



« Enjeux de la création de Maisons de Naissance dans le contexte français »

Manifeste du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance CIANE

BÉBÉ-CAUSETTE, BIEN NAÎTRE, CÂLIN (Centre Associatif Lorrain d'Innovation autour de la Naissance), Centre NASCITA du NORD, Fédération AVIAM (14 associations), FEMMES SAGES-FEMMES, INFO ALLAITEMENT 17, NAISSANCE & CITOYENNETÉ, NAÎTRE en BOURGOGNE, La CAUSE des PARENTS, PATIENTS-IMPATIENTS, AFAR, UFCS, FSF pour une AUTRE NAISSANCE en ARDÈCHE, SOS HÉPATITES, BÉBÉ EN VUE, COMITE de SOUTIEN de l'HÔPITAL de PAIMPOL, Mouvement Mondial des Mères - France, La LECHE LEAGUE France, MASSILIA INFO ALLAITEMENT, NAÎTRE ET BIEN ÊTRE, CoFAM, BÉBÉ CITÉ, ACCUEIL NAISSANCE, COULEUR BÉBÉ, LA GRANDE OURSE, CÉSARINE, FAMILLES DE FRANCE, NATURE ET BÉBÉ, LE CORDON, BÉBÉ MAMAN FENUA, QUELLE NAISSANCE ?, MAMAN-BLUES, PORTER SON ENFANT, LES MAINS SAGES, DESSINE-MOI UN BEBE, NAÎTRE ET GRANDIR TOUT SIMPLEMENT, CŒUR DE FAMILLE, BÉBÉS PLAISIRS

Ce document a été publié intégralement dans SPIRALE, 41, pages 59-72

Site : <http://ciane.info> - Adresse e-mail : collectif_ciane@free.fr

Sommaire :

Introduction

I – Le contexte français

- I.1 - Des résultats périnataux insuffisants ...**
- I.2 - ... qui interrogent l'organisation des soins périnataux**
- I.3 - Des effets paradoxaux...**
- I.4 - ... qui obligent à repenser en profondeur notre système périnatal**

II – L'exemplarité du modèle MdN

- II.1 – Les enjeux pour la société civile**
- II.2 – Le besoin d'une définition claire et objective**
 - II.21 – une compétence élargie et bien cadrée pour les SF**
 - II.22 – une diversification nécessaire de l'offre**
 - II.23 – une expérimentation juste car transparente**
 - II.24 – une performance économique pour une meilleure qualité**

III – Une nouvelle politique périnatale

- III.1 – un outil pour une nouvelle politique périnatale**
- III.2 – des sages femmes, comme groupe professionnel, autonome et reconnu**
- III.3 – une expérimentation qui déborde le secteur périnatal**

Conclusion

Introduction

L'expérimentation du fonctionnement de Maisons de naissance (MdN) constitue **une des quatre priorités du Plan Périnatalité 2005-2007**. Un groupe technique (GT) pluriprofessionnel, et dans lequel figurent des représentants des usagers issus du CIANE et de l'UNAF, a été mis en place par la DHOS au début de l'année 2005. Il avait pour objectif de mettre en place (idéalement) pour fin 2006 un **Cahier des Charges fixant les modalités de cette expérimentation** et surtout d'en fixer un **cadre réglementaire**.

Cette expérimentation est selon nous porteuse **d'enjeux majeurs** concernant l'évolution du système périnatal français. Le premier concerne plus particulièrement les usagers, c'est-à-dire la société civile ; le second a trait à la création d'une véritable filière de suivi des grossesses physiologiques ; le troisième intéresse le CIANE et les sages-femmes ; le quatrième porte sur la politique démographique et les transferts de compétences.

Mais auparavant un retour historique sur l'évolution du fonctionnement du système périnatal français nous semble nécessaire.

I - Le contexte français

I.1 - Des résultats périnataux insatisfaisants...

