
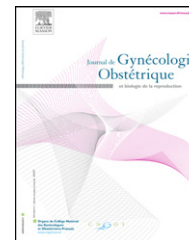




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## LETTRE À LA RÉDACTION

### À propos de « Accoucher aux Pays-Bas : un must? », le point du vue du Ciane, collectif d'usagers de la santé

#### “Delivering in The Netherlands: A must?” – a patient organisation's viewpoint (Ciane)

Le Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane) est un collectif d'associations concernées par la périnatalité et agréé pour représenter les usagers dans le système de santé français.

Nous avons pris connaissance avec intérêt de l'éditorial de J. Nizard paru dans le *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction* [1]. Nous sommes en accord avec la description du système de santé néerlandais et de ses résultats mais en désaccord avec l'utilisation qui est faite de ces données pour déclarer non souhaitable une évolution du système français qui intégrerait les accouchements à domicile, les maisons de naissance non attenantes et accorderait davantage d'autonomie aux sages-femmes.

Nos désaccords portent sur plusieurs points suivants.

#### La stagnation de la mortalité périnatale constatée aux Pays-Bas et les accouchements hors hôpital

Il est souligné dans l'éditorial que la stagnation de la mortalité périnatale constatée aux Pays-Bas, en dépit de l'augmentation de la part de naissances à l'hôpital, semble être liée à l'augmentation de l'âge des parturientes, des grossesses multiples et à la persistance du tabagisme maternel. Les sources utilisées pour l'article (Garssen J et al. [2], Anthony S et al. [3]) notent aussi l'augmentation de la population immigrée non occidentale et un article néerlandais récent [4] met en cause l'organisation des soins qui débouche sur un risque de mortalité accru en hôpital en dehors des heures de bureau.

Les accouchements à domicile ne sont pas identifiés comme la cause de la stagnation de la mortalité périnatale aux Pays-Bas ; pourtant l'auteur de l'éditorial

s'étonne des débats français actuels, notamment autour de l'accouchement à domicile. L'expression utilisée « N'allons pas prouver que nous pouvons faire encore moins bien que les Pays-Bas » peut laisser croire à des lecteurs insuffisamment attentifs qu'il existerait un lien de cause à effet entre les accouchements hors hôpital et l'augmentation de la mortalité périnatale. Nous regrettons que l'auteur ait succombé à une telle rhétorique, car les données néerlandaises n'autorisent pas à tirer de conclusion sur l'irrecevabilité de la demande faite par des couples français d'accoucher à domicile.

La leçon que nous tirons, nous, usagers, du modèle néerlandais, c'est que l'accouchement à domicile pour des grossesses sélectionnées, organisé et adossé à un système de soins moderne, n'est pas une aberration en soi sur le plan de la sécurité. Notre proposition d'intégrer cette possibilité au système de soins français est une demande pragmatique découlant du souhait de certaines familles. En aucun cas nous ne suggérons que l'accouchement à domicile devienne une nouvelle norme.

#### Les critères économiques et l'organisation actuelle du système néerlandais

Il est mentionné, dans l'éditorial, que l'organisation actuelle du système néerlandais est sous-tendue, entre autres, par des impératifs économiques. En tant qu'usagers, nous considérerions inacceptable que les choix de santé publique soient déterminés exclusivement par des critères économiques. Cela n'implique pas pour autant qu'il faille d'emblée rejeter une proposition sous prétexte qu'elle génère des économies. La qualité des soins, dans le domaine des grossesses et accouchements physiologiques, ne rime pas nécessairement avec une prise en charge technique et coûteuse. Au Royaume-Uni, l'accouchement à domicile est désormais intégré dans le système de soins : décision d'ordre économique mais aussi décision en réponse à la demande d'une partie de la population et basée sur le « Consensus sur la naissance normale », un texte élaboré conjointement par les associations d'usagers et les organisations professionnelles, à partir des données de la médecine factuelle.

## Les tentatives d'importer le modèle néerlandais en France

L'éditorial exprime une mise en garde contre des tentatives d'importer le modèle néerlandais en France et nous sommes d'accord avec cela, car le système français doit évoluer en tenant compte des demandes des usagers et des possibilités des professionnels. S'il est souligné, dans l'éditorial, que les Néerlandaises n'ont pas le choix, nous tenons à signaler que les Françaises ne sont pas aujourd'hui dans une situation plus enviable.

## Le choix entre la maison ou l'hôpital

Une femme néerlandaise ayant une grossesse normale ne peut pas choisir d'emblée l'accouchement médicalisé à l'hôpital mais elle peut venir accoucher à l'hôpital avec sa sage-femme, dans des conditions analogues à celles du domicile (pas d'interventions, un suivi médical discret). Toute femme peut être transférée en cours d'accouchement dans le système « médicalisé » et la demande d'analgésie fait partie des indications légitimes de ces transferts.

En France, les femmes n'ont pas le choix entre la maison ou l'hôpital. Celles qui souhaiteraient accoucher chez elles sont généralement contraintes à y renoncer faute de sage-femme prête à les accompagner. Il n'y a aucune alternative en France à l'accouchement à l'hôpital. En ce sens, les Néerlandaises ont largement plus le choix que les Françaises.

