumitru-Daubigny,

pour son amitié... sociologique.

À Mme J. Ruynat,

pour son amitié.

À Madame M.-O. Duval,

pour son aide chaleureuse.

À Monsieur F. Madelmont & à Madame C. Passagne,

pour leur grande disponibilité et leur gentillesse.

À Madame C. Castello,

pour m'avoir fait profiter de son expérience.

À Madame C. Séguin,

pour son aide très précieuse et son implication dans mon travail.

À Mesdames J. Lavillonnière et B. Ricciardi,

pour leur accueil chaleureux et la découverte de l'accouchement physiologique.

À Madame le Docteur J.-Y. Paccalet,

pour sa gentillesse.

À Madame M.-Y. Courrenq,

pour son aide lors de ma « chasse aux chiffres ».

À Madame E. Mahistre,
pour son aide.

À Madame M.-H. Bouvier-Colle,
pour le temps qu'elle m'a si gentiment consacré.

À M. le Professeur J.-L. Debru,
avec ma reconnaissance.

À Sandrine et Christophe Barbier, Mademoiselle M.-P. Girard, Madame R. Lerme, Madame V. Savojsi, Madame I. Nizard, Madame J. Terry, Madame M. Chiumento, Madame M.-J. Mondoloni, Madame J. Armand, Madame P. Lemailler, et quelques autres,
pour ce qu'ils m'ont appris et pour leur accueil.

Aux Docteurs C. Farah-Villar, J. Riodel, H. Briffod, C. Chirossel, F. Dainota, R. Riché, M. Hadjseyd, P. Hoffman, M. Meddoun, F. Desmons, M. Guignier, I. Grefenstette, J.-M. Ayoubi et Pr. P. Bernard,
pour ce qu'ils m'ont appris.

À tous les médecins et sages-femmes des hôpitaux de Voiron et Romans,
pour ce qu'ils m'ont appris et pour leur gentillesse.

Aux infirmières et aux auxiliaires de puériculture,
qui m'ont beaucoup appris.

À M. Gilles Seinturier,
thank you very much.

Aux membres de ma promotion,
bonne chance à tous.

À tous les professionnels de Gynécologie-Obstétrique qui ont bien voulu participer à mon enquête par questionnaire.





« De la préparation à l'accouchement naturel.

L'accouchement est dit naturel lorsque l'enfant vient au terme de neuf mois, que la sortie n'est précédée d'aucun accident fâcheux, que la tête se présente la première et toute seule et que les eaux s'écoulent quelques moments avant la sortie. »

Mme Le Boursier du Coudray, 1773.



À la mémoire de ma mère,

UNE MAISON DE NAISSANCE EN ISÈRE, UN PROJET RÉALISTE ?

INTRODUCTION GÉNÉRALE	p.2
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉTAT DES LIEUX	p.4
Chapitre 1 : Qu'est-ce qu'une Maison de naissance ?	p.4
Chapitre 2 : La situation française.	p.7
Chapitre 3 : Compétences de la sage-femme et Maison de naissance	p.20
Chapitre 4 : La situation à l'étranger.	p.23
DEUXIÈME PARTIE : THÉORIE DE LA MISE EN PLACE DES MAISONS DE NAISSANCE	p.32
Chapitre 1 : Contexte légal, la Maison de naissance face à la loi	p.32
Chapitre 2 : Contexte budgétaire.	p.52
Chapitre 3 : Contexte sociologique, étude par questionnaire auprès des professionnels de l'Isère.	p.78
TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION	p.99
Chapitre 1 : Bilan des résultats de l'étude de faisabilité.	p.99
Chapitre 2 : La Maison de naissance, un moyen de favoriser les relations précoces parents-enfant et prévenir la maltraitance.	p.103
CONCLUSION	p.112
TABLE DES MATIÈRES	p.114
BIBLIOGRAPHIE	p.119
ANNEXES	p.126
RÉSUMÉ / SUMMARY	p.157

ABRÉVIATIONS

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement et l'Évaluation médicale.

CFES : Comité Français pour l'Éducation pour la Santé

CNIDFF : Centre National d'Information et de Documentation des Femmes et des Enfants.

CREDES : Centre de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé.

CSP : Code de Santé Publique.

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

ENCA : European Network of Childbirth Associations.

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal.

ESF : Élève sage-femme.

HCSP : Haut Conseil de Santé Publique.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

NACC : the National Association of Childbearing Centers.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

PMI : services de Protection Maternelle et Infantile.

INTRODUCTION

Alors que, depuis les années soixante-dix, s'installait une médicalisation croissante de la prise en charge de toutes les femmes enceintes et de tous les accouchements, on se trouve actuellement, avec la parution des décrets sur l'amélioration des conditions de la naissance et les travaux de la conférence de consensus, à un tournant dans l'évolution de l'organisation des soins périnataux en France.

Une vision maximaliste du risque (toute grossesse est à haut risque), qui entraînait une surmédicalisation pour 80% des grossesses, a laissé la place à une gestion différenciée du risque fondée sur un dépistage précoce des pathologies et une orientation des femmes vers le niveau de soins approprié. Cette reconnaissance du caractère naturel et physiologique de la grossesse est concrétisée par le projet d'ouverture de « Maisons de naissance » gérées par des sages-femmes.

Bien qu'en France l'accouchement à domicile n'ait jamais été interdit, une annonce de ce type aurait été impensable il y a quelques années. Cependant, les responsables politiques font souvent silence sur leurs motivations premières que sont leurs exigences en termes d'impératifs économiques¹ et de personnel médical².

La création des réseaux de soins périnataux, associant médecine ambulatoire et hospitalière, services de soins et services de prévention, va permettre aux médecins ou aux sages-femmes qui suivent les grossesses de disposer de l'intégralité de la palette des services médicaux, médico-sociaux et hospitaliers qu'ils pourront utiliser au mieux des intérêts de leurs clientes, en fonction des risques présentés. Les femmes auront ainsi la garantie de pouvoir bénéficier de la même qualité de suivi et de sécurité, quelle que soit la porte d'entrée dans le système qu'elles auront choisie. Il semble que la Maison de naissance soit à même de s'intégrer avec pertinence dans ce nouveau système.

¹ déficit des organismes de protection sociale, 56 milliards en 1996

² pénurie des gynécologues-obstétriciens et anesthésistes qui va s'accroître à partir de 2005, avec le départ à la retraite de 150 gynéco-obstétriciens pour 50 formés par an. (rapport Kouchner, janvier 1998)

La première étape dans ce projet d'ouverture de Maisons de naissance est l'élaboration de propositions concernant la construction de sites pilotes dans différentes villes françaises. Or, Grenoble pourrait accueillir un des premiers sites pilotes de Maison de naissance intégré dans sa future maternité « couple-enfant ».

Ce mémoire a pour objet les prémices de l'étude de faisabilité d'un tel projet à Grenoble. Sans ambition d'exhaustivité, il comprend trois études :

- la première confronte ce projet au droit français dans lequel les Maisons de naissance ne sont pas prévues.

- en second lieu, une étude économique tente de déterminer le coût de la prise en charge de la naissance à l'Hôpital Nord de Grenoble pour le comparer au coût évalué grâce à une simulation économique de Maison de naissance.

- enfin, la troisième étude consiste en l'analyse des résultats d'un questionnaire diffusé auprès des praticiens en gynécologie-obstétrique du département de l'Isère³ ; ceci dans le but de les informer de l'existence de ce projet, de mieux connaître l'opinion des professionnels sur le système de santé actuel, de leur donner la parole pour des suggestions concernant l'amélioration des conditions de la naissance ou sur ce projet, de commencer à définir le contenu de la campagne d'information qui aurait lieu si ce projet devait voir le jour en Isère.

Une Maison de naissance en Isère, un projet réaliste ?



³ Sages-femmes, gynécologues obstétriciens et médicaux.

PREMIÈRE PARTIE : L'ÉTAT DES LIEUX

CHAPITRE 1 : Qu'est-ce qu'une Maison de naissance ?

Il s'agit d'une question difficile car ces structures ne sont pas encore reconnues ni instituées légalement en France. On peut donc s'appuyer sur des définitions établies dans différents pays où l'accouchement en Maison de naissance est pratique courante (Canada, Pays-Bas, Allemagne, Suisse...) et sur la réflexion de différents groupes de travail français tels le Groupe National de Travail sur les Maisons de naissance (et différents groupes départementaux), les deux syndicats de sages-femmes (ONSSF et UNSSF), l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), la Fédération Nationale des Parents Naissance et Libertés, et l'antenne française du NETZWERK, (réseau européen des Maisons de Naissance).⁴

Selon ces sources, il s'agit d'une maison autonome qui est en liaison avec une structure hospitalière obstétricale et pédiatrique. Cette structure ressemble à un domicile familial convivial et c'est un lieu à dimension humaine où un maximum de 350 femmes donnent naissance chaque année.

Une Maison de naissance est un lieu d'accueil ouvert à toutes les femmes enceintes et leur famille dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. Les sages-femmes – assistées ou non par une auxiliaire de puériculture – en assurent la responsabilité médicale, la gestion en toute autonomie, ceci conformément à leurs compétences légales.

En effet, l'article L.374 du Code de la Santé Publique définit les compétences de la sage-femme : « l'exercice de la profession de sage-femme comporte : la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance et à la préparation

⁴ Voir Annexe 1.

psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi que la surveillance et la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant. ».

Concernant l'autonomie, on peut citer l'article 7 du Code de Déontologie : « la sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ».

Le suivi des femmes répond à la notion d'accompagnement global de la naissance, qui associe une femme et une sage-femme référente pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et le post-partum. En effet, les usagers déplorent l'absence fréquente de relation continue entre un praticien et une famille se préparant à accueillir un enfant. Ce type de suivi permet d'augmenter la confiance de la femme et lui donne un sentiment de sécurité. De plus, la sage-femme a alors l'occasion de jouer son rôle principal de prévention médico-psycho-sociale.

Ceci sous-entend un travail en réseau avec différents acteurs assurant la continuité dans la prise en charge de la grossesse. La sage-femme a les compétences nécessaires pour dépister un problème ou une pathologie éventuelle pendant la grossesse, le travail ou le post-partum et pour orienter la parturiente vers le professionnel le plus adapté. Ceci rappelle une notion clé de ce réseau qu'est la sélection des femmes à bas, moyen et haut risque déterminant l'importance de la médicalisation nécessaire de la grossesse. Ce réseau permet, par ses échanges, d'adapter continuellement la pratique de chacun aux données actuelles des progrès de la médecine et d'assurer des conditions de transfert de qualité optimale entre la Maison de naissance et la structure hospitalière avec qui elle est en liaison. Ce réseau est garant de sécurité.

De plus, le bon fonctionnement de cet établissement nécessite une évaluation annuelle basée sur les taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile, le coût de fonctionnement et la satisfaction des usagers.

Dans cet établissement, aucun accouchement n'est déclenché ni accéléré par quelque moyen que ce soit et il n'y a pas d'autre équipement médical que celui utilisé par les sages-femmes. La femme n'est pas perturbée par des interventions ou gestes médicaux systématiques. Elle est libre de choisir les positions qui lui conviennent le mieux à tel ou tel moment de son accouchement.

La sage-femme ou le médecin offre à la femme temps et patience en veillant avec discrétion à ce que tout reste dans le domaine de la physiologie. La plupart des femmes ont besoin d'encouragements pour faire « se faire confiance », pour croire en leur propre capacité à donner naissance.

Enfin, une des bases des Maisons de naissance est leur caractère convivial qui respecte la liberté et le besoin d'intimité des parents. Il y règne une ambiance chaleureuse, qui replace vraiment la naissance et l'accueil de l'enfant dans une dimension humaine ; pour cela, la participation des parents au fonctionnement de la Maison est indispensable. Dans cet esprit, il existe souvent une association de parents qui est un soutien précieux lors de la grossesse, de l'accouchement et surtout dans la nouvelle vie de parents.



CHAPITRE 2 : La situation française.

1. Historique : (1)

Rappelons brièvement l'évolution de la périnatalité en France : depuis 1913, la loi conseille la surveillance médicale de la grossesse par un médecin ou une sage-femme, en 1930 est instituée l'assurance maternité, en 1939 les allocations familiales, enfin, en 1945, le Gouvernement provisoire de la République refond toute la législation sanitaire en un ensemble cohérent. L'ordonnance du 2 novembre 1945 organise la Protection maternelle et infantile (livre 2 du code de la santé publique).

Mais la principale évolution du système est due au premier plan de périnatalité réalisé de 1970 à 1980. Les objectifs du programme étaient centrés sur l'évolution du taux de mortalité périnatale. Les actions mises en œuvre ont concerné : des programmes de vaccination contre la rubéole, l'amélioration de la surveillance prénatale, et des conditions d'accouchement, la réanimation du nouveau-né en salle de travail, la création de centres de réanimation néonatale, l'adaptation de la formation des obstétriciens et des néonatalogistes, le développement de l'information statistique et de la recherche dans ces domaines.

Bilan : en 1980, la baisse de la mortalité périnatale a largement dépassé les objectifs fixés puisque ce taux n'était plus que de 12, 9 pour mille naissances contre 23 pour mille en 1968. Mais cette baisse n'est pas imputée à ce seul programme car l'accélération observée a débuté en 1968.

Ensuite, dans la période 1980-1995, on assiste à un mouvement de décentralisation, l'État confiant certaines de ses compétences aux collectivités territoriales (PMI...), autorités plus proches des citoyens, par les lois du 7 janvier et du 23 juillet 1983.

Une étude sur trois ans réalisée à cette époque (1985-1988) dans 11 maternités montrait une augmentation de la prématurité totale qui passait de 6, 6% en 1985 à 7,

7% en 1988 et l'évolution des chiffres de mortalité périnatale plaçait la France au treizième rang des pays industrialisés.

Par ailleurs, une étude réalisée par l'INSERM montrait que les résultats en matière de mortalité maternelle n'étaient pas plus glorieux. Cette enquête révélait que les deux tiers des décès maternels de cause obstétricale directe ou indirecte auraient probablement pu être évités si une autre prise en charge avait été instituée.

En juin 1992, le ministre de la Santé et de l'Action humanitaire, alerté par l'évolution des indicateurs de santé, saisissait le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) du problème de la santé à la naissance.

Les travaux de la commission, effectués sous l'autorité du Pr. Papiernik, ont porté sur l'amélioration de la sécurité à l'intérieur des maternités. Suite à ce rapport, le ministre demandait au HCSP en mars 1993 de poursuivre sa réflexion « dans une perspective globale du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance ». Ces travaux mettent en évidence un certain nombre de dysfonctionnements du système actuel de prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.

Il apparaît des difficultés de coordination entre les multiples professionnels intervenant en même temps ou successivement, et un défaut d'orientation des grossesses à haut risque vers les centres les mieux adaptés. Le HCSP considère qu'un « travail en réseau pluridisciplinaire devrait permettre une amélioration sensible, qualitative et quantitative du suivi de grossesse, notamment pour les populations vulnérables ».

2. La situation actuelle :

2.1. Situation politique. (2)

Nous arrivons au terme du dernier plan de périnatalité 1995-2000. Ce plan a été décidé à la lumière du rapport Papiernik. Il s'est fixé quatre objectifs visant à « améliorer la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance » :

- diminuer la mortalité maternelle de 30% ;
- Abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20% ;

- Réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25% ;
- Réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse.

Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement adopte un plan d'action en seize mesures qui correspondent à quatre priorités :

- ◆ accroître la sécurité lors de l'accouchement (règles d'organisation et de fonctionnement, création de réseaux),
- ◆ améliorer le suivi des grossesses (groupe de travail sur les moyens d'améliorer le suivi, amélioration de la diffusion du carnet de maternité, l'ANDEM a été chargé de diffuser un guide de bonnes pratiques cliniques de surveillance de la grossesse),
- ◆ améliorer les soins aux nouveau-nés (formation des sages-femmes en réanimation néonatale, renforcement de la présence des pédiatres en maternité), humaniser les conditions d'accouchement (prise en charge à 100% de l'analgésie péridurale, création d'unités « kangourou »),
- ◆ évaluer la politique suivie (mise en place d'un système d'expertise sur les morts maternelles, un certificat de décès spécifique à la période néonatale, renforcement du rôle des commissions techniques consultatives de la naissance).

2.2. La situation en chiffres.

2.2.1. *Une évaluation très difficile.*

Comme l'explique M. Bréart, responsable de l'unité 149 de l'INSERM, au début des années 90, le système d'information dans le domaine périnatal avait de grandes lacunes. (3)

Ce système est cependant fondamental pour déterminer l'évolution des principaux indicateurs périnataux et ainsi orienter les politiques de santé et les évaluer.

Ce système s'appuie essentiellement sur trois sources en France : l'état civil, les certificats de santé du 8^e jour et des enquêtes ponctuelles sur échantillon représentatif des naissances. Or au début des années 90, il n'était pas possible d'étudier les causes de

mortalité de mortalité pendant la période néonatale précoce (0-6 jours) car le remplissage d'un certificat médical de décès n'était pas obligatoire pour les enfants nés vivants et morts avant l'enregistrement de la naissance à l'état civil (soit 30% des décès en 1990). Il était difficile jusqu'à maintenant de disposer d'une mesure exacte de la mortalité maternelle dans la mesure où, pour certains décès, l'existence d'une grossesse n'était pas précisée.

Depuis 1993, des modifications importantes ont été apportées au système d'information concernant le recueil de données par l'état civil et la réalisation d'enquêtes nationales périnatales. Depuis 1997, un certificat médical de décès spécifique a été introduit pour les morts de la période néonatale (entre 0 et 27 jours). Depuis 1998, a été rajoutée une rubrique particulière concernant l'état de grossesse dans le certificat de décès maternel.

Mais dans son état actuel, le système d'information sur la mortalité comporte encore deux lacunes importantes : la réglementation ne prévoit pas l'établissement d'un certificat médical de décès pour les mort-nés, ce qui limite l'étude des facteurs de risque de mortalité et des causes de décès autour de la naissance ; le seuil d'enregistrement des naissances n'est pas adapté à la réalité car l'enregistrement des mort-nés n'est possible que si la gestation a duré plus de 180 jours (28 SA), alors que des enfants survivent en dessous de ce seuil.

On imagine donc, dans ces conditions, qu'il peut être périlleux de comparer de tels chiffres entre différents pays.

2.2.2. Mortalité maternelle :

Elle est estimée par une étude européenne sur cinq ans de l'INSERM U 149- Recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants (4) à 11, 2 pour cent mille naissances vivantes (1990-1994) et serait comprise actuellement entre 11 et 12 pour cent mille (donnée aimablement communiquée par Mme Bouvier-Colle, Directeur de recherche INSERM U 149).

Selon cette même étude, la moyenne européenne est de 6,9 pour cent mille et dans 9 pays sur 13 les taux ne diffèrent pas significativement de la moyenne. Les autres sont l'Espagne qui a un taux significativement inférieur à la moyenne européenne et à l'inverse, le Portugal, la France et la Hongrie ont des taux supérieurs à la moyenne.

2.2.3. Mortalité infantile :

Selon les données de l'INSEE, le plus récent taux de mortalité infantile est celui de 1997 soit 5,1 pour mille naissances vivantes. Le taux de mortalité périnatal est estimé à 7,6 pour mille (selon le journal *l'Express* du 27/11/97 et confirmé par l'INSERM U 149) ce qui plaçait la France au 5^e rang européen sur 8 pays.

D'après un rapport des experts sur « l'obstétrique en France » remis à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en septembre 1997, la qualité de l'orientation des mères à très haut risque de complications néonatales (poids de naissance de l'enfant inférieur à 1500g ou terme inférieur à 33 SA) est médiocre. 16% de ces accouchements à risque se sont déroulés dans des maternités de niveau III (avec réanimation néonatale). Ce pourcentage varie de 70 à 90% dans les pays européens les plus performants.

De plus, parmi ces naissances d'enfants à haut risque dans des maternités inadaptées, 40% étaient programmables et les femmes auraient pu être transférées avant l'accouchement. Une simulation montre que si le taux de transfert anténatal des mères de ces enfants était de 80% et non de 16%, on pourrait éviter chaque année en France 670 décès et 390 handicaps lourds.

Ces derniers chiffres ont alerté les responsables politiques qui commencent à parler d'échec du dernier plan de périnatalité.

3. La réflexion politique, démedicaliser la naissance.

♦ Le Ministère de la Santé s'est ouvert au débat avec les associations de parents et de sages-femmes pour prendre connaissance de leur avis sur la surmédicalisation de la naissance, le ressenti des mères et leurs souhaits.

Mais rappelons que les associations de parents luttent depuis longtemps déjà pour être écoutées et appuient leurs propos sur la résolution de la Charte de la parturiente (pour laquelle elles demandent la ratification) et les recommandations de l'OMS⁵. Depuis avril 1997, la Fédération nationale de Parents (Naissances et Libertés) et l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales se sont unies pour former le premier groupe de travail sur les Maisons de naissance.

♦ En octobre 1998, le Ministère de la Santé diffuse un Communiqué qui annonce la mise en place d'un groupe d'étude sur les « Maisons de naissance » pour permettre de concilier ce mode d'accouchement et les impératifs de santé et s'explique en évoquant la iatrogénicité autour de la naissance.⁶

Mais ce texte parle de Maison de naissance « contiguë à une maternité classique » et M. Kouchner a précisé aux États Généraux de la Santé, forum Naissance sur le thème des Maisons de naissance (le 19/02/99) : « Ma position est arrêtée et rien ne la fera varier, les Maisons de naissance seront annexées aux structures hospitalières ou ne seront pas ».

Ce même jour, il m'a confié, lors d'un court échange, qu'il était « convaincu que les résultats peu flatteurs en termes de mortalité maternelle et infantile de la France sont étroitement liés à l'hypermédicalisation de la naissance » et il s'est accordé à dire sur ce sujet qu'un grand effort restait à faire pour optimiser l'orientation de chaque femme enceinte vers le centre de naissance approprié à son cas, physiologique ou plus ou moins pathologique.

⁵ Voir Annexe 2.

⁶ Voir Annexe 3.

♦ En décembre 1998 eut lieu un événement important : la Conférence de Consensus « sur la prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque » organisé par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, en collaboration avec l'Ecole Nationale de Santé Publique. (5)

Pour clore cette conférence, le jury a formulé des recommandations que l'on peut regrouper en deux thèmes :

- Suivi de la grossesse et accompagnement de la femme enceinte.

« Le jury souhaite en premier lieu réhabiliter l'idée que la grossesse et l'accouchement sont des événements naturels qu'il ne faut pas médicaliser de façon excessive. »

Il recommande d'améliorer la coordination des acteurs du suivi de la grossesse, que dès la première consultation, la femme soit informée de toutes les modalités de la surveillance de la grossesse et les patientes à bas risque soient orientées vers un accompagnement qui respecte le caractère physiologique de la grossesse.

Il recommande également que la consultation du début du troisième trimestre de la grossesse soit assurée par une sage-femme ou un obstétricien de l'établissement où l'accouchement est prévu. Il rappelle, enfin, l'importance de l'utilisation du carnet de maternité et du rôle des services de PMI.

- Hospitalisation au cours de la grossesse, organisation de l'accouchement et fonctionnement des réseaux.

Une charte définit les obligations réciproques des participants. Le but est « la recherche de l'égalité dans l'accès aux soins ainsi que de la participation active et informée des femmes et de leur famille à la prise en charge de la grossesse. ».

♦ Donc, en accord avec le Ministère de la Santé, plusieurs groupes de travail se sont constitués dans différentes villes de France qui postulent pour obtenir un agrément

concernant un site pilote de Maison de naissance ⁷. Ces groupes de travail ont du rendre le compte rendu de leur projet à la fin de l'année 1999.

Mais, depuis le changement de fonction de M. Kouchner, les échanges avec le Ministère de la Santé se sont appauvris et ce projet est désormais traité avec peu d'intérêt. La situation semble gelée et l'avenir de ce projet est actuellement très incertain.

4. Existe-t-il des Maisons de naissance en France ?

4.1. Sarlat. (6)

Il existait bien une Maison de naissance en France jusqu'en novembre 1999, date à laquelle les juridictions civiles décidèrent la fermeture de cet établissement.

Il s'agissait de la Maison de naissance de Sarlat (en Dordogne) tenue par Mme de Béarn depuis 1949. Elle aida depuis l'ouverture de cette clinique plus de 7000 femmes à enfanter. Cette Maison de naissance était une petite structure composée de 5 chambres et d'une salle de travail aménagée avec tout le matériel nécessaire. Elle était tenue 24 heures sur 24 par Mme de Béarn.

Jusqu'en 1986, Mme de Béarn a pu fonctionner en clinique où elle a accouché les trois quarts de la population de Sarlat et de ses environs. En 1986, la norme des établissements sanitaires exigea un bloc opératoire et la permanence d'un pédiatre, d'un anesthésiste, d'un obstétricien, d'une sage-femme et depuis, les futurs parents continuèrent d'affluer malgré le refus de la DDASS et de la sécurité sociale de rembourser le séjour.⁸

4.2. Vals-les-Bains (Ardèche).

Il ne s'agit pas d'une réelle Maison de naissance. J. Lavillonnière, H. Goninet et B. Ricciardi ont un cabinet à Vals-les-Bains et effectuent un suivi des femmes enceintes

⁷ Voir Annexe 4.

de type accompagnement global et aident les femmes à donner naissance à domicile lorsqu'elles répondent aux critères très rigoureux de sélection. Elles exercent de telle manière depuis 1994, date où le plateau technique de Tournon leur a été fermé. Depuis, aucune convention n'a pu être signée avec les établissements hospitaliers de la région ; ceci malgré la loi hospitalière de 1991.

Ces sages-femmes essaient de répondre à la demande régulièrement en augmentation des usagers et luttent actuellement avec le soutien de parents pour ouvrir une Maison de naissance à proximité d'un hôpital.

Depuis 1988 et surtout depuis leur éviction du plateau technique de la maternité de Tournon, les sages-femmes de Vals-les-Bains proposent régulièrement à des parents un hébergement ponctuel à proximité d'un hôpital (hébergement par des parents ayant vécu la même histoire ou location d'un appartement pour la période autour de l'accouchement) pour plus de sécurité. Comme le dit Mme Lavillonnière, « une Maison de naissance de fait » existe donc depuis environ 10 ans.

J'ai été accueilli par ces sages-femmes pour un stage de 3 semaines où j'ai appris pour la première fois la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement physiologique (participation à deux accouchements). Mme Lavillonnière, présidente de l'ANSFL, fait partie du groupe précurseur de travail sur les Maisons de naissance et m'a beaucoup aidé dans ma réflexion sur ce projet.

5. La parole aux usagers.

Il apparaît que les usagers sont les premiers concernés par nos décisions, par nos actions mais ils sont aussi les derniers consultés. En effet, il existe une minorité de parents qui, par le biais d'associations, essaient de se faire porte-parole des parents en général.

Les parents finissent par vivre la naissance comme un moment qu'il faut passer de la manière la moins pénible possible et cela semble dû à la surmédicalisation ou au simple fait que le lieu de naissance soit intégré de la même façon que tout autre service hospitalier. Il serait donc un peu hasardeux de s'appuyer sur quelques enquêtes auprès

⁸ Voir les statistiques de l'année 1998, Annexe 5 .

des nouveaux parents pour sonder leur contentements. On aurait d'un côté des parents qui exprimeraient le bonheur d'avoir un enfant vivant et en bonne santé et d'un autre côté, quelques uns qui se plaindraient d'un défaut d'humanisme, de soin personnalisé.