Les résultats périnataux de notre pays restent insatisfaisants par rapport à d'autres pays de l'Union Européenne et de certains autres pays occidentaux (cf. certains des 100 objectifs de la loi de SP). Le système périnatal français actuel offre une surveillance coûteuse de toutes les grossesses et accouchements, liée à un usage intensif systématique de différentes technologies lors du suivi et de l'accouchement. Ainsi qu'il est écrit dans le rapport de la Mission Périnatalité de 2003 qui a servi de base au plan périnatalité 2005-2007 :

« si la nécessité de soins intensifs ne fait aucun doute dans les situations à haut risque, le débat est beaucoup plus ouvert dans les situations à faible risque. Dans ces situations, il a été montré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène. Les données disponibles laissent à penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque, et moins et mieux dans les situations à faible risque. »

Les indicateurs périnataux, dont la publication est sporadique, attestent néanmoins d'une dérive des pratiques inquiétante dont l'impact en terme de morbidité différée est mal évaluée.

I.2 - ...qui interrogent l'organisation des soins périnataux en France

Une fois ce constat fait, il faut essayer d'en comprendre l'origine.

Ce qui sépare véritablement notre système périnatal de celui des autres pays européens est qu'il n'existe pas chez nous **de véritables filières clairement distinctes de prise en charge**, les unes éligibles aux grossesses dites physiologiques et les autres dédiées aux grossesses dites à risque. Ce qui caractérise **une filière de prise en charge d'une grossesse** est d'une part le statut sanitaire des personnes auxquelles elle s'adresse spécifiquement, le groupe professionnel qui en est responsable et d'autre part le lieu d'accouchement correspondant. Or en France, ce sont les obstétriciens qui gardent directement ou indirectement l'entier contrôle du suivi et de l'accouchement de l'ensemble des grossesses, et toutes les femmes sauf quelques exceptions, accouchent dans une maternité. A l'inverse, chez la majorité de nos voisins européens, **ce sont les sages-femmes qui se sont vues confier par les pouvoirs publics**, de façon plus ou moins explicite et exclusive, la responsabilité de la gestion du suivi et de l'accouchement **des grossesses physiologiques** et qui disposent pour cela d'une **autonomie importante**. Et parallèlement il existe des lieux d'accouchements distincts correspondant à chacune de ces filières : domicile ; maisons de naissance ; salles de naissance au sein des maternités gérées et placées sous l'entière responsabilité des sages-femmes libérales pour la filière physiologique ; bloc obstétrical pour la filière à risque et qui sont donc sollicitées selon la nature, physiologique ou non de la grossesse.

I.3 – Des effets paradoxaux...

La « surtechnicisation » du suivi des grossesses, mais aussi des accouchements « normaux », *outré qu'elle est susceptible de masquer la capacité des femmes à enfanter dans un environnement moins médicalisé, ce qui n'implique pas moins sécurisé, bien au contraire*, s'accompagne de **deux conséquences visibles**:

La première constitue une confusion, voire un paradoxe en matière d'utilisation des compétences.

Les **spécialistes de la physiologie que sont les sages-femmes** travaillent dans des maternités de niveau 2 ou 3 et gèrent des grossesses à risque alors que les spécialistes de la pathologie que sont les **obstétriciens s'occupent paradoxalement des grossesses physiologiques et des accouchements eutociques**. Ce phénomène est **très marqué en France** où le **secteur libéral** gère près de 45 % des naissances, pour l'essentiel non pathologiques.

La seconde est l'augmentation du nombre d'accouchements à domicile « voulus » (et non accidentels).