## Le choix de la personne assurant le suivi de la grossesse

Il est déploré, dans l'éditorial, que les femmes néerlandaises n'aient pas la possibilité de faire suivre leur grossesse par le professionnel de leur choix, sage-femme ou obstétricien. La situation est la même en France pour toutes les femmes qui préfèrent le secteur public ou ne peuvent accéder au secteur privé pour des raisons financières. Dans le secteur public, le suivi est effectué en général par une sage-femme qui peut changer au cours de la grossesse. Aucun de ces professionnels, sages-femmes ou médecin, sauf coïncidence, ne sera présent à l'accouchement. Les femmes qui choisissent le secteur privé, si elles connaissent leur obstétricien et le rencontrent à chaque visite prénatale, n'ont, en revanche, généralement pas rencontré les sages-femmes qui vont les accompagner pendant l'essentiel du travail avant l'arrivée de leur obstétricien.

Seule exception rare à cette situation : les femmes qui font appel aux services des quelques sages-femmes qui ont pu passer une convention avec un établissement et proposent un suivi global de la grossesse avec un accouchement en plateau technique.

Le système français ne permet pas à la plupart des femmes de choisir la personne qui suivra leur grossesse et n'offre que rarement la possibilité de connaître les professionnels présents à l'accouchement.

## L'accès à la péridurale

Les femmes aux Pays-Bas n'ont pas accès d'emblée à la péridurale. Cependant, depuis décembre 2008, un protocole

national oblige les établissements des Pays-Bas à répondre à la demande de péridurale dans l'heure qui suit. Nous souhaitons que toute femme puisse choisir d'avoir ou non une péridurale en étant informée loyalement sur les risques et bénéfiques de cette intervention. Or, les femmes qui souhaitent accoucher sans péridurale manquent aussi de choix dans le système français car les pratiques actuelles favorisent le besoin de péridurale : monitoring en continu, perfusion, entraînant un manque de mobilité qui pourtant diminuerait les scores de douleur ; utilisation d'ocytocine rendant les contractions plus douloureuses ; accompagnement en continu de la parturiente inexistant, quelle que soit la bonne volonté des professionnels. Alors qu'aux Pays-Bas la péridurale devrait être accessible, les usagers français demandent que la péridurale soit un vrai choix et non une intervention rendue inévitable par les conditions imposées à l'accouchement. Il y a donc des progrès à faire des deux côtés.

## Conclusion

En conclusion, l'évolution des conditions de la périnatalité en France ne peut se faire en prenant le système néerlandais comme exemple ni comme repoussoir mais en encourageant le dialogue entre usagers et professionnels. Cette réflexion commune doit s'appuyer sur des données épidémiologiques et non sur une vision manichéenne qui consiste à mettre perpétuellement en contradiction la demande de diversification de l'offre de soins et le souci de la sécurité.

Nous ne restons pas les bras croisés. Des représentants du Ciane siègent dans des groupes de travail, à la HAS et à la DHOS, où se négocient de nouvelles formes de partenariat entre usagers et professionnels, avec d'inévitables résistances vu le retard accumulé par notre système périnatal.

## Liens

- Le collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane) <http://ciane.naissance.asso.fr/> et <http://ciane.info/>
- La plateforme de propositions du Ciane <http://cianewiki.naissance.asso.fr/PlateformePerinatalite2007>
- Protocoles d'accès à la péridurale aux Pays-Bas [http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl\\_ptp\\_08.pdf/view](http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/folder20021023121843/rl_ptp_08.pdf/view)
- Normal birth consensus* (Grande-Bretagne) [http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/normal\\_birth\\_consensus.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/normal_birth_consensus.pdf)
- Normal birth consensus*, traduction en français <http://cianewiki.naissance.asso.fr/NormalBirthConsensus>
- La participation du Ciane aux groupes de travail de la HAS <http://cianewiki.naissance.asso.fr/CIANeparticipation>

## Conflits d'intérêts

Aucun.

## Références

- 185
- 186 [1] Nizard J. Accoucher aux Pays-Bas : un must? J Gynecol Obstet  
187 Biol Reprod 2008;37:634–6.
- 188 [2] Garssen J, van der Meulen A. Perinatal mortality in the  
189 Netherlands. Backgrounds of a worsening international ranking.  
190 Demogr Res 2004;11:357–94.
- 191 [3] Anthony S, Amelink-Verburg MP, Jacobusse GW, Pal-de Bruin  
192 KM van der. De thuisbevalling in Nederland 1995-2002. Rapport-  
193 tage over de jaren 2001–2002. Stichting Perinatale Registratie  
194 Nederland (PRN)/TNO Kwaliteit van Leven. Rapport 2005. Bil-  
195 thoven: PRN.
- 196 [4] Visser GHA, Steegers EAP. Beter baren. Med Contact  
197 2008;63:96–9.

E. Phan<sup>a,1,\*</sup>  
M. Akrich<sup>b,1,2</sup>  
B. Bel<sup>c,1</sup>

<sup>a</sup> 103, rue de la Turmelière, 49530 Liré,

France Q1

<sup>b</sup> France

<sup>c</sup> Alliance francophone pour l'accouchement  
respecté, France

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : [emmanuelle.phan@naissance.asso.fr](mailto:emmanuelle.phan@naissance.asso.fr)

(E. Phan), [makrich2@free.fr](mailto:makrich2@free.fr) (M. Akrich),

[afar\\_contact@yahoo.fr](mailto:afar_contact@yahoo.fr) (B. Bel)

<sup>1</sup> Les trois auteurs sont membres du CA du collectif  
interassociatif autour de la naissance.

<sup>2</sup> Madeleine Akrich est auteur, avec Bernike Pasveer, de  
*Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques  
de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*, Paris: Le  
seuil, coll. « Les empêcheurs de penser en rond », 1996.  
(ISBN-13: 978-2908602746).