La préoccupation politique apparente d'humaniser la naissance ne peut être vouée qu'à un échec certain si elle s'appuie sur ses connaissances propres (parasitées par une exigence de rigueur économique) et non sur les réels besoins des parents. Ces besoins, encore faut-il leur permettre d'en prendre conscience.

Les références concernant l'opinion, les besoins des parents et futurs parents (désinformés par les magazines ou autres émissions) sont plus que maigres.

On peut cependant évoquer deux sources intéressantes :

5.1. Le chapitre « le point de vue et demandes des femmes et familles » du rapport du Haut Comité de Santé Publique en 1994. (7)

Ce rapport rappelle qu'un des principes de santé publique est d'évaluer les besoins ressentis par la population. Ceci est d'autant plus vrai dans le domaine de la maternité où les associations de parents sont de plus en plus nombreuses et populaires. Il s'appuie sur une enquête faite par la DRASS du Languedoc-Roussillon, de nombreux documents transmis par le Centre National d'information et documentation des femmes et des familles (CNIDFF) et notamment du CFES.

Les problèmes ressentis et exprimés par les femmes sont des manques : d'autonomie et de continuité des soins.

La demande la plus constante concerne la reconnaissance pleine par l'autre du statut de personne comme femme enceinte puis comme mère.

« Ce qui intéresse les équipes médicales, c'est mon utérus et la personne humaine est inexistante par rapport à l'organe » (enquête DRASS).

D'autre part une revendication de sécurité et de qualité de l'acte technique est exprimée fortement dans l'enquête CFES mais pas dans l'enquête DRASS où tout se passe comme si cela était évident.

La demande de prise en charge globale est très manifeste pour la période du début de la grossesse jusqu'à la reprise de l'activité professionnelle et avec la présence à l'accouchement d'une personne ayant suivi la grossesse.

Le besoin d'une préparation globale est exprimé pour bien compléter les consultations jugées trop expéditives et pour que la femme ait une attitude active et consciente à son accouchement.

Les parents désirent ne pas être séparés de leur enfant sans raison majeure de santé, participer activement au nursing et également permettre une présence plus importante du père.

Concernant la douleur de l'accouchement, les femmes se sentent mal préparées à gérer la douleur par la perspective de l'analgésie péridurale. Elles rejettent une attitude systématique de refus ou d'imposition d'analgésie péridurale. Et en cas d'analgésie, elles souhaitent conserver la sensation de l'expulsion.

Les autres demandes sont de nature plus sociale :

- Augmentation des congés maternité.
- Un capital congé dès le début de la grossesse.
- Le remplacement systématique des femmes en congé maternité.
- La possibilité de travail à temps partiel à la reprise du travail après congé maternité.
- Une aide par assistantes familiales accrue.

5.2. Actes du Forum européen « Naissances et Libertés », Toulouse 1993: (8)

Cette Fédération Nationale de Parents a regroupé un millier de personnes, (parents, membres d'associations parentales, professionnels de santé périnatale, responsables politiques et sociaux), de différents pays européens (Allemagne, Autriche, Grande-Bretagne, Italie, Pologne, Suède et Hollande). Ce Forum a abouti à l'annonce de la création d'un réseau européen d'associations parentales sur la naissance : l'ENCA (European Network of Childbirth Associations) et, en ce qui nous concerne, à l'élaboration d'une liste de souhaits en rapport avec la prise en charge de la naissance.

Ils jugent que trop d'interventions viennent perturber le processus physiologique de la naissance et que, en revanche, les vrais besoins de la femme sont souvent négligés : être écoutée, informée, respectée dans sa liberté et sa responsabilité. Cette liste comprend des demandes et des condamnations :

POUR :

- ◆ Suivi de la femme pendant la grossesse, l'accouchement et jusqu'aux vingt jours de l'enfant par une même personne ou une même équipe.
- ◆ La mobilité pendant le travail et le libre choix de la position d'accouchement.
- ◆ La présence du père et/ou de tout autre accompagnant(e) choisi par la mère, durant l'accouchement.
- ◆ Une écoute de qualité et une information complète pour toutes les femmes.
- ◆ Une information complète sur l'allaitement et le soutien des mères par des personnes formées à ce sujet.
- ◆ Le respect des rythmes physiologiques de la mère et de l'enfant : sommeil, faim, intimité, soins.

CONTRE :

- ◆ Les déclenchements inutiles et les épisiotomies de routine.
- ◆ L'usage abusif de l'échographie et du monitoring (qui amènent plus de stress que de bénéfices).
- ◆ L'abus de césariennes.
- ◆ La séparation de la mère et de l'enfant après l'accouchement.
- ◆ Tout acte systématique sur la mère (rasage, lavement, perfusion...) et pratiques médicales inutiles sur le nouveau-né.

Enfin, il est précisé que ces propositions sont conformes aux recommandations formulées par l'O.M.S. et par le Parlement Européen, en matière de Santé Périnatale.

D'après toutes ces données, on peut établir quelques demandes des femmes qui semblent être redondantes.

Tout d'abord, la notion d'accompagnement global est omniprésente. Les parents désirent être davantage acteurs lors de la naissance (tenant réellement compte du père) et refusent les actes médicaux systématiques, souvent mal expliqués. Ils revendiquent souvent une meilleure information, préparation à l'accouchement et à la parentalité et soulignent le manque de soutien après le retour à domicile. Ils refusent, enfin, la séparation d'avec leur enfant sans indication médicale stricte.



CHAPITRE 3 : Compétences de la sage-femme et Maison de naissance.

Avant d'évoquer l'exercice de la sage-femme dans une Maison de naissance, il convient de repreciser l'identité de la sage-femme et ses compétences.

La profession de sage-femme est classée au livre IV du Code de la Santé Publique parmi les professions médicales. L'article 374 du Code de la Santé Publique et la loi du 19 mai 1982 la définissent dans les termes suivants : « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse, à la préparation psycho-prophylactique, à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant. Il peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme.* ».

De plus, différents décrets, arrêtés et circulaires en ont établi plus précisément le contenu avec en complément de son savoir clinique un droit de prescription d'examens complémentaires, de thérapeutiques et du droit de pratiquer certains actes.

Ainsi, la sage-femme a seule la grande particularité de devoir être capable d'exercer sous la bonne casquette et au bon moment par un transfert de ses compétences médicales vers sa compétence d'auxiliaire médicale. Au nom de l'obligation de sécurité, le texte de l'article L.369 du CSP impose que, en cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Mais grande est la difficulté de délimiter le domaine eutocique du domaine dystocique ; le sens de cet article est donc incertain.

On peut alors se référer au texte de l'article 25 du Nouveau Code de Déontologie : « *Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle, ou lorsque la famille l'exige.* ».

Revoyons les compétences de la sage-femme dans différents domaines :

Durant la grossesse : pratique des actes nécessaires au diagnostic et au suivi de la grossesse.

- Prescriptions définies par Arrêté du 17 octobre 1983, modifié par Arrêté du 10 octobre 1989, article L.370 CSP.
- Actes effectués, sur prescription du médecin, en tant qu'auxiliaire médicale, pour des examens n'entrant pas dans le cadre de ses compétences (protocoles hospitaliers).

À ce propos, tous les protocoles doivent être formels, reconnus et surtout signés par le chef de service, car sans cela, les sages-femmes commettent une faute pour inobservation des règlements.

- Instruments autorisés fixés par décret du 8 novembre 1971, modifié par Arrêté du 8 octobre 1988.
- Amnioscopie dans la dernière semaine de la grossesse (Article 18 du nouveau Code de Déontologie).
- Pratique de l'échographie obstétricale (article 13 et 18 du Code de Déontologie
- Arrêts de travail en cas de grossesse non pathologique, d'une durée de 15 jours, non renouvelable (Décret du 17 octobre 1985).
- Préparation psychoprophylactique à l'accouchement (Loi de 1982).

Durant l'accouchement : surveillance et pratique de l'accouchement (Loi du 19 mai 1982).

- Article 18 Code de Déontologie des sages-femmes.
- Réanimation néonatale en salle de travail (Décret N°71-902 du 8 novembre 1971 et Arrêté du 3 octobre 1988).

Durant le post-partum : pratique des soins postnatals, en ce qui concerne la mère et l'enfant (Loi du 19 mai 1982).

- Rééducation périnéo-sphinctérienne avec plus ou moins un travail d'électrothérapie (Loi de 1987).

En matière de planification familiale :

- Compétence autonome de la pose de diaphragme ou de cape et prescription de contraceptifs locaux (Loi 1982).
- Information relative aux questions de fécondité, de contraception, de sexualité, d'interruption volontaire de grossesse et de prévention des maladies sexuellement transmissibles.

En gynécologie : Rôle d'auxiliaire médicale ne se différenciant guère de celui d'infirmière

Il apparaît, en définitive, que la sage-femme est tout à fait compétente pour exercer en Maison de naissance, en ayant pleinement connaissance de ses limites.



CHAPITRE 4 : La situation à l'étranger.

1. Historique. (9)

Aux États-Unis, dès 1940, les femmes commencent à réagir face à une trop grande médicalisation. En 1944, le premier « free-standing birthing center » est créé à New-Mexico. Cet établissement tenu par des médecins et des sages-femmes propose un accouchement moins médicalisé et un environnement plus familial.

Ce mouvement s'empare de la notion « d'accouchement naturel et préparé ». Il est question du contrôle de la peur et de la douleur (psychoprophylaxie prônée par Dick Read en Angleterre en 1944 et par Lamaze en France en 1950).

En 1969, apparaît la première « birthroom », chambre de naissance où la femme restera durant son accouchement et le post-partum. Progressivement, les hôpitaux vont mettre en place des unités moins médicalisées avec un environnement plus familial les « birthing centers ».

En 1975, les « free-standing birthing centers », indépendants des hôpitaux et tenus par des sages-femmes ou des médecins généralistes se multiplient. En 1987, existent aux États-Unis 160 free-standing birthing centers et 80% des 3700 maternités ont une chambre de naissance (birthroom).

Les statistiques officielles annonçaient 38900 naissances extra-hospitalières en 1984 (environ 1% des naissances), nombre stable depuis ces 10 dernières années. Il existe surtout un véritable problème de couverture sociale et l'accouchement à domicile reste une alternative peu coûteuse pour les patientes les plus démunies.

Dix ans plus tard, les Maisons de naissance se sont développées en Europe. (10, 11)

En 1987 à Berlin, s'est ouvert le « premier centre de naissance librement choisi », conçu comme une alternative à la naissance à l'hôpital.

En 1993 à Berlin, un réseau destiné à promouvoir et coordonner les centres en Europe a été créé : « Le Réseau Européen des Maisons de naissance » (NETZWERK). Les membres fondateurs venaient des centres allemands et suisses. Ce réseau met en contact les centres de naissance et les initiatives en cours. Il facilite la communication entre les différents groupes professionnels et apporte un soutien dans les négociations avec les institutions et les autorités sanitaires. Il établit des modèles de centres de naissance, mis à jour ces 10 dernières années par la NACC (the National Association of Childbearing Centers).

Il m'a été impossible de me procurer un tel document. Il semble qu'il y ait quelques conflits d'intérêts.

Fin 1995, 20 centres de naissance ont été ouverts en Allemagne, en Suisse et en Autriche. On peut en trouver en Angleterre, en Suède, au Canada, en Australie, aux Pays-Bas où 1/3 des accouchements y ont lieu. Des initiatives sont en cours de réalisation au Luxembourg, en Belgique, en Italie, en Espagne, en Hongrie et en Pologne.

Un examen de la littérature concernant les Maisons de naissance existant actuellement permet d'étudier l'efficacité de celles-ci en termes de mortalité/morbidité maternelle et infantile et de satisfaction des usagers de ces structures.

2. La mortalité/morbidité dans ces structures.

2.1. Aux États-Unis.

- ♦ « The National Birth Center Study » datant de 1989 : (12)

Cette large étude prospective a porté sur 84 Maisons de naissance aux États-Unis (sur 160 existantes au total) et 11 814 patientes qui ont accouché dans ces structures de 1985 à 1987.

70, 7% des mères ont eu de faibles complications ou pas du tout, 7, 9% ont eu de sérieuses complications pendant le travail ou l'accouchement.

Le taux de transfert vers l'hôpital est de 15, 8%, dont 2, 4% en urgence. 29% des nullipares et 7% des multipares ont été transférées, mais le taux de transfert en urgence est le même. 57, 5% de ces transferts ont pour cause une stagnation dans la progression du travail, 13, 4% pour liquide méconial, 10% pour souffrance fœtale.

Le taux de césariennes est de 4, 4% et il apparaît comme un atout important. Le taux d'utilisation de la ventouse obstétricale a été de 0, 4%, celui du forceps de 0, 2%.

Il n'y a pas eu de mort maternelle.

Le taux de mortalité périnatale a été de 1, 3 pour mille naissances. 0, 6% des nouveau-nés ont eu un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes.

Cette étude montre que les Maisons de naissance offrent une sécurité tout à fait acceptable pour des femmes enceintes sélectionnées à bas risque, ce d'autant plus s'il s'agit de multipares.

♦ L'étude de Declercq : (13)

Il s'agit d'une étude sur les naissances hors hôpitaux aux États-Unis en 1984, tenant compte de l'hétérogénéité de ces accouchements : elle a choisi de comparer les accouchements hors hôpitaux planifiés aux accouchements hospitaliers en prenant comme critères de devenir le poids de naissance et le score d'Apgar. Les accouchements hors hôpitaux englobaient accouchements à domicile et dans les centres de naissance alternatifs.

Le groupe étudié d'accouchements hors hospitalier a été soigneusement sélectionné. Il comportait : des femmes blanches issues de CSP⁹ supérieures, âgées de 25 à 39 ans, secondes pères, accouchées par une sage-femme.

Les résultats ont montré pour les accouchements hors hôpitaux un taux inférieur de faible poids de naissance (2% contre 4, 6%) et un score d'Apgar supérieur (63% entre 9 et 10 contre 49% à l'hôpital).

⁹ Catégories Socio Professionnelles.

D'après cette étude il serait aisé d'affirmer qu'un accouchement hors hospitalier n'est pas plus dangereux qu'un accouchement hospitalier. L'échantillon était suffisant (n=30 819) et il existait un groupe contrôle. Mais poids de naissance et score d'Apgar ne sont pas des mesures parfaites du devenir pour conclure et l'homogénéité des 2 groupes n'est pas connue (sélection du groupe hospitalier ?).

♦ Étude de l'Université de Californie Irvine. (14)

Il s'agit d'une Maison de naissance établie en conjonction avec un centre hospitalier universitaire pour en étudier la sécurité.

L'étude, prospective, a duré 20 mois et a porté sur 1 830 patientes.

12% furent transférées en anténatal, 19% en perpartum. Le taux de césariennes s'est élevé à 10% (6, 5% en perpartum).

Il n'y a eu aucune mort maternelle.

Le taux de mortalité périnatal fut de 6 pour mille, 0, 16% ont eu un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes.

Cette expérience montre, au terme de 20 mois, que cette structure est sûre pour les patientes à bas risque.

2.2. Au Canada.

♦ Étude de l'Université de Mc Gill, Montréal. (15)

Cette étude prospective date de 1983 et concerne 5 005 naissances à l'hôpital John Radcliff. Les femmes ont été divisées en deux groupes : un groupe conventionnel (analgésie péridurale, forceps, déclenchements...) et un groupe pris en charge uniquement par des sages-femmes avec une démedicalisation.

Dans le second groupe, le taux de transfert fut de 48% chez les nullipares, 25% chez les multipares. Les nullipares ont eu un taux similaire de césariennes dans les deux groupes (4-5%).

La mortalité maternelle fut nulle dans les deux groupes. La mortalité périnatale fut de 2, 6 pour mille dans le groupe médicalisé contre 0 dans l'autre.

Dans le premier groupe, le taux d'intubation fut de 4, 8% contre 2, 4%, le taux d'enfants ayant un score d'Apgar inférieur à 7 fut de 12, 7% contre 4%, le taux de souffrance fœtale fut de 12, 7% contre 6, 35% (mais le monitoring était moins utilisé dans le deuxième groupe).

Il faut être très prudent à l'égard de cette étude mais il semble bien qu'une diminution réfléchie de la médicalisation améliore les suites de la grossesse en termes de morbidité à court terme.

2.3. En Australie.

♦ « Birth Centre Practices in Australia ». (16)

Cette étude est une revue de la pratique des centres de naissance en Australie par questionnaire. 22 sur 24 centres de naissance ont répondu et cette étude porte sur 5 ans (1991-1995).

Le taux de transfert fut de 18, 6 à 23, 4% en anténatal, de 15, 6 à 19, 8% en perpartum.

Différentes études publiées sur les statistiques des centres de naissance en Australie ont montré une diminution des actes interventionnels (17,18), des taux de mortalité périnatale comparables aux conditions standards (19, 20) et une augmentation de la satisfaction maternelle (21, 18).

♦ Statistiques sur l'activité du « Royal Women's Hospital Birth Centre ». (19, 22).

L'étude porte sur l'activité de 1980 à 1989 et 5 365 patientes.

Le taux de transfert fut de 16, 6% en anténatal et 16, 1% en perpartum. Le taux de césariennes après transfert fut de 4%.

Le taux de mortalité périnatale fut de 0, 89 pour mille et est comparé à celui des Free-standing Birth Center aux USA (1, 3 pour mille), à celui des accouchements à domicile en Australie (2, 6 pour mille en 1985 et 6 pour mille en 1987).

1, 1% des nouveau-nés ont eu un score d'Apgar inférieur à 4 à 1 minute ou inférieur à 7 à 5 minutes.

2.4. En Allemagne.

♦ Deux Maisons de naissance à Berlin. (23)

Le Département d'Obstétrique et Gynécologie de l'Université Humboldt à Berlin a étudié rétrospectivement la morbidité/mortalité de 801 accouchements qui ont eu lieu dans deux Maisons de naissance à Berlin entre 1992 et 1994. Ces résultats ont ensuite été comparés avec ceux des 3 271 accouchements ayant eu lieu à l'hôpital de Berlin. Ces deux populations étaient sélectionnées de la même manière.

Le premier groupe a eu significativement moins d'interventions médicales, mais un taux de césariennes et de lésions périnéales sévères similaires.

Il n'y a pas eu de mort maternelle dans le premier groupe.

Le taux de mortalité périnatale ne fut pas significativement différent (< 0,1 pour mille) entre les deux groupes.

Cette étude conclue que le fait d'accoucher en Maison de naissance n'augmente pas le risque maternel ou périnatal par rapport à l'hôpital.

2.5. En Suède.

♦ « The Stockholm Birth Centre Trial ». (24)

Cette étude compare les résultats entre un groupe de femmes ayant accouché dans un centre de naissance et l'autre dans une maternité conventionnelle à l'hôpital de Stockholm. 928 femmes ont été affectées par randomisation au centre de naissance et 932 à l'hôpital.

Dans le premier groupe, 13% ont été transférées en anténatal et 19% en perpartum.

Aucune différence statistique n'a été observée entre les deux groupes en termes de morbidité maternelle, mortalité périnatale, morbidité néonatale, score d'Apgar ou transferts en soins néonataux.

Néanmoins, on peut noter un nombre excessif de morts périnatales dans le centre de naissance (14 cas contre 4).

Les interventions médicales sont plus rares en centre de naissance et le travail y dure en moyenne 1 heure de plus.

Cependant les analystes précisent que ces constatations doivent être interprétées avec précaution en considérant le grand nombre de tests dans cette étude qui accroissent le risque que certaines possibilités ne se soient réalisées que par hasard.

2.6. Synthèse.

Il n'y a que peu d'études valables traitant de ce sujet mais suffisamment pour conclure que pour des patientes sélectionnées rigoureusement (à bas risque) accouchant dans une Maison de naissance proche d'un centre hospitalier, le risque pour elles et leurs enfants sera au maximum égal à celui d'un hôpital traditionnel.

Néanmoins la comparaison reste difficile car le fonctionnement des maternités diffère suivant le pays, les Maisons de naissance n'ont pas toutes les mêmes critères de sélection, les sages-femmes n'ont pas les mêmes statuts et des facteurs non-médicaux tels que géographiques, mentalités des populations, richesses du pays, politique du pays, etc. ont également une influence.

En effet, ces facteurs rappellent qu'il paraît hasardeux de croire résoudre le problème français en appliquant totalement le fonctionnement néerlandais, par exemple. On peut cependant penser qu'en mettant en place des Centres de naissance, c'est à dire des Maisons de naissance dans l'enceinte d'hôpitaux, la morbidité/mortalité infantile et maternelle ne pourraient que diminuer plus ou moins.

3. La satisfaction des patientes.

Il faut rappeler tout d'abord que ces structures ont vu le jour sous la pression des usagers, aidés par des professionnels ayant pris conscience que la grossesse n'était pas qu'un phénomène physique à surveiller par une technique performante.

La satisfaction des patientes rentre dans les critères d'évaluation des Maisons de naissance car elles existent en premier lieu pour elles.

❶ L'étude américaine évoquée précédemment « The National Birth Center Study » (12) a également interrogé les patientes ayant accouché dans ces structures. On note une grande satisfaction.

Sur ces 11 814 femmes, parmi celles qui n'ont pas été transférées, 75, 7% ont répondu à l'évaluation des soins reçus. Celles-ci disent à 98, 8% qu'elles recommanderaient la Maison de naissance à leurs amies et 94% disent qu'elles y retourneront à la prochaine grossesse.

Parmi les femmes qui ont été transférées, 54, 1% ont répondu à l'évaluation elles recommandent à 96, 9% la Maison de naissance à leurs amies et 83, 3% disent qu'elles y retourneront pour leur prochaine grossesse.

❷ Une étude anglaise, randomisée, sur un Centre de naissance à l'hôpital de Leicester a pris en compte l'évaluation de la satisfaction des patientes (25). Cette étude s'est effectuée de mars 1989 à juillet 1990 et concerne 2 304 femmes qui ont accouché dans cette structure démedicalisée plus 1 206 femmes ayant accouché à l'hôpital adjacent. L'analyse de satisfaction s'est faite par questionnaires envoyés 6 semaines après l'accouchement. Sont exclues les femmes ayant eu une IVG, FCS, un mort-né, un mort néonatal.

Le taux de retour fut de 72% (73% du Centre de naissance, 69% de l'hôpital).

52% des femmes venant du Centre de naissance se disent très satisfaites contre 44% à l'hôpital.

73% des femmes sont très satisfaites des soins pendant le travail en Centre de naissance contre 60% à l'hôpital.

❸ Le « Bilan des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes dans le cadre des projets-pilotes en Maison de naissance » de 1997 au Canada. (26)

Cette étude regroupe les témoignages des onze groupes de travail en rapport avec chaque Maison de naissance, constitués de parents ayant vécu une naissance dans une de ces structures. Chacun a travaillé sur des questions et des thèmes communs pour avoir une homogénéité dans le traitement des réponses. Bien sûr, cette méthodologie a une grande limite reposant sur le fait que les parents interrogés ont accepté la discussion et sont intéressés par ce projet et auquel ils souhaitent apporter leur contribution.

On peut regrouper les différents éléments appréciés par les parents :

- les qualités humaines de la sage-femme (disponibilité, respect de la physiologie, générosité du temps passé). Les parents considèrent ces qualités comme un fondement de la compétence de la sage-femme.
- La prise en charge de la femme par elle-même, “*empowerment*”.
La sage-femme doit stimuler la prise en charge de la femme par elle-même et lui faire confiance en reconnaissant le jugement de la femme et ses capacités de prendre des décisions à titre de première responsable d'elle-même.
- l'implication du père et de la famille.
La sage-femme doit intégrer le père dans toutes les dimensions du suivi pour qu'ainsi la grossesse gagne en réalité chez le père. La présence d'autres membres de la famille doit aussi être acceptée si elle est désirée par la femme. La sage-femme doit être capable d'impliquer tout membre de la famille.

Nonobstant la satisfaction élevée de ces femmes et de ces hommes, il n'en demeure pas moins que des recommandations ont été formulées. Notamment, les parents désirent un suivi postnatal plus élaboré afin de les aider à s'adapter à leur nouvelle vie. Cette proposition est apparue très intéressante aux responsables de cette étude car elle permettra une intervention plus « collée » aux besoins et à la réalité des familles.

La contribution, en terme de prévention, d'un suivi postnatal en continuité avec le suivi prénatal n'est plus à démontrer, non plus que son efficacité à réduire diverses problématiques découlant d'un déficit du lien parents-enfant.



DEUXIÈME PARTIE : THÉORIE DE LA MISE EN PLACE DES MAISONS DE NAISSANCE

CHAPITRE 1 : Contexte légal, la Maison de naissance face à la loi.

1. Le risque nul n'existe pas.

1.1. La tentation d'y croire.

Grâce à ses nouvelles connaissances et aux innovations techniques, la médecine est devenue plus efficace et suscite des exigences à la mesure de ses progrès. Elle permet de guérir ou prévenir des cas autrefois désespérés, mais augmente également le risque par un plus grand interventionnisme. On a tendance à déduire de ses succès qu'elle doit toujours être bénéfique, et que les cas contraires sont anormaux.

La forte médiatisation des progrès médicaux et l'accès plus facile aux soins ont convaincu beaucoup de malades de l'existence d'un droit à la guérison, qu'ils confondent souvent avec le droit aux soins. L'espoir du patient est donc de plus en plus grand et l'attente déçue peut conduire les professionnels devant les tribunaux.

Les complications obstétricales, en l'occurrence, sont devenues beaucoup moins fréquentes, mais elles n'ont pas disparu. Souvent, lorsqu'elles surviennent, elles ne sont plus acceptées comme inévitables mais considérées comme des accidents liés à une faute qu'il faut rechercher et punir.

De plus, le souvenir de certaines affaires (talc Morhange, hémophiles contaminés, hépatite C, hormone de croissance, Creutzfeld-Jakob...), hante les pouvoirs publics qui

entretiennent l'obsession sécuritaire en prônant le mythe du risque zéro en matière de santé.

1.2. Les conséquences pour le monde médical.

Il est normal que nous soyons responsables de nos fautes, comme tous les citoyens le sont ou devraient l'être, qu'ils soient le cas échéant sanctionnés et que leurs victimes obtiennent réparation. Mais d'un point de vue médical, ce phénomène est ambivalent. Cette évolution risque d'avoir des effets négatifs sur la qualité des soins par des comportements anormaux générés par une crainte permanente et excessive des rigueurs de la justice. En effet, le respect mal compris de la loi et de la réglementation n'est pas toujours compatible avec le respect de l'intérêt des malades. Par exemple, il est courant de croire, à tort, que la multiplication d'examen, l'allongement des hospitalisations et des traitements dits de « couverture » sont nécessaires vis-à-vis de la justice, même s'ils sont médicalement inutiles, voire nocifs.

Néanmoins, il faut reconnaître à cette crainte des vertus préventives : travailler conformément aux règles de l'art nécessite des efforts d'information, d'attention et de rigueur. Malheureusement, les tendances à la négligence existent ; et pour cela, il est bien que la justice borne la liberté des professionnels médicaux et établisse des limites rigoureuses que, de fait, la seule conscience et la justice ordinale ignorent parfois.

Concernant la sage-femme, sa formation et son exercice se sont élargis à des compétences nouvelles, l'exposant ainsi à des risques médico-légaux plus importants liés à l'augmentation de l'exigence des patientes dans une société où la préciosité de l'enfant est de plus en plus présente.