Il s'agit de grossesses pour lesquelles les femmes concernées, accompagnées tout au long de leur suivi et de leur accouchement par des sages-femmes volontaires, ont choisi leur domicile comme lieu de naissance, dans un certain nombre de cas après avoir connu dans leur entourage ou vécu personnellement une expérience d'accouchement mauvaise, voire désastreuse, en milieu hospitalier. Cette forme de suivi et d'accouchement à domicile (AAD) que l'on pourrait qualifier de « privé » au sens où il échappe à tout contrôle des autorités, n'est absolument **pas illégale au sens du code civil ni du CSP**, ce qui fait que les autorités et les instances professionnelles, tout en la condamnant discrètement, continuent de l'ignorer. Mais ces accouchements à domicile se font néanmoins dans des conditions qui nécessitent de la part des femmes et des sages-femmes concernées une force de caractère exceptionnelle, dans la mesure où ils reposent sur des pratiques qui vont à l'encontre des standards professionnels et culturels actuels. Cette situation implique en particulier de la part de ces femmes une indépendance et une maturité d'esprit par rapport aux représentations habituelles de la grossesse. Ceci n'est en général pas l'apanage de la majorité des futures mères, dont les connaissances en la matière demeurent formatées majoritairement par la culture médicale ambiante, et disons-le, par une certaine désinformation. Elle suppose aussi de la part des sages-femmes, une prise de risque, non sur le plan de la sécurité, car les sages-femmes ont les compétences requises pour assurer ce type d'accompagnement, mais sur le plan assurantiel (*aucune assurance ne les couvre en cas de naissance à domicile*) et professionnel.

Si accoucher à domicile dans ces conditions est donc susceptible de ne concerner qu'une minorité de femmes et de sages-femmes, l'existence de ce type d'AAD est révélateur et constitue probablement **la partie émergée d'une demande latente plus importante en volume, qui a été évaluée à environ 25% des naissances**, mais qui aujourd'hui ne trouve

pas à s'exprimer en l'absence d'une offre diversifiée dont toutes les composantes – de l'accouchement à domicile à l'accouchement en milieu hospitalier – seraient uniformément sécurisées par les pouvoirs publics et reconnues l'assurance maladie.

I.4 ... qui obligent à repenser en profondeur notre système périnatal

Pourtant, certains professionnels sont conscients que tous ces éléments couplés à la situation catastrophique de la **démographie des obstétriciens** (notamment dans le privé), rend **non viable à court et à moyen terme l'actuel système de prise en charge**. Ils sont prêts à appuyer des actions innovantes et porteuses de véritables changements dès lors que celles-ci, loin de mettre en péril nos résultats (par ailleurs moyens), entraînent des améliorations.

C'est pourquoi toute expérimentation qui serait susceptible de favoriser un **déblocage**, amorce d'un **véritable changement** et qui nous rapprocherait de nos voisins européens plus efficaces devrait susciter l'attention de ceux qui souhaitent par ailleurs **répondre aux attentes et demandes venues de la société civile**.

L'accouchement en MdN peut devenir à terme une des réponses possibles pour un grand nombre de parents dont les témoignages montrent qu'ils s'interrogent de plus en plus sur les dérives techniciennes et la multiplication des intervenants de l'obstétrique actuelle. Certains sont donc demandeurs d'un accompagnement plus personnalisé, humain et global de la prise en charge de la maternité, que l'on peut traduire par la notion d'**AGN** (Accompagnement Global à la Naissance : suivi de la grossesse, de la naissance et du post natal), à la fois plus personnalisé et moins médicalisé (ou plutôt médicalisé à bon escient).

II – L'exemplarité du modèle MdN

Au-delà de la spécificité de l'accompagnement des grossesses s'inscrivant dans un rapport humain singulier et dans la durée, les MdN ont un effet d'exemplarité dans l'ensemble du système périnatal. Cet **effet vertueux** a été constaté en Allemagne à l'apparition des MdN suscitant des débats publics, mobilisant la presse, les médias et obligeant ainsi les maternités classiques à évoluer dans leur mode d'accueil, leur prise en charge et

l'application de leurs « protocoles maison ». Les **mots d'ordre du Plan Périnatalité** : « ...**plus de proximité, ... plus d'humanité** » prendraient là **tout leur sens**.

