

# Maisons de naissance Pour ou contre

Angers, 5 mars 2010

E.Phan pour le Collectif interassociatif  
autour de la naissance (Ciane)

Le Collectif interassociatif autour de la naissance ([Ciane](#)) est un collectif d'associations. Il est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé.

Le Ciane soutient la diversité des options offertes aux parents en matière de suivi de grossesse et d'accouchement. Il souhaite travailler avec les professionnels sur le respect des droits personnels des patients, sur l'amélioration des pratiques et de l'organisation du systèmes de santé en cohérence avec l'analyse critique des données publiées. Il souhaite aussi, parce que cela répond à la diversification de l'offre attendue par les parents, la création d'espaces physiologiques ou salles nature en maternité, l'accès des sages-femmes aux plateaux techniques et le suivi global.

Les usagers considèrent que les maisons de naissance sont également une réponse à cette attente de diversification de l'offre. Les maisons de naissance, pour les usagers, répondent aux critères définies par le Réseau européen des maisons de naissances (1999) : *structures autonomes, placée sous la responsabilité exclusive des sages-femmes conformément à leur compétence légale, elles intègrent l'accompagnement global de la grossesse et sont insérées dans un réseau périnatal.*

Il n'a pas été démontré que ce souhait des usagers soit une aberration en matière de sécurité. Le fonctionnement de maisons de naissance dans d'autres pays montre que l'option peut être considérée comme raisonnable. L'analyse des publications ne met pas en évidence un risque de santé publique lié à l'existence d'un choix pour les usagers.

Nous soutenons qu'il n'y a pas de preuve d'un bénéfice, en termes de santé publique, de la politique française actuelle qui entrave la création de maisons de naissance. Autrement dit, le développement de possibilités autres que l'accouchement en milieu hospitalier, réservées aux femmes qui le souhaitent et dont les conditions de grossesse le permettent, ne peut être démontré présentant a priori des inconvénients par rapport à l'organisation actuelle.

Ce raisonnement prend à rebours celui qui est communément avancé. Là où les professionnels de santé ont tendance à attendre la preuve de l'inutilité d'une pratique avant de l'abandonner (la pratique étant, ici, l'accouchement à l'hôpital pour toutes), les usagers demandent la preuve de l'intérêt de la pratique, faute de quoi ils considèrent qu'ils peuvent la remettre en cause, notamment si elle a un impact fort sur leur vécu personnel. Il s'agit là d'une différence de point de vue caractéristique de la complémentarité entre professionnels et usagers et qui fait l'intérêt du débat.

*(Ce résumé est celui qui a été communiqué en avance aux organisateurs du colloque, auquel des modifications de forme ont été apportées)*

# Le Ciane, collectif d'associations

- Collectif d'associations d'usagers concernés par grossesse/naissance
- Mission: faire entendre attentes, demandes, droits des usagers (périnatalité)
- Qualité des soins, prise en compte des données probantes, respect des personnes et de la physiologie

# Le Ciane, représentation d'usagers

- 2003, agrément 2008
- Représentation d'usagers
  - CNN et groupes ministère
  - HAS
  - FFRSP (CA), réseaux de santé en périnatalité
- Presse professionnelle
  - Courriers, articles

Intervenante. Emmanuelle Phan

- Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR)
- Bien naître (Nantes)

# POUR ou CONTRE?

# Peut-on être pour ou contre ...

Le fait que les usagers les réclament	C'est un fait
Le fait qu'elles fonctionnent ailleurs	C'est un fait

# On peut être pour ou contre

	Position du Ciane
Création des MdN en France?	POUR
Intégration dans le système de soins?	POUR
Passage obligé pour les grossesses « bas risque » (cf Pays bas)?	CONTRE

POUR quoi,  
exactement?



# Maisons de naissance, quelles définitions?

- Structures autonomes
- Placées sous responsabilité des sages-femmes
- Assurant un suivi global

Le Ciane est CONTRE l'appellation “maisons de naissance” pour des structures forcément attenantes aux plateaux techniques ou ne répondant pas aux critères d'autonomie

# Le Ciane est-il CONTRE les maisons de naissance?

- Proposition de cahier des charges, DHOS, mars 2008. Commentaires du Ciane
  - Attenance sans transport motorisé
  - Etablissement de santé, statut :
    - (a) structure juridique autonome: ne définit rien
    - (b) clinique ouverte: existe déjà (accès plateau technique)
    - (c) structure interne: existe déjà
  - Cadres assurantiel, financier
  - Deux SF, monitoring continu, pédiatre