Or, là où traditionnellement la responsabilité de la sage-femme se trouvait écartée devant celle des médecins de l'équipe obstétricale, les compétences médicales de la sage-femme, bien que limitées, reconnues par les différentes juridictions, l'exposent aujourd'hui pleinement à assumer les conséquences de ses fautes au nom de son indépendance professionnelle. (27)

De plus, actuellement, la participation d'une consœur experte dans une affaire concernant une sage-femme est très rare. Pourtant, au début des années 1980, M. MacAleese, conseiller à la Cour de Cassation, déposait un rapport sur la procédure pénale et proposait en particulier que lors d'une expertise pénale, l'un des trois experts nommés appartienne à la même discipline que le praticien mis en cause, pour s'approcher au mieux de sa réalité professionnelle. En effet, bien que le juge ne soit pas lié par les conclusions expertales, il apparaît par observation, qu'il suivra en général l'avis de celles-ci. (28)

2. L'évolution du droit en obstétrique.

2.1. Introduction.

L'appréhension en matière de droit de la responsabilité médicale a évolué. Elle tend progressivement à reculer les limites de la responsabilité médicale, jusqu'alors fondée sur la faute démontrée.

La complexité croissante de l'acte médical, en particulier en obstétrique, dépasse la compétence d'un seul individu. L'exercice de cette discipline nécessite donc un travail d'équipe et en conséquence un cadre matériel adapté. Cette équipe doit répondre de l'obligation de moyens, d'information de façon très scrupuleuse en dépit de tout effet iatrogène dans un contexte jurisprudentiel où s'installent fermement les notions de responsabilité sans faute et de présomption de faute. En effet, les équipes doivent de plus en plus apporter la preuve de l'absence de faute ou de l'intervention d'une cause étrangère (ce qui est souvent impossible).

Une définition exhaustive du consentement éclairé est à l'ordre du jour, de même qu'un débat sur l'indemnisation de l'aléa médical, et sur le financement de celle-ci.

Ajoutons enfin qu'en obstétrique, surviennent assez souvent des situations d'urgence qui introduisent un paramètre redoutable déjouant les prévisions les mieux raisonnées.

2.2. En matière jurisprudentielle.

En fait, se met en avant l'obligation de sécurité. A la lecture des dossiers reçus par le Sou Médical et la MACSF, la sécurité apparaît comme le pilier central des dossiers de responsabilité en obstétrique. D'autre part, notons que la jurisprudence admet de moins en moins la survenue d'accidents et qu'il est en conséquence de plus en plus difficile d'invoquer une complication imprévisible pour prouver qu'aucune faute n'est à l'origine du préjudice. (29, 30)

A ce propos, par l'Arrêt du 15/01/1999, la Cour d'Appel de Paris met à la charge du médecin une obligation de sécurité pour parvenir à indemniser un accident médical et ceci avec absence de faute, faute qui est normalement le fondement de la responsabilité médicale (avis de la Cour de Cassation).

L'obstétricien a une obligation de moyens fondée sur la fiabilité du plateau technique mis à sa disposition dans le secteur privé. Dans le secteur public ces conditions de technicité ou de sécurité sont à la charge de l'établissement qui, à défaut d'établir un contrat avec la gestante et son nouveau-né, leur doit des prestations adaptées aux règles actuelles de la science (des accouchements). (31)

Dans ces conditions, l'engagement de responsabilité des personnels médico-administratifs des maternités privées, et de l'administration qui doit veiller aux bonnes conditions de réalisation de l'Art obstétrical à l'hôpital public, n'est maintenant plus exceptionnel. (29)

C'est ainsi que, dans de nombreuses affaires judiciaires ou administratives intéressant l'Obstétrique sont fréquemment mis en cause, parallèlement avec l'obstétricien et la sage-femme intervenants, le directeur médical ou administratif de la Clinique concernée. Par ailleurs, il n'est pas exceptionnel de relever des poursuites personnelles à l'encontre d'un directeur d'établissement hospitalier, attaqué seul ou comme coauteur d'un délit d'homicide involontaire ou de non-assistance à personne en danger.

Le Tribunal correctionnel de Dieppe a pu se voir présenter le directeur d'un hôpital qui n'avait pas décidé la fermeture d'une maternité sous équipée. La négligence de ce responsable administratif n'ayant pu être établie alors que le Conseil d'administration de

l'établissement était au courant des difficultés de fonctionnement de la maternité, une relaxe a pu être obtenue.

Il en a été de même pour le directeur d'un établissement, inculpé avec l'obstétricien chef de service et l'interne de garde, à la suite d'une rupture utérine mortelle chez une accouchée, suivie par une sage-femme retenue pour non-assistance à personne en danger puis pour homicide par imprudence. Ce n'est que plusieurs mois après le début de l'instruction que ce directeur a pu être relaxé avec les deux premiers intervenants non engagés dans la faute professionnelle retenue. Il était reproché abusivement au directeur d'avoir maintenu l'affectation de la sage-femme en cause malgré les inquiétudes exprimées par le chef de service sur sa capacité professionnelle.

D'autres jurisprudences pourraient être ainsi citées pour démontrer le risque de responsabilité administrative ou judiciaire qu'encourt le directeur d'un établissement privé ou public d'accouchements.

Les circonstances d'engagement de cette responsabilité sont le plus souvent partagées bien entendu par le personnel médical ou para-médical des maternités, mais aussi les personnels techniques avec tout particulièrement l'ingénieur biomédical et les gestionnaires chargés du contrôle et du renouvellement des équipements. Celles-ci concernent le lieu d'implantation, l'architecture, la protection épidémiologique par l'isolement et le cloisonnement des locaux, l'adaptation fonctionnelle de ceux-ci, le choix et la maintenance des équipements nécessaires à la sécurité et à la densité des personnels intervenants. Ces facteurs interviennent en permanence à l'ouverture du dossier médical ou de procédure concernant une affaire de plainte en responsabilité en Obstétrique.

Et il est possible de rencontrer des décisions judiciaires ou administratives qui, tout en reconnaissant l'insuffisance des moyens mis en œuvre pour le secteur privé ou de l'organisation du service public, ont toutefois retenu des fautes professionnelles personnelles des médecins et/ou sages-femmes défailants et considérés comme directement responsables des dommages occasionnés.

Il est donc salutaire de prendre connaissance des dispositions réglementaires concernant les exigences matérielles d'une structure d'accouchements.

2.3. En matière réglementaire.

Il convient impérativement de s'enquérir des dispositions légales concernant les établissements médicaux afin que la Maison de naissance réponde à toutes les normes de sécurité et aux obligations de moyens (localisation, personnel, matériel...et surtout organisation fonctionnelle).

Le récent décret n°98-899 du 9/10/1998, relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation, fait suite à l'évolution réglementaire en matière de périnatalité annoncée par les réformes hospitalières et d'organisation des soins (avec la loi du 31/07/1991, l'ordonnance du 24/04/1996 et les recommandations du Haut Comité de la Santé Publique dans son rapport « Pour un nouveau plan de périnatalité » de janvier 1994).

L'article R.712-84 prévoit qu' « *afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique :*

- *participent à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ;*
- *assurent l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenue ;*
- *assurent le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées. »*

L'ensemble de ces missions est assuré « *tous les jours de l'année, 24 heures sur 24* » (art. R.712-86).

♦ Exigences légales concernant les locaux : selon l'article D.712-77 du CSP, toute unité d'obstétrique doit avoir des locaux réservés à l'accueil, aux consultations, à

l'accouchement, à l'hospitalisation, à l'alimentation des nouveau-nés et au moins une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale, selon l'article D.712-78 du CSP.

En matière de locaux, les dispositions de la circulaire n°227 du 5/05/1988 relative aux normes applicables aux maternités sont précisées récemment dans le décret n°98-900 du 9/10/1998. Ainsi le bloc obstétrical (secteur de naissance) dispose :

- *d'au moins une salle de pré-travail dotée de moyens permettant d'accueillir la parturiente, de préparer l'accouchement et de surveiller le début du travail/.../la salle de pré-travail peut, en cas de nécessité, servir de salle de travail si elle est équipée en conséquence* (art.D.712-79 du CSP).
- *d'au moins une salle de travail/.../aménagée de manière que la parturiente bénéficie d'une surveillance clinique et paraclinique du déroulement du travail, de la phase d'expulsion et de la délivrance/.../l'agencement de la salle tient compte de la présence éventuelle d'un accompagnant auprès de la parturiente lorsque cette présence est autorisée* art.D.712-80 du CSP.
- L'article D.712-80 du décret du 9/10/1998 précise le nombre de salles de travail et de pré-travail exigé en fonction de l'activité. Cette condition est largement remplie dans le projet de Maison de naissance proposé.
- L'article D.712-82 du CSP précise que « *l'organisation et les moyens des locaux d'observation et soins immédiats aux nouveau-nés permettent de prodiguer les premiers soins nécessaires à l'enfant et de faire face immédiatement aux détresses graves éventuelles du nouveau-né* ». Et, cette salle doit être attenante aux salles de travail. Il faudra donc en tenir compte de façon prioritaire lors de l'élaboration architecturale de la Maison de naissance pour qu'un transfert de nouveau-né se fasse en quelques secondes vers l'unité de réanimation néonatale du bloc obstétrical de la maternité de l'hôpital.
- Il en est de même pour la salle d'intervention chirurgicale.

♦ En matière de personnel, le décret du 9/10/1998 stipule que la continuité obstétricale et chirurgicale des soins doit être assurée par un gynécologue-obstétricien ayant la qualification chirurgicale (ou un obstétricien et un chirurgien général ou viscéral). Or, pour les unités réalisant moins de 1500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes doit être assurée par un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte

opérationnelle exclusive. La Maison de naissance répond donc largement à cette exigence sécuritaire dans ce même projet, par sa proximité du bloc obstétrical.

Ce même décret, dans l'article D.712-84, fixe également le nombre minimum de personnels intervenant dans le secteur de naissance, en fonction de la capacité de l'établissement : « *En ce qui concerne les sages-femmes, pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1000 naissances par an, une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance* ».

Aussi, de la même manière que pour le gynécologue-obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre doivent, pour les unités d'obstétrique réalisant moins de 1500 naissances par an, « être présents dans l'établissement de santé ou disponible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24 et dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ».

Enfin, pour les autres catégories de personnel : « *Dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence* » (art.712-84).

♦ En matière de matériel, l'article D.712-80 et 81 du CSP stipule que : « tous les matériels et dispositifs sont immédiatement disponibles et à usage exclusif de la salle de travail » et définit la liste du matériel nécessaire et permettant la prise en charge de grossesses pathologiques. D'autre part, il faut évoquer le principe fondamental qu'est la matériovigilance ayant pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux. Elle est définie par le décret du 15/01/1996 (n°96-32) et la directive communautaire du 22/07/1993 (n°93-68). La forme et le contenu des signalements d'incidents dans le cadre de la matériovigilance sont précisés par l'arrêté du 24/03/1997.

Même si l'usage est très réduit, la notion de pharmacovigilance doit être également appliquée au sein de la Maison de naissance en relation avec le service de pharmacie de l'hôpital.

Enfin il y a des impératifs d'asepsie. L'asepsie et la prévention des infections nosocomiales doivent être des préoccupations constantes du chef de service et de l'ensemble du personnel. Des règles simples sont à rappeler :

- Circuits propre et sale ne doivent pas se croiser,
- Les mesures de décontamination et d'entretien sont régulièrement programmées,
- Les dates de péremption doivent être vérifiées,
- Le ménage doit respecter la méthode du balayage humide pour éviter la propagation aérienne des germes,
- La contamination manu-portée est combattue par le lavage fréquent des mains,
- Le temps de nettoyage entre le passage de deux parturientes est impérativement respecté,
- La préparation d'une patiente avant transfert vers le bloc obstétrical doit être rigoureuse, même en cas d'urgence.

Pour cela, existe le CLIN qui est une commission obligatoire dans les établissements de santé publics ou privés participant à l'exécution du Service Public, par le décret du 6/05/1968 avec sa circulaire d'application du 13/10/1998 et la circulaire n°17 du 19/04/1995. Elle vise à mettre en place des procédures de prévention et de surveillance épidémiologiques permettant la lutte contre les infections nosocomiales dans la pratique de soins et elle participe à la formation du personnel en matière d'hygiène hospitalière.

3. Les contradictions entre cette évolution du droit et les Maisons de naissance.

3.1. L'obligation de moyens.

On imagine aisément que, dans un souci de sécurité, principe premier, l'obligation de moyens soit une des plus grandes préoccupations lors de l'élaboration d'une Maison de naissance.

Il ne s'agit pas d'effectuer un retour en arrière ou de se retrouver dans une situation incohérente au moment où l'on ferme les maternités de moins de 300 accouchements par an.

Dans la pratique individuelle, lorsque l'exercice est de type contractuel (Arrêt de la Cour de Cassation du 20/09/1936 et art.2262 du Code Civil), l'obligation de moyens est le principe fondamental. A ce titre, le praticien doit s'engager à mettre en œuvre les moyens qui sont normalement de nature à faire aboutir au résultat souhaité, et non à procurer directement ce résultat (même si parfois le contrôle du résultat s'impose).

Il est vrai qu'il existe des exceptions où l'on a une obligation de résultats ; ceci quand la nature de la prestation exclut tout aléa, quand l'exécuteur promet le résultat, comme pour les résultats des examens de laboratoire et la qualité des produits administrés. Notons à ce propos que dans le cadre de l'exercice public, le contrat existe entre la patiente et l'établissement et non plus le médecin ou la sage-femme (statut régi par la loi du 9/01/1986, titre IV et art.L.818 et suiv. du Code de Santé Publique).

Le manquement à l'obligation de moyens peut résulter d'une action ou d'une omission à l'origine d'une imprudence, d'une négligence, d'une maladresse, d'un défaut de surveillance ou un retard dans les soins. Ce manquement sera qualifié de faute seulement après une évaluation des circonstances du fait, des difficultés de l'accomplissement du service, de la prévisibilité de l'accident ou de ses complications et du comportement de la patiente qui peut elle-même avoir participé à la survenue du dommage.

Certes, si dans le contrat médical l'obligation n'est pratiquement que de moyens, encore faut-il que tous les moyens soient mis en œuvre et « selon les données acquises de la science », principe édicté depuis l'arrêt Mercier en 1936 et repris par les codes de déontologie successifs des professions médicales (Art.25 du Nouveau Code de Déontologie des sages-femmes). L'obligation de moyens pèse donc sur toute sage-femme.

A ce sujet, en 1997, le Dr F. Pierre a examiné différents cas de poursuite devant les tribunaux, en obstétrique, en analysant cette obligation de moyens selon les différentes phases du travail. Selon lui : (29)

- L'évaluation initiale du dossier à l'entrée en salle d'accouchement où, dans un tiers des dossiers consultés, des pathologies déjà installées pourraient être suspectées : pré ou post maturité, retard de croissance intra-utérin, infection,

hypertension artérielle... (à prendre en compte dans l'analyse et la tolérance des anomalies du RCF).

- Les moyens de surveillance mis à la disposition de la patiente et du fœtus pendant le travail. Plus on introduit la technologie dans les moyens mis à la disposition du couple mère-enfant, plus on a l'impression que la surveillance est correcte. Mais encore faut-il interpréter et réagir en fonction des anomalies. Les modalités de surveillance par l'enregistrement du RCF ont été récemment abordées à l'occasion d'une jurisprudence de Cour de Cassation (J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1996, 25, 650-651) qui montrait bien l'importance d'avoir des consignes minimales de monitoring au sein des services. Dans le cas rapporté, la consigne était celle d'un monitoring discontinu, et la sage-femme avait pris l'initiative de le remplacer par une auscultation au stéthoscope. Non seulement cette auscultation a été reprochée à la sage-femme (absence d'application des consignes), mais ce monitoring très discontinu a été aussi reproché aux obstétriciens comme n'étant pas dans les « normes ».

Il semblerait difficile à l'heure actuelle de défendre un dossier de plainte en rapport avec une infirmité motrice cérébrale sans enregistrement continu tout au moins de la deuxième partie du travail.

Il faut se garder d'un retour à la nature forcé alors qu'il suffit de passer d'un mode de naissance surmédicalisé à un mode médicalisé où l'on tente de fuir l'iatrogène tout en offrant un maximum de sécurité. Ainsi, on peut espérer une diminution de la morbidité-mortalité maternelle et infantile.

- Le niveau de réactivité par rapport aux anomalies du RCF : une discussion sur le niveau de formation des différents intervenants dans la lecture du RCF est abordée dans certains dossiers. Mais il faut bien garder à l'esprit les énormes variantes de lecture inter- et intra-opérateurs et le contexte « à chaud » de stress, la nuit, dans l'urgence.
- Le délai écoulé entre la décision et l'action : l'évaluation du temps écoulé entre l'anomalie et la décision, puis entre la décision et l'action, reste un point fondamental de l'étude du dossier. Il est nécessaire que le temps écoulé entre la

survenue de l'anomalie, la prise de conscience de celle-ci et la réunion des moyens en personnel permettant de prendre la décision soit elle-même brève. Il est un fait que dans certaines affaires l'on voit s'enchaîner des petits contretemps dont le cumul peut parfois être retenu comme un défaut d'obligation de moyens... et aboutir à la notion de perte de chance.

Les dysfonctionnements à ce niveau font parfois évoquer un défaut d'organisation. On sent bien ici que la Maison de naissance est particulièrement exposée à ce problème ; d'où l'intérêt qu'elle se trouve dans l'enceinte de l'hôpital avec possibilité de pousser une porte qui donnerait directement dans une salle où toute intervention serait possible avec un personnel adéquat et disponible. Pour une meilleure efficacité, tous les cas de passage du travail ou de l'accouchement dans la pathologie doit être évoqué, prévu voire faire l'objet de protocoles et de simulations de transfert devraient être étudiées.

- La prévisibilité et l'organisation de la prise en charge néonatale : ce point est souvent abordé, en particulier lorsque les anomalies du RCF sont déjà installées depuis quelque temps au moment de la décision. Cela reprend un peu ce qui a été dit précédemment et l'élaboration d'une unité couple-enfant (-Maison de naissance?) au sein de l'hôpital est tout à fait dans cette logique.

D'autre part, selon la décision de la Cour d'Appel de Montpellier du 15/10/1997, la faute peut être recherchée soit dans l'accomplissement de l'acte médical (obligation de moyens), soit dans l'obligation d'informer s'« analysant comme une obligation contractuelle à part entière découlant du contrat médical ». Elle ajoute, cependant, que : « pour ouvrir lieu à indemnisation, la victime doit démontrer que le préjudice subi est supérieur au risque normalement encouru en cas de non-intervention chirurgicale ; le défaut d'information prive seulement l'intéressé d'une chance d'échapper, par une décision plus judicieuse, au risque qui s'est finalement réalisé, perte qui constitue un préjudice distinct des atteintes corporelles résultant de l'opération ».

Mais, par ailleurs, conscients de la problématique médicale, ces mêmes magistrats ont clairement affirmé qu'il n'était pas question, pour l'instant, de faire évoluer la nature de

l'obligation souscrite par le praticien vers une obligation de résultats, sauf cas particuliers. La victime doit donc toujours démontrer la faute du praticien pour être indemnisée.

Notons à ce sujet qu'une modification importante a été apportée par l'Arrêt Heudrel du 25 février 1997 renversant la charge de la preuve de l'information reçue par le patient de la part du médecin. Mais, n'imposant pas, par l'Arrêt du 14 octobre 1997, la production d'un écrit, qui semble pourtant constituer la preuve la plus fiable de la délivrance d'information.

Il est donc conseillé, une fois la décision de la patiente arrêtée, de reporter systématiquement sur son dossier médical les informations données sur les avantages, les risques ou complications possibles et le choix final adopté par la patiente.

Les principes régissant la responsabilité civile exigent que soit démontrée l'existence d'une faute, d'un préjudice subi par le patient et d'un lien de causalité entre ceux-ci. Mais il est des cas où l'existence du préjudice ne peut être établie qu'au moyen d'un calcul de probabilités. Il en est notamment ainsi lorsque la guérison, ou même la survie n'était pas certaine, indépendamment de toute faute médicale.

Il est compréhensible que, dans une telle hypothèse, le praticien ne soit pas condamné à réparer l'intégralité des conséquences de l'absence de guérison ou du décès, mais la seule perte de chance. La jurisprudence a ainsi décidé que, lorsqu'il existait une chance réelle et sérieuse de guérison ou de survie, la perte de cette chance constituait un préjudice spécifique, distinct du dommage corporel ou du décès lui-même et dont l'évaluation était évidemment moindre que le résultat final.

Toutefois, on assiste depuis plusieurs années à une certaine dérive dans le recours par les tribunaux à la notion de perte de chance, parfois utilisée lorsque, indépendamment de l'existence du préjudice, le lien de causalité avec la faute ne peut être établi avec certitude. Ceci est critiquable du fait que cela conduit à faire peser sur le praticien la réparation intégrale d'un préjudice dont il n'est pas certain qu'il résulte d'une quelconque faute de sa part. (31, 32)

On pourrait donc rapprocher la notion de perte de chance, via l'information, de l'obligation de moyens.

3.2. Le statut de la sage-femme, seule en Maison de naissance. (27, 31)

L'objectif le plus fréquemment rencontré d'une plainte est l'indemnisation du préjudice subi, ce qui est particulièrement vrai en obstétrique où le dommage est souvent grave (décès ou séquelles neurologiques). Cette indemnisation peut se faire dans un cadre amiable ou judiciaire et sera réglée par l'assureur, en cas de responsabilité retenue.

Quand les actes ont été réalisés au sein d'un établissement public, seule la responsabilité pécuniaire du centre hospitalier peut être recherchée, sauf si un des membres de l'équipe de soins a commis une faute détachable du service (non-assistance à personne en danger par exemple). Dans cette dernière hypothèse, le condamné devra indemniser la victime sur ses biens personnels.

Pour les sages-femmes exerçant en qualité de salariées d'un établissement privé, la jurisprudence a très largement évolué ces dernières années vers une responsabilité pécuniaire personnelle. Les sages-femmes sont seules responsables civilement de leurs fautes professionnelles, qui se rencontrent le plus souvent dans le suivi de grossesse et, plus rarement, lors d'accouchements réalisés en clinique. Rappelons, à ce propos, que les assurances ne couvrent pas la pratique habituelle d'accouchements à domicile, pour les médecins comme pour les sages-femmes.

Si la victime souhaite en priorité obtenir la répression du ou des responsables, elle choisira, alors, de déposer une plainte contre X, de mettre ainsi en route une enquête pénale, qui permettra au moins de recueillir tous les éléments disponibles pour reconstituer précisément le déroulement des faits. L'article 121-1 du nouveau Code pénal stipule que l'on ne peut être pénalement tenu responsable que de sa faute personnelle, ce qui signifie que « personne ne couvre personne ». Cela est très important dans le cas de l'équipe

obstétricale, où les sages-femmes croient souvent que l'obstétricien ou l'anesthésiste couvre leurs actes, ce qui c'est inexact. Les trois infractions les plus fréquemment invoquées contre les sages-femmes sont : l'homicide involontaire (art.221-6 du Code pénal), la blessure involontaire (art.222-19) et la non assistance à personne en péril (art.223-6).

Notons enfin que, pour les sages-femmes exerçant en établissement privé ou en libéral, les juridictions pénales peuvent les condamner à régler elles-mêmes les intérêts civils, en se fondant également sur la reconnaissance de l'indépendance technique(Cour d'appel, Paris, 25 mars 1996).

Le principe de la complète indépendance professionnelle de la sage-femme : Décret du 8/08/1991, décision de la Cour de Cassation d'octobre 1995 et Arrêt de la Cour d'Appel de Paris du 25 mars 1996 dans laquelle la clinique, employeur de la sage-femme, a été totalement mise hors de cause en considérant qu'il s'agissait de fautes personnelles de la sage-femme, et donc que l'établissement n'avait pas à intervenir pécuniairement.

La mise en cause des responsabilités peut enfin emprunter la voie disciplinaire et peut revêtir deux aspects : plainte ordinale ou sanction de l'employeur (de l'avertissement au licenciement pour faute grave). Il s'agit d'actions rarement mises en œuvre, surtout sur le plan ordinal.

Accordons une attention toute particulière à ce principe qui rend la sage-femme totalement responsable de tous ses actes et en particulier en exercice libéral (qui semble être le mode d'exercice privilégié pour le fonctionnement d'une Maison de naissance).

En effet, dans cette structure inexistante légalement, la sage-femme, qui exerce déjà avec le poids d'un statut légal ambigu, se voit de surcroît ajouter des risques médico-légaux.

Ainsi, si une erreur médicale volontaire ou non (dans la sélection des femmes à bas risque par exemple) ou un défaut d'information est commis, ceci constituera une infraction (homicide ou blessure par imprudence) engageant la responsabilité pénale de la sage-femme (art. R625-2 du Code Pénal). Aussi, est prévu par le Nouveau Code Pénal, art.223, le délit de « risque causé à autrui » lorsque la sage-femme entreprend des actes situés hors de sa compétence ou en cas d'appel du médecin trop tardif. Dans une équipe obstétricale,

chacun est responsable de ses propres actes et particulièrement en pénal selon l'article L.121-1 du Code Pénal : « Nul n'est responsable pénalement que de son propre fait. ».

Mais, la Maison de naissance pourrait exister selon différents statuts. Le cas où celle-ci serait constituée de sages-femmes salariées de l'hôpital est le même que pour un service de maternité hospitalier ; cet établissement dépendrait civilement des juridictions administratives et il n'existerait pas de contrat entre la patiente et la sage-femme.

Dans le cas de l'activité privée exercée dans un hôpital public, cette activité répondrait des Arrêts du 4/06/1965 et du 10/10/1973 du Conseil d'Etat. Les plaintes en civil se traduiraient devant les juridictions de l'ordre judiciaire. Mais les locaux et le matériel appartenant à l'hôpital, la responsabilité de l'hôpital pourrait être engagée. En effet, l'une des charges du référent de la Maison de naissance serait de s'assurer qu'elle répond bien aux obligations de moyens.

On pourrait imaginer, en outre, le cas d'une exécution du service public par cet établissement qui serait privé. Dans ce cas, on se référerait à la loi du 31/07/1991 et ce serait l'ordre judiciaire qui traiterait les plaintes concernant la clinique et le praticien même si celui-ci est détaché de l'hôpital pour exercer dans cette structure.

Enfin, cette structure pourrait être un établissement purement privé et donc se trouver dans le cas similaire à une clinique privée. Cette société civile professionnelle doit, selon la loi, contracter une assurance de responsabilité civile professionnelle (Loi du 29/11/1966, art.16), mais la responsabilité de chaque professionnel, pour les actes professionnels qu'il accomplit, lui demeure personnelle (Décret du 14/06/1977).

Concernant la prise en charge du post-partum, c'est l'organisation de type HAD qui prendrait le relais. Cette pratique est régie par le Code de la Santé Publique, art. L.712-2, R.712-2-1, D.712-35 et suiv. (ordre judiciaire ou administratif selon si la sage-femme est libérale ou salariée).

3.3. Une attitude préventive.

Rappelons qu'une bonne sage-femme n'est pas seulement celle qui dispose d'une compétence professionnelle sans cesse maintenue, d'un matériel adapté et entretenu, et d'une installation à l'architecture adéquate pour l'exercice professionnel. C'est aussi celle qui fait preuve d'une aptitude à la communication avec le patient, qui permet l'empathie et génère la confiance, élément indispensable pour entraîner l'adhésion au programme diagnostique ou thérapeutique proposé.

En effet, l'accident médical est d'autant plus mal vécu par le patient et sa famille que les explications fournies sur les causes sont dissimulées ou embrouillées, générant la suspicion. Le discours médical est d'autant moins bien ressenti qu'il reste trop technique. Dans ces cas malheureux, les patients ressentent un mécontentement de n'avoir pas été suffisamment informés du risque. A ce sujet, un arrêt de la Cour de cassation a rappelé aux médecins la nécessité d'une information « loyale, claire et appropriée ».

