

Maisons de naissance

(Dimanche 24 à 13h30)

Enregistrement / transcription

Président : Claude-Émile TOURNÉ, médecin, spécialiste en gynécologie-obstétrique, membre correspondant de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Il dirige à l'Université de Perpignan le D.U. Naissance et Société.

Intervenants :

- Stéphanie FALZONE-SOLER, juriste
- Brigitte ROBERT, sage-femme libérale, représentante du groupe de travail sur l'ouverture d'une MDN à Rennes
- Michel NAIDITCH, médecin de santé publique et chercheur au DIES

Faisant suite au rapport sur la périnatalité élaboré par les professeurs Bréart, Puech et Rozé, le plan périnatalité 2005-2007 présenté par le ministre de la santé M. Douste-Blazy, vise notamment à « améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche ». C'est dans ce cadre que le gouvernement entend expérimenter des « maisons de naissance » attenantes à des plateaux techniques, privés ou publics, qui permettront les accouchements dans un contexte moins médicalisé, tout en assurant la sécurité par la proximité du plateau technique.

Plusieurs projets sont donc en cours, à Paris, Nantes, Bordeaux <http://www.sagefemme.org>, Rennes et pourraient voir le jour, pour certains, fin 2006.

Cette expérimentation est donc présentée comme une avancée et une réponse aux attentes formulées depuis plusieurs années par les sages-femmes et les usagers, à savoir, offrir aux femmes la possibilité d'avoir un accouchement physiologique.

Toutefois, certains craignent que ces « maisons de naissance » ne bénéficient pas d'une réelle autonomie puisque contrairement à ce qui est pratiqué dans de nombreux pays européens (Allemagne, Grande Bretagne, Suisse <http://www.birthcenter-europe.net>, et ce qui était souhaité par la majorité http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante/fen_crn-refl.htm, le plan périnatalité prévoit qu'elles seront attenantes à des services obstétricaux, voire au sein même desdits services.

Une autre difficulté a été soulevée concernant la terminologie utilisée. Le label « maison de naissance » a en effet été déposé à l'INPI par le groupe de travail constitué de l'association Naissance et Libertés (Fédération nationale de parents), l'Association Nationale des Sages-femmes Libérales, l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes, l'Union des Syndicats de Sages-Femmes, au terme duquel :

« Une Maison de Naissance est un lieu d'accueil des femmes enceintes et de leur famille dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. Les sages-femmes en assurent la responsabilité médicale, en toute autonomie et conformément à leur compétence légale. La Maison de Naissance doit être un service accessible à tous. 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 après naissance. Une Maison de Naissance est un établissement sans autre équipement médical que celui utilisé par les sages-femmes. C'est une structure autonome, située en dehors des établissements hospitaliers. Une Maison de Naissance travaille en réseau avec l'ensemble du système et des praticiens de santé. Une Maison de Naissance est un lieu convivial qui respecte la liberté et le besoin d'intimité des parents. »

La confusion de terminologie peut être trompeuse pour les usagers et contraire à leur droit à l'information et à la transparence. C'est pour cette raison que souhaitant par ailleurs que se développe une panoplie de possibilités (accouchement à domicile, maison de naissance, pôle physiologique, plateau technique et ainsi de suite), ils exigent, pour éviter toute confusion ou toute manipulation, que la terminologie soit appliquée avec rigueur. (<http://www.ciane.info/article->

2428214.html).

Résumé de l'intervention de Michel NAIDITCH :

L'expérimentation du fonctionnement de Maisons de naissance (MDN) constitue une des quatre priorités du plan périnatal 2005/ 2008. Un groupe technique (GT) pluri professionnel 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 a pour objectif de mettre en place fin 2006 le cahier des charges fixant les modalités de cette expérimentation.

Cette expérimentation est porteuse de 4 enjeux majeurs pour le système périnatal français.

Premier enjeu de cette expérimentation : Si nous déplorons comme le CIANE que l'expérimentation proposée par le ministère, n'ait pas retenue une option plus ouverte qui aurait consisté à tester, dans un cadre expérimental, les AD au même titre que ceux réalisés dans des MDN, même s'il ne fournit qu'un cadre substitutif imparfait en terme de suivi et d'accouchement pour les femmes accouchant aujourd'hui volontairement à domicile, peut néanmoins devenir à terme une réponse possible pour un grand nombre de parents, demandeurs d'un accompagnement du suivi des grossesses de la naissance, à la fois plus personnalisé et démedicalisé et présentant toutes les garanties en matière de sécurité et qui ne trouvent aujourd'hui pas de réponse à leurs attentes.

Second enjeu : créer les conditions rendant possibles à terme la possibilité d'accouchement à domicile. Celui-ci n'aura de chance de s'imposer que si de véritables MDN font auparavant la preuve de leur efficacité. Il faut donc s'efforcer d'agir de telle sorte que l'expérimentation proposée puisse se dérouler dans de bonnes conditions et évaluée de façon objective

Troisième enjeu : L'expérimentation des MDN, des lors que celle-ci est comprise comme étant un outil central d'une filière intégrale de suivi des grossesses physiologiques constitue un cadre permettant de tester les contours futurs d'un système périnatal rénové, dans lequel la grossesse physiologique serait gérée dans une filière spécifique, sous la responsabilité pleine et entière des SF. Avec pour conséquence :

- que les sages femmes y reconnaissent un des deux axes centraux d'une stratégie visant à les faire émerger en tant que groupe professionnel autonome (l'autre axe de leur stratégie étant celui du statut et du niveau universitaire (mastère) reconnu de leur formation).

- pour le CIANE l'occasion de faire passer dans les actes, la philosophie de sa charte et de son projet, pour autant qu'il en décide ainsi. (cf ma contribution atelier 7)

Le quatrième enjeu lié dépasse le secteur périnatal. Il est lié au problème plus large concernant la redéfinition et le partage des tâches, des compétences et des responsabilités entre médecins d'une part et profession paramédicale de l'autre afin de parvenir à un optimum dans la prise en charge des malades à la fois en terme de qualité et de coût. En recentrant les obstétriciens vers leurs champs de compétence spécifiques grâce à la bascule d'une partie de la gestion des grossesses physiologiques vers les sages femmes, on résout les problèmes de pénurie obstétricale tout en faisant très probablement des économies à qualité améliorée ou constante.