

CIANE - [Afficher](#) [Éditer](#) [Historique](#) [Joindre](#) [Imprimer](#) [Rétroliens](#) [Rechercher](#) [Logout](#)

Collectif interassociatif autour de la naissance

Vous êtes sur le site (public) du Ciane (l'ancien CianeWiki)

Blog Site (public) Espace privé



Le collectif
Nos positions
Nos actions
Nos dossiers
Nos débats

Contact

Au jour le jour

Agenda
Rétrospective

Pour les associations

Informations et formation
Dossier d'adhésion
Fiches, posters

Réservé aux membres

Intranet
Aide sur l'intranet

Toutes les pages...
Modifications récentes

Liens techniques

Bases d'édition
Toute la documentation
Bac à sable
Administration du site

[éditer ce menu](#)



[QueFaitLeCIANE](#)

[CianeWiki](#) → [CIANE](#) → [Interventions](#)

[\(Edit Section ↓\)](#)

Choisir sa maternité: quels critères, pour quel accouchement?

Mercredi 23 avril 2008

Source : <http://www.radiofrance.fr/franceinter/em/servicepublic/index.php?id=66884>

Archive : [suivre ce lien](#)

[\(Edit Section ↓\)](#)

Présentation de l'émission (sur site de France inter)

Emission présentée par Olivia Gesbert

Michel Naiditch médecin de santé publique, maître de conférence à l'Université Paris 7 + chercheur à l'IRDES (institut de recherche et documentation en économie de la santé)

Danielle Capgras-Baberon sage-femme, consultante et formatrice à l'entretien prénatal précoce et au travail en réseau

Aurélie Serry Membre du conseil d'administration du Ciane, Collectif interassociatif autour de la naissance (et du réseau périnatal 92 nord) le site du CIANE

Alfred Manéla Gynécologue-accoucheur. Ex chef du service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier de Beauvais, administrateur du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Le reportage

Les bluets, c'est une maternité à Paris, dans le douzième, qui voit chaque année environ naître 2600 bébés. L'ARH, pour limiter le déficit structurel de la maternité a demandé aux bluets de passer à 3000 naissances par an, dans un premier temps. Or, les bluets, c'est une maternité où on prend

son temps, avant, pendant et après l'accouchement. Avant : des cours de préparation à l'accouchement pour se familiariser avec ce qui va arriver (enveloppement, mise au monde, allaitement, douleur et émotions, kiné, chant prénataux)

Pendant, on prend son temps pendant l'accouchement et on retarde au maximum la médicalisation (les bluets ont un taux de césarienne très bas : 15%), après, le séjour moyen dure 4 jours, parfois plus si les femmes le souhaitent.

je me suis promené dans les couloirs de la maternité, j'ai vu un cours de préparation à l'accouchement, des mamans, des bébés, et une sage femme, qui s'appelle Virgine Gosset, et une puéricultrice, Christine Colin.

Thomas Chauvineau

(Edit Section ↓)

Transcription

(Edit Section ↓)

Introduction

La journaliste Vous attendez un enfant...l'heureux événement. Pour ses premiers jours, comment lui offrir ce qu'il y a de meilleur. Sécurité, chaleur humaine, confort, les mères n'ont pas qu'une priorité lorsqu'elles sont en passe d'accoucher. Mais peut-on avoir tout ça à la fois? Et comment choisir sa maternité, selon quels critères et pour quel accouchement?

Alors que de plus en plus de parents et de sage-femmes demandent moins de médicalisation et plus d'accompagnement, la question fait débat, ce matin, dans Service Public.

Extrait d'un reportage: L'idée c'est que je voudrais mettre au monde mon enfant, pas être accouchée. Or, là, dans les grands hôpitaux, on est accouchée. On arrive, on met les bras en croix, on attend que ça se passe, quoi.

journaliste Alors accoucher oui, mais où, que faut-il privilégier? 800 000 naissances en France, autant dire que cette question reste d'actualité.

(Edit Section ↓)

Présentation des invités

Danielle Capgras-Baberon, vous êtes sage-femme et vous avez longtemps travaillé dans le domaine hospitalier, aujourd'hui vous êtes installée en libéral en tant que consultante et formatrice. Vous formez à quoi?

D.Capgras-Baberon: je forme à l'entretien prénatal précoce et au travail en réseau

Journaliste: qu'est-ce que c'est, l'entretien prénatal précoce?