D'autre part, sans énumérer de façon exhaustive les actes autorisés (le code de déontologie étant à l'heure actuelle suffisamment clair), il serait intéressant d'éclaircir certaines pratiques dont les sources réglementaires donnent des interprétations différentes. Ceci dans le but de donner une meilleure définition de l'exercice de la profession et une défense plus juste lors de plaintes ou de procès. En effet, la sage-femme n'est parfois pas autorisée à effectuer une délivrance artificielle, une révision utérine, un accouchement physiologique et en même temps contrainte à agir au-delà de ses compétences par l'ablation de cathéter de péridurale, échographie gynécologique, prescription de contraceptifs oraux.

A ce sujet, Mme Séguin, sage-femme expert en droit médical, précise, en janvier 1999, qu'il faut sortir de la dualité grossesses normales/grossesses pathologiques pour entrer dans celle de compétences sage-femme/compétences médecin pour ainsi mieux définir les conditions de sa responsabilité. Elle propose également une réflexion autour de la question suivante : « Peut-elle (la sage-femme) gérer seule des ralentissements au cours du travail ou doit-elle appeler un médecin dès la constatation d'une anomalie sur le tracé ? ». On peut craindre que la sage-femme soit en danger par son exercice en Maison de naissance tant qu'une réponse officielle à cette question n'aura été formulée. (30)

Face à cela, une attitude préventive doit être adoptée : acquis et réactualisation des connaissances théoriques et pratiques, respect des limites de compétences, surveillance irréprochable des patientes, tenue parfaite des dossiers, gestion adéquate de l'urgence, appel tempestif du médecin. Une information claire et loyale de la patiente, par une véritable

cohésion au sein de l'équipe obstétricale et par la prévisibilité des situations à risque est également nécessaire. D'autre part, il est impératif d'accorder une extrême vigilance aux anomalies de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

3.4. Le facteur temps en obstétrique. (27)

Il s'agit de l'adversaire le plus redoutable en obstétrique.

La plus grande attention doit être portée, en salle de travail, à la surveillance des multiples paramètres obstétricaux qui conditionnent le bon déroulement du travail et de l'accouchement. Il en est un tout à fait primordial, à savoir le facteur temps qui intervient, directement ou non, dans le diagnostic d'eutocie, dans l'évolution d'une situation dystocique, dans la gravité du retentissement fœtal d'une souffrance aiguë, dans l'issue plus ou moins favorable d'une urgence obstétricale.

Peu de spécialités médicales comportent des urgences aussi nombreuses et aussi variées, au cours desquelles les minutes comptent, justifiant l'intérêt à porter à ce facteur temps.

Lorsqu'une situation devient dystocique et s'écarte de l'évolution régulière et progressive dans un sens favorable, que ce soit au niveau des phénomènes dynamiques, par ralentissement ou stagnation de la dilatation ou au niveau des phénomènes mécaniques par évolution non satisfaisante de la présentation en regard du bassin maternel, il n'est pas possible que se prolonge outre mesure une telle situation. Celle-ci ne manquerait pas, en effet, d'entraîner dans des délais plus ou moins longs, des répercussions sur le fœtus qui aboutiraient à la souffrance fœtale.

Une fois reconnue, non seulement la dystocie doit être traitée par les modalités les plus appropriées en fonction de sa cause, mais elle doit se voir résolue, dans un temps limité, avant que n'apparaissent ses conséquences néfastes pour le fœtus. En effet, certaines situations urgentes, mettant en jeu le pronostic fœtal, plus souvent que maternel, peuvent

apparaître brutalement au cours du travail ou être liées à une pathologie aiguë gravissime, type hématome rétro-placentaire, procidence du cordon etc.

Les délais inhérents à l'arrivée d'une parturiente brutalement victime d'un tel accident aigu, le temps minimum nécessaire au diagnostic et à une solution la plus rapide possible, conditionnent dans une très large mesure l'issue plus ou moins favorable d'une telle situation. En pareil cas, l'urgence est grande, l'anoxie fœtale s'aggrave... De ces quelques minutes peut dépendre « l'avenir cérébral » du nouveau-né. Dans le cas où la sage-femme prend en charge un accouchement à la fois, plus rapide est le diagnostic et cela permet une action plus précoce dans un contexte moins dramatique (cas de l'exercice en Maison de naissance). Pour ne pas perdre ce bénéfice, il faut donc que les conditions de transfert soient optimales. Le parcours Maison de naissance – bloc obstétrical mérite d'être très étudié avec un accès réservé, direct et mise en situation pratique avec chronométrage (1 à 2 minutes paraît être un bon délai en regard de la décision...).

Finalement, le temps qui s'écoule dépend en grande partie de l'importance qu'on lui accorde et des mesures que l'on prend à tous les niveaux pour pouvoir en limiter les effets.

3.5. L'expertise.

Le problème non résolu de l'aléa médical risque également de peser sur la Maison de naissance. La notion d'aléa médical peut s'exposer à être transformée en défaut d'obligation de moyen, en notion de perte de chance ou en défaut d'information. En effet, la femme qui accouche dans un établissement est supposée consentante d'accoucher compte-tenu du caractère inéluctable de cet événement. En Maison de naissance la situation se rapproche de celle des actes médicaux ordinaires car la patiente doit être informée parfaitement des conditions de prise en charge de la naissance et y consentir totalement.

L'indemnisation de l'aléa thérapeutique paraît intéressante d'autant plus qu'il semble anormal qu'un patient-citoyen supporte seul les conséquences du risque exceptionnel qu'implique le développement de la médecine. En particulier dans l'exercice libéral, on

comprend mal pourquoi le médecin – ou la sage-femme - devrait supporter le revers du progrès médical, lequel profite en réalité au patient.

Certains magistrats se sont placés dans la ligne de la Déclaration Européenne des Droits de l'Homme d'Helsinki, en matière médicale, en affirmant que c'est le consentement du patient éclairé par l'information préalable, et lui seul, qui donne au médecin, sauf exception, le droit de disposer, aux fins thérapeutiques, du propre corps du patient. C'est ainsi qu'ils ont durci les exigences en matière de preuve quant à la fourniture de cette information préalablement à tout acte médical (on a désormais le devoir d'informer les patients des risques de décès ou d'invalidité liés aux soins, même si ceux-ci sont exceptionnels selon un jugement du Conseil d'Etat du 7/01/2000). Et, même si la loi ne l'impose pas, la preuve écrite n'est pas encore imposée mais semble être le meilleur moyen .
(31)

De façon générale, la médecine est inévitablement imparfaite et comporte toujours des risques ; ses mécanismes de décision ne sont pas toujours certains, elle implique des choix entre des solutions dont les avantages et les inconvénients sont plus ou moins bien évalués.

Pour une situation donnée, il n'y a souvent pas de règle établie qui fixe au-delà de quel point précis il y a comportement fautif. Certaines opinions dites « d'écoles », sont contradictoires et telle attitude médicale adéquate pour certains est répréhensible pour d'autres. Appliquer à un malade donné, dans une situation donnée, des connaissances générales acquises sur des malades différents et dans des situations différentes est souvent malaisé.

Tout cela est au cœur des problèmes judiciaires et représente quelque chose de difficile à communiquer à des personnalités étrangères à la médecine et notamment aux juges et aux plaignants.

L'expert a la mission de déterminer la conduite à tenir en pratique face à la situation donnée dans le procès. Or, il faut souligner que l'expert n'a qu'une connaissance lacunaire concernant les conditions d'exercice libéral du fait de sa carrière exclusivement hospitalo-universitaire. (32)

Enfin, l'intervention d'un ou de plusieurs experts médicaux paraît parfois insuffisante aux victimes quand le rapport conclut à un dommage non fautif et peut être interprété comme une complicité. C'est pourquoi, dans les Hospices de Lyon, puis à l'Assistance publique des Hôpitaux de Paris, dès 1980, à la suite du rapport Mac Aleese, la

désignation de médiateurs-conciliateurs médicaux avait été mise en place. Leur rôle s'est révélé très bénéfique. Il a aussi permis d'orienter la victime ou sa famille vers la juridiction compétente, et a éventuellement contribué à raccourcir les délais d'indemnisation. Malheureusement, dans ce domaine, la France a encore du retard par rapport aux autres pays européens.

Il apparaît, en définitive, que l'ouverture d'une Maison de naissance comporte de sérieux risques médico-légaux et d'autant plus si la profession de sage-femme reste, en théorie et surtout en pratique, quelque chose de mal défini.



CHAPITRE 2 : Contexte budgétaire.

1. Introduction.

1.1. Droit aux soins et économie.

Depuis la Déclaration des Droits de l'Homme puis la Constitution de la cinquième République, la notion d'état de santé est évolutive et de plus en plus liée au concept de bien-être. Les applications sont de plus en plus larges et les coûts ne cessent d'augmenter. Une possible contradiction peut exister entre le droit aux soins et la réalité, les économistes nous le rappellent en s'interrogeant sur la capacité qu'a un pays d'assumer ce droit.

L'évolution de ces vingt dernières années s'est accompagnée de la montée de processus d'exclusion qui ont un caractère cumulatif : difficultés de logement, chômage, problème de santé qui peuvent s'associer pour entraîner des populations dans une spirale de la marginalisation. Ce relatif échec de la protection sociale face au développement de la pauvreté et de l'exclusion représente un signe inquiétant de la fracture sociale et trouve ses signes les plus évidents du côté du financement. (33)

Cet échec, remettant en cause la légitimité de l'édifice, est une des raisons majeures du vent de réformes qui souffle aujourd'hui. On a fini par comprendre, à la suite d'« expériences économiques » ayant pour cobayes les citoyens, que la protection sociale ne peut se réduire à un jeu sophistiqué de transferts entre différents groupes composant la société, jeunes, adultes, vieux, pauvres, riches, hommes, femmes, urbains, ruraux.

1.2. Le poids économique de la santé. (34)

Il paraît nécessaire de rappeler que les dépenses de la protection sociale (selon les Comptes de la Nation) dépassent régulièrement celles du budget de l'État chaque année (2 133 milliards contre 1 432 en 1993). 73% des dépenses sociales passent par les régimes de Sécurité Sociale (le régime général de la Sécurité Sociale dispensant à lui seul 40% des prestations). Dans l'économie française, les dépenses assurant la protection

sociale ont un poids considérable. Dans ces dernières, les dépenses de santé sont fortement représentées ; et parmi celles-ci les dépenses concernant la maternité. En effet, d'après la Commission des comptes de la Sécurité Sociale (25/07/1995), les dépenses de santé concernant la maternité s'élèvent à 21,6 milliards (sur 1 170,1 milliards des dépenses du Régime Général de la Sécurité Sociale en 1995).

Il faut aussi considérer le poids de la santé en termes d'emplois : 962 268 employés dans les hôpitaux (privé et public), 321 795 en cabinets libéraux, 199 815 dans les sous-secteurs pharmaceutiques, 43 284 dans les laboratoires d'analyses médicales soit un total de 1 657 839 en 1992 (évolution de 1,9% depuis 1982 ; source : CREDES).

1.3. Économie de la santé et politique. (33, 34)

Le déficit du système de protection sociale est intimement lié au domaine des dépenses de santé. Or, en France, le système de santé est fondé sur des principes permissifs (libre choix du médecin, liberté de prescription...) qui génèrent une croissance rapide des dépenses de santé. La France est ainsi le pays d'Europe occidentale où les dépenses de santé sont proportionnellement les plus importantes par rapport au PIB ; et ceci sans que les principaux indicateurs de santé publique y soient meilleurs. Notre pays est également celui où le taux de remboursement de ces dépenses est le plus faible.

A la suite du Plan Juppé, ayant pour objectifs de maintenir un niveau élevé des prestations sans pénaliser l'emploi et en réduisant le déficit, sont nées les notions de maîtrise comptable des dépenses (en fixant des objectifs quantifiés nationaux) et de maîtrise médicalisée des dépenses (en fixant des références médicales opposables) qui montrent actuellement leurs limites.

Tous les gouvernements se sont engagés dans des politiques de maîtrise économique des systèmes de protection sociale. Ils s'efforcent de maîtriser les dépenses par des systèmes d'enveloppes ou de taux directeurs, voire des réformes en profondeur du mode de calcul des prestations. Lorsque cette politique atteint ses limites, il est alors temps de passer à l'augmentation des recettes, en général par l'accroissement du taux de cotisation ou par la redéfinition des prélèvements obligatoires.

1.4. Le système économique actuel en question.

Les économistes de la santé s'interrogent. Peut-on continuer indéfiniment dans cette direction, au risque de perdre l'adhésion d'une grande partie de la population ? Ne faut-il pas, plutôt, songer à redéfinir les objectifs fixés au système de protection sociale ? Et redessiner, en fonction de l'évolution de la société, les nouveaux contours d'un consensus vrai ? (33)

Le système français coûte de plus en plus cher à l'économie nationale, les taux de cotisation s'alourdissent et les assurés sont de moins en moins bien remboursés. Une vingtaine de plans de redressement se sont succédés en France, en vingt ans. Peut-être est-il temps de s'interroger et de chercher à redéfinir les objectifs de santé publique que l'on assigne au système : est-il vraiment indispensable de faire huit fois plus d'appendicectomie qu'aux États-Unis ? Les infections nosocomiales doivent-elles continuer à faire plus de victimes que les accidents de la route ? Faut-il, vis-à-vis du corps médical, continuer à manier la carotte des incitations et le bâton des sanctions financières ?

1.5. La Maison de naissance, un moyen de réduire les coûts.

Pour en revenir au domaine de la maternité, il est souhaitable d'évoquer le fait que des difficultés subsistent, malgré les progrès en ce qui concerne la mortalité infantile. En effet, un enfant de mineur ou de manœuvre a actuellement, en France, encore presque deux fois plus de risques de mourir avant l'âge de un an qu'un enfant de cadre. Ceci montre qu'il existe une inégalité dans l'accès au système de soins.

On comprend donc pourquoi le principe des Maisons de naissance a suscité, un moment donné, l'engouement de certains politiques et autres conseillers. Cela rentrerait parfaitement dans une logique de réduction des dépenses de la santé qui est une urgence actuelle. L'autre problème, conséquence de la politique économique de santé, est l'inégalité dans l'accès aux soins. Sans prétendre que la Maison de naissance soit un remède miracle, mais simplement un facteur optimisant le réseau, principe fondamental sans lequel elle ne peut exister. Or, ce réseau est un moyen très efficace, déjà démontré à l'étranger, dans la politique de lutte contre l'exclusion et la fracture sociale.

Dans ce début d'étude de faisabilité de la mise en place d'une Maison de naissance à Grenoble, il convient d'évaluer le coût de fonctionnement et de construction dans un projet où celle-ci serait incluse dans la nouvelle maternité « couple-enfant » à venir. Pour cela M. Madelmont, Directeur financier de l'hôpital de Grenoble, en approuvant tout à fait le principe, a guidé ce travail.

Le but de cette étude est de calculer le coût moyen réel d'un accouchement (comprenant le séjour en suites de couches) au CHU de Grenoble. Ceci n'est pas un calcul conventionnel pour les services financiers et économiques qui s'intéressent plus aux dépenses globales ou répondent davantage aux exigences de la Sécurité Sociale ; d'où de très grandes difficultés à surmonter pour comprendre et trouver les chiffres qui m'intéressaient. Ensuite, le deuxième volet de cette étude consiste en une simulation de Maison de naissance selon différents statuts pour ainsi montrer que ce projet est aussi un moyen de faire des économies.

2. Étude des coûts de la prise en charge de la naissance à l'Hôpital Nord de Grenoble.

2.1. Le budget du Département de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction.

Les charges dans le budget hospitalier se divisent en quatre groupes : rémunération du personnel, dépenses médicales et pharmaceutiques, dépenses hôtelières et générales, frais financiers + amortissements + charges exceptionnelles. Ceux-ci correspondent respectivement aux groupes I, II, III et IV.

On étudiera tout d'abord les dépenses du Département de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Les recherches effectuées auprès de différents personnels administratifs ont fait l'objet d'une synthèse et ont été regroupées selon ces quatre groupes :

DÉPENSES DU GROUPE 1 : ¹⁰

Personnel médical du département : 4 759 423 FF

Personnel non-médical du département : 29 056 491 FF

Personnel de l'entretien (Gerin+Canel) : 4 578 597 FF

Personnel du secrétariat : 2 163 234 FF

TOTAL : 40 557 745 FF

Précisons ce coût concernant les unités de salles d'accouchement et suites de couches :

Personnel médical des unités UF 3811+3860 : 1 830 610 FF

Personnel non-médical des unités UF 3811+3860 : 11 628 042 FF

¹⁰ Voir Annexe 6.

GROUPE 2 :

- Pt mat m-chir n-st m	
- Pt mat m-chir n-st u	
- Réactifs médicaux	
- Protections usag uni	
- Pdts div à usag uniq	
- Produits d'incontin	<u>280 046,42 FF</u>
- Produits sanguins	
- Fluides & gaz médic	
- Fourn imagerie médic	
- Prothèses externes	
- Pt mat m-chir n-st m	
- Pt mat m-chir n-st u	
- Emballages stérilisa	
- Pt mat & outil médic	
- Autres fournit médic	<u>440 667,82 FF</u>
- Labo analyse par CTS	
- Labo analyse autres CTS	
- Autres Prestations	<u>479 618,25 FF</u>
- Charges/exces ant ec	<u>11 970,00 FF</u>
Produits pharmaceutiques	
Matériel stérile	<u>1 821 404,60 FF</u>

TOTAL : 3 033 707
FF.

GROUPE 3 :

- Comestibles, épicerie :	4 828,32 FF
- Alimentation, repas :	<u>1 111 844,85 FF</u>
- Pt mat hotelier us-M	
- Habill du perso	
- Habill pour hébergés	
- Habil protec securit	
- Linge	
- Prod entretien	
- Prod dest lingerie	<u>121 040,21 FF</u>
- Cons infor.& art.bur	
- Papier bristol repro	
- Imprimés	
- Autres four diverses	<u>61 749,42 FF</u>
- Pt mat outil hosp	
- Pt mat outi div des	
- Mat&cons de restaur	
- Prod entretien	<u>51 950,77 FF</u>
- Fournit bureau (des)	
- Imprimés extérieurs	
- Consommable informat	<u>21 829,28 FF</u>
- Maint photocopieurs	3 057,16 FF
- Abonnements	22 015,87 FF
- Transp de personnes	8 194,75 FF
- Frais de téléphone	2 199,73 FF
- Conso téléphone	<u>80 233,57 FF</u>
- Nettoyage à l'exteri	134,00 FF
- Autr presta diverses	1 539,34 FF
- Frais culte & inhuma (UF 3811 uniquement)	833,00 FF
<u>TOTAL :</u>	<u>1 491 450,27</u>
<u>FF</u>	

GROUPE 4: 1 119 553 FF

En conclusion, le total des dépenses du département Gynécologie-obstétrique et Médecine de la Reproduction, sur l'année 1998 (par addition des dépenses de groupe 1, 2 et 3) est de :

40 557 745 + 3 033 707 + 1 491 450,27 + 1 119 553 = **46 202 455,27 FF**

2.2. Budget de la prise en charge de la naissance.

On cherche maintenant à connaître le budget global concernant la prise en charge de la naissance et du séjour en Suites de couches. Ceci correspond aux unités répertoriées UF 3811 pour la Salle d'accouchements et UF 3860 pour le service de Suites de couches. Pour cette étude, nous réutiliserons les groupes budgétaires définis par l'hôpital :

◆ GROUPE 1 :

Personnel médical (UF.3811 + 3860) : 1 830 610 FF

Personnel non-médical (UF.3811 + 3860) : 11 628 042 FF

Personnel secrétariat : évaluation par rapport au nombre d'entrées dans le département. Salaires totaux du département soustrait par 4094 entrées pour tout le département et multiplié par le nombre d'entrées des nouvelles accouchées = 936 309,39 FF (43,28 %).

Personnel entretien :

Il y a 1 ASH 24h/24 en salles d'accouchement, deux 8h/24 en Suites de couches, deux 8h/24 l'après-midi pour tout le pavillon, dont 4h sont consacrées au service de Suites de couche(ce qui équivaut à 1,4 temps plein).

On a donc un total de 8,6 temps pleins et un coût annuel (salaires + charges) de :

1 298 170 FF

TOTAL GROUPE 1 (UF 3811 + 3860) : 15 693 131,39 FF

◆ GROUPE 2 :

On soustrait au budget global du groupe 2 du département les dépenses de groupe 2 des unités suivantes :

- Dépenses grp.2 de l'unité Consultations.
- Dépenses grp.2 de l'unité Échographie.
- Dépenses grp.2 de l'unité Gynécologie.
- Dépenses grp.2 de l'unité Bloc Gynécologie.
- Dépenses grp.2 de l'unité Méd. De la reproduction.
- Dépenses grp.2 de l'unité Grossesses pathologiques.

TOTAL GROUPE 2 (UF 3811 + 3860) : 1 819 489,2 FF

♦ **GROUPE 3 :**

Alimentation : nombre de journées (UF 3811, 3860, 3818) X prix de journée alimentaire = 7991 X 69,73 = 557 212,43 FF (soit 50,116% de ces dépenses pour le département).

Comestibles, épicerie : on rapporte le chiffre global du département au nombre de journées des unités qui nous intéressent ; soit 4828,32 X 7991 / 15945 = 2 419,76 FF

Consommation téléphonique (n'ayant pas accès aux factures détaillées) :

On va rapporter la consommation totale au nombre d'entrées spécifiques des nouvelles accouchées (1772 soit 43,3% des entrées du département).

80233,57 X 43,3% = 34 727,38 FF (soit en moyenne 19,6 FF par entrée).

Frais culte & inhuma (UF 3811 uniquement) : 833,00 FF

Abonnements : Certains ne sont que du domaine Gynécologie ou Obstétrique d'autres sont des deux. On peut donc retirer 1/3 de ces dépenses non spécifiques du domaine obstétrical. Soit $22015,87 - 1/3(22015,87) = \underline{14\ 677,25\ \text{FF}}$

Transport de personnes : Pour adapter ce chiffre global du département de 8 194,75 FF, on va le rapporter au nombre d'entrées qui nous intéresse.

Soit : $8194,75 \times 43,3\% = \underline{3\ 546,92\ \text{FF}}$

En prenant en compte la surface des différentes unités et leur activité, on peut dire que les autres dépenses du groupe 3 global (entretien + intendance) concernent les UF 3811 et 3860 pour 40% environ. Soit $263499,91 \times 40\% = \underline{105\ 399,964\ \text{FF}}$

TOTAL GROUPE 3 (UF 3811 + 3860) : **718 816,704 FF**

◆ GROUPE 4 :

Amortissements, frais financiers : 1 119 553 FF dont 2 172,79 Fr. (UF3811), 7 428,75 FF (UF 3860), 15 977,32 FF (UF Entretien).

Pour l'UF Entretien, rapporté à son taux d'activité on prendra comme chiffre des dépenses : $15\ 977,32 \times 40\% = 6\ 390,93\ \text{FF}$

D'où, au total : 15 992,47 FF

ACTES CONSOMMÉS, CHARGES INDUITES :

(d'après les tarifs NGAP)

UF 3811 : $12\ 315\ \text{B} + 528\ \text{K} + 25\ \text{KAR} + 1667\ \text{SF} = \underline{50\ 139\ \text{FF}}$

UF 3860 : $77\ 535\ \text{K} + 82\ 935\ \text{KAR} + 528\ \text{KC} + 1\ 821\ \text{Z} = \underline{2\ 047\ 877,4\ \text{FF}}$

Facteurs de correction à prendre en compte :

Dépenses totales de l'unité Secrétariat : 31 692,06 FF

divisé par le nombre d'entrées on obtient : 7,741 FF/pers.

Ce qui correspond à $7,741 \times 1772 = \underline{13\,717,052\text{ FF}}$ pour les entrées concernant les accouchements.

Dépenses totales de l'unité Préparation à la naissance : 218,28 FF

Dépenses de gestion : 290 458 FF dont 17 549,83 FF sont attribués à l'UF 3811, 48 717,59 FF (UF 3860), 27 879,89 FF (UF Secrétariat), 86 566,82 FF (UF Entretien).

Dépenses UF Secrétariat rapportées au nombre d'entrées concernant les accouchements : $27\,879,89 \times 43,3\% = 12\,067,21\text{ FF}$

Dépenses UF Entretien rapporté au taux d'activité des unités en rapport avec les accouchements : $86\,566,82 \times 40\% = 34\,626,73\text{ FF}$

Total dépenses de gestion en rapport avec les accouchements : 112 961,36 FF

TOTAL DES DÉPENSES (Groupes 1, 2 et 3 + facteurs de correction) POUR LES ACCOUCHEMENTS EN 1998, MATERNITÉ HÔPITAL NORD DE GRENOBLE :

$15\,693\,131,39 + 1\,819\,489,20 + 718\,816,70 + 13\,717,05 + 218,28 + 112\,961,36$
 $+ 15\,992,47 + 50\,139 + 2\,047\,877,4 = \underline{20\,472\,342,85\text{ FF}}$

On peut donc en déduire le coût moyen d'un accouchement dans cet établissement pour l'année 1998 :

$18\,374\,326,45 / 1697 = \underline{12\,063,84\text{ FF}}$

3. Simulation économique d'une Maison de naissance à Grenoble.

3.1. Budget d'investissement.

Il comprend la construction des locaux, leur équipement, le matériel médical nécessaire au fonctionnement de la Maison (monitoring ...).

On se basera sur une Maison de naissance ayant une activité de 300 accouchements par an (proche de la réalité par rapport aux structures existantes).

3.1.1. Les locaux :

- Nature des locaux

Pour établir la nature des locaux, on peut s'aider du plan des locaux de Maisons de naissance existantes. (35, 36)

- 1 entrée (vestiaire 10 manteaux, espace habillage, vestibule) 13m²
- 1 salle d'attente (1.3m² x 15 pers.) 16m².
- 1 salle de consultations 15m².
- 1 salle pour enregistrement monitoring 9m².
- 3 chambres de naissance 3x 30m².
- 1 salle pour le change des bébés 10m².
- 1 salle avec baignoire 15m².
- 1 bureau pour le référent 15m².
- 1 bureau pour la S.F. de garde 15m².
- 1 salle de réunion 30m².
- 1 salle de préparation à la naissance 30m².
- 1 salle d'attente pour enfants 15m².
- 1 salle de repos 20m².
- 1 cuisine 23m².
- 1 salle de bains (2 douches) 15m².
- 1 espace entretien 10m².

- 1 espace utilités propres (médicaments, oxygène) 8m².
- 1 espace utilités souillées 8m².
- 1 salle déchets 5m².
- 1 salle repos bébé 10m².
- 1 salle archives 6m².
- 1 salle entrepôt général 10m².

Surface totale nette : 388 m².

Surface totale brute (marge de 25%, murs et couloirs) : 485m².

Selon l'avis de M. Madelmont, on estime, pour les bâtiments peu médicalisés, le prix au mètre carré à 7-8000 Fr.

Soit un coût de 3, 5 à 4 000 000 FF. pour la construction de cette structure.

- Précisions sur le mode d'évaluation du nombre de chambres de naissance nécessaires

Le nombre de chambres de naissance nécessaires est directement dépendant du nombre d'accouchements ayant lieu dans la Maison. Il convient donc de le déterminer de façon statistique, de manière à éviter des transferts vers l'hôpital, pour le seul motif que la place manque.