# Alors, le Ciane est POUR quoi?

Suivi grossesse et accouchement dans le secteur public	POUR
Suivi grossesse et accouchement dans secteur privé	POUR
Pôles physiologiques (salles natures) dans maternités publiques et privées	POUR
Pôles physiologiques en les appelant « maison de naissance »	CONTRE

# Alors, le Ciane est POUR quoi? (2)

Accompagnement global par SF public/privé	POUR
Accompagnement global par SF avec accouchement en plateau technique	POUR
Accompagnement global avec accouchement dans structure dépendante d'une maternité	POUR
Accompagnement global avec accouchement en PT, ou dans structure dépendante d'une maternité en appelant la formule « maison de naissance »	CONTRE

# Alors, le Ciane est POUR quoi? (3)

Projet global d'établissement abordant la naissance sous une approche physiologique (cf groupe DHOS sur accouchement physiologiques, dépêche APM juillet 2009)	POUR
MdN autonomes sans obligation d'attenance	POUR

# POUR

- Elargissement de l'éventail des possibilités offertes aux femmes
- Rigueur dans les dénominations

# Etre POUR

## Est-ce raisonnable?

# Remise en cause de la médicalisation systématique

- Historiquement: idéologie, mode de vie
- Autour de 2000: « evidence based »
- Plus récemment: se réclament du féminisme  
« c'est mon corps » - choisir le degré de  
médicalisation systématique qui me convient

*“Je ne sais pas ce que je  
choisirai, mais je ne veux pas  
qu'on décide pour moi” (ma  
belle-soeur, 2009)*

Cette analyse est une hypothèse, à  
confronter aux recherches en histoire,  
sociologie, philosophie...



# Personnaliser la médicalisation: aberration pour sécurité? 2 approches

- Corps médical, traditionnellement : il faudrait prouver que hors-hôpital est aussi sûr que hôpital. A cette condition, on pourrait envisager de changer (evidence paralysed medicine?)
- Usagers, interpellent les décideurs: avez-vous prouvé que hôpital systématique est plus sûr qu'offrir des possibilités hors-hôpital?

# Maisons de naissance, raisonnable?

1. Demande des personnes concernées
2. Pas de preuve de supériorité du modèle actuel (hospitalisation pour tous) vs un modèle qui permette le choix du degré de médicalisation
3. ... et, cerise sur le gâteau: moins coûteux pour la collectivité

# POUR les maisons de naissance

Autonomes, sans obligation d'attenance,  
intégrées dans le système de soins  
Proposées aux femmes qui le souhaitent

# Annexes

# Publications Ciane

- E. Phan(2009) La remise en cause de pratiques professionnelles de la part des usagers de la périnatalité Rev Méd Périnat 1 : 207–12. Partie I, les origines historiques.
- Gynécologie Obstétrique & Fertilit de la réponse du Ciane à un article de B.Langer Contre la notion de grossesse et accouchement à bas risques ? Gynecol Obstet Fertil 2009;37:2003.
- *Diagnostic prénatal non invasif : avancées historiques, obstacles et espoirs*, B. Bel, Prescrire (2009) ; 29(312), 792–793
- Publication du point de vue du Ciane dans Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction (JGOBR) suite à un article de J. Nizard *Accoucher aux Pays-Bas : un must ?* E. Phan, M. Akrich, B. Bel., (2009), 38(4), 347–349. Re-publié dans la revue Sage Femme, 2009, 8(4), 244–246.

# Les associations d'usagers et maisons de naissance. Historique

- 1999, fédération de parents dans commission ministérielle, adhésion au réseau européen des maisons de naissance
- 200X-2006 Ciane participe au débat via la Commission nationale de la naissance CNN
- Mars 2008, réaction Ciane à la proposition de cahier des charges

# Alternatives à l'accouchement médicalisé: un consensus entre représentants des usagers et professionnels de la naissance (France, non publié en mars 2010)

PARIS, 7 juillet 2009 (APM) - Un consensus entre représentants des usagers et professionnels de la naissance sur les alternatives à l'accouchement médicalisé a été atteint et devrait donner lieu à la publication d'un document d'ici fin août, a-t-on appris mardi auprès du Pr Francis Puech, président de la commission nationale de la naissance.

Les résultats d'un groupe de travail composé de représentants d'usagers et de professionnels ont été présentés lors de la dernière réunion de la commission, le 22 juin. Son objectif était de trouver un consensus entre les usagers souhaitant une démedicalisation de la naissance et les professionnels de santé, a indiqué le Pr Puech à l'APM.

“Le document est en train d'être labellisé” par le Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane), le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos), la Direction générale de la santé (DGS), des associations de sages-femmes notamment, a-t-il précisé. Il sera disponible d'ici fin août, a-t-il ajouté.