D.Capgras-Baberon: alors c'est un entretien qui vient d'être proposé dans le plan périnatalité 2005–2007, qui se doit d'être proposé à toute femme

enceinte. Ce qui est loin d'être le cas à l'heure actuelle, mais bon, il y a de plus en plus de femmes qui commencent à en bénéficier.

Journaliste: c'est en entretien qui a lieu au bout de 4 mois de grossesse?

D.Capgras-Baberon: il a lieu le plus tôt possible, moi je pense que puisqu'il doit être proposé par le professionnel qui déclare la grossesse, le moment idéal se situe dans le 4ème mois. Alors il s'est appelé entretien du 4ème mois, entretien prénatal précoce, entretien de début de grossesse, en fait il a de multiples noms.(2 min 19). C'est une rencontre avec une professionnelle ...

Journaliste: C'est la première rencontre. Alors c'est la première indication qu'on va donner aux auditeurs

D.Capgras-Baberon: C'est la première rencontre, pas forcément avec un professionnel, puisqu'il y a un professionnel qui a déjà...

Journaliste: Un gynécologue

D.Capgras-Baberon: Voilà, un gynécologue, ou un médecin généraliste, ou une sage-femme d'ailleurs. Mais par la suite il y a ce temps, qui doit durer au minimum 45 minutes, et où la patiente a la possibilité de s'exprimer sur ce qu'elle souhaite, ce qu'elle désire, ce qu'elle pense...

Journaliste: Alors première indication pour les auditeurs et auditrices de France Inter, donc cet entretien, essayez de le faire, c'est bien, c'est important, on va en reparler.

Journaliste:Aurélie Serry, membre du conseil d'administration du Ciane, le Ciane c'est le Collectif interassociatif autour de la naissance, c'est une association d'usagers qui regroupe des bénévoles et des professionnels aussi? enfin je veux dire, des parents, et aussi des professionnels de santé?

Aurélie Serry : Oui nous réfléchissons ensemble aux meilleures solutions, et aux solutions les plus diverses pour satisfaire tout le monde et... (la journaliste parle en même temps, j'entends: "dialogue entre les deux")

Journaliste: Michel Naiditch est médecin de santé public, maître de conférence à l'université paris 7, chercheur à l'IRDES institut de recherche et documentation en économie de la santé.

Avec nous aussi le docteur Alfred Manéla, comme ça tous les points de vue vont être représentés, vous êtes gynécologue accoucheur, administrateur du collège national des gynécologues et des obstétriciens français.

On va commencer avec vous Dr Naiditch, première question sur l'actualité. Est-ce qu'on peut dire que quelque chose est vraiment en train de bouger, en France, du côté des naissances?

Michel Naiditch: Effectivement, les choses bougent dans la mesure où aujourd'hui on est dans une situation assez délicate, d'une part on a fermé durant ces 15 dernières années un grand nombre de maternités, 1130 maternités en 1991, 590 aujourd'hui.

Journaliste: on a fermé pour regrouper

M. Naiditch: on a fermé pour regrouper ou on les a fermées, on les a associées avec d'autres effectivement. Deuxièmement, aujourd'hui, on a donc en même temps 800 000 naissances et effectivement en 1990 780 000 naissances et ensuite ça a baissé à 730 000 et c'est remonté en 8 ans à 805 000. Plus de naissances, moins de maternités, donc nécessité absolue de réorganiser le partage des tâches et la manière de s'organiser pour que la demande sociale des parents évolue, ils veulent la sécurité mais ils veulent plus d'accompagnement, pour qu'on puisse y répondre.

Journaliste: donc aujourd'hui, l'actualité, un plan de modernisation des établissements de santé, qui concerne aussi les maternités ou les services de maternité dans les hôpitaux, et également débat sur les maisons de naissance qui est loin d'être fermée. Dans quel sens va ce mouvement, vers un progrès ou vers un retour en arrière, vous avez déjà donné un petit peu le ton Michel Naiditch.

On va écouter le reportage de Thomas Chauvineau... histoire de se mettre dans l'ambiance.