L'évaluation du nombre de chambres nécessaires dans une Maison de naissance, pour une moyenne de 300 accouchements par an, doit être un compromis entre :

- Le risque de transfert trop fréquent – par manque de place – dont la perspective pourrait dissuader les femmes.
- Le coût d'un nombre de chambres trop élevé, résultant d'une volonté de limiter le risque de transfert à des valeurs infimes (10^{-3} ou 10^{-4} du nombre moyen d'accouchements annuel).

La fréquence journalière, mensuelle ou annuelle des naissances dans une population donnée est aléatoire pour l'observateur alors que des éléments déterministes interviennent : la décision des parents d'avoir un enfant, la période de l'année...

Les éléments aléatoires sont essentiellement : la dispersion des naissances autour d'une valeur médiane d'âge gestationnel de 35 à 41 semaines d'aménorrhée (SA).

Un examen des nombres mensuels de naissances à l'Hôpital Nord de Grenoble sur 5 ans (1995-1999) donne les résultats bruts suivants :

Total des naissances : 8 078

Moyenne annuelle : 1616 naiss. / an

Moyenne mensuelle : 135 naiss. / mois

Moyenne journalière : 4,42 naiss. / jour

L'examen des écarts à la moyenne journalière selon les mois montre des variations notables, qui peuvent faire pressentir une influence saisonnière, laquelle ne peut pourtant pas être affirmée statistiquement, dans la mesure où le calcul sur 5 ans est insuffisant.

Cependant, le choix d'un laps de temps plus long, 20 ans par exemple, fait apparaître de nouveaux biais : les motivations des parents peuvent différer, les conditions socio-économiques varient, les décisions politiques jouent également un rôle...

De plus, la population fréquentant une Maison de naissance, filtrée par le choix des femmes, une sélection médicale et par des conditions financières n'est pas représentative de la population féminine nationale, ou même régionale.

Pour ces raisons a été choisie une approche probabiliste, selon un modèle simplifié permettant d'évaluer les risques de transfert évoqués plus haut.

Le cas considéré est celui d'un établissement tel que :

- 300 accouchements par an en moyenne ont lieu dans ses murs
- tous les accouchements ont lieu entre dans la période de 4 semaines entre 37 et 41 SA.
- Le séjour moyen est de 24 heures (+ relais HAD)

Le nombre moyen de femmes susceptibles d'accoucher un jour donné est :

$(300 \times 4) / 52 = 23$ femmes.

Les patientes ayant fait l'objet d'un « tri » sévère, il est possible de rechercher un modèle de distribution de Laplace-Gauss centré au milieu des 4 semaines, avec un écart-type de 7 jours (dans une fourchette de ± 14 jours).

Chaque femme aurait 95% de chances d'accoucher ce jour là, ce qui, à 5% près, est proche de notre hypothèse initiale (100%).

Avec une table de Laplace-Gauss, on détermine qu'un jour avant ou après la valeur médiane, la probabilité pour une femme d'accoucher un jour donné est de $p = 0,058$ (valeur faible).

Or, pour qu'une loi de Laplace-Gauss soit applicable, il est nécessaire que le produit $np(1 - p)$ soit supérieur à 20.

Ici, on a $p = 0,058$ et $n = 23$, d'où le produit : $23 \times 0,058 (1 - 0,058) = 1,256$ (valeur négligeable au regard de 20)

La loi de Gauss n'est donc pas applicable ici.

Cependant, pour des valeurs faibles de p , ce qui est le cas ici, il est possible d'utiliser la loi de Poisson : $f(x) = [1 / e^m] \times [m^x / x !]$

Avec :

$f(x)$ la probabilité de l'événement (naissance) réalisé x fois un jour donné.

e : base des logarithmes népériens

$x! = 1 \times 2 \times \dots \times x$

m la moyenne journalière du nombre d'accouchements, soit $300/365 = 0,8219$

On a donc :

- probabilité de 0 naissance : $f(0) = [1/e^{0,8219}] \times [0,8219^0/0 !] = 0,4396$

On démontre que : $f(x+1) = f(x) \times m/(x+1)$

Ainsi :

$f(1) = 0,4396 \times 0,8219 / 1 = 0,3613$

$f(2) = 0,3613 \times 0,8219 / 2 = 0,1485$

$f(3) = 0,1485 \times 0,8219 / 3 = 0,0407$

$f(4) = 0,0407 \times 0,8219 / 4 = 0,0084$

$f(0) + f(1) + f(2) = 0,949$ Cette somme représente la probabilité d'avoir moins de trois accouchements un jour donné. La probabilité d'avoir 3 et plus de 3 accouchements un jour donné est donc de $1 - 0,949$, soit 5%.

$f(0) + f(1) + f(2) + f(3) = 0,9901$ Un ou plusieurs transferts seront donc nécessaires dans 1% des jours de l'année, soit 3,65 jours par an. Cette valeur est acceptable, et montre donc que dans l'immense majorité des cas, trois chambres seront suffisantes.

En considérant une variabilité du nombre d'accouchements un mois donné de 30%¹¹, on obtient $m = 1,07$ et $f(x>3)$ un jour donné = 2,1%, ce qui correspond à 7,7 jours par an où il existe un risque de transfert. On est donc à l'abri d'une réelle saturation de la Maison de naissance.

3.1.2. Investissement, acquisition du matériel.

Entrée : 1 vestiaire(10pers.)/porte parapluie/sonnette avec code

S. d'attente : 10 chaises/1 table basse/lampe/moquette/plante

S. consult. : 1 table examen gynéco/1 sonicaid/lumière blanche/1 lampe gynéco/6 spéculums/6 amnioscopes/1 meuble à tiroirs (8)/1 pte étagère/1 balance/1 bureau/2 chaises/1 lavabo/ matériel jetable

Chbre de naiss. : 3 lits 2 places (couettes draps-housse oreillers traversins)

3 sièges hollandais / 3 cordes en tissu accrochées au plafond / 3 berceaux / 3 tables de nuit/ 3 tables /3 chaises/3 placards/5 plateaux +5X2 pinces Kocher + 5 paires de ciseaux/3 monitorings/1 baignoire

Bureaux : 2 X bureau +mobilier/2 bibliothèques/2 ordinateurs/1 photocopieuse/1 téléphone-fax

S. de réunion : 1 table 15 pers.+chaises / 1 bibliothèque 5 éléments

S. prép. : 15 tapis de sol+corpomeds/1 télé+magnéto/1 mini-chaîne/posters éducatifs/1 siège hollandais/1 corde fixée au plafond

¹¹ C'est-à-dire supérieure à celles observées durant les cinq années concernées à l'Hôpital Nord de Grenoble.

S. attente, enfants : 2ptes tables + 6ptes chaises +jouets

S.repos : 2fauteuils+2chaises+1 table

Cuisine : 4 plaques élec. 1microondes/lavabos/1 table 4 chaises

S. de bains : 2 cabines de douche 2 lavabos 2 WC

1 pharmacie/1 lavabo + paillasse / 2 bouteilles d'oxygène

2 ptes étagères

1 gde étagère(archives)

1 brancard

Évaluation de ce coût global : environ 200 000 FF

(source : Labo FH et BHV médical).

3.2. Budget de fonctionnement.

Trois statuts différents peuvent définir le fonctionnement d'une Maison de naissance. Étudions le coût dans chaque hypothèse :

3.2.1. Statut public avec un personnel salarié de l'hôpital

♦ Le personnel :

- 1 sage-femme référent(e) : 1/2 Temps.
- Sages-Femmes : 4.3 Temps pleins + 1.5 Temps pleins (consult.+prép.).
- Auxi-puer ou AS : 4.3 Temps pleins.
- 1 Secrétaire : 1/2 Temps.

Le coût de ce personnel, avec un indice milieu de carrière est :

1 Référent (sur la base du salaire de Sage-Femme Chef d'unité) : $293300/2=146\ 650$ FF

4,3 Sages-Femmes Temps plein : $4, 3 \times 242600 + 1.5 \times 242600=1\ 407\ 080$ FF

4,3 Auxiliaires-puéricultrices ou AS Temps plein : $4.3 \times 173900=747\ 770$ FF

1 Secrétaire = 2, 44 temps pleins pour 300 accouchements par an, soit 381 372 FF par an et 1 271, 24 FF par accouchement. Mais on considère que le nombre global d'accouchements Hôpital Nord + Maison de naissance est invariant. Ce facteur n'a aucune influence sur la comparaison des coûts Hôpital/Maison de naissance.

TOTAL : 2 682 872 FF

♦ À ajouter, la prise en charge du post-partum en HAD pendant 5 jours qui coûte toutes charges comprises : $5 \times 1045=5225$ **FF par accouchement.**

Donc, environ : $300 \times 5225=1567500$ FF

Il faut cependant remarquer que cette activité est actuellement peu développée ; on peut donc espérer une baisse sensible de ce coût si ce système se met en place.

♦ Frais de secrétariat :

Évalués précédemment à 7,741 FF par entrée, ceci équivaudrait à un coût d'environ $300 \times 7,741=2\ 322,3$ FF

♦ Frais de gestion : en se basant sur le coût à l'Hôpital : $112961,36/1697 \times 300 = 19969,6$ FF (**66,56 FF./accouchement**).

♦ Les consommables tels que les gants, compresses, petite pharmacie, etc., sont évalués à un coût de 400 FF environ par accouchement (coût très proche de celui d'un accouchement à domicile.)

En théorie, dans les Maisons de Naissance, les femmes prennent en charge ces frais si un accord sur la prise en charge de l'accouchement dans cette structure avec la Sécurité Sociale n'a pu avoir lieu.

Ce coût ne varie donc pas en fonction du statut de la structure.

♦ À ajouter également, les frais d'alimentation : (nombre de journées/an = environ 300)
Qui s'élèvent à environ : $300 \times 69,73 = \underline{20\,919\text{ FF}}$

Il est donc possible de calculer le coût moyen d'un accouchement dans ce type de structure, avec ce statut :

$$2\,682\,872/300 + 5\,225 + 7\,741 + 66,56 + 400 + 69,73 = \underline{14\,711,93\text{ FF}}$$

3.2.2. Statut semi-public avec sages-femmes libérales louant les services de l'hôpital :

Il s'agit d'accouchements en Maison de naissance dans le cadre d'un suivi global de la grossesse par une sage-femme libérale. Ce fonctionnement n'existe pas de fait en France mais est prévu par le code de Déontologie et l'Arrêté du 23 mars 1998 portant approbation d'un avenant à la Convention nationale des sages-femmes.

D'après une enquête épidémiologique en 1991 sur le travail des sages-femmes libérales pratiquant des accouchements (présenté à Bruxelles au Congrès Européen des sages-femmes par F. Olive) on peut quantifier l'activité et le coût de leur pratique :

- Consultations prénatales : 7 à 10 = **630 à 900 FF**
- Visites à domicile : 1 à 2 = **90 à 180 FF + ID + IK** (175 à 350 FF à 20Km en plaine).
- Préparation à la naissance : 8 = **1440 FF** pour des groupes de 1 à 3, **720 FF** au-delà.
- Accouchement : basé sur le tarif de l'accouchement à domicile (Arrêté du 23/3/98) = **1000 FF + ID + IK.**
- Suites de couches : les visites et consultations de cette période, soit 12 jours pour la mère et 30 pour l'enfant (art. 1.374 du Code de Santé Publique) sont comprises dans le forfait de 1000 FF pour l'accouchement. La sage-femme perçoit pour ces visites les indemnités kilométriques (IK) et de déplacement (ID). En moyenne, 10 visites.

On parvient ainsi à un total de : 2440 FF à 3520 FF + ID de 252 à 273 FF + IK de 768 à 832 FF soit **3460 à 4625 FF** .

En ce qui concerne l'accouchement plus les suites de couches considérés dans le cadre de l'exercice en Maison de naissance on peut calculer le coût de fonctionnement :

- Forfait accouchement plus suites de couches = 1000 FF + ID + IK.
- Consommables pour l'accouchement = 400 FF
- Frais de secrétariat = 7, 741 FF par accouchement.
- Frais de gestion = 66, 56 FF par accouchement.
- Frais d'assurance des locaux : sont intégrés à l'assurance globale de l'hôpital (surcoût négligeable).
- Alimentation = 69, 73 FF par accouchement.
- Salaire du Référent à ½ temps = 146 650 FF par an charges comprises, soit 488, 83 FF par accouchement.
- Salaire de la secrétaire = 2, 44 temps pleins pour 300 accouchements par an, soit 381 372 FF par an et 1 271, 24 FF par accouchement. Mais on considère que le nombre global d'accouchement Hôpital Nord + Maison de naissance est

invariant. Ce facteur n'a aucune influence sur la comparaison des coûts Hôpital/Maison de naissance.

- Salaire AS : 4, 3 temps pleins , soit 747 770 FF par an et 2 492, 56 FF par accouchement. (une auxiliaire de puériculture doit être présente 24H/24 à la Maison de naissance pour accueillir la patiente en attendant l'arrivée de sa sage-femme, pour la conseiller en l'absence de la sage-femme après l'accouchement, pour assister la sage-femme lors de l'accouchement.

Total : 5 796, 66 FF par accouchement plus ID et IK (85 FF pour 20 Km en plaine).

Si l'on rajoute le suivi de la grossesse par la sage-femme libérale, le Total est de : 5 796, 66 + 1 440 à 2 520 FF + ID +IK (85 à 170 FF).= 7 321, 66 à 8 486, 66 FF

D'après une pratique déjà évaluée, on peut définir un temps moyen pour chaque action de la sage-femme libérale (J. Lavillonnière, SF) :

- 7 consultations de 30 minutes = 3, 5 heures.
- 8 séances de préparation à la naissance d'1 heure = 8 heures.
- Le travail et l'accouchement = 8 heures en moyenne et 2 heures de surveillance du post-partum immédiat soit 10 heures.
- Suivi des suites de couches : 10 visites de 2 heures en moyenne soit 20 heures.

Finalement, l'Arrêté du 23/03/1998 ne prend pas réellement en compte ce type de pratique. En effet, si on calcule les honoraires perçus par la sage-femme en tarif horaire, on obtient : 1000 FF / 30 heures = 33, 33 FF / heure brut.

Or, le tarif horaire brut du SMIC est de 40, 72 FF le 15/11/1999. Ceci se passe de commentaire.

De plus, il est un devoir de santé publique de tenir compte des besoins des femmes, des couples, des familles et bien évidemment d'améliorer les résultats périnataux et leurs coûts. Il y a également des objectifs nationaux et des recommandations européennes et mondiales à prendre en compte : Plan de périnatalité, Conférence nationale de santé, la

Charte de la parturiente du Parlement européen, recommandations de l'O.M.S. « Care in normal birth ».

♦ Proposition de budget

On peut donc se permettre de proposer un schéma de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches physiologiques (avec l'aide de réflexions de membres de l'ANSFL) :

♦ 7 consultations par une sage-femme (ou un médecin généraliste jusqu'au 6^{ème} mois), une au premier trimestre, puis une par mois. Ceci avec réorientation de la femme vers le professionnel le plus approprié en cas de problème (gynéco-obstétricien, assistante sociale, kinésithérapeute etc.).

Mais cela sous-entend la possibilité pour la sage-femme d'effectuer la déclaration de grossesse (il est à noter que dans la pratique courante, il est fréquent d'entendre les patientes dire que l'examen général de la première consultation n'est que très rarement fait. Or celui-ci est la raison même de cette consultation chez un médecin).

D'autre part, les objectifs de cette première consultation sont l'information sur le diagnostic anténatal, les examens de laboratoire à prescrire, prescription et information au sujet de la première échographie ; tout cela est de la compétence de la sage-femme. Je ne rentrerai pas dans le sujet très polémique de la nécessité d'élargir le droit de prescription médicamenteuse et des examens de laboratoire et ceci en rapport avec les domaines de compétence de la sage-femme.

Il paraît bon de préciser que la sage-femme doit orienter vers un médecin généraliste toute femme qui lui paraît insuffisamment suivie avant la grossesse pour un examen général rigoureux. Enfin, la sage-femme devrait pouvoir prescrire et effectuer jusqu'à trois ERCF par grossesse et au-delà, sous prescription (domaine de la grossesse pathologique).

♦ Rendre obligatoire une consultation d'une heure au moins (cotée C2) auprès de la sage-femme au cours du premier trimestre. Le but est de dresser un bilan médico-psycho-social de chaque femme en repérant les besoins globaux, en informant sur la grossesse, en faisant une action d'éducation préventive, en favorisant l'autonomisation de la

femme. Enfin, grâce à l'organisation en réseau, où s'intégrera obligatoirement la Maison de naissance, la sage-femme pourra orienter la femme qui en a besoin vers le partenaire le plus approprié. Dans le cadre du réseau, la sage-femme devra présenter au 9^omois le dossier de chacune des patientes suivies au cours de leur grossesse au centre hospitalier auquel la Maison de naissance est rattachée.

- ◆ Un forfait global du suivi de la grossesse peut donc être proposé, 9 C, soit **810 FF**

- ◆ Les séances de préparation à la naissance : 8 séances remboursables par la sécurité sociale dont 4 obligatoires. En effet, actuellement, seulement 10% des accouchées ont bénéficié de ces séances. Celles-ci comprendraient une information et discussion sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement, de l'accueil et les soins au nouveau-né. Également, des exercices de relaxation, travail corporel (prévention des problèmes circulatoires, lombalgies, sciatiques ...), étude de quelques positions d'accouchement et techniques de poussée.

- ◆ Dans un souci de transparence, le contenu de chaque séance devra être spécifié dans le dossier de grossesse.

Coût : en séances individuelles = C2 = 180 FF

2 à 4 patientes par séance = C1,5 = 135 FF

5 à 10 patientes par séances = C0,75 = 67,5 FF

Coût total = 270 à 1440 FF L'écart est très large, on pourrait donc décider que les 4 séances non obligatoires doivent obligatoirement se faire en groupes de 5 à 10 patientes. Ceci ferait un coût total de : **270 à 990 FF**

- ◆ L'accouchement : pour une durée moyenne de 10 heures on peut évaluer cette activité à une cotation C12 soit **1080 FF + ID + IK** (C6 en cas de transfert en cours de travail avec accompagnement par la sage-femme à l'hôpital).

- ◆ Les suites de couches : de 12 jours pour la mère et 30 pour le nouveau-né ce qui équivaut à 10 visites de 2 heures soit 20 heures. On peut donc raisonnablement proposer un forfait de suivi des suites de couches évalué à **950 FF + ID + IK**.

♦ Il faut remarquer à cet égard que le travail de Mme Thieux¹² réalisé en région parisienne, est très intéressant et met en évidence le grand intérêt des sorties précoces de la maternité avec suivi en hospitalisation à domicile. D'autre part, cette pratique mériterait d'être rediscutée car les compétences de la sage-femme concernant la surveillance de l'enfant vont bien au-delà du premier mois de vie (environ 2 ans) ; notamment lorsque la mère allaite son enfant. L'intérêt est que la sage-femme a une approche globale mère-enfant et parents-enfant. De plus, 6 mois après la naissance la présence de la sage-femme peut être d'un grand secours. Bien sûr, la sage-femme orienterait l'enfant vers un pédiatre en cas de pathologie pédiatrique suspectée.

♦ 1 consultation ou visite obligatoire d'au moins une heure (C2) par une sage-femme dans le premier mois suivant l'accouchement pour un bilan de l'allaitement, un bilan périnéo-sphinctérien et détecter quelques défaillances dans l'instauration des liens parents-enfant.

♦ Les séances de rééducation périnéale : elles sont facultatives mais il faudrait que 5 séances soient prescriptibles par la sage-femme dans les 6 mois suivants l'accouchement, cotées SF 7 (soit 119 FF). Les séances supplémentaires devraient se faire sous prescription médicale (domaine de la pathologie). Pour une rééducation normale, le coût serait donc de **595 FF**

♦ On peut donc calculer le coût global de ce type de suivi avec accouchement en Maison de naissance :

♦ Tous ces frais de suivi pré, per et post natal représentent : **3 290 à 4 010 FF** + 11 ou 12 fois ID + IK(soit 935 à 1 020 FF à 20 Km. en plaine)

3 885 à 4 605 FF si on comprend les séances de rééducation périnéale des suites de couches physiologiques.

♦ Si on considère simplement, pour comparaison, l'accouchement en Maison de naissance et la prise en charge des suites de couches :

¹² Sage-femme coordonnatrice, HAD, Paris.

- **2 210 FF** + 11 ou 12 fois ID + IK. Soit **3 145 à 3 230 FF** (pour une patiente à 20 Km. en plaine).
- Consommables pour l'accouchement = **400 FF**
- Frais de secrétariat = **7, 741 FF** par accouchement.
- Frais de gestion = **66, 56 FF** par accouchement.
- Alimentation = **69, 73 FF** par accouchement.
-
- Salaire du Référent à ½ temps = 146 650 FF par an charges comprises, soit **488, 83 FF** par accouchement.
- Salaire de la secrétaire = 2, 44 temps pleins pour 300 accouchements par an, soit 381 372 FF par an et **1 271, 24 FF** par accouchement. Mais on considère que le nombre global d'accouchement Hôpital Nord + Maison de naissance est invariant. Ce facteur n'a aucune influence sur la comparaison des coûts Hôpital/Maison de naissance.
- Salaire AS : 4, 3 temps pleins , soit 747 770 FF par an et **2 492, 56 FF** par accouchement.

Soit un total par accouchement de : 7 006, 66 FF + ID + IK

(plus 935 à 1 020 FF d'ID + IK pour une femme située à 20 Km. en plaine, soit 7 941, 66 à 8 026, 66 FF).

Enfin, un coût que je ne peux déterminer : la rémunération de l'hôpital pour l'offre de son service, en pratique, 10 à 20% du coût global. Ce tarif serait le fruit de négociations complexes entre les différents dirigeants financiers de l'hôpital, de la Sécurité Sociale et autres services d'assurance maladie.

Malgré cela, la Maison de naissance permettrait toujours une baisse importante du coût de la prise en charge de la naissance.

3.2.3. la Maison de naissance dépend d'un statut de type associatif.

Les coûts seraient peu différents du schéma précédent.

Les frais de gestion seraient annulés mais l'assurance des locaux serait à prendre en charge par l'association : elle a été évaluée par le cabinet Mutuelles du Mans Assurances de Grenoble à 6000 FF par an soit 20 FF supplémentaires par accouchement. Mais il faut ajouter à cela une assurance de responsabilité civile qui doit être négociée totalement car aucun contrat n'est prévu et les risques sont particuliers. Celle-ci devrait être bien plus onéreuse.

Les frais de secrétariat seraient augmentés en terme de coûts par accouchement (peu d'accouchements par rapport au salaire d'une secrétaire).

On saisit mal l'intérêt de ce type de statut pour la Maison de naissance qui augmente son coût de fonctionnement. Cependant, une association de parents et autres bénévoles participant à la vie de la Maison de naissance paraît quasiment indispensable.



CHAPITRE 3 : Contexte sociologique, enquête menée par questionnaire.

1. L'objet de l'enquête, la méthodologie.

1.1. Motivation initiale.

Grenoble fait partie des villes françaises postulant pour établir un site pilote de Maison de naissance. Il ne faut pas négliger, dans l'étude de faisabilité, que ce projet ne peut aboutir sans la motivation de personnes concernées.

Celles-ci personnes concernées par ce projet sont les parents et leur famille et les professionnels aptes à faire fonctionner une telle structure. La consultation des usagers est rare, celle des professionnels est quasi-inexistante au sujet des conditions autour de la naissance. Cette enquête a donc tenté de découvrir le ressenti des professionnels de la naissance sur un éventuel changement vers une démedicalisation des grossesses physiologiques qui semble bien s'inscrire dans la politique des « réseaux » qui se développe actuellement en France.

Les professionnels interrogés sont les sages-femmes, gynéco-obstétriciens, gynécologues médicaux et élèves sage-femme 4^{ème} année du département de l'Isère. Cette population iséroise comprend 451 personnes interrogées. Les réponses ont été de 197 questionnaires dont 2 inexploitable et 5 dont le retour a été trop tardif. On a donc un échantillon de 190 personnes ayant répondu correctement au questionnaire sur 451 interrogées soit 42, 13%.

269 sages-femmes dont 67 libérales ont été interrogées et 51, 3% ont répondu (44, 8% des libérales, 59, 3% du secteur public et 43% du secteur privé ont répondu).

182 médecins dont 73 libéraux ont été interrogés et 19, 8% ont répondu dont 66, 7% de gynéco-obstétriciens et seulement 4 exerçant en privé ont répondu. Mais signalons qu'une clinique subissait un mouvement de grève lors de la phase de réponse et cela a pu gêner les médecins pour répondre étant donné que dans ce secteur, ils sont beaucoup plus concernés par les tâches administratives.

Cette enquête est donc représentative quantitativement mais pas qualitativement. Cependant, les non-réponses ont aussi une signification.

1.2. Première étape.

Voyons tout d'abord l'étape indispensable, après l'observation, pour préparer la rédaction d'un questionnaire : les entretiens exploratoires.

10 entretiens exploratoires ont été effectués auprès de praticiens en gynécologie et obstétrique de profession et secteur différents. Ces entretiens consistaient à donner la parole à ces professionnels sur leur ressenti à propos de leur façon de travailler, de la prise en charge des grossesses, de leur avis sur la surmédicalisation et sur leur information à propos des Maisons de naissance.

En ont résulté des informations intéressantes pour formuler les questions du questionnaire. Ils étaient en majorité peu ou mal informés et avaient souvent juste entendu évoquer brièvement les Maisons de naissance. Ils ont manifesté une insatisfaction à l'égard de l'organisation du système de santé français mais ont eu beaucoup de mal à faire des propositions. Ils déplorent la surmédicalisation de la naissance mais expriment également le risque d'un retour en arrière par une démedicalisation non rigoureusement contrôlée. Ils soulèvent à ce propos la question : « la Hollande est-elle un modèle pour la France ? ». Mais il semble qu'il y ait une différence de mentalité entre les deux pays ; l'obstacle majeur est l'absence d'analgésie péridurale en Maison de naissance. L'information, le comportement des accoucheurs ces dix dernières années ont fait de cette technique un droit de la patiente et non plus une indication médicale.

1.3. Deuxième étape.

Il s'agit de la rédaction du questionnaire. Les entretiens sont analysés thématiquement afin de définir les variables que le questionnaire tentera d'appréhender.

Chacun des thèmes évoqués a fait l'objet de questions. ¹³

Les thèmes étaient :

- l'information des praticiens en gynéco-obstétrique sur les Maisons de naissance avec trois questions fermées respectivement « unique », « multiple » et « échelle » ¹⁴.
- parallèlement à celles-ci, quelques questions de « connaissance » pour déterminer des sous-populations en fonction de leur sensibilisation au projet de Maison de naissance avec quatre questions fermées unique et une échelle.
- la préparation à la naissance : est-ce que le fait de pratiquer ou d'avoir pratiqué cela influence le regard que l'on porte sur les Maisons de naissance ? quatre questions fermées uniques.
- avis des praticiens sur certains principes pratiques de la Maison de naissance, avec huit questions fermées uniques, deux multiples, deux échelles et une ouverte.
- la sage-femme est l'acteur principal de la Maison de naissance. De ce fait ce sujet risque de devenir polémique. Est-elle compétente, doit-on élargir son domaine de compétences ? trois questions fermées uniques.
- les professionnels sont-ils satisfaits du système de santé autour de la naissance ? une question fermée unique.
- comment améliorer la prise en charge de la naissance en France et quelle sont les priorités, quelles sont les raisons des résultats décevants en terme de morbidité et mortalité maternelle et infantile pour un pays comme la France ? deux questions fermées multiples et une ouverte.