“La question des maisons de naissance n'a pas été abordée. La question était: que proposer en dehors des maisons de naissance?”, a souligné le Pr Puech.

Deux solutions sont évoquées: d'une part les espaces physiologiques, au sein de services de maternité, et d'autre part un “abord plus général” de type “hôpital ami des bébés”, où il est question non plus d'une ou deux salles d'accouchement physiologique au sein d'un service entier mais d'une prise en charge globale, à laquelle participe tout le service, pour rendre l'accouchement moins médicalisé, a évoqué le Pr Puech.

En ce qui concerne les maisons de naissance, prévues dans le plan périnatalité, qui suscitent la controverse, le cahier des charges devrait être disponible également à partir de la rentrée, avait indiqué la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, lors d'une conférence de presse sur la santé de la femme en juin (cf dépêche APM CDMFJ002).

(Canada) Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. 2009. CMAJ, 181(6-7), Janssen & al.

**Background:** Studies of planned home births attended by registered midwives have been limited by incomplete data, nonrepresentative sampling, inadequate statistical power and the inability to exclude unplanned home births. We compared the outcomes of planned home births attended by midwives with those of planned hospital births attended by midwives or physicians.

**Methods:** We included all planned home births attended by registered midwives from Jan. 1, 2000, to Dec. 31, 2004, in British Columbia, Canada (n= 2889), and all planned hospital births meeting the eligibility requirements for home birth that were attended by the same cohort of midwives (n= 4752). We also included a matched sample of physician-attended planned hospital births (n= 5331). The primary outcome measure was perinatal mortality; secondary outcomes were obstetric interventions and adverse maternal and neonatal outcomes.

**Results:** The rate of perinatal death per 1000 births was 0.35 (95% confidence interval [CI] 0.00–1.03) in the group of planned home births; the rate in the group of planned hospital births was 0.57 (95% CI 0.00–1.43) among women attended by a midwife and 0.64 (95% CI 0.00–1.56) among those attended

by a physician. Women in the planned home-birth group were significantly less likely than those who planned a midwife-attended hospital birth to have obstetric interventions (e.g., electronic fetal monitoring, relative risk [RR] 0.32, 95% CI 0.29–0.36; assisted vaginal delivery, RR 0.41, 95% CI 0.33–0.52) or adverse maternal outcomes (e.g., third- or fourth-degree perineal tear, RR 0.41, 95% CI 0.28–0.59; postpartum hemorrhage, RR 0.62, 95% CI 0.49–0.77). The findings were similar in the comparison with physician-assisted hospital births. Newborns in the home-birth group were less likely than those in the midwife-attended hospital-birth group to require resuscitation at birth (RR 0.23, 95% CI 0.14–0.37) or oxygen therapy beyond 24 hours (RR 0.37, 95% CI 0.24–0.59). The findings were similar in the comparison with newborns in the physician-assisted hospital births; in addition, newborns in the home-birth group were less likely to have meconium aspiration (RR 0.45, 95% CI 0.21–0.93) and more likely to be admitted to hospital or readmitted if born in hospital (RR 1.39, 95% CI 1.09–1.85).

**Interpretation:** Planned home birth attended by a registered midwife was associated with very low and comparable rates of perinatal death and reduced rates of obstetric interventions and other adverse perinatal outcomes compared with planned hospital birth attended by a midwife or physician.



Pays-Bas : Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. BJOG, 15 April 2009. De Jonge & all

A trend analysis in referrals during pregnancy and labour in Dutch midwifery care 1988–2004, BJOG 116 (2009), pp. 923–932. Amelink & all

(de Jonge) Résultats. 500 000+ femmes en soins primaires au début du travail. 60+% voulaient AAD, 30+% hopital, moins de 10% inconnu. Celles AAD ont plutôt ces caractéristiques: 25 ans +, néerlandaises, niveau socio-éco moyen ou haut, multipares, grossesse + avancée (41SG). Pas de différence significative entre les accouchements prévus à la maison et ceux prévus à l'hôpital ( décès intrapartum 0.97 (0.69 to 1.37), décès intrapartum et neonatal à 24 heures 1.02 (0.77 to 1.36), décès intrapartum et néonatal à 7 jours 1.00 (0.78 to 1.27), admission to en soins intensifs néonataux 1.00 (0.86 to 1.16).