Les enjeux à moyen et long terme se situent donc tant au niveau individuel (femmes, couples), qu'au niveau social (organisation du système, coût pour la collectivité, sérénité juridique, fiabilité et capital confiance).

II.1 – Un enjeu pour la société civile :

L'**enjeu** de cette expérimentation — et il est central pour ceux des usagers qui en ont fait aujourd'hui au sein du CIANE **leur thème majeur** — est de rendre possible l'**exercice** d'un **choix raisonné et éclairé** de **couples responsables et autonomes** pour un **mode** et un **lieu de naissance** qu'ils estiment **légitime pour lui et pour son enfant**. Consolidés au travers d'associations, puis de collectifs, ces choix individuels sont devenus **un enjeu collectif**.

L'**expérimentation des MdN**, qui met en avant la nature physiologique de l'accouchement, doit à ce titre être considérée comme **une avancée potentielle**. Raison de plus pour s'efforcer d'agir de telle sorte que l'expérimentation proposée puisse se dérouler dans de bonnes conditions et soit évaluée de façon rationnelle.

II.2 – Les enjeux pour l'organisation du système périnatal : la création d'une nouvelle filière

L'**enjeu** est lié au concept sous-jacent aux MdN et à leur définition :

Une MdN, plus qu'un lieu spécifique d'accouchement, doit être vu comme l'outil de construction d'une nouvelle filière spécifique de suivi des grossesses physiologiques placée sous la responsabilité des SF.

Des expériences européennes, nous donnons en effet au concept de MdN la définition suivante :

Une Maison de Naissance est un **lieu d'accueil**, de **suivi** et d'**accouchement eutocique** constituant la pièce maîtresse d'une **filière spécifique de suivi des grossesses physiologiques**, aussi appelé **accompagnement global à la naissance** (AGN). Elle est

ouverte aux femmes enceintes et à leur famille, dès lors que la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. Elle doit donc être accessible sans aucune barrière à toutes les femmes qui en font la demande dès lors qu'elles y sont éligibles.

Le terme de MdN donne ainsi son nom à une filière spécifique de la grossesse physiologique, constituant une alternative innovante aux autres filières de suivi des grossesses de même nature. Etant entendu que tous les professionnels de cette « filière » doivent travailler en lien **avec les membres d'un réseau** périnatal régional ou local, et plus particulièrement avec ceux d'une **maternité dite partenaire**, avec laquelle une **convention** est passée.

Trois éléments constituent donc la spécificité et l'originalité de cette filière

- Le suivi des femmes répond à la **notion d'accompagnement global de la naissance (AGN)**, qui associe dans une **relation singulière** une **femme et une sage-femme** (dite référente), et ce pendant tout le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum immédiat.
- **La MdN en tant que structure est une entité autonome**, avec comme équipement médical celui utilisé ordinairement par les sages-femmes. Ces dernières assurent **l'entière responsabilité** de sa **gestion logistique et médicale** en toute **autonomie** et conformément aux **compétences qui leurs sont reconnues** légalement en tant profession médicale à part entière (aux côtés des médecins et des dentistes).
- l'articulation de cette filière avec les autres acteurs du système de soins se fait par l'intégration à un réseau périnatal et par la signature d'une **convention établie avec une maternité partenaire** qui précise les conditions dans lesquelles peut être effectué le transfert d'une femme dont l'accouchement présenterait des difficultés imprévues.

Sous influence des pratiques et modes de pensée dominants aujourd'hui, un certain nombre d'acteurs considèrent que l'éventualité d'un transfert implique des conditions drastiques sur la localisation de la maison de naissance: selon eux, la maison de naissance doit se situer *« dans la maternité dite partenaire ; ou être attenante à cette dernière, ou en être à proximité immédiate, dès lors que le transfert des femmes lors de l'accouchement peut se*

faire à tout moment, dans des délais compatibles avec le traitement des situations urgentes, et sans nécessiter de moyens de transports motorisés. »