Coup de coeur de notre reporter pour la maternité des Bluets, à Paris. 2600 bébés y naissent chaque année, même si l'agence régionale d'hospitalisation aimerait qu'il en naisse 3000, histoire de limiter un peu le déficit structurel de cette maternité. Mais aux bluets, on aime bien prendre son temps, le temps de donner aux parents, aux bébés, avant, pendant et après l'accouchement. La maternité est réputée pour sa méthode d'accouchement, sans douleur, et elle se bat aujourd'hui pour préserver ses choix, médicaux et sociaux, comme nous l'expliquent la sage-femme Virginie G. et la puéricultrice Christine C. (6'15)

[\(Edit Section ↓\)](#)

Reportage Maternité

(ceci n'est pas une transcription mais des notes prises au vol) Interview de deux sages femmes des Bluets. Période de suite de couches, dont on ne parle pas beaucoup. On voit des femmes forcées à sortir de la maternité après accouchement, ailleurs. Si on augmente le nombre d'accouchements aux Bluets, ils seront encore en déficit de toute façon, et auront du mal à garder les femmes en suite de couche plus de 3 jours.

Interview d'une femme: Suivi par SF qu'on croquera lors de l'accouchement. Suivi à partir du début du 7e mois. préparation de 1h30 et si elles durent 3h, elles durent 3h

“L'idée c'est que je voudrais mettre au monde mon enfant, pas être accouchée. Or, là, dans les grands hôpitaux, on est accouchée. On arrive, on met les bras en croix, on attend que ça se passe, quoi. Si on veut autre, à Paris, il n'y a pas tant le choix que ça. Et effectivement l'accouchement est gratuit, c'est un hôpital.”

Journaliste: le temps passé auprès des mères, cela n'est pas pris en compte? Réponse, Non le relationnel, l'écoute, les conseils, ce n'est notifié nulle part, donc ça ne compte pas.

A une sage-femme (apparemment) : pourquoi a-t-elle choisi les bluets? Pour le classement, car elle est bien classée. Ce serait dommage qu'il y ait un service en moins, parce qu'il faut faire de la rentabilité. Mais aujourd'hui elle a été rentable, c'est bon, elle a fait son chiffre, une césariennes, 3000 euros par césarienne. On privilégie des actes chirurgicaux par rapport à accouchement normal. Etablissement non rentable car pas assez d'accouchement, pas assez de césariennes. Il faut faire plus d'accouchements en diminuant le personnel. 20 postes à supprimer dans l'établissement (11'10)

(Edit Section ↓)

Reprise de la discussion

Journaliste: Michel Naitich, une rédaction, vous qui êtes spécialiste en économie de la santé, est-ce qu'une établissement, public qui plus est, peut être rentable, est-ce qu'il doit l'être? Ce mot est employé dans le reportage de Thomas C.

M. Naiditch: Une maternité publique peut certainement être rentable je pense si elle est bien gérée.

Maintenant, la question qui se pose, c'est le mode de tarification et de financement des hôpitaux par ce qu'on appelle la T2A, la tarification à l'activité.

Cette tarification à l'activité vise à augmenter la productivité des hôpitaux, donc plus vous faites d'accouchement plus vous gagnez de l'argent, et plus vous faites certains types d'accouchements et plus et ça a été dit dans le reportage, les césariennes ça rapporte plus que les accouchements normaux.

Je ne dis pas évidemment que les médecins vont se mettre à faire des césariennes quand c'est inutile, mais ce que je pense c'est qu'on n'a plus le temps nécessaire pour accompagner les femmes. Par exemple, un certain nombre de femmes, si elles étaient mieux accompagnées, on pourrait éviter un certain nombre de césariennes qui se font parce qu'elles sont mal préparées. Et ce temps est absolument fondamental. Donc je pense qu'on est dans une très grande difficulté pour les maternités qui veulent faire bien leur travail.

Journaliste: Dr Manela, c'est un constat que vous partagez, c'est ce que vous vivez, vous, sur le terrain?

A.Manéla: Quelle est la question exacte?

Journaliste: La question de cette pression de la tarification à l'acte, que vient d'évoquer M.Naiditch.