¹³ Voir Annexe 7 : le questionnaire.

¹⁴ Question fermée unique : la question a plusieurs modalités de réponse, une seule réponse est possible.

Question fermée multiple : la questions a plusieurs modalités de réponse et plusieurs réponses sont possibles.

Question fermée échelle : les modalités sont des échelons : variables fermées ou nombres.

- est-ce que ces praticiens sont favorables à ce projet ?
trois questions fermées échelles.
- les déterminants sociaux : qui sont les personnes interrogées ? Ceci permet de mieux comprendre la répartition des réponses et de mieux cibler l'information des professionnels sur le projet. Les réponses sont variables en fonction de la profession et du secteur d'exercice puisque ce projet concerne davantage les sages-femmes et en particulier les libérales. L'objet de ce projet est la démedicalisation. Or, on peut penser que les expériences personnelles et professionnelles de la naissance influencent les opinions que l'on a sur des réflexions autour de modifications éventuelles des conditions de la naissance.

Cinq questions fermées uniques, une échelle, deux numériques et deux ouvertes.

1.4. Troisième étape.

La diffusion de ce questionnaire : reprographie, envoi, récupération des questionnaires, recensement, contact, relances des personnes concernées.

451 questionnaires ont été diffusés, 197 ont été récupérés dont 190 exploités.

1.5. Quatrième étape.

Il s'agit de la phase d'exploitation des réponses. Tout d'abord codage des réponses en questions fermées uniques, multiples, échelles, numériques et ouvertes (déjà évoqué dans la deuxième étape).

Les réponses aux questions ouvertes ont été recodées sous forme de thèmes regroupant les items proches afin d'obtenir des résultats synthétiques et de pouvoir les croiser avec les autres réponses. Certaines questions échelles ont été recodées par regroupement d'items de réponses pour que les croisements soient plus significatifs (cases ayant un effectif inférieur à 5).

Puis, vient la saisie informatique des données, à l'aide du logiciel Spinx Plus² (Ergole Informatique).

1.6. Analyse des résultats.

Cette étude a été faite par croisements simples et multivariés. Nous allons exprimer ces résultats dans la deuxième partie.

2. Les résultats.

2.1. Description de la population étudiée :

Cette population de 190 personnes est composée de 72, 6% de sages-femmes, 12, 6% de gynéco-obstétriciens, 8, 4% d'élèves sages-femmes et 6, 3% de gynécologues médicaux.

Les sages-femmes travaillent à 52, 9% en secteur public (dont 8 en PMI), 24, 6% en privé et 21, 7% en secteur libéral. Concernant les gynéco-obstétriciens la répartition est de : 58, 3% en public, 16, 7% en privé et 25% en libéral et pour les gynéco-médicaux elle est de : 8, 3% (1 en PMI) en public et 91, 6% en libéral.

26, 8% des sages-femmes ont moins de 7 ans d'exercice, 45, 7% entre 7 et 20 ans et 26, 1% 20 ans et plus. Pour les gynéco-obstétriciens, la répartition est de : 25% moins de 7 ans, 50% entre 7 et 20 ans et 20, 8% 20 ans et plus et pour les gynécologues médicaux : 58, 3% entre 7 et 20 ans et 41, 6% 20 ans et plus.

Les sages-femmes sont mariées dans 61, 6% des cas, concubines dans 16, 7% des cas, 10, 1% sont célibataires, 0, 7% sont séparées, 8, 7% divorcées et 0, 7% veuves. Elles ont dans 35, 5% des cas 0 enfant, 1 à 3 enfants 55, 1% des cas, 4 enfants et plus dans 7, 2% des cas.

Les gynéco-obstétriciens sont mariés dans 75% des cas, concubins 12, 5% des cas, célibataires 8, 3% des cas et séparés 4, 2% des cas. Ils ont moins de 30 ans dans 8, 3% des cas, entre 30 et 40 ans 20, 8%, entre 40 et 50 ans 54, 2% et au delà 16, 8% des cas. Ils ont

dans 20, 8% des cas 0 enfant, 1 à 3 enfants, 62, 5% des cas et 4 enfants et plus dans 16, 7% des cas.

Les élèves sages-femmes sont tous célibataires, ont tous entre 20 et 29 ans et ont tous 0 enfant.

Les gynécologues médicaux sont mariés dans 58, 3% des cas, concubins dans 25% des cas, séparés dans 8, 3% des cas et divorcés dans 8, 3% des cas. Ils ont tous 40 ans et plus dont 25% 50 ans et plus. Enfin, ils ont dans 8, 3% des cas 0 enfant, 1 à 3 enfants dans 66, 7% des cas et 4 enfants et plus dans 16, 7% des cas.

2.2. Quelques tris à plat intéressants :

♦ Question 1 : Connaissez-vous les structures de type Maison de naissance ?

La majorité, toutes professions confondues, disent connaître les Maisons de naissance ; c'est à dire qu'ils en ont au moins entendu parler. On pourra donc tenir compte de ces réponses aux questions suivantes.

connaissance ?	Nb. cit.	Fréq.
Non-réponse	1	0,52%
non	57	30,00%
oui	132	69,47%
TOTAL OBS.	190	100,00%

(dépendance très significative : $\chi^2=136,43$, ddl=2, 1-p=99,99%)

♦ Question 17 : Pensez-vous qu'il faudrait réorganiser le système de soins autour de la naissance ?

La grande majorité pensent que le système de soins autour de la naissance n'est pas satisfaisant et nécessite des modifications.

réorganisation soins	Nb. cit.	Fréq.
Non-réponse	7	3,68%
en totalité	12	6,31%
en quasi totalité	26	13,68%
en assez grande partie	110	57,89%
en faible partie	27	14,21%
quasi ment pas	6	3,15%
pas du tout	2	1,05%
TOTAL OBS.	190	100,00%

(dépendance très significative : $\chi^2=316,14$, $ddl=6$, $1-p=99,99\%$)

♦ Question 30 : Par rapport à l'établissement d'une ou de plusieurs Maisons de naissance dans l'Isère, êtes-vous : (d'accord ?)

Dans la grande majorité, la population étudiée est d'accord. Mais encore faut-il que cela soit en connaissance de cause.

pour/vs MDN Isère	Nb. cit.	Fréq.
Non-réponse	9	4,73%
tout à fait d'accord	77	40,52%
plutôt d'accord	74	38,94%
plutôt pas d'accord	22	11,57%
pas du tout d'accord	8	4,21%
TOTAL OBS.	190	100,00%

Moyenne = 1,78 Écart type = 0,83

(dépendance très significative : $\chi^2=126,68$, $ddl=4$, $1-p=99,99\%$)

Les deux questions suivantes ont pour but de confirmer, compléter la réponse à cette question.

♦ Question 15 : Pensez-vous que le projet d'établissement de Maison de naissance a pour les femmes un intérêt ...

En majorité (environ 2/3), les personnes interrogées pensent que l'intérêt est plutôt important.

intérêt MDN/femmes	Nb. cit.	Fréq.
Non-réponse	12	6,31%
important	62	32,63%
assez important	64	33,68%
peu important	45	23,68%
nul	7	3,68%
TOTAL OBS.	190	100,00%

Moyenne = 1,98 Ecart type = 0,87

(dépendance très significative : $\chi^2=77,32$, $ddl=4$, $1-p=99,99\%$)

♦ Question 16 : Du point de vue de la mortalité/morbidité maternelle et infantile, pensez-vous que ce même projet a un intérêt : (important ?).

Concernant cette question, les avis sont très partagés. On peut cependant penser que près de la moitié pensent que la surmédicalisation – évitée dans la Maison de naissance – est responsable d'une augmentation de la morbidité maternelle et infantile.

intérêt MDN/mort.mor	Nb. cit.	Fréq.
Non-réponse	14	7,36%
important	32	16,84%
assez important	54	28,42%
peu important	59	31,05%
nul	12	6,31%
négatif	19	10,00%
TOTAL OBS.	190	100,00%

Moyenne = 2,61 Ecart type = 1,18

(dépendance très significative : $\chi^2=66,48$, $ddl=5$, $1-p=99,99\%$)

Les trois questions suivantes sont volontairement un peu provocatrices car polémiques à l'heure actuelle et en lien direct avec l'établissement d'une Maison de naissance où la sage-femme serait bien plus indépendante et retrouverait pour cela certains droits. On peut cependant s'interroger au sujet du taux de retour des questionnaires parmi les médecins : ces questions n'en seraient-elles pas responsables ?

♦ Question 12 : Pensez-vous que la sage-femme française a les compétences pour effectuer toutes les consultations prénatales et orienter la femme enceinte vers un gynéco-obstétricien si nécessaire ?

La grande majorité (environ 9/10) répond de façon affirmative. Mais rappelons que cette population est composée de 81% de sages-femmes et élèves sages-femmes.

compétence	Nb. cit.	Fréq.
oui	166	87,36%
non	19	10,00%
sans opinion	5	2,63%
TOTAL OBS.	190	100,00%

(dépendance très significative : $\chi^2=251,19$, ddl=2, 1-p=99,99%)

♦ Question 30 : Pensez-vous qu'il soit intéressant que les sages-femmes soient formées à la pratique de la ventouse obstétricale ?

La majorité (un peu plus de la moitié) des enquêtés pensent que cela est intéressant. Il est vrai que beaucoup de sages-femmes l'ont utilisée et même enseignée aux gynéco-obstétriciens mais le métier de la sage-femme ne concerne-t-il pas la grossesse et l'accouchement physiologique ?

D'autre part, il est vrai que cela pourrait rendre de grands services en cas de présence impossible dans un délai bref d'un médecin lors d'un accouchement dystocique.

C'est un sujet à discuter.

ventouse	Nb. cit.	Fréq.
Non-réponse	4	2,10%
oui	106	55,78%
non	64	33,68%
sans opinion	16	8,42%
TOTAL OBS.	190	100,00%

dépendance très significative : $\chi^2=138,51$, ddl=3, 1-p=99,99%)

♦ Question 31 : Pensez-vous qu'il soit intéressant que les sages-femmes soient formées à la pratique du forceps ?

La majorité (environ 2/3) ne considère pas cela intéressant. Il est vrai que sa pratique est plus délicate et que le risque traumatique est bien supérieur à celui de la

ventouse. De plus, j'ai pu remarquer par mes entretiens exploratoires que cet instrument fait « peur » aux sages-femmes, leur paraît bien plus barbare.

forceps	Nb. cit.	Fréq.
Non-réponse	3	1,57%
oui	43	22,63%
non	126	66,31%
sans opinion	18	9,47%
TOTAL OBS.	190	100,00%

dépendance très significative : $\chi^2=1890$, 17, ddl=3, 1-p=99, 99%)

2.3. Étude thématique par croisement des variables.

2.3.1. *L'information des professionnels sur les Maisons de naissance.*

Comme on l'a vu précédemment, environ 70% des enquêtés disent connaître ces structures mais si l'on croise ces réponses avec celles de la question 3 sur le « degré d'information », on remarque qu'il y a moins de 13% de ceux qui disent connaître les Maisons de naissance qui se disent bien informés et environ 40% se disent moyennement informés ou peu informés. On peut donc penser que beaucoup ont dit « connaître » du fait qu'ils en avaient seulement entendu parler.

degré d'information/ connaissance ?	bien informé(e)	moyen nement	peu informé(e)	pas du tout informé(e)	TOTAL
non	0,00%	8,77%	38,59%	52,63%	100,00%
oui	12,87%	40,90%	38,63%	4,54%	100,00%
TOTAL	8,94%	31,05%	38,94%	18,94%	100,00%

(la dépendance est très significative : $\chi^2=67$, 98, ddl=3, 1-p=99, 99%)

La réponse affirmative à la question 1 n'est pas liée au nombre d'années d'exercice et la liaison avec la profession ou le secteur d'exercice est peu significative.

Mais les réponses concernant le degré d'information sont liées à la profession, au nombre d'années d'exercice et au changement de secteur au cours de la carrière. Les médecins se disent moins bien informés que les sages-femmes, ceux qui ont plus d'années d'exercice se disent mieux informés et ceux qui n'ont jamais changé de secteur d'exercice

se disent moins bien informés (mais les sages-femmes sont aussi celles qui ont plus souvent changé de secteur). Cela n'est pas surprenant, les sages-femmes paraissent souvent plus intéressées par tout ce qui attrait à la psychoprophylaxie.

profession	gynéco -obstét	sage femme	gynéco logue	ESF	TOTAL
degré d'information/ informé(e)	20,83%	50,00%	0,00%	12,50%	40,00%
mal informé(e)	79,16%	47,10%	100,00%	87,50%	57,89%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

(la dépendance est très significative : $\chi^2=23,87$, ddl=3, 1-p=99,99%)

nb ans exo	moins de 7	de 7 à 13	de 13 à 26	de 26 et plus	TOTAL
degré d'information/ informé(e)	20,33%	38,70%	47,67%	72,72%	40,00%
mal informé(e)	79,66%	61,29%	47,67%	27,27%	57,89%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

(la dépendance est très significative : $\chi^2=17,87$, ddl=3, 1-p=99,95%)

chgt secteur ?	non	oui	TOTAL
degré d'information/ informé(e)	30,63%	52,56%	40,00%
mal informé(e)	68,46%	43,58%	57,89%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%

(la dépendance est significative : $\chi^2=10,44$, ddl=1, 1-p=99,88%)

Le mode de découverte le plus fréquent est la communication avec les collègues (37,4%), puis les réunions/conférences (32,6%) et les revues médicales (23,1%). Il n'est lié à aucune variable indépendante.

2.3.2. Quelques questions de « connaissance ».

Le but de ces questions était double : tenter de mesurer modestement le niveau d'information des professionnels sur le sujet en posant des questions un peu plus scolaires et simples sur des principes de base des Maisons de naissance tels que l'absence de médecin dans cette structure (originalité remarquable). L'autre but était de susciter l'intérêt des personnes interrogées sur ce sujet. Ce dernier objectif est atteint, j'ai reçu beaucoup de courriers me demandant des précisions sur ce concept.

♦ Question 9 : Aux Pays-Bas, la répartition est environ de 1/3 Hôpital, 1/3 domicile, 1/3 Maison de naissance. La majorité des enquêtés a répondu cela à 55,8%.

- ♦ Question 10 : 72% des enquêtés ont répondu que la Maison de naissance avait un coût inférieur à celui d'un service hospitalier, ce qui est vrai d'après les précédents à l'étranger et la simulation économique du chapitre précédent.
- ♦ Question 26 : 39, 5% ont répondu qu'il se trouve 24H/24 une sage-femme ou une sage-femme et une auxiliaire de puériculture (la dernière proposition étant plus proche de la réalité).
- ♦ Question 27 : 36, 8% ont répondu qu'il y a en moyenne 300 accouchements par an en moyenne dans une Maison de naissance, ce qui est vrai.
- ♦ Question 29 : 27, 4% ont répondu qu'il existe une Maison de naissance en France ce qui était vrai jusqu'à la mi-novembre date à laquelle Mme De Béarn, à Sarlat, dû fermer les portes de son établissement. Une faible partie des réponses a donc pu être faussée par cette question en répondant 0 (taux de réponse de 32, 6%). D'après la date de retour des réponses, ce taux d'erreur doit être faible.

Si l'on fait une analyse par changement de strate, en choisissant la population ayant répondu « juste » aux questions 9, 10, 26, 27 et ayant répondu 0 ou 1 à la question 29, on obtient une population de 6 personnes qui connaîtraient bien les Maisons de naissance, d'après les critères fixés.

Maintenant excluons la question 10 qui semble peu pertinente dans la mesure où 72% connaissent la réponse. On peut alors étudier combien ont répondu juste à 2 des quatre autres questions : 6 croisements sont possibles.

Questions 9 et 26 justes : 38 observations.

Questions 9 et 27 justes : 41 observations.

Questions 9 et 29 justes : 72 observations (en prenant 0 ou 1 pour la question 29).

Questions 26 et 27 justes : 30 observations.

Questions 26 et 29 justes : 51 observations.

Questions 27 et 29 justes : 42 observations.

Il semble que le troisième croisement doive être éliminé car la précaution de prendre les réponses 0 et 1 dans la question 29 majore le résultat et le taux de bonnes réponses à la question 9 est élevé.

On peut faire la moyenne des résultats des autres croisements. On obtient une moyenne de 40, 5 observations soit à peu près 21% de l'échantillon étudié. On pourrait considérer qu'il s'agit de personnes ayant une connaissance moyenne des Maisons de naissance.

Ceci offre de très modestes renseignements mais couplés à ceux recueillis dans le thème précédent, ils deviennent plus intéressants. La tendance dessinée par les réponses à la question 3 est renforcée par les réponses aux questions de ce thème, en dépit de la connaissance quasi unanime mise en évidence par les réponses à la question 1.

L'association des deux thèmes me paraît avoir plus de poids que la question 1. On peut donc dire que le nombre de personnes ayant connaissance du concept de Maison de naissance est faible, plutôt autour de 13 à 21% que 70%.

Les questions de ces deux thèmes nous apportent de précieuses indications. La population interrogée montre qu'une grande campagne d'information serait indispensable préalablement à l'installation d'une Maison de naissance en Isère et également pour obtenir un consentement éclairé des professionnels à ce type de pratique.

2.3.3. La préparation à la naissance.

58% des enquêtés ont affirmé avoir pratiqué des cours de préparation à la naissance, soit 2/3 des sages-femmes (66,7%), 1/3 des gynéco-obstétriciens (33,3%), et environ 1/5 des gynécologues médicaux (16,7%). Il semble que l'opinion commune affirmant que les cours de préparation à l'accouchement ne sont pas le fait des médecins ne soit pas vérifiée. En effet, cette pratique n'est pas exclusivement réservée aux sages-femmes même s'il n'y a actuellement qu'un médecin gynéco-obstétricien qui les pratique.

D'autre part, 1/3 des sages-femmes n'ont jamais pratiqué cela et 1/3 le pratiquent actuellement. N'est-ce pas un peu étonnant pour une profession dont la caractéristique principale se veut être l'accompagnement ?

Près de 50% ont répondu avoir étudié cette pratique au cours de leur cursus : 16,7% (1/5) des gynéco-obstétriciens, 1/4 des gynécologues médicaux et 3/5 (56,5%) des sages-femmes.

La faible pratique des sages-femmes paraît résulter d'un manque de formation ou de sensibilisation à cette pratique.

Il ne semble pas exister de lien entre le fait d'avoir exercé cette pratique et les réponses aux questions. On ne peut relever qu'un lien peu significatif avec la question 7, 85% de ceux qui pensent que le retour à domicile précoce dans le post-partum est préjudiciable ont déjà exercé les cours de préparation à la naissance.

Il n'y a aucun lien entre le fait d'avoir étudié cette pratique et la réponse aux autres questions.

En rapport avec la pratique actuelle, on ne peut relever qu'un lien très significatif avec la question 11 « proportion de patientes ayant besoin d'une péridurale ». Ceux qui pratiquent actuellement la préparation à la naissance ont tendance à penser que les femmes ont moins besoin d'analgésie péridurale. Cela se conçoit car la préparation à la naissance apprend entre autre à gérer sa propre douleur.

% péri nécessaire pratique actuelle ?	plus de 50%	50%	moins de 50%	sans opinion	TOTAL
non	42,44%	15,10%	30,93%	10,07%	100,00%
oui	8,51%	14,89%	55,31%	21,27%	100,00%
TOTAL	33,68%	14,73%	37,89%	12,63%	100,00%

(la dépendance est très significative : $\chi^2=20,83$, ddl=3, 1-p=99,99%)

Si l'on change de strate en isolant les différents groupes définis précédemment comme connaissant mieux les Maisons de naissance, on remarque qu'il n'y a aucune significativité en rapport avec les questions traitant de la préparation à la naissance.

2.3.4. Questions sur certains principes pratiques de la Maison de naissance.

Le but est d'essayer de distinguer quelques principes inhérents à la Maison de naissance auxquels les professionnels sont opposés ou au sujet desquels leur opinion est réservée.

* La question 8 traite du déclenchement du travail. Or, en Maison de naissance il est de principe de ne jamais induire artificiellement un travail.

71% des enquêtés pensent que le nombre de déclenchement du travail en France est excessif.

Cette réponse n'est pas corrélée aux questions 10 et 11 (sur l'analgésie péridurale).

Mais elle l'est à la profession :

profession déclenchem	gynéco obstétricien	sage femme	gynécol ogue m	ESF	TOTAL
excessif	25,00%	77,53%	58,33%	93,75%	71,05%
correct	62,50%	15,21%	25,00%	6,25%	21,05%
insuffisant	12,50%	0,72%	0,00%	0,00%	2,10%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

La grande majorité des sages-femmes et ESF jugent cette pratique excessive.

81, 6% de ceux exerçant dans le privé, 71,1% du public et 61, 7% du libéral le pensent également. Apparemment, plus ils le pratiquent et plus ils considèrent cela excessif.

On pourrait donc distinguer un mécontentement assez général face à une pratique excessive de déclenchement du travail.

* 88% pensent que la sortie précoce de la maternité avec relais HAD est bénéfique pour les patientes qui le désirent. (question 7)

* 67, 4% pensent que l'information donnée aux patientes sur l'analgésie péridurale est suffisante. (question 15)

* 33, 7% pensent que plus de 50% des femmes ont besoin d'une analgésie péridurale, 38% moins de 50%, d'après eux, cela signifie que l'on en pratique plus qu'il n'en faudrait. Les opinions sont partagées et cela mériterait une concertation entre usagers et professionnels.(question 16)

* le monitoring fœtal discontinu pendant le travail :

75, 8% pensent que cela ne change pas la mortalité/morbidité maternelle.

45, 8% pensent que cela ne change pas la mortalité / morbidité fœtale.

41,6% pensent que cela augmente le taux de césarienne.

Or, si l'on passe en revue la littérature, on remarque que le monitoring continu ne diffère du discontinu qu'au niveau de son influence sur le taux de césariennes (il

l'augmente). Il apparaît que la majorité des réponses exprime le même avis . Mais, beaucoup pensent encore que cela diminue la mortalité/morbidité fœtale. (ce qui n'est vrai que dans des conditions précises de monitoring discontinu que je ne développerai pas ici). (37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44)

* 84, 7% pensent que le choix de la patiente sur sa position lors du travail et de l'accouchement tend à diminuer le nombre de dystocies (mécaniques ou dynamiques). (question 13)

* 6,5/10 pensent qu'il n'existe pas d'inconvénient à ce choix de la patiente. (question 14)

La question ouverte n°15 a été codée en items de la manière suivante :

PB POSIT	Nb. cit.	Fréq.
formation de l'équipe obstétricale	8	13,11%
matéri els ou locaux inadaptés	21	34,42%
problèmes pour l'utilisation du monitoring	9	14,75%
problèmes pour la descente ou l'expulsion	9	14,75%
problème de confort pour les accoucheurs	5	8,19%
problèmes pour la surveillance du travail	8	13,11%
autres	2	3,27%
TOTAL OBS.	61	

L'inconvénient le plus souvent évoqué est le matériel ou les locaux inadaptés. 1/3 des enquêtés mettent l'accent sur la gêne occasionnée dans le travail des professionnels (pour le monitoring, la surveillance du travail ou le confort des accoucheurs).

* Enfin, 65, 6% pensent qu'il est nécessaire d'offrir à chaque femme la possibilité de choisir sa position d'accouchement. Ce résultat est très proche de celui de la question 14 et cela nous permet d'affirmer que la majorité pense qu'il faudrait offrir davantage de liberté aux femmes quant au choix de leur position lors du travail et de l'accouchement.

Les personnes ayant répondu admettent majoritairement ces quelques principes inhérents aux Maisons de naissance (38 à 88% selon la variable considérée) mais pour le monitoring fœtal et l'analgésie péridurale, les avis sont très partagés.

En effet, 38,4% pensent que le monitoring fœtal continu diminue la mortalité/morbidité infantile et 40, 5% que cela ne change pas le taux de césariennes, 1/3 (33, 7%) pensent que plus de 50% des femmes ont besoin d'une analgésie péridurale.

Cela explique que si l'on change de strate en sélectionnant les enquêtés pour qui où toutes les réponses aux questions de ce thème sont en accord avec ces principes, on obtienne une population de 11 personnes (5, 8%). Or, ce nombre est plutôt faible si on le compare avec les taux de réponses concernant l'avis sur l'ouverture de Maisons de naissance en France.

Ce thème montre les deux grands obstacles à l'ouverture de Maisons de naissance en France : le monitoring fœtal précoce et continu et l'analgésie péridurale qui sont ancrés dans la pratique obstétricale. Modifier un peu cela ne serait certainement pas simple et impliquerait un grand débat très difficile à organiser.

2.3.5. Les compétences de la sage-femme.

La très grande majorité des enquêtés estiment que les sages-femmes françaises ont les compétences pour effectuer toutes les consultations prénatales et orienter la femme enceinte vers un gynéco-obstétricien si nécessaire, soit 87,4%. Chez les gynéco-obstétriciens, cette réponse reste majoritaire même si moins conséquente (58,3%) mais chez les gynécologues médicaux elle ne représente que 33,3% des réponses (avec 25% de « sans opinion »). Ceci pourrait être causé par un manque d'information des gynécologues médicaux sur les compétences de la sage-femme.

Par contre, 95, 65% des sages-femmes et 100% des ESF s'estiment compétents.

Le taux de réponses affirmatives décroît à mesure que l'âge de la personne interrogée augmente (ceci s'explique par un plus élevé chez les médecins).

MDN/femmes compétence	important	peu important	TOTAL
oui	93,65%	73,07%	87,36%
non	4,76%	21,15%	10,00%
sans opinion	1,58%	5,76%	2,63%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%

(dépendance très significative : $\chi^2=14,43$, $ddl=2$, $1-p=99,93\%$)

pour/vs MDN Isère compétence	d'accord	pas d'accord	TOTAL
oui	91,39%	73,33%	87,36%
non	6,62%	23,33%	10,00%
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%

(dépendance significative : $\chi^2=8,44$, $ddl=1$, $1-p=99,63\%$)

On peut dire qu'il y a un lien entre désapprouver ce projet et reconnaître plus ou moins les compétences de la sage-femme. Ceci fait resurgir le problème évoqué dans le premier chapitre de cette partie : le statut de la sage-femme est ambigu et ses compétences ne sont pas toujours bien définies. Voilà donc encore un obstacle sérieux à ce projet.

Concernant la question 22, le fait de penser que la ventouse obstétricale devrait faire partie de la formation des sages-femmes est bien sûr lié à la profession (les médecins sont moins favorables).

profession \ ventouse	sans opinion	oui	non	TOTAL
gynéco-obstétricien	8,33%	37,50%	54,16%	100,00%
sage-femme	8,69%	57,24%	34,05%	100,00%
gynécologue médical	50,00%	33,33%	16,66%	100,00%
ESF	0,00%	87,50%	12,50%	100,00%
TOTAL	10,52%	55,78%	33,68%	100,00%

(dépendance significative : $\chi^2=31,61$, ddl=6, 1-p=99,81%)

Le lien est moins important s'agissant de la pratique du forceps :

profession \ forceps	oui	non	sans opinion	TOTAL
gynéco-obstétricien	8,33%	83,33%	4,16%	100,00%
sage-femme	23,91%	66,66%	8,69%	100,00%
gynécologue médical	25,00%	33,33%	33,33%	100,00%
ESF	31,25%	62,50%	6,25%	100,00%
TOTAL	22,63%	66,31%	9,47%	100,00%

22, 1% sont favorables aux deux pratiques, 30% sont pour la ventouse et contre le forceps et 33, 15% sont contre les deux.