De son côté, le **CIANE considère que les exemples étrangers démontrent que**, si la distance doit rester raisonnable entre les deux établissements, **l'efficacité des transferts repose bien davantage sur l'existence de procédures acceptées par tous et le respect mutuel des différents professionnels impliqués** (cf. l'expérimentation au Québec : elle montre que la légère sur-morbinatalité constatée au niveau des MdN est imputable à une **mauvaise collaboration entre obstétriciens et SF** : forte opposition des obstétriciens à l'expérimentation, compliquant l'accès à une expertise pour les femmes durant leur suivi de grossesse par les SF. Cette sur-morbidité [7 cas en MdN contre 4 en maternité] n'est donc pas imputable à une notion de distance entre la MdN et sa maternité partenaire, tant que la proximité [et non l'attenance] est respectée. D'ailleurs, à l'issue de son expérimentation, le Canada n'a pas imposé que les MdN soient attenantes ni intégrées physiquement à leur maternité partenaire !)

Enfin, il ne faut pas oublier que l'hôpital lui-même est porteur de risques : certes, nous ne sommes plus dans la situation qui prévalait au 19^e siècle, lorsqu'en raison des insuffisances de l'aseptie, l'accouchement à l'hôpital était perçu à juste titre comme très dangereux ; les **infections nosocomiales** n'en sont pas moins une réalité toujours préoccupante et aux conséquences parfois lourdes.

En tout état de cause, comme nous allons le développer dans la suite, le point fondamental est de ménager **une séparation claire** tant du point de vue de l'**identité juridique**, que des **règles de fonctionnement** et des **pratiques** entre les maisons de naissance et les maternités classiques. Cette séparation passe par une utilisation rigoureuse du vocabulaire qui, pour autant qu'on garde bien à l'esprit le lien entre maison de naissance et filière physiologique - AGN, sera exempt de tout glissement malencontreux.

Plusieurs points sont centraux dans cette précédente définition :

II.21 – Une compétence élargie et bien cadrée pour les sages femmes

Cette définition, tout en restant compatible avec celle issue du Groupe National de Travail sur les maisons de naissance (GNT – MdN : groupe de travail mixte d'initiative privée et

composé de SF et d'usagers, créé en 1999 pour définir les critères de fonctionnement des MdN), s'en distancie en mettant l'accent sur la notion de « **filière MdN** » dont l'existence repose sur la capacité des sages-femmes à prendre entièrement en charge et en toute autonomie, **tous les temps de la grossesse**, dès lors que celle-ci demeure dans la physiologie. Si le terme de Maison de Naissance a été choisi par le Groupe National de Travail (GNT-MdN), c'est que celui-ci voulait signifier que dans une MdN, l'accouchement/naissance peut se faire « dans les mêmes conditions qu'au domicile ». Or, même si la naissance constitue un temps particulier de la grossesse, faire de celle-ci, au travers du terme « MdN » l'emblème de toute la filière, nous semble impropre à traduire cette **notion centrale** d'accompagnement global à la naissance (AGN).

II.22 – La diversification nécessaire de l'offre

La « **réduction sémantique** » de cette filière à son lieu de naissance induit de plus le risque de favoriser une confusion, voir une **tromperie** (au sens de la DGCCRF) entre la nature du service en **MdN** et celui relatif à un **pôle physiologique d'accouchement** : il s'agit d'une ou plusieurs salles de naissance et dans lesquelles les accouchements seraient moins médicalisés. Dans la mesure où elles se situent au sein du bloc obstétrical, les sages-femmes qui y travaillent continuent à être placées sous la responsabilité des obstétriciens : ce qui les différencie radicalement de celles travaillant en MdN. Mais, même pour un public non averti, il peut être difficile de distinguer véritablement les deux filières de suivi, du fait de la confusion géographique des lieux de naissance respectifs (véritables MdN autonomes versus salles physiologiques intégrées au bloc obstétrical de la maternité). Cette confusion a toutes chances d'être majorée pour celles des MdN situées au sein de la maternité partenaire, ce risque étant encore plus fort pour celles de niveau 1 du fait qu'elles accueillent a priori le même type de grossesse.