A.Manéla: J'ai géré un service qui était relativement important, parce que l'on faisait environs 2500 accouchements par an. Et il faut bien dire une chose, c'est que services de gynécologie obstétrique qui ont une certaine activité sont bien souvent adossés à un service de gynécologie. Donc il faut bien considérer l'ensemble des choses. Moi j'ai une attitude un petit peu plus nuancée de ce point de vue là. Je ne peux pas accepter d'entendre ou de laisser entendre que les professionnels ont plutôt l'oeil

fixé sur la calculette que sur le monitoring. Les décisions sont prises ... il est vrai qu'il y a en ce qui concerne les césariennes une forte tendance à l'augmentation, c'est considérable, ce sont des faits objectifs, sans aller dans

Journaliste: un accouchement sur 5 se fait par césarienne

A.Manéla: Voilà, la tendance c'est ça, actuellement en France, c'est 20%, ce que je ne croyais pas possible au début de mon activité, puisque j'ai été chef de service pendant une trentaine d'années, est arrivé. Parce qu'on regardait d'un oeil tout à fait narquois et ironique des chiffres américains, et nous y sommes. On n'a pas passé les 30% mais on est à 20%, on va certainement rester dans ces eaux là.

Journaliste: oui ce qui vous travaille aussi dans cette augmentation du nombre de césarienne, c'est que normalement une césarienne se fait aujourd'hui quand il y a des raisons médicales, mais de plus en plus de femmes demandent des césariennes, sans raison médicale particulière?

A.Manéla: Non, des femmes demandent effectivement des césariennes dans des circonstances particulières où on leur demande leur avis. IL s'agit de situations obstétricales. On va prendre l'exemple d'une présentation par le siège, qui a été diagnostiquée bien entendu...chez une primipare...

Journaliste: Là il y a une raison médicale. Ce n'est pas des césariennes d'agrément, dans ce cas là.

A.Manéla: Il peut y avoir des circonstances où on a tendance actuellement à faire des césariennes à tout le monde. IL y a une étude qui a été faite en France qui a bien expliqué qu'il y avait la possibilité d'envisager un accouchement par la siège chez une primipare, sans nuire à la sécurité. Cela a été dit. Le Collège a participé à cette étude. (explication du mot primipare).

Dans ces cas là, ce qu'on fait dans certains services (d'autres le font systématiquement parce que c'est une recommandation pratiquement pour tous les obstétriciens de césariser les primipares), on peut poser la question, et demande l'avis de la patiente, dans ces conditions là.

Les césariennes de convenance, je ne connais pas.

D.Capgras-Baberon: Je pense qu'on pourrait se poser la question du pourquoi de l'augmentation des césariennes en France à l'heure actuelle

Journaliste: Pourquoi, ça permet de pas travailler le WE, ... il y a quand même des raisons médicales

D.Capgras-Baberon: Non non, simplement, on restructure, on ferme les petites maternités, la France n'est pas peuplée que de Paris, Lyon, Marseille, il y a des zones rurales, où il y a de longues distances à parcourir, sans parler de la région de Clamecy parce qu'elle me tient chaud au coeur et que je suis présidente d'honneur du réseau de Clamecy, on va changer de région...

Journaliste: Vous pouvez peut-être explique ce qui se passe à Clamecy

D.Capgras-Baberon: Je pense qu'on en a suffisamment parlé

Journaliste: Clamecy c'est dans le Nièvre, déjà, et

D.Capgras-Baberon: la maternité vient de fermer le 31 mars, et c'est vrai, ça met des femmes à une heure et quart de route de toute structure. Bon. Vous voulez qu'on y revienne, on y revient.

Qu'est-ce qui va se passer? Les femmes vont être amenées à être prises en charge pour leur accouchement sur deux sites, qui sont l'un à 50 minutes de temps d'accès, l'autre à une heure et quart de temps d'accès. Par expérience, pour passer dans toute la France, et entendre ce que disent toutes les sages-femmes dans toute la France, ce qui se passe quand elles sont loin dans une maternité, elles viennent très très vite dès qu'elles ont le moindre problème. Elles viennent, et on les garde, parce qu'on n'ose pas les renvoyer à une heure et quart de route, et on met tout en oeuvre pour déclencher très très vite l'accouchement. Donc on intervient sur l'accouchement. On déclenche, on fait une péridurale, on médicalise l'accouchement.

Et il ne faut pas chercher pourquoi il y a un nombre si important de césarienne. On sait très bien et c'est reconnu, Michel Naiditch peut vous en parler au niveau international, dans tous les pays du Nord de l'Europe ils disent que moins on intervient sur une grossesse, plus on a de chances que l'accouchement se passe bien. Il faut respecter la physiologie de l'accouchement tant que ce peut. Sans être baba cool bien sûr.

