

Généralisation des Maisons de naissance ou plus de moyens pour les maternités ? La réponse du CNGOF au Sénat

Paris, le 9 mars 2020 - Le CNGOF a pris connaissance des résultats de « l'expérimentation » qui porte mal son nom tant elle est limitée avec 506 accouchements de femmes à très bas risque dans huit maisons de naissance (0,06% des naissances en France) et 6% d'enfants transférés après la naissance, dont un enfant décédé d'une mort périnatale probablement évitable en maternité. Elle confirme, comme on pouvait s'y attendre, tant sa puissance statistique est basse, le faible taux de complications obstétricales dans ce type de prise en charge physiologique et rappelle que plus d'une femme sur quatre qui souhaite ce type d'accouchement (une frange très marginale de la population obstétricale) est au final transférée dans une « vraie » maternité, dont 15% pour une césarienne.

Y aurait-il en revanche un bénéfice quelconque qui ne puisse être offert dans la maternité voisine ? La qualité de la prise en charge (si tant est qu'elle y soit meilleure) devrait être exigée au même niveau d'excellence dans toutes les maternités et pas seulement dans une poignée de maisons de naissance.

Pour répondre à la légitime demande d'autonomie des femmes dans les maternités, le CNGOF a diffusé deux recommandations aux obstétriciens français :

- Inciter toutes les structures obstétricales du pays à proposer des filières de soins physiologiques disponibles pour les patientes à bas-risque (un des items du label bientraitance du CNGOF) au sein même des plateaux techniques des maternités
- Inciter toutes les structures obstétricales à respecter le code de la santé publique en ouvrant leurs plateaux techniques aux sages-femmes libérales et limiter ainsi la pratique toujours risquée des accouchements à domicile par des sages-femmes de surcroît non assurées en Responsabilité Civile.

Le CNGOF s'étonne de la volonté de généraliser ce type de structures hors plateau technique de la maternité, pour 65 accouchements par an en moyenne (soit un peu plus d'un accouchement par semaine), alors même que notre pays ferme des maternités car elles n'atteignent pas le seuil de 300 naissances. De plus la demande des femmes pour ce dispositif est très faible, voire inexistante, lorsqu'il est possible de bénéficier d'un respect de la physiologie dans la maternité la plus proche.

Ces maisons de naissance, qui se trouvent par définition à la porte d'une maternité, contribuent à la fragilisation de la maternité elle-même. Elles transfèrent leurs patientes en cas d'urgence ou de nécessité d'hospitalisation, et contribuent ainsi à l'appauvrissement des structures obstétricales confinées à un rôle non rémunéré en T2A de simple hôtellerie : l'acte T2A est octroyé à la maison de naissance alors que les coûts et dépenses en cas de complications demeurent à la charge de la maternité. Les profits d'un côté, les déficits de l'autre.

Enfin, les conditions de l'accouchement dans ces maisons de naissance constituent une injustice inacceptable pour les patientes qui accouchent dans une maternité. Le « one to one », une sage-femme pour chaque patiente qui accouche, est bien un standard de qualité et de bientraitance dans les maternités des pays qui nous entourent et a lieu, de fait en France, uniquement dans les maisons de naissance.

Dans nos maternités en revanche, il arrive que des sages-femmes soient contraintes d'assumer jusqu'à 4 accouchements simultanément par manque de personnel. Il est, dans ces conditions, totalement insoutenable et inéquitable de proposer le « one to one » dans les maisons de naissance, alors qu'on laisse se dégrader dans toutes les autres structures obstétricales les conditions de sécurité et de bientraitance des patientes et des équipes professionnelles. Nous souhaitons que le « one to one » soit proposé à toutes les femmes en augmentant le budget des maternités et non pas en créant des maisons de naissance à la porte des maternités classiques. Ceci est d'autant plus légitime que les

différentes Enquêtes Nationales Périnatales depuis plus de 20 ans confirment que les pratiques obstétricales françaises sont exemplaires avec un taux de césariennes national stable aux alentours de 20 %, une stabilité du taux de déclenchement artificiel du travail aux alentours de 20 % et une pratique de l'épisiotomie en chute libre que la prochaine Enquête Nationale Périnatale confirmera.

Le CNGOF souhaite connaître ce qui motive la puissance publique à valider de telles dépenses supplémentaires à l'heure où 50% des 489 maternités françaises sont en sous effectifs graves¹ et à l'heure où les fermetures de maternité par manque de moyens se succèdent à la rubrique des faits divers. Les maisons de naissances ne peuvent pas constituer une alternative aux petites maternités classiques amenées à fermer sur le territoire. Que feront ces maisons de naissance quand la maternité qui les sécurise verra son déficit devenir insupportable et fermera ses portes ?

Le CNGOF ne voit donc aucun intérêt à ce renforcement de structures alternatives mieux dotées en personnel, appauvrissant plus encore l'ensemble des maternités sans améliorer la qualité des soins. Nous ne sommes plus à l'heure où des dépenses inutiles sont acceptables. Une offre de soins dispendieuse dans ces maisons de naissance rendra le travail des sages-femmes des maternités voisines encore plus insoutenable en concentrant sur un faible effectif de sages-femmes les cas les plus difficiles. Il serait plus judicieux de recruter ces sages-femmes dans les maternités si pauvres en effectifs.

Le CNGOF souhaite que l'accompagnement physiologique des naissances ait lieu dans les maternités existantes en veillant au respect du choix des femmes sur leur mode d'accouchement. Il ne s'agit plus « d'imposer » une médicalisation inutile à qui n'en voudrait pas mais d'avoir les moyens dans toutes les maternités d'offrir un accompagnement plus personnalisé.

Il serait bien plus utile pour la qualité des soins et la sécurité des patientes françaises de veiller à maintenir ouvertes des petites maternités dans des sites éloignés de plus d'une heure d'une autre maternité et de créer des centres périnataux de proximité de qualité, voire des hôtels hospitaliers, partout où l'éloignement géographique l'impose.

Nous plaidons donc pour une utilisation raisonnable des moyens et des budgets dans le cadre d'une amélioration générale de la santé publique obstétricale sans céder inutilement à des objectifs exclusivement politiques par la création de lieux de privilèges.

Pour le bureau du CNGOF²
Président

Israël Nisand

¹ Ressources humaines pour les activités non programmées en Gynécologie Obstétrique. Propositions élaborées par le CNGOF, le CARO, la FFRSP, la SFAR, la SFMP, et la SFN. Loïc Sentihles et al., Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie, 2019, 47, 63-78

² Olivier Graesslin, Philippe Deruelle, Bernard Hédon, Joëlle Belaisch, Cyril Huissoud, Pierre Collinet, Philippe Descamps, Didier Riethmuller, Hervé Fernandez, Pierre Panel, Jean Thévenot, Alexandra Benachi, Loïc Sentihles, Olivier Morel, Christophe Vayssière, Olivier Multon