II.23 – une expérimentation juste car transparente

Notre définition permet d'éviter une grande partie de ces écueils dans la mesure où les couples disposant d'une meilleure information sur les différences existant entre les deux filières, pourront faire leurs choix de façon plus éclairée.

C'est pourquoi exiger que les MdN de cette expérimentation soient séparées physiquement et juridiquement de la maternité revêt une importance primordiale.

D'abord parce que cette séparation physique entre MdN et maternité de référence permet d'objectiver l'existence de deux lieux distincts, correspondants à des pratiques de suivi et à des modalités d'accouchement différentes.

Mais aussi parce que cette séparation physique en traduit une autre d'ordre symbolique : dans les MdN les sages-femmes sont autonomes, pleinement responsables de leurs conduites car non soumises à l'autorité de la hiérarchie obstétricale locale ni à des pratiques inutilement médicalisées qu'induit souvent sa vision de l'accouchement comme à risque systématique.

Ceux des **obstétriciens** qui sont hostiles aux MdN ne se sont d'ailleurs pas trompés sur le risque qu'il y aurait pour leur **position dominante actuelle** à accepter le principe d'une séparation physique, fût-elle limitée en distance par rapport aux maternités. C'est pourquoi ils défendent bec et ongles l'option exclusive de MdN attenantes ou situées au sein des maternités, arguant pour cela des risques de l'accouchement. Ils disqualifient ainsi la plupart des projets de MdN actuels (qui sont à proximité et non attenants aux maternités partenaires : c'est la cas du projet mutualiste de Rennes, du projet de Lyon, etc.). Et, comme par hasard, ils sont bien sûr favorables à la création de pôles d'accouchements physiologiques au sein des blocs obstétricaux, projets qui seront plus ou moins directement sous leur autorité. Leur position en la matière tend à influencer grandement celle des représentants de l'administration, par ailleurs obnubilée par une prise de risque minimale et d'autant plus enclins à favoriser les pôles physiologiques en raisons d'un faible coût d'investissement supposé pour leur mise en place.

Certaines maternités ont déjà pris l'initiative de créer des pôles physiologiques, et nous saluons ces efforts car elles **participent à la diversification et à l'humanisation de l'offre**. En revanche, **ce contre quoi nous nous élevons vigoureusement**, c'est la **confusion entretenue** par certains établissements qui n'hésitent pas à désigner leur pôle physiologique par le terme « Maison de (la) Naissance ». Ces **allégations sont trompeuses, et en ce sens, elles participent à la dégradation des relations entre usagers et professionnels, incitant les premiers à la défiance. Or cette défiance est le terreau sur lequel se développe la judiciarisation, ce que personne ne peut réellement souhaiter.**

Aujourd'hui, l'existence même de ces espaces physiologiques au sein des services obstétricaux et administrés par eux, démontre que le cadre réglementaire passé et actuel (décrets de 1998 et décret sur l'accèsion des plateaux techniques par les SF libérales) ne

nécessite pas de réaménagement de la réglementation, comme peut l'exiger la création des MdN, espaces indépendants de ces mêmes services. Les efforts pour intégrer les pôles physiologiques au cahier des charges des MdN n'a donc **aucune nécessité logique** et ne s'explique que par une volonté cachée de disqualifier l'expérimentation de véritables MdN.

Enfin, un autre argument contre la notion d'attenance tient au manque de réalisme d'une telle contrainte, rationnellement injustifiée aux vues des pratiques étrangères.

Sur les **20 projets encore en liste en octobre 2005**, la plupart de ces initiatives sont **disqualifiées par cette clause**. Et à cause d'elle à l'avenir, faute de ressources immobilières, de moyens financiers ou plus grave encore par manque de volonté de la part des décideurs hospitaliers ou institutionnels (y compris pour des raisons personnelles) l'initiative des principaux intéressés (les usagers) de pouvoir créer des MdN dans un cadre légal sera bloquée, soumise à la bonne volonté ou aux moyens mobilisables localement, confisquant ainsi de fait l'initiative aux SF et aux associations de parents.