Aurélié Serry : A propos de la tarification **T2A**, une des propositions du CIANE (interruption de la journaliste pour expliciter le sigle), c'est de donner une tarification aux dimensions non médicales de l'accouchement.

Càd que quand une femme accouche, que la SF vienne la soutenir, voir ce qui se passe, qu'elle communique, qu'elles réfléchissent ensemble et avec le papa au déroulement de l'accouchement, ce sont des choses très importantes pour les personnes et qui ne sont pas reconnues au niveau financier, il n'y a pas de tarif sur une SF qui va rester longtemps avec une maman, qui va s'en occuper. Ce n'est pas comptabilités.

Par contre, quelqu'un qui fait une épisiotomie, ou une perfusion, ou une péridurale, ce sont des choses qui sont tarifées. Donc là, l'accouchement devient rentable. Donc on en revient aux dimensions que quand on a le temps, ça coûte de l'argent, et pour l'accouchement, pour que cela se fasse dans de bonnes conditions les femmes aiment avoir le temps, et qu'on leur saute pas sur le ventre pour faire sortir le bébé parce qu'il y en a d'autres au portillon qui attendent leur place en salle de naissance, parce qu'il y en a plein dans le couloir, parce ce que ... après en suite de couches il y a trop de monde et pas assez de personnel, donc je pense que l'intérêt des familles c'est que les SF soient bien dans leurs baskets, qu'elles aient le temps.

Un des slogans phare c'est "une femme une sage-femme" pour que cela se fasse dans de bonnes conditions

Journaliste: un accompagnement personnalisé

Aurélié Serry: voilà, pour qu'on n'ait pas besoin d'accélérer les choses.

Journaliste: Sur la question de la fermeture des hôpitaux de proximité, des petites maternités, dans des régions jugées à faible densité, ce message de William qui dit qu'avant de parler de choix (on va quand même parler de choix des maternités), "ne pourrait-on pas parler de la disparition des maternités qui ne laisse plus aucun choix. La maternité de notre commune a fermé, il faut faire 70 km pour le prochain hôpital, dernièrement une femme a accouché dans l'ambulance". William nous écrit des Hautes-Pyrénées.

(19'58)

D.Capgras-Baberon: Mais attendez, Clamecy vient de fermer, et quelques jours après une femme est arrivée pour accoucher en pleine nuit aux urgences. Le médecin des urgences était complètement paniqué parce qu'il n'avait jamais vu de naissance, il s'est un peu sauvé à côté m'at-on dit, c'est l'infirmière qui était là qui a dû... (interruption de A.Manéla) attendez Monsieur Manéla, parce que c'est ce qui s'est passé. L'infirmière en pleurait encore pendant deux jours, tellement elle avait eu peur. Alors si c'est ça, avancer...

Journaliste: Dr Manéla, une réaction

A.Manéla: Oui, les histoires d'accouchement dans l'ambulance ou à la maison, tout le monde en connaît, même dans des régions où on n'a que dix minutes pour venir depuis la ville à l'hôpital, ça arrive. (intervention de la journaliste (?): on ne doit pas tendre vers ça pour autant). Il est certain (intervention de Aurélie Serry(?): faire des kilomètres en montage avec des contractions, c'est pas très agréable) que chez les multipares, il y aura toujours des accouchements dans des moyens motorisés, que ce soit à pied, à cheval, à voiture, en avion.

Journaliste: l'argument qui est quand même apporté, sur la question de la fermeture de ces hôpitaux de sécurité, c'est la sécurité, c'est le maître mot, l'Elysée d'ailleurs vous répond, Danièle Capgras-Baberon, en disant: "il ne s'agit pas de fermer des hôpitaux mais d'apporter des soins adaptés aux populations. C'est votre avis, Dr Manéla? C'est une question de sécurité qui est en jeu dans la fermeture des maternités qui réalise moins de 300 accouchements par an?"

A.Manéla: On est dans un processus, en ce qui concerne les structures de santé en France, qui est le suivant: que ce soit pour des actes mineurs, de moyenne importance, de moyenne intensité, ou plus importants, la tendance est de dire: moins vous faites d'activité, moins vous êtes compétents pour faire ce type d'activité.