2.3.6. Satisfaction des professionnels vis-à-vis du système de santé pour la prise en charge de la naissance.

La question est clairement posée et permet de confirmer le sentiment général que l'on peut déduire des réponses aux autres questions : environ 4/5 (78%) pensent qu'il faudrait réorganiser ce système.

réorganisation soins	Nb. cit.	Fréq.
Non-réponse	7	3,68%
en totalité	12	6,31%
en quasi totalité	26	13,68%
en assez grande partie	110	57,89%
en faible partie	27	14,21%
quasi ment pas	6	3,15%
pas du tout	2	1,05%
TOTAL OBS.	190	100,00%

Il n'y a pas de lien significatif avec le secteur d'exercice mais il y en a un avec la profession : 83, 1% des sages-femmes + ESF sont pour la réorganisation du système contre 50% des gynéco-obstétriciens et 66, 7% des gynéco-médecins.

D'autre part, on remarque un lien significatif à très significatif avec l'avis sur le projet de mise en place de Maisons de naissance. Ceux qui sont favorables à la réorganisation sont favorables au projet à 86% dans la question 30, à 77% dans la question 15, à 56, 1% (et 80% dans le cas opposé) dans la question 16. Ce projet est peut-être vu comme un des éléments utiles à la réorganisation du système de santé autour de la naissance.

2.3.7. Comment améliorer la prise en charge de la naissance en France.

♦ Question 9 : les trois propositions le plus souvent retenues comme les plus importantes pour améliorer la prise en charge de la naissance sont :

- la sélection de toutes les femmes enceintes et l'orientation vers le lieu de naissance le plus adapté : 68%.
- cours de préparation à la naissance (différentes méthodes possibles) : 53%.
- suivi de la grossesse, de l'accouchement, voire des suites de couches, par la même personne : 42, 6%.

Question 23 : les trois propositions le plus souvent retenues comme les plus importantes pour expliquer la différence des résultats Pays-Bas/France sont :

- la sélection des femmes au cours de la grossesse établissant le niveau de prise en charge durant l'accouchement n'est pas suffisante en France : 50%.

- Il y a une surmédicalisation de la naissance en France : 34,7%.
- L'information et la prévention concernant la grossesse et l'accouchement sont insuffisantes pour les femmes et les couples en France: 21,6%.

Enfin, la question 31 est une question ouverte où les personnes étaient invitées à faire des suggestions sur le projet ou sur la prise en charge de la naissance en général.

Environ 2/5 (38,4%) ont émis une ou plusieurs suggestions. On peut regrouper celles-ci en 15 items :

sug par rap naiss	Nb. cit.	Fréq.
Non-réponse	117	61,57%
améliorer l'information et faire une préparation spécifique des patientes aux Maisons de naissance	13	6,84%
faire une grande information des professionnels et du grand public sur les Maisons de naissance	10	5,26%
améliorer la sélection des patientes et y adapter le niveau de médicalisation correspondant	8	4,21%
les Maisons de naissance doivent se trouver à proximité d'un centre hospitalier	8	4,21%
améliorer la collaboration entre les différents partenaire médico-sociaux et promouvoir les réseaux	10	5,26%
démédicaliser mais sans risque	7	3,68%
développer un suivi de grossesse du type accompagnement global	8	4,21%
réserver le suivi et accouchement physiologiques par la sage-femme	10	5,26%
ouvrir les plateaux techniques aux sages-femmes plutôt que des Maisons de naissance	4	2,10%
réouvrir les petites maternités plutôt que des Maisons de naissance	4	2,10%
créer des Maisons de naissance mais dans l'enceinte des hôpitaux	5	2,63%
réapprendre l'accouchement physiologique aux professionnels et aux patientes	6	3,15%
les professionnels sont en nombre insuffisant et insuffisamment formés	5	2,63%
améliorer l'accompagnement psychologique, la prévention, le suivi et soutien au post-partum	10	5,26%
divers	14	7,36%
TOTAL OBS.	190	

On retrouve fortement évoquée la notion d'information des professionnels et du grand public sur les Maisons de naissance. Cela permettrait certainement d'ouvrir de vrais débats nationaux entre toutes les personnes concernées.

Il est proposé également d'améliorer le partenariat médico-psycho-social, d'encourager la formation des politiques de réseaux.

Redonner à la grossesse et à l'accouchement leur place dans la physiologie tout en favorisant un meilleur accompagnement pré, per et notamment post-partum où les nouvelles mamans se retrouvent souvent bien seules devant une situation nouvelle et pas toujours facile.

2.3.8. Les praticiens sont-ils favorables à ce projet ?

Les questions de ce thème ont une indication relative comme on a pu le comprendre par les réponses aux questions sur le thème « Questions sur certains principes pratiques de la Maison de naissance ».

- ♦ Question 15 : 56, 3% pensent que les Maisons de naissance ont un intérêt important pour les femmes (dépendance très significative : $\chi^2=105,64$, ddl=2, 1-p=99,99%).
- ♦ Question 16 : 45, 3% pensent que les Maisons de naissance ont un intérêt du point de vue de la mortalité/morbidité maternelle et infantile (dépendance très significative : $\chi^2=57,77$, ddl=2, 1-p=99,99%).
- ♦ Question 30 : 79, 5% sont d'accord pour l'établissement d'une ou plusieurs Maisons de naissance dans l'Isère (dépendance très significative : $\chi^2=185,51$, ddl=2, 1-p=99,99%).

Si l'on change de strate, en isolant ceux qui pensent que les Maisons de naissance ont un intérêt dans les questions 15 et 16 et qui sont d'accord dans la question 30, on obtient une population de 75 personnes soit environ 40%. Si l'on opère la même manœuvre avec les questions 15 et 30, on obtient une population de 117 personnes soit 61,6%, avec les questions 16 et 30, on obtient une population de 80 personnes soit 42,1%, avec les questions 15 et 16, on obtient une population de 79 personnes soit 41,6%.

Il semble donc que les personnes ayant répondu au questionnaire admettent bien ce projet mais qu'elles doutent de son efficacité en termes de mortalité/ morbidité maternelle et infantile. En effet, les conditions ne sont pas les mêmes en France que chez nos voisins européens (mentalité des patients, des professionnels, moyens en matériels, en personnels, géographie etc.) et une évaluation est nécessaire avec instauration de sites pilotes.



TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION.

CHAPITRE 1 : Bilan des résultats de l'étude de faisabilité.

1. Sur le plan légal.

Comme cela a été montré dans la deuxième partie, il existe de sérieuses contradictions entre l'évolution du droit en médecine et l'exercice en Maison de naissance.

L'évolution du droit en matière jurisprudentielle et réglementaire est nourrie par le mythe du risque zéro. Cela se traduit par la notion de plus en plus puissante de présomption de faute, de responsabilité sans faute dans un des domaines les plus confrontés à l'urgence et où le facteur temps a le plus de poids.

Lors de sa « naissance » en France, il semble que la Maison de naissance serait handicapée face à la loi et exposerait particulièrement le Directeur administratif de cette structure, qui doit veiller au respect des obligations réglementaires de moyens, à des sanctions pénales. En effet, la Maison de naissance n'existe pas légalement en France et les obligations réglementaires évoquées dans la deuxième partie montrent qu'il est impossible de mettre en place une telle structure en respectant la loi (et peut-être même en respectant la sécurité des patientes en créant brutalement une nouvelle pratique qu'est la physiologie).

On peut en déduire qu'en France la Maison de naissance ne peut exister actuellement que sous forme d'un Centre de naissance, c'est-à-dire une Maison de naissance dans l'enceinte d'un hôpital, ou mieux, d'une maternité.

Malgré cela, la sage-femme s'expose tout de même à des risques médico-légaux accrus car se rajoutent à son statut légal ambigu (en théorie et très souvent en pratique) de nouveaux pièges à déjouer. En effet, les problèmes de l'aléa médical ne sont toujours pas résolus, l'obligation d'une information de plus en plus exhaustive s'installe et la notion de perte de chance est de plus en plus utilisée pour condamner des responsables

qui n'ont pas commis de faute. Et, le mode d'exercice le plus probable de la sage-femme en Maison de naissance est le libéral, avec location des services de l'hôpital ; or, en cas de condamnation la sage-femme est entièrement responsable de ses actes et doit assurer personnellement l'indemnisation pécuniaire. Il conviendrait donc, avant que des sages-femmes exercent dans ces structures, que soient précisés ses domaines de compétence et ses responsabilités ; ceci en définissant les limites physiologie/pathologie de la grossesse, accouchement et suites de couches.

2. Sur le plan économique.

Ce sujet semble être moins problématique.

En effet, on peut penser que chaque accouchement en Maison de naissance représenterait une économie en termes de coûts par rapport à un accouchement traditionnel à l'hôpital et on peut, à la suite de cette étude, faire une approximation de cette économie.

Le coût moyen d'un accouchement et du post-partum à l'Hôpital Nord de Grenoble a été évalué à environ 12 064 Fr. et celui dans une Maison de naissance avec un statut semi-public à 5 881 Fr. (ID et IK compris, pour 20Km en plaine). Or, dans ce cas, la rémunération de la sage-femme n'est pas décente car non prévue par la Sécurité Sociale pour ce type d'exercice.

Ainsi, il serait nécessaire de redéfinir la rémunération du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches par la sage-femme libérale dans le même temps que la demande d'acceptation de prise en charge de la parturiente, accouchant en Maison de naissance, par la Sécurité Sociale et autres assurances maladie.

Si l'on considère la proposition faite à ce propos dans cette étude, le coût moyen de l'accouchement et post-partum serait de : 8000 Fr. environ (ID et IK compris, pour 20Km en plaine). Cela signifie environ 4 064 Fr. d'économie par accouchement et 1 219 200 Fr. d'économie par an pour une activité de 300 accouchements par an en Maison de naissance.

On peut alors en conclure que les frais d'investissement serait amortis en quelques années et au-delà, chaque accouchement dans cette structure serait une économie pour les dépenses nationales de la santé.

3. Sur le plan sociologique.

L'étude par questionnaire avait pour objectifs principaux de mieux connaître l'opinion des professionnels en gynéco-obstétrique sur le système de santé actuel, sur leurs suggestions pour améliorer les résultats français dans le domaine de la périnatalité, sur le projet de Maison de naissance en Isère, sur les inconvénients d'un tel projet. Enfin, on a cherché à évaluer le niveau d'information des professionnels sur les Maisons de naissance.

Ceci a permis d'informer tous les professionnels concernés sur l'existence de ce projet en Isère, de donner la parole à ceux qui seraient contre ce projet ou auraient des suggestions à ce sujet, de commencer à définir le contenu de la campagne d'information qui aurait lieu si ce projet devait voir le jour en Isère.

Voici les informations essentielles que l'on peut retenir des résultats de cette enquête :

On remarque tout d'abord un taux élevé de mécontents vis-à-vis du système de santé actuel autour de la naissance. Beaucoup ont entendu parler de ces Maisons de naissance (environ 70%) mais il apparaît que peu connaissent vraiment ce concept (environ 13 à 21%). Ceci est un renseignement très important, montrent à quel point l'information des professionnels sur ce sujet devrait être considérable, préalablement à l'élaboration de ce projet.

Ce projet ne peut aboutir sans l'assentiment de la majorité des professionnels et de la totalité des acteurs du réseau qui se met en place dans la région. Or, beaucoup ont répondu (question 26) qu'il y avait, selon eux, un ou plusieurs médecins dans une Maison de naissance et peut-être que, sachant qu'il n'y a qu'une sage-femme, leur avis sur ce projet changerait. Ajoutons que ceux-ci sont apparemment mal informés sur la profession de sage-femme et ses compétences ; ceci représente également un obstacle à la réalisation de ce projet.

Cependant, la majorité est d'accord avec la plupart des principes inhérents aux Maisons de naissance. A propos de l'analgésie péridurale et du monitoring précoce et continu les avis sont beaucoup plus partagés. On imagine que ces deux éléments seraient des obstacles majeurs à ce projet. Il semble en effet difficile de tenter de modifier un droit acquis par les patientes ou de les faire choisir entre douleur et respect de la physiologie et absence de douleur avec une naissance déshumanisée. La question est en fait plus subtile mais serait ressentie de telle manière par les patientes. D'autre part, dans le contexte actuel de menace médico-légale, on conçoit difficilement un changement des pratiques concernant le monitoring fœtal.

Parmi les suggestions formulées pour améliorer la prise en charge de la naissance, on retiendra la sélection des femmes enceintes selon leur niveau de risque, l'information des professionnels et des patientes en privilégiant les cours de préparation à la naissance, la diminution réfléchie de la surmédicalisation, le développement des systèmes de soins en réseaux. Insistons sur le concept de réseau qui semble être l'avenir des systèmes de santé et la première condition de l'existence d'une Maison de naissance.

Enfin, on peut dire que bien que la majorité bien que semblant accepter ce projet, émet un doute à propos d'un éventuel effet positif sur la mortalité/morbidité maternelle et infantile.



CHAPITRE 2 : La Maison de naissance, un moyen de favoriser les relations précoces parents-enfant et de prévenir la maltraitance.

Ce chapitre a pour but de tenter répondre à la question : pourquoi favoriser les relations précoces parents-enfant ?

1. La médicalisation de la naissance.

Progressivement, pour des raisons médicales et hygiéniques évidentes, ont succédé aux matrones de villages des sages-femmes plus instruites, puis des médecins généralistes et enfin des spécialistes.

La naissance, phénomène familial, s'est peu à peu médicalisée. Cette suprématie du champ médical a eu des conséquences néfastes : la grossesse est désormais, de plus en plus souvent vécue comme une maladie et les structures, la technique, la mentalité de la société elle-même y concourent. L'urgence, la sécurité et le rationnel ont donc prévalu sur l'émotionnel, l'affectif et la physiologie.

Avec la disparition des petites maternités qui n'étaient pas équipées pour satisfaire aux normes actuelles de sécurité sont nés les grands centres hospitaliers (Loi Dienesch). La maternité s'est ainsi retrouvée incluse dans ces grands centres médicaux, et assimilée à une maladie.

Dans le cadre de notre médecine hospitalière, les couples n'ont souvent rien à comprendre ni à décider. On leur demande de subir docilement ce qu'on leur impose : on les déresponsabilise, leur personnalité et capacité de jugement sont refoulés. Aussi, les femmes enceintes et les jeunes mères sont coupées de toute la tradition qui avait entouré les femmes des générations précédentes : l'anonymat de ces grands services entretient l'angoisse.

En fait, les femmes ont recherché la technicité qui leur est apparue comme un refuge contre l'angoisse. Aujourd'hui, bon nombre de futures mères s'abandonnent ainsi trop facilement à cette technicité à qui un pouvoir quasi-magique est conféré. D'autres, en revanche, déjà anxieuses du fait de l'importance de l'événement dans leur vie, des difficultés qu'elles ont pu rencontrer pendant la grossesse ou tout simplement de l'inquiétude sur ce que va être cet enfant dont la naissance est imminente, vont ressentir le corps médical comme pesant, envahissant voire angoissant.

Les progrès technologiques, quant à eux, ont eu deux conséquences négatives : d'une part, la totale dépendance des mères, soumises entièrement au pouvoir médical et incapables de se prendre en charge associée à une entrave aux relations du couple et aux relations couple-enfant. D'autre part, la dépendance des sages-femmes et médecins qui font plus confiance au diagnostic des machines qu'à leur sens clinique pose également problème.

2. L'approche psychoprophylactique.

Avec l'apparition de la psychoprophylaxie obstétricale il y a 45 ans, puis les diverses mises au point des techniques médicales telles que l'analgésie péridurale, l'accent a été mis sur le droit des femmes à mieux « vivre » leur accouchement. En revanche, on ne se préoccupe pas du bien-être de l'enfant si ce n'est pour souligner qu'une mère détendue qui lui apporte une « dose » convenable d'oxygène diminue de beaucoup le risque de souffrance fœtale. Seule la santé de la mère est intéressante et l'accueil du nouveau-né est totalement occulté jusqu'en 1974, date de parution du livre de Frédéric Leboyer « Pour une naissance sans violence » qui s'adresse à tous, corps médical comme grand public. Il fut le premier obstétricien souhaitant refaire de la naissance une fête familiale et modifier l'accueil du nouveau-né, ceci suscitant beaucoup de polémiques. Le regard neuf qu'il porte sur l'enfant nous semble avoir marqué une date déterminante qui a entraîné un désir de modification des attitudes de certaines équipes obstétricales qui ont pris conscience de l'effet destructeur de nos pratiques actuelles vis-à-vis de l'équilibre émotionnel des êtres humains.

Certains ont plébiscité Leboyer, d'autres l'ont détesté et contesté mais quoi qu'il en soit, il faut lui reconnaître le mérite d'avoir voulu faire évoluer notre comportement pour mieux répondre aux demandes et aux besoins de la mère, du père et de l'enfant.

De plus, une étude de Danielle Rappoport sur 120 enfants que F. Leboyer a « aidé à naître » et qui ont été vus à l'âge de un, deux et trois ans a montré que ces enfants sont plus indépendants et autonomes, ont moins de petits troubles psychomoteurs comme les coliques. (45)

3. La mise en place des relations parents-enfant.

Il semble intéressant de résumer le processus de mise en place des relations parents-enfant, pour pouvoir, si besoin intervenir au bon moment :

Au départ, il y a la naissance du désir d'enfant, puis l'installation d'une interaction mère-enfant dès la grossesse. Le désir d'enfant, selon T.B. Brazelton et B. Cramer, naît de plusieurs phénomènes coexistants. Il est lié au désir d'être mère, au désir de réparer ou améliorer sa propre relation à ses parents, à sa mère plus particulièrement (50). Au premier trimestre de sa grossesse, la femme voit resurgir son inconscient, tel son vécu de la petite enfance et de ses rapports avec sa mère. C'est le trimestre des petits maux et où la grossesse n'est ressentie physiquement que par ses aspects négatifs. La première échographie est donc importante comme étape de la reconnaissance de l'enfant par ses parents : ceci apporte une réalité au fœtus et permet une relation concrète avec lui. En outre, avant le cinquième mois, le fœtus subit un effet inhibiteur de la croissance par une forte sécrétion de cortisol en cas de stress maternel intense. Au delà, le fœtus met en effet en place un système régulateur qui lui permet de compenser non seulement les déséquilibres hormonaux mais aussi de réguler les troubles des échanges nutritionnels. (47, 48)

Le deuxième trimestre est en général une période de sérénité et de relation plus paisible avec l'enfant imaginaire. Cependant, l'état de grossesse peut être aussi un facteur de recrudescence de l'angoisse, d'introversion, de régression. Il peut être par exemple considéré comme une gêne dans la vie professionnelle ou ressenti comme une

blessure narcissique ; par la déformation du corps, la femme n'entre plus dans les critères de la beauté actuelle. Il est donc important qu'elle se sente soutenue au cours de cette période : la préparation va avoir, ici, un très grand rôle. (47)

Le dernier trimestre, c'est la séparation, le « deuil » de l'enfant imaginaire qui commence à se mettre en place. Les angoisses resurgissent : angoisse d'enfant anormal ou la peur d'accoucher. De plus, cette période est souvent vécue dans la solitude, l'entourage n'a d'yeux que pour leur ventre. Là encore, le soutien est indispensable. La préparation à la naissance doit permettre de se préparer à se séparer de son bébé pour mieux le retrouver, le rencontrer et à bien vivre l'épreuve de l'accouchement. (48)

C'est pourquoi le médecin ou la sage-femme doit faire en sorte que la consultation soit relationnelle afin de dépister des facteurs de dysharmonie : la future mère est-elle jeune, mariée ou séparée de son mari ? S'agit-il d'une grossesse désirée, acceptée ? Une IVG a-t-elle été envisagée ? Une reprise de l'activité professionnelle après l'accouchement est-elle prévue ? Dans quelles conditions se déroule la grossesse ? (50)

Ensuite, vient l'accouchement. Le but de l'accoucheur, à ce moment, est de faire prendre en charge le plus possible cet événement par ses parents, en n'oubliant pas d'aider le père à pratiquer quelques gestes. On doit laisser la femme prendre le temps de mettre au monde son enfant avec l'aide de la technique si besoin est, mais pas grâce à la technique. Pendant l'accouchement, la place privilégiée de la sage-femme auprès des couples, lui permet d'avoir l'écoute des mots, mais aussi des symptômes. Ces derniers devenant pour une personne en détresse une façon de s'exprimer là où justement manquent les mots. Au cours de la grossesse, la femme s'est sentie en fusion avec son enfant et au moment de l'accouchement elle peut ressentir comme un grand manque voire une amputation qui serait à l'origine des dépressions des suites de couches.

C'est également le moment où l'enfant fantasmé et idéalisé va être confronté à la réalité, une imagination déçue peut être à l'origine d'une dysharmonie ultérieure. (48) L'accoucheur a donc un rôle de prévention concernant ces deux points.

4. De l'accompagnement des premières relations parents-enfant à la prévention de la maltraitance.

À l'accouchement, le regard, le contact et la proximité sont les trois critères qui vont attacher la mère à son enfant. Ils vont faciliter le deuil de l'enfant fantasmé et par-là même l'acceptation de l'enfant réel. M.Odent a d'ailleurs montré que toutes les hormones intervenant dans la vie sexuelle et l'accouchement sont sécrétées par l'hypothalamus, cette glande fait partie des structures primitives du cerveau, celles-là même que nous avons en commun avec tous les mammifères et les femmes en qualité de mammifère ont besoin, pour accoucher, d'intimité, d'un lieu connu, d'être à l'aise, dans un endroit pas trop spacieux, avec peu de personnes et dans la pénombre. Ce temps indispensable a été mis en évidence par une analyse d'une série de documents photographiques du couple mère-enfant dans la première heure de vie. (46)

De plus, selon les auteurs classiques T.B.Brazelton, B.Cramer ou D.W.Winnicott, le bébé naît avec certaines compétences pour créer des liens et la relation est un besoin physiologique au même titre que l'alimentation, l'hygiène etc.

Enfin, en tant que sages-femmes, nous devons garder à l'esprit que ce sont les conditions de notre comportement qui influencent celui de la mère et bien souvent même celui de l'équipe para-médicale.

Lors de l'hospitalisation en Suites de couches, on impose souvent aux mères des règles rigides, on attend des parents obéissance et discipline, l'équipe soignante apparaît comme les vrais parents et pour la mère et le père, il peut en résulter une frustration plus ou moins intense. Il apparaît essentiel que les soins maternels soient sous la responsabilité maternelle. Différer les problèmes et les difficultés jusqu'au retour à la maison est bien plus grave, car c'est une période de grande fragilité et de grand isolement. (51)

L'hospitalisation à domicile précoce paraît ainsi être un bon moyen de faciliter le passage de la Maison de naissance au domicile : ce sera quitter chez soi pour se retrouver chez soi. Les relations affectives avec le nouveau-né pourront se développer naturellement au sein de la famille puisque la délicate transition « hôpital-domicile » n'existera pratiquement plus.

Là encore la sage-femme a un rôle préventif très important et doit être là pour répondre aux interrogations, aux doutes et dépister en toute discrétion et sans jugement une dysharmonie « père-mère-enfant ».

A ce propos, j'ajouterais que le vécu actuel de l'allaitement au sein est préoccupant. Face à quelques crevasses, un engorgement mammaire, moins de lait, une lassitude passagère, l'attitude du personnel soignant n'est pas toujours adéquate en ne voyant pas l'appel à l'aide dissimulé et aboutit à un relais par allaitement artificiel ce qui ne fera qu'aggraver le problème par addition d'un sentiment de culpabilité.

Tout cela étant dit, le rôle de la sage-femme a évolué dans le temps : aujourd'hui il ne s'agit plus seulement pour elle de mettre au monde des enfants dans les meilleures conditions mais aussi de s'assurer qu'ils trouveront tout l'amour, les soins et l'éducation nécessaire à leur épanouissement familial et social. En effet, la sage-femme doit aller à la rencontre des parents et apporter une écoute aux difficultés qu'ils pourraient rencontrer dans l'établissement des premières relations avec leur enfant et ceci devrait permettre de prévenir des violences futures. La maltraitance est la conséquence la plus grave du défaut de considération, d'attention quant à l'élaboration du lien « père-mère-enfant ».

Il convient de rappeler qu'il n'existe pas de loi définissant les mauvais traitements ; c'est pourquoi, devant les excès et voulant limiter les dérives, l'Observatoire national de l'action sociale (Odas) a proposé ces définitions des mauvais traitements : *« l'enfant maltraité est celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique. La cruauté mentale consiste en l'exposition répétée d'un enfant à des situations dont l'impact émotionnel dépasse les capacités d'intégration psychologique : humiliations verbales et non verbales répétées, marginalisation excessive, dévalorisation systématique, exigences excessives ou disproportion à l'âge de l'enfant, consignes et injonctions éducatives contradictoires ou impossibles à respecter. »*.

Contribuer à la prévention de la maltraitance est un projet ambitieux pour les sages-femmes qui doivent œuvrer pour favoriser une harmonie familiale. En effet, elles sont impliquées dans le champ de la maltraitance par la loi du 10 juillet 1989 et ses

décrets d'application du 9 décembre 1991. La sage-femme doit accueillir et être à l'écoute des femmes enceintes quel que soit le motif de consultation. Elle a pour cela à faire face à la difficulté de créer un espace de parole et d'écoute dans le champ médical.

Ainsi, devant des parents maltraitants, il est nécessaire de ne pas se focaliser sur le versant sadique qui risque, à lui seul, de nier l'histoire douloureuse des parents maltraitants, et en les créant « monstrueux » de les isoler du reste de l'humanité. Par versant narcissique, nous entendons la relation particulière et le risque de maltraitance qui peut s'établir entre un parent resté occupé par le reflet de l'enfant qu'il a été, et auquel ses propres enfants peuvent servir de support d'une réactivation excessive, pouvant amener une situation intolérable où la seule issue reste la violence ou la négligence du parent à l'égard de son enfant. (50)

Enfin, n'oublions pas que la grossesse reste pour tous les parents un moment privilégié d'ouverture ; les futurs parents cherchent, en effet, sans toujours pouvoir le montrer, un regard de sympathie ou de sollicitude. On peut alors aider les parents à parler de leur histoire, de l'enfant qu'ils ont été. (50)

5. Les facteurs de risque de maltraitance.

Ce sujet est passionnant mais très vaste ; cependant il est utile de rappeler quelques chiffres : 21 000 enfants maltraités en France en 1996 (53 000 en situation à risque) et les facteurs de risque pré, per et postnatals sont : (50)

- L'âge maternel : moins de 18 ans ou immaturité importante.
- Les antécédents de maltraitance au cours de l'enfance des parents : il faut absolument leur laisser une place pour qu'ils expriment leur vécu d'enfant.
- Les antécédents d'un enfant de la fratrie maltraité.
- Les antécédents psychiatriques parentaux.
- Les pathologies affectives parentales : soit des perturbations du climat familial, divorce ou séparation dans un climat de violences, absence du père et surtout s'il y a ressemblance père-fils, alcoolisme, toxicomanie...