Autres conséquences graves, l'expérimentation dans le contexte prévu par la DHOS, ne mettra en oeuvre que **4 à 5 projets sur une période de 3 ans**.

Alors qu'une entité de moins de 10 millions d'habitants comme le Québec a su mettre en oeuvre 9 projets en ligne pour son expérimentation, comment un pays comme la France de plus de 65 millions d'habitants, la plus forte natalité d'Europe avec 830 000 naissances en 2006, ne serait-elle capable de mobiliser qu'un aussi petit nombre de projets ?

De plus, un **panel aussi restreint** n'aura **aucune signification scientifique et statistique**.

Au terme de 3 ans d'expérimentation sur des échantillons statistiques non significatifs, la conclusion sera donc vraisemblablement « **qu'on ne peut rien conclure** »... Les adversaires de ce type de choix auront gagné du temps et pourront continuer à bloquer la situation.

II.24 – Une performance économique pour une meilleure qualité

Le faible coût d'investissement supposé des pôles physiologiques intégrés est un raisonnement économique à courte vue. Il est d'autant plus discutable qu'il masque les économies considérables que la filière MdN serait susceptible de générer dans l'avenir : en

effet, à partir des **expériences canadiennes et allemandes**, les modélisations économiques réalisées montrent que c'est **une économie de plus de 750 euros par grossesse** qui peut en résulter (pour une moyenne de 40 grossesses annuellement suivies par une SF en MdN). A terme et sur une base minimum annuelle de 25% des naissances, soit 200 000 femmes susceptibles de rentrer dans cette filière, on aboutit à **plus de 150 millions d'euros par an d'économie**. Même si ces gains exigent un coût d'investissement au départ, globalement sur dix ans cela ne devrait pas **excéder 50% des économies générées en une seule année**.

A cette performance économique, nous pouvons ajouter : une **moindre iatrogénie** liée à la systématisation d'actes inutiles et une **plus grande satisfaction des femmes** et des couples. Comme le démontre l'expérimentation au Québec, l'apparition des MdN dans le panorama périnatal français constitue une **évolution majeure**.

III – Une nouvelle politique périnatale

III.1 – un outil pour une nouvelle politique périnatale

Si les enjeux sociétaux, qualitatifs et économiques sont clairs, dès lors que les MdN sont vues comme **l'outil central d'une filière intégrale de suivi des grossesses physiologiques**, gérée sous la **responsabilité pleine et entière des sages-femmes**, nous pouvons considérer leur expérimentation comme constituant un test permettant de cerner les contours d'un **nouveau système périnatal** : nouveau car enfin **ouvert dans la sécurité** à la diversité **des attentes et demandes des femmes et des couples**.

III.2 – des sages femmes, comme groupe professionnel, autonome et reconnu

Les sages-femmes doivent y reconnaître naturellement l'un des deux axes centraux d'une politique visant à les faire émerger en tant que groupe professionnel à part entière, enfin reconnu et autonome (ce qu'elles sont sur le papier, puisque 3^e profession médicale après les médecins et les dentistes). L'autre axe de leur stratégie, (qui est directement lié au précédent) est celui du niveau universitaire de leur formation qui doit être impérativement reconnu à 5 ans, dès lors qu'il leur sera demandé à la fois des compétences sur la physiologie et la détection du risque, afin de pouvoir exercer pleinement leur responsabilité.

Gagée sur cette autonomie nouvelle, elles devront aussi gérer l'orientation des femmes enceintes vers les spécialistes quand c'est nécessaire (cf. la RPC en cours à la HAS sur les grossesses physiologiques).