Discussion. On a eu peur, aux Pays Bas, lorsque le taux de décès néonataux est devenu un des plus haut d'europe, cela aurait pu être lié aux accouchements à domicile. En fait les résultats de cette étude montrent qu'on peut encourager les femmes qui sont à bas risque au début du travail à choisir leur lieu d'accouchement. Condition pour que ce soit sûr: système de santé organisé qui facilite ce choix, avec des SF bien formées capables d'évaluer si la naissance peut avoir lieu à la maison, et un système de transports rapides. La mortalité forte aux pays bas peut être liée à la grande prévalence des femmes à facteurs de risques (age maternel: le plus haut après irelande et espagne), origines non-nord europe. Dans cette étude, l'age maternel et le fait d'être non-néerlandaise ont été trouvés comme facteurs de risque. Mais aussi facteurs d'organisation des soins: des études récentes montre par ex que la sous-détection des RCIU peut être facteur de risque

(Clare) - Angers, 5 mars 2010

(traduction non contrôlée)

(Amelink) **Results** From 1988 to 2004 an increase of 14.5% (from 36.9 to 51.4%) occurred in referrals from primary midwifery care to secondary obstetric care either during pregnancy, childbirth or in the postpartum period. The timing of the referrals was as follows: antepartum +9.0%, intrapartum +5.2% and postpartum +0.3%. In parous women, the increase in referrals was greater (+16.6%) than in nulliparous women (+12.3%) (P = 0.001). The commonest indications for referrals in nulliparous women were anticipated or evident complications due to 'failure to progress in the first or second stage' and 'fetal distress'. Parous women were most commonly referred for anticipated or evident complications due to 'medical history' and 'fetal distress'. In nulliparous women, 52% of the increase in referrals was related to the need of pain relief and occurrence of meconium-stained amniotic fluid; in parous women, 54% of the increase in referrals was related to the general medical and obstetrical history of the women, particularly previous caesarean section, and the occurrence of meconium-stained amniotic fluid **Conclusions** During a 17-year period, there was a continuous increase in the referral rate from midwives to obstetricians. Previous caesarean section, requirement for pain relief and the presence of meconium-stained amniotic fluid were the main contributors to the changes in referral rates. Primary prevention of caesarean section and antenatal preparation for childbirth are important interventions in the maintenance of primary obstetric care for low-risk pregnant women

# Gyobfe 2009 (France)

- Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité xxx 2009;37:195-199 C.Colmant, R.Frydman
- Contre la notion de grossesse et d'accouchement à bas risque ? Gynecol Obstet Fertil 2009;37:200-203
- Réponse du Ciane à l'article de B. Langer et al. Contre la notion de grossesse et accouchement à bas risques ? Gynecol Obstet Fertil 2009;38:77-78
- Réponse de B. Langer au courrier du Ciane Gynecol Obstet Fertil 2009;38:78-79

# Mori 2008 (GB)

- An estimation of intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births in England and Wales between 1994 and 2003. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology Volume 115 Issue 5, Pages 554 - 559 R Mori, M Dougherty, M Whittle a
- Estimating intrapartum-related perinatal mortality rates for booked home births: When the “best” available data are not good enough, BJOG 116 (2009) 933–942 G. Gyte, M. Dodwell, M. Newburn, J. Sandall, A. Macfarlane, S. Bewley

# Eléments de discussion

- Traditionnel: « Too often, current advice has been based on the absence of evidence of adverse outcomes, rather than on evidence of absence of adverse outcomes) ». Van Weel al. ( Il n'est plus acceptable de nos jours que l'information rassurante donnée aux patientes soit davantage basée sur l'absence de preuves d'effets adverses que sur des preuves de l'absence d'effets adverses. Trad BL)
- L'argument est valable dans ce sens-là en Netherlands, dans l'autre sens en France: l'obligation de l'hospitalisation des accouchement repose sur absence de preuve de nocivité (de l'hospitalisation obligatoire) plutôt que sur la preuve d'absence de nocivité (du tout-hôpital)
- Le refus d'étendre l'éventail des choix offerts aux femmes enceintes malgré les demandes repose sur l'absence de ... preuves que non-traitement systématique est supérieur à traitement systématique. Pas de preuve que traitement systématique est sup à non traitement en première intention

# Non traitement est supérieur à traitement?

- Ex épisiotomie: il a fallu prouver que "moins d'épisiotomie" (traitement) était supérieur à "comme normalement" (prophylactique)
- Usagers : le traitement (épisiotomie est une intervention, donc traitement) doit faire ses preuves
- Ceux qui veulent rester à la maison (contrôle). Il faudrait leur prouver que le traitement (hosto) est vraiment mieux (et ensuite, ils font leur choix)

# Et pourquoi certains sont CONTRE

- "Mais parce que c'est dangereux, que ça coûte cher et que c'est chiant à mettre en place ! (...) On se récupère des merdes qui sont le résultat d'(...) une sorte de contemplation hippie devant les miracles de mère nature, et quand ça tourne au cauchemar, on nous refile le bébé (...)

*(tiré d'une parodie d'interview d'obstétriciens qui circule sur internet)*