- Les conditions économiques et sociales défavorisées : où l'enfant est souvent conçu comme leur seule richesse, celle qui témoigne de leur existence, de leur fécondité, de leur inscription humaine.
- La grossesse gémellaire : elle peut provoquer un trouble profond, porteur d'effroi et peut se sentir perdre pied si elle n'est pas assurée que son mari ou l'un des membres de la famille prendra une part active aux soins. Cette grossesse peut être ressentie presque comme une monstruosité.
- La grossesse mal assumée : un rejet de la grossesse, une date légale d'IVG dépassée, pouvant s'exprimer par des vomissements gravidiques importants. Cette grossesse est fréquemment déclarée tardivement et mal suivie. De plus, le tabagisme, l'alcoolisme, la toxicomanie et le non-respect des règles hygiéno-diététiques, malgré les avertissements multiples de l'équipe médicale confirme cela.
- Les hospitalisations au cours de la grossesse : les alitements prolongés sont une cause de souffrance maternelle pouvant aboutir à un rejet de l'enfant.
- L'incertitude concernant la reconnaissance légale de l'enfant.
- L'accouchement pathologique : cela va rendre plus difficile la reconnaissance de son enfant. L'enfant imaginaire trop heurté par la réalité dans le cas de malformations ou de sexe de l'enfant ne correspondant pas à leur désir.
- La séparation mère-enfant : en cas d'accouchement prématuré ou pathologie néonatale nécessitant une hospitalisation de l'enfant. La naissance devient alors un moment d'angoisse, de désarroi et les parents n'ont pas le temps de passer de l'enfant imaginaire à l'enfant réel. Les parents considèrent en quelque sorte que l'équipe soignante mène la grossesse à terme. Il y aurait huit fois plus de sévices graves et négligences dans la première année chez les enfants nés prématurés, malades ou séparés de façon prolongée de leurs parents à la naissance.
- Le post-partum pathologique : les troubles psychologiques de type dépressif et les difficultés de la mère avec son enfant peuvent laisser présager une mise en place difficile de la relation mère-enfant. Mais comment savoir si cette mère peu sensible à son nouveau-né, indifférente, voire absente, traverse une étape régressive, mais vite maîtrisée, ou si elle risque de débiter une sorte d'intolérance à son enfant.

- Les sorties de la maternité contre avis médical : elles laissent, en effet, présager une mauvaise coopération des parents avec les services médico-sociaux.

6. Conclusion.

On ne peut énumérer ces facteurs de risque sans signaler, d'une part, que fixer de trop près un facteur de risque peut empêcher un soutien empathique, sans lequel aucun portage psychosocial n'est possible, et d'autre part que cette quantification objective des risques doit être faite par une équipe et non de façon isolée. En outre, la grille de risques ne peut prévoir les capacités interactives du bébé.

Jusqu'à présent, l'obstétrique avait un but unique, assurer la survie, faire en sorte que le passage du milieu intra-utérin vers le milieu extérieur se fasse dans les meilleures conditions possibles. Grâce aux progrès techniques, la mortalité périnatale et les handicaps ont diminué, mais de nos jours, apparaissent de nouveaux désirs : il n'y a plus que la survie qui soit primordiale, il y a la vie tout court.

Enfin, nous avons conscience de l'importance de l'amour porté au bébé, mais nous ne pouvons pas dire aux parents aimez ou aimez davantage vos enfants. Cela n'a guère de sens ; en revanche nous pouvons leur dire « regardez comme le développement de votre bébé est passionnant, regardez ce qu'il sait faire ». Des pédiatres, pédopsychiatres interviennent quand les troubles sont déjà installés et organisés chez le nourrisson ; nous pouvons intervenir avant. Nous pensons que par des interventions très simples et une écoute discrète mais efficace, nous pourrions éviter à l'enfant et à ses parents beaucoup de souffrances.



CONCLUSION

En définitive, il ne suffit pas d'adopter un système de soins néerlandais en ouvrant simplement des structures de soins démedicalisées où des femmes, jugées à bas risque, iraient accoucher. La France a un droit, une politique, une population, une géographie qui lui sont propres et rendent ce projet de Maison de naissance impossible en tant que tel actuellement.

Légalement, ces structures n'existent pas et une Maison de naissance importée en France manquerait aux obligations réglementaires de sécurité et irait à l'encontre du principe de précaution dans un pays où l'évolution du droit en matière jurisprudentielle et réglementaire est nourrie par le mythe du risque zéro.

De plus, les sages-femmes s'exposeraient à de hauts risques médico-légaux surajoutés à leur statut légal déjà ambigu.

C'est pourquoi, il semble que la Maison de naissance ne peut exister actuellement en France que sous forme de Centre de naissance ; c'est à dire une Maison de naissance située dans l'enceinte d'un l'hôpital.

Dans ce cas, le directeur d'établissement et les sages-femmes seraient plus à l'abri mais à condition que l'obligation d'information soit respectée et que soient précisés les domaines de compétence et de responsabilités de la sage-femme ; ceci, en définissant les limites physiologie/pathologie de la grossesse, accouchement et suites de couches.

Sur le plan économique, ce Centre de naissance permettrait une diminution considérable des coûts mais il serait nécessaire de redéfinir la rémunération du suivi de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches par la sage-femme libérale dans le même temps que la demande d'acceptation de prise en charge de la parturiente, accouchant en Centre de naissance, par la Sécurité Sociale et autres assurances maladie.

D'autre part, l'étude par questionnaire a montré un manque important d'information des professionnels, obstacle indéniable à ce projet. Ceux-ci ne semblent pas hostiles à une structure de type « Maison de naissance » mais soulèvent des

difficultés majeures à l'ouverture de ces centres : l'absence d'analgésie péridurale et de monitoring fœtal continu et précoce.

Ajoutons que ce Centre de naissance pourrait être un partenaire de choix dans les réseaux de périnatalité et rappellerait constamment par sa présence que l'accouchement est un événement physiologique. Insistons une dernière fois sur le rôle de prévention de la maltraitance qu'aura chaque conduite visant à favoriser les relations précoces parents-enfants.

Ce type de structure pourrait être également un lieu de formation aux accouchements physiologiques, actuellement très occultés lors des études de sage-femme.

Cependant cette transformation dans les pratiques médicales ne pourra se faire que si les femmes et leur entourage sont persuadés de l'efficacité et des bénéfices d'une telle organisation. Cela suppose qu'ils adhèrent, eux aussi, à l'idée que la grossesse est avant tout un phénomène physiologique et que seule la pathologie – qu'elle soit maternelle ou fœtale – justifie un environnement médical hypertechnicisé.



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	p.1
INTRODUCTION GÉNÉRALE	p.2
PREMIÈRE PARTIE : L'ÉTAT DES LIEUX	p.4
Chapitre 1 : Qu'est-ce qu'une Maison de naissance ?	p.4
Chapitre 2 : La situation française.	p.7
1- Historique.	p. 7
2- La situation actuelle.	p. 8
2.1- Situation politique.	p.8
2.2- La situation en chiffres.	p.9
2.2.1- Une évaluation très difficile.	
2.2.2- Mortalité maternelle.	
2.2.3- Mortalité infantile.	
3- La réflexion politique, démedicaliser la naissance.	p. 12
4- Existe-t-il des Maisons de naissance en France ?	p.14
4.1- Sarlat.	p.14
4.2- Vals-les-Bains.	p.14
5- La parole aux usagers.	p. 15
5.1- Rapport du Haut Comité de Santé Publique en 1994.	p.16
5.2- Actes du Forum européen « Naissances et Libertés » 1993.	p.17

Chapitre 3 : Compétences de la sage-femme et Maison de naissance.	p.20
Chapitre 4 : La situation à l'étranger.	p.23.
1- Historique.	p. 23
2- La mortalité/morbidité dans ces structures.	p. 24
2.1- Aux États-Unis	p.24
2.2- Au Canada	p.26
2.3- En Australie	p.27
2.4- En Allemagne	p.28
2.5- En Suède	p.28
2.6- Synthèse	p.29
3- La satisfaction des patientes.	p. 29

DEUXIÈME PARTIE : THÉORIE DE LA MISE EN PLACE DES MAISONS DE NAISSANCE

p.32

Chapitre 1 : Contexte légal, la Maison de naissance face à la loi.	p.32
1- Le risque nul n'existe pas.	p. 32
1.1-La tentation d'y croire	p.32
1.2-Les conséquences pour le monde médical	p.33
2- L'évolution du droit en obstétrique.	p. 34
2.1-Introduction	p.34
2.2-En matière jurisprudentielle	p.35
2.3-En matière réglementaire	p.37
3- Les contradictions entre cette évolution du droit et les Maisons de naissance.	p. 40
3.1-Obligation de moyen	p.40
3.2-Statut de la sage-femme, seule en Maison de naissance	p.45
3.3-Une attitude préventive	p.47
3.4-Le facteur temps en obstétrique	p.49
3.5-L'expertise	p.50

Chapitre 2 : Contexte budgétaire	p.52
1- Introduction.	p. 52
1.1- Droit aux soins et économie	p.52
1.2- Le poids économique de la santé	p.52
1.3- Économie de la santé et politique	p.53
1.4- Le système économique actuel en questions	p.54
1.5- La Maison de naissance, un moyen de réduire les coûts	p.54
2- Étude des coûts de la prise en charge de la naissance à l'Hôpital Nord de Grenoble.	p. 56
2.1- Le budget du Département de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction	p.56
2.2- Budget de la prise en charge de la naissance	p.59
3- Étude des coûts par simulation d'une Maison de naissance intégrée à la future unité Couple-Enfant.	p. 63
3.1- Budget d'investissement	p.63
3.1.1. Les locaux	p.63
3.1.2. Investissement, acquisition de matériel	p.67
3.2- Budget de fonctionnement	p.68
3.2.1 Statut public avec un personnel salarié de l'hôpital	p.69
3.2.2. Statut semi-public avec sages-femmes libérales louant les services de l'hôpital	p.70
3.2.3. La Maison de naissance dépend d'un statut de type associatif	p.77
 Chapitre 3 : Contexte sociologique, étude par questionnaire auprès des professionnels de l'Isère	 p.78
1- L'objet de l'enquête, la méthodologie.	p. 78
1.1- Motivation initiale	p.78
1.2- Première étape	p.79
1.3- Deuxième étape	p.79
1.4- Troisième étape	p.81
1.5- Quatrième étape	p.81
1.6- Analyse des résultats	p.82

2- Les résultats.	p. 82
2.1- Description de la population étudiée.	p. 82
2.2- Quelques tableaux à plat intéressants.	p. 83
2.3- Étude thématique par croisement des réponses	p. 87
2.3.1. L'information des professionnels sur les maisons de naissance	p.87
2.3.2. Quelques questions de « connaissance »	p.88
2.3.3. La préparation à la naissance	p.90
2.3.4. Questions sur certains principes pratiques de la Maison de naissance	p.91
2.3.5. Les compétences de la sage-femme	p.94
2.3.6. Satisfaction des professionnels vis-à-vis du système de santé pour la prise en charge de la naissance	p.95
2.3.7. Comment améliorer la prise en charge de la naissance en France ?	p.96
2.3.8. Les praticiens sont-ils favorables à ce projet ?	p.98
TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION	p.99
Chapitre 1 : Bilan des résultats de l'étude de faisabilité	p.99
1- Sur le plan légal.	p. 99
2- Sur le plan économique.	p. 100
3- Sur le plan sociologique.	p. 101
Chapitre 2 : La Maison de naissance, un moyen de favoriser les relations précoces parents-enfant et prévenir la maltraitance	p.103
1- La médicalisation de la naissance.	p. 103
2- L'approche psychoprophylactique.	p. 104
3- La mise en place des relations parents-enfant.	p. 105
4- De l'accompagnement des premières relations parents-enfant à la prévention de la maltraitance.	p. 107

5- Les facteurs de risque de maltraitance.	p. 109
6- Conclusion.	p. 111
CONCLUSION	p. 112
TABLE DES MATIÈRES	p. 114
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p. 119
ANNEXES	p. 126
RÉSUMÉ	p. 157

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Combier E, de Pouvourville G.
Périnatalité. L'évolution des pratiques médicales en France.
Paris : Éditions La Mutualité Française, 1999, 1 vol., 138p. (collection Horizon)

- 2- Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville.
Périnatalité. Le plan du gouvernement.
Dossiers d'information, 12 avril 1994.

- 3- Blondel B, Bréart G.
Le système d'information en Périnatalité en France.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 573-576.

- 4- Coeuret-Pellicer M, Bouvier-Colle MH, Salanave B et le Groupe Moms.
Les causes obstétricales de décès expliquent-elles les différences de mortalité
maternelle entre la France et l'Europe ?
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ; 28 : 62-68.

- 5- Conférence de consensus sur la prise en charge de la femme enceinte, de
l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 (suppl, n°2).

- 6- Deguen E.
Historique de la Maison de naissance Parentale de Ste Thérèse à Sarlat.
Les Dossiers de l'Obstétrique avril 1999 ; 271 : 11-12.

- 7- Papiernik E et coll.
Rapport du Haut Comité de la Santé Publique. La sécurité et la qualité de la
grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité.
Paris : Avis et Rapports, janvier 1994 : p. 31-34.

- 8- Tapie C.
Oser la vie. Actes du Forum européen « Naissances et Libertés »
Toulouse : édition « Naissances et Libertés », 1993, 349p.
- 9- Renard C.
« L'accouchement à domicile : qui, pourquoi et comment ? »
Thèse de médecine : Nantes : 1994.
- 10- Lejeune V, Tournaire M.
« Critères de sécurité des accouchements à domicile ? »
Grossesse et accouchements à risque : prise en charge multidisciplinaire.
Marseille : octobre 1992.
- 11- Favier F.
« Accouchement à domicile »
Mémoire d'élève sage-femme.
Nîmes : 1992.
- 12- Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM, Stapleton S, Rosen D, Rosenfield A.
Outcomes of care in Birth Centers. (The National Birth Center Study).
N. Engl. J. Med. 1989 ; 321 : 1804-1811.
- 13- Eugène R, Declercq PhD.
Out-of-Hospital Births, U.S., 1978 : Birth Weight and Apgar Scores as Measures of
Outcome.
Public Health Reports. January-February 1984 ; 99 : 63-73.
- 14- Garite TJ, Snell MD, CNM, Walker DL...
Development and Experience of a University-Based, Freestanding Birthing
Center.
Obstet-Gynecol. Sept. 1995, Vol. 86, No. 3, pp. 411-416.

- 15- Klein M, Lloyd I, Redman C, Bull M, Turnbull MC.
A comparison of low-risk pregnant women booked for delivery in two systems of care : shared-care (consultant) and integrated general practice unit.
Br-J-Obstet-Gynaecol. Feb. 1983, Vol. 90, pp.118-128.
- 16- Waldenström U, Lawson J.
Birth Centre Practices in Australia.
Aust. N.Z.J. Obstet. Gynaecol. 1998 ,Vol. 38 , pp. 42-50.
- 17- Campbell J, Hudson H, Lumley J & coll.
Birth centre confinement at the Queen Victoria Medical Centre. Obstetric and neonatal outcome.
Med J Aust 1981 ; 137 : 347-350.
- 18- Whelan A. Centering birth : A prospective cohort study of birth centres and labour wards.
PhD Thesis. Department of public Health, University of Sidney, 1994.
- 19- Stern C, Permezel M, Petterson C & coll.
The Royal Women's Family Birth Centre : The First 10 years reviewed.
Aust NZ J Obstet Gynaecol 1992 ; 32 : 291-294.
- 20- Brio M, Lumley J.
The safety of team midwifery ; the first decade of the Monash Birth Centre.
Med J Aust 1991 ; 155 : 478-480.
- 21- Bradley BS, Tashevskia M, Selby JM.
Women's first experiences of childbirth : Two hospital settings compared.
Br Med J Psychol 1990 ; 63 : 227-237.
- 22- John R, Fliegner H, MD, MGO, FRCS, FRACS, FROG, FRACOG.
Perinatal Mortality in a tertiary Obstetric Institution.
Aust NZ J Obstet Gynaecol 1992 ; 32 : 309-312.

- 23- David M, von Schwarzenfeld HK, Dimer JA, Kentenich H.
Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care.
Int J Gynaecol Obstet 1999 May ; 65(2) : 149-156.
- 24- Waldenström U, Nilsson C-A, Winbladh B.
The Stockholm Birth Centre Trial : maternal and infant outcome.
Br J Obstet Gynaecol April 1997, Vol.104, pp. 410-418.
- 25- Mac Vicar J, Dobbie G, Owen-Johnston L, Jagger C, Hopkins M, Kennedy J.
Simulated home delivery in hospital : a randomised controlled trial.
Br J Obstet Gynaecol April 1993, Vol.100, pp. 316-323.
- 26- Bouffard M, Grégoire L.
« Bilan des femmes et des hommes ayant bénéficié des services des sages-femmes
dans le cadre des projets-pilotes en Maison de naissance ».
Québec : éd. Groupe MAMAN (Mouvement pour l'Autonomie dans la Maternité
et pour l'Accouchement Naturel), déc. 1997, -52p.
- 27- Soutoul J-H, Pierre F.
La responsabilité médicale et les problèmes médico-légaux en obstétrique.
Paris : éd. Maloine, 1991.
- 28- Soutoul JH, Seguin C, Gibault C.
« La sage-femme face aux juges ».
éd. Ellipses.
- 29- Gertner G, Lecourt M, Lalaoui K.
Responsabilité médicale & obstétrique (Lettre d'information médico-juridique
réalisée grâce au concours des Laboratoires Pharmacia & Upjohn).
Paris : éd. Tabloïd Communication, 1997 à 1999.
- 30- Portos J.L, Gilkes-Dumas G, Sicot C, Loubry N.
GAMM info.
Paris : éd. du GAMM, 1997 à 1999.

- 31- Penneau J.
La responsabilité du médecin. 2^oéd.
Paris : éd. Dalloz, 1996, -135p.- (coll. Connaissance du droit)
- 32- Lambert-Faivre Y.
Le droit du dommage corporel.
Dalloz, 1990.
- 33- Cendron JP.
Le monde de la protection sociale. Intégration, solidarité, macro-économie.
Paris : éd. Nathan, 1996, -189 p.
- 34- Stérin A.
Les déficits publics. État, Finances locales, Sécurité Sociale, rôle du Trésor.
Paris : les éditions d'organisation, 1995.- 94 p.- (Collection Décryptons).
- 35- Centres locaux de services communautaires de l'Estrie (CLSC), Borja J (Directeur).
Projet-pilote de pratique de sages-femmes.
Estrie (Québec) : mai 1994.
- 36- États Généraux de la Santé. Forum naissance.
Enregistrement phonographique personnel.
Ministère de la Santé, Paris, le 19 février 1999.
- 37- Haverkamp AD, Orleans M, Langendoerfer G, McFee JG, Murphy J, Thompson HE.
A controlled trial of the differential effects of intrapartum fetal monitoring.
Am. J. Obstet. Gynecol. , June 1979, Vol. 134, pp. 399-412. (43)
- 38- Haverkamp AD, Thompson HE, McFee JG, Cetrulo C.
The evaluation of continuous fetal heart rate monitoring in high-risk pregnancy.
Am. J. Obstet. Gynecol. , June 1976, Vol. 125, pp. 310-320. (44)

- 39- McDonald D, Grant A, Sheridan-Pereira M, Boylan P, Chalmers I.
The Dublin randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring.
Am.J. Obstet. Gynecol. , July 1985, Vol.152, pp. 524-539. (45)
- 40- Renou P, Chang A, Anderson I, Wood C.
Controlled trial of fetal intensive care.
Am.J. Obstet. Gynecol. , Oct. 1976, Vol. 126, pp. 470-476. (46)
- 41- Kelso IM, Parsons RJ, Lawrence GF, Arora SS, Edmonds DK, Cooke ID.
An assessment of continuous fetal heart rate monitoring in labor : a randomized trial.
Am.J. Obstet. Gynecol. , July 1978, Vol. 131, pp. 526-532. (47)
- 42- Wood C, Renou P, Oats J, Farrell E, Beischer N, Anderson I.
A controlled trial of fetal heart rate monitoring in a low-risk obstetric population.
Am.J. Obstet. Gynecol. , Nov. 1981, Vol. 141, pp.527-534. (48)
- 43- Leveno KJ, Cunningham FG, Nelson S, Roark M, Williams ML, Guzick D, Dowling S, Rosenfeld CR, Buckley A.
A prospective comparison of selective and universal electronic fetal monitoring in 34,995 pregnancies.
N. Engl.J. Med. , 1986, Vol. 315, pp. 615-619. (49)
- 44- Yeh SY, Diaz F, Paul RH.
Ten-year experience of intrapartum fetal monitoring in Los Angeles County / University of Southern California Medical Center.
Am.J. Obstet. Gynecol. , July 1982, Vol. 143, pp. 496-500. (50)
- 45- Rappoport D.
Rap. Pédopsy. Bulletin de psychologie,
Numéro spécial psycho. Clinique, 1975-76, XXIX, 322, 8-13.

- 46- Dolto F, Odent M, Girodet D, Herbinet E ...
« Naître et ensuite ? » Les Cahiers du nouveau-né.
1978, N°1 et 2, éd. Stock.
- 47- Soulé M.
« L'enfant imaginaire, le fantasme d'enfant, le désir d'enfant et le désir de grossesse ».
La Dynamique du nourrisson (sous la direction de L. Kreisler).
Paris : ESF éditeur, 1982, pp. 136-179.
- 48- Tomassini L.
« Désidentification primaire, angoisse de séparation et formation de structure perverse ».
La Nouvelle revue de psychanalyse, mai 1992, pp. 1541-1612.
- 49- Rufó M, Raynard F, Soulayrol R, Coignet J.
« A propos d'un sourire comme signal d'une interaction précoce parent-bébé dans un service de prématurés" »
Psychologie médicale, 1984, 16 (2), pp.279-285.
- 50- Angéline A.
« L'enfant, la famille, la maltraitance. »
Paris : éd. Dunod, 1997.
- 51- Rosenfelter P.
« Baby-blues : la naissance d'une mère ».
Paris : Calmann-Levy, 1992.

ANNEXE 1 :

Quelques définitions de la Maison de naissance

ANNEXE 2 :

2.1. Les recommandations de l'O.M.S.

2.2. La Charte des Droits de la parturiente

ANNEXE 3 :

Allocution de B. Kouchner lors de la 9^{ème}
journée nationale de la Fédération des Cercles
d'études des gynécologues-obstétriciens
– 10 octobre 1998 –

ANNEXE 4 :

Listing contacts avec les groupes de travail sur
les Maisons de naissance

ANNEXE 5 :

Statistiques de la Maison de naissance parentale
S^{te} Thérèse – Sarlat, France, 1998

ANNEXE 6 :

Personnel de la Maternité, Hôpital Nord,
Grenoble

Personnel de la Maternité, Hôpital Nord.

Médecins :

- 1 PU-PH
- 2 PH temps plein
- 1 PH mi-temps
- 2 Ass Chefs de clin.
- 5 Internes de spécialité : 1 en MMF, 3 au Bloc op, 1 de garde(Salle d'accouchement) de 18h à 8h : 1 Interne de garde
- Vacances : 1 Médecin 20h par semaine et 1 médecin 1 garde de 18 à 8h par semaine.

Sages-Femmes : 33 temps-pleins

- dont 1,4 temps plein échographie
- 1,3 Bloc op + gynéco
- 1 SF par rotation, 70 à 100% Bloc op

Auxiliaires de puériculture : en UME + MMF

- 20,5 à 23,5 temps pleins

Aides-soignantes : Gynéco + Consultations

- 13 temps pleins

A.S.H : Pool de 29 temps pleins pour pavillons Gerin et Canel

ANNEXE 7 :

Questionnaire aux professionnels en gynécologie-obstétrique

RÉSUMÉ

Avec la parution des décrets sur l'amélioration des conditions de la naissance et les travaux de la conférence de consensus, nous abordons un tournant dans l'évolution de l'organisation des soins périnataux en France. La notion d'échec du plan de périnatalité de 1995 est d'actualité.

La reconnaissance politique du caractère naturel et physiologique de la grossesse est concrétisée par le projet d'ouverture de « Maisons de naissance ». Ces structures sont des institutions de santé primaires gérées uniquement par des sages-femmes où peuvent accoucher des femmes présélectionnées à bas risque. Le suivi des femmes est de type accompagnement global. Les Maisons de naissance sont autonomes mais intégrées à un réseau organisé autour d'un centre hospitalier qui reçoit les femmes ou enfants lorsque l'événement de la naissance s'écarte de la physiologie. Dans ces établissements, aucun accouchement n'est déclenché, l'équipement médical est minimum, pas d'intervention médicale systématique, la femme peut choisir ses positions lors de l'accouchement. Enfin, elles sont caractérisées par la convivialité, le respect de la liberté et de l'intimité des parents.

Grenoble fait partie des villes françaises où un site pilote pourrait prendre place. Voici les prémices de l'étude de faisabilité de création d'une Maison de naissance à Grenoble. Il s'agit d'une triple étude :

- légale, qui va confronter ce projet au droit français dans lequel les Maisons de naissance ne sont pas prévues ?
- économique, tentant de déterminer le coût de la prise en charge de la naissance à l'hôpital de Grenoble pour le comparer au coût évalué grâce à une simulation économique de Maison de naissance.
- Sociologique par questionnaire auprès des praticiens en gynécologie-obstétrique de l'Isère.

Il en résulte que les Centres de naissance (Maisons de naissance situées dans l'enceinte d'un hôpital) sont la seule solution pour que ce projet existe légalement, en respectant les obligations de sécurité et sans mettre la sage-femme dans des situations dangereuses.

La création de ces Centres de naissance intégrés aux réseaux apporterait une réponse aux problèmes actuels : la restructuration des maternités en réseaux pour accroître la sécurité périnatale, le manque d'obstétriciens, l'économie de la santé et l'humanisation de la naissance.

MÉMOIRE SAGE-FEMME.

MOTS-CLÉS : Maison de naissance – Projet-pilote – Accompagnement global – Coûts – Législation – Enquête – Périnatalité – Réseaux.

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES, GRENOBLE.

SUMMARY

The publication of decrees for the improvement of birth conditions and the work sessions of the « *conférence de consensus* » mark a turning point in the organization of french perinatal care.

The breakdown of 1995's perinatal project is a real topical question.

At present, there is a political awareness of the natural and physiological aspect of pregnancy. This acknowledgement is put in concrete form by a « Birthing Houses » construction project. These Houses are primary care institutions (with fewer medical aspects than in hospitals), managed by midwives and where women whose pregnancy is considered as presenting « low risk » can give birth.

Their medical follow-up is a « global support »: the same midwife manages the whole pregnancy and the delivery.

Birthing Houses are independent but integrated in a network whose center is the nearest hospital center, where women or children are transferred in case of non-physiological delivery.

In these institutions : none of the deliveries is started up, medical equipment is reduced to the minimum, there is no systematic medical act and women are allowed to choose their delivery position. Birthing Houses are distinguished by their conviviality and the respect of parents' intimacy and freedom.

Grenoble is one of the French cities which are likely to be chosen as experimental sites. This report represents the early beginnings of a feasibility study for the construction of a Birthing House in Grenoble.

There are three major parts in this study :

- Legal : confronting that project to the French system of law which does not anticipate structures like the Birthing Houses.
- Economic : figuring out the costs of pre to postnatal care in Grenoble Hospital, to compare it to the foreseeable cost in a Birthing House (evaluated thanks to an economic simulation)
- Sociological : thanks to a survey (questionnaire) among gynecology/obstetric professionals in Isère department.

As a result, Birthing Centers (i.e. Birthing Houses on the hospital premises) are the only solution for the lawful creation of this project, in the respect of safety rules and without the midwives taking to many forensic risks.

These Birthing Centers' creation – as part of medical networks – could be answer to several current problems : the restructuration of maternity hospitals into medical networks in order to improve perinatal safety, the lack of obstetricians, health care costs and finally the necessity to humanize birth.

MIDWIFE'S REPORT (end of studies)

KEYWORDS : Birthing Centers – Experimental site – « global support » - Costs – Legal facts – Survey – Perinatality – Medical networks

MIDWIVES ' SCHOOL OF GRENOBLE - FRANCE