Les usagers, dont ceux du CIANE par exemple, pourront eux y trouver une réponse à leur attente première (et inscrite dans leur plateforme de propositions en 3 points – <http://ciane.info/article-4823254.html>). C'est pourquoi nous pouvons considérer cette expérimentation comme un outil d'ouverture et une mesure qui amènera une décrispation dans les relations souvent tendues entre certains professionnels et usagers et qui permettra d'éviter la tentation du « judiciaire » en réaction à des attitudes autoritaires et des comportements perçus comme rigides, voir coercitifs.

III.3 – une expérimentation qui déborde le secteur périnatal.

Un débat plus large concerne **la redéfinition et le partage des tâches, des compétences et des responsabilités entre médecins d'une part et professions paramédicales de l'autre** (mission Berland et mission du Pr. Yves Matillon) afin de parvenir à un optimum dans la prise en charge des malades.

Ce sujet apparaît dans tous les champs médicaux où existe un déficit des spécialistes correspondants. Par exemple, il sévit de façon importante en ophtalmologie, dans le champ de l'anesthésie pour la sédation vigile, ainsi que dans le domaine de la prise en charge de certaines pathologies chroniques, pour lesquelles, dans de nombreux pays, ce sont aujourd'hui des infirmières spécialement formées qui interviennent, et ce avec une grande marge de manœuvre. Toutes ces évolutions nécessaires sont aujourd'hui freinées en France par certains décideurs au sein de ces spécialités qui rechignent aux transferts de compétence sous des couverts fallacieux de sécurité.

De même, il existe un problème en matière de renouvellement de la **démographie des obstétriciens** et plus particulièrement celle dans le privé qui va devenir aigüe dans les 5 ans et qui touchera aussi par contre coup le public. Par ailleurs nous avons vu qu'aujourd'hui le **partage des tâches entre sages-femmes et obstétriciens** se fait mal avec une **inversion paradoxale** entre ce qui devrait revenir au spécialiste, formé en 12 à 15 ans : les grossesses pathologiques ; et ce qui devrait être l'apanage des sages-femmes formées en 5 ans : les grossesses physiologiques.

En recentrant les obstétriciens vers leurs champs de compétence spécifiques, c'est à dire les grossesses à risque, grâce à la bascule (selon le souhait des femmes) d'une partie du suivi des grossesses physiologiques vers les sages-femmes, on résoudra en grande partie le problème à venir de pénurie obstétricale et de surcoût lié à une prise en charge inappropriée.

C'est le cas des pays occidentaux, où les sages-femmes sont restées ou devenues depuis longtemps **les professionnels de soins référents pour toutes les grossesses**, orientant les femmes vers les spécialistes en fonction des risques potentiels ou détectés. En France, cette politique a d'ailleurs été retenue dans le champ de la santé en général, en adoptant par **la loi sur le principe du médecin traitant** : orientant les patients vers les spécialistes et coordonnant leur parcours de soins. Pourquoi la périnatalité devrait-elle rester une exception ? Par l'adoption du système du praticien de santé référent (ou traitant) en périnatalité pour la coordination du parcours de la maternité, nous entrerions ainsi dans une **configuration de soins sécurisés, optimisée sur le plan des coûts et répondant mieux aux attentes de la société civile en matière de choix.**

Conclusion

Ainsi pour la périnatalité française, l'heure des décisions intelligentes, sans compromettre la qualité (1), n'est-elle pas arrivée ?

Là se situent tous les enjeux de l'expérimentation des MdN, auxquels les futurs décideurs professionnels, institutionnels et surtout politiques ne devraient pas être insensibles.

Le CIANE, le 13 mars 2007

Remerciements

Cette analyse collective a été réalisée à partir d'informations recueillies par Michel Naiditch, chercheur et membre du Groupe de réflexion et de conseil du CIANE. Elle est pour l'essentiel le fruit des travaux des « Etats Généraux de la Naissance » qui ont eu lieu les 22, 23 et 24 septembre 2006 à Châteauroux.

(1) la sécurité est un des critères de la qualité