Ca c'est vrai, je pense que tout le monde le dit, et c'est quelque chose qui est répété à la fois sur le plan national et dans les sociétés savantes. C'est à dire que on a tendance à considérer que lorsqu'on n'a pas la pratique d'un grand nombre de cas, pour une situation particulière, on est bien moins formé. En tant que médecin, personne ne peut contester le fait que l'on sait bien faire les choses que l'on sait faire d'habitude. Je ne porte pas de jugement là, je dis que la tendance c'est ça.

Et D'autre part, c'est la concentration des moyens. Il a été décidé sur le plan national de concentrer les moyens, de renforcer les plateaux techniques en supprimant les structures périphériques. Ca c'est une

tendance qui est nationale. Et c'est une tendance qui est lourde.

Journaliste: Alors si vous voulez bien, revenons à la question des critères, quand on a le choix, si on a le choix, comment choisir sa maternité.

23'15. Musique. Représentation rapide. 27'58.

Journaliste: Comment choisit on sa maternité aujourd'hui en France, je vais vous poser cette question à vous, d'abord, Aurélie. Par le bouche à oreille, par les conseils de son médecin référent, de son gynécologue, comment on fait?

Aurélie Serry : Il est déjà recommandé de s'y prendre le plus tôt possible. Y compris d'y réfléchir dans le cadre d'une consultation préconceptionnelle. Parce que (interruption de la journaliste: c'est comme les crèches) Voilà , exactement comme les crèches, parce que si on parle d'une femme... (interruption de D.Capgras-Baberon: ça c'est valable sur les grandes métropoles. Heureusement encore en zone rurale, mais ça risque de le devenir avec les fermetures, mais bon, on a quand même encore des possibilités). En ville, il y a plus d'offre de choix par contre en zone rurale les choix sont encore plus limités (D. Capgras-Baberon: Tout à fait). Ce qu'on aimerait c'est que les femmes puissent choisir, avec leurs compagnons, la maternité ou le mode de suivi et d'accouchement le plus proche...

Journaliste: On a justement ce témoignage de Marine, qui nous dit qu'à 4 mois 1/2 de grossesse, elle n'a toujours pas trouvé de maternité, et elle demande que faire. Elle dit, "j'ai commis la triple erreur de ne pas avoir prévu ma grossesse, d'avoir travaillé à l'étranger jusqu'à fin mars et d'avoir une gynécologue qui n'est pas obstétricienne. Depuis je me bats pour trouver une place mais tout est complet en Ile de France.

(voix que je n'identifie pas)

- Oui il faut se pencher très tôt sur le sujet
- C'est particulier l'Ile de France
- Sur les grandes métropoles, c'est effectivement un phénomène qui est commun, c'est moins vrai...

Journaliste: Alors quelle réponse pour cette future maman d'Ile de France?

non identifié : Ah, que lui proposer? Je pense que s'il n'y a pas de possibilité à Paris, il faut aller ailleurs...

Journaliste: Ou l'accouchement à domicile, ça peut être une solution?

Aurélie Serry : Oui mais faut trouver une sage-femme qui le fasse

Journaliste: on a peut être fermé un peu trop de maternités quand même

M. Naiditch: Evidemment qu'on en a fermé beaucoup trop, et puis le choix c'est pas simplement la maternité, c'est est-ce qu'à l'intérieur même de la maternité, on va lui offrir une diversité de possibilités, de suivi, d'accompagnement, de modalités d'accouchement, avec ou sans péridurale etc. C'est là où effectivement, la tarification, parce qu'elle induit de la productivité, risque de ne pas permettre cette diversification du choix

Journaliste: Alors quand même, je reviens sur ça et on passe à la suite, cette question du manque de choix ou niveau des locaux, on ne le vit pas qu'en Ile de France. Marie nous appelle de Corse. Marie, vous souhaitez témoigner sur cette question. Vous êtes une jeune maman, d'une petite Maréva de 7 mois. Vous avez accouché à domicile. Par choix ou un peu par obligation?

Marie: Beaucoup par obligation, parce que j'habite en Corse, il y a très peu de structures au niveau des maternités, sur la Corse du Sud il n'y a qu'Ajaccio et Porto Vecchio, moi j'habite à une heure et quart d'Ajaccio. Quand j'ai visité la maternité, la structure était très très médicale, et pas du tout adaptée, pour moi, pour mettre au monde un enfant, parce que je voulais que ce soit un événement joyeux et pas un événement triste comme le propose la maternité d'Ajaccio.

Journaliste: Donc vous avez choisi d'accoucher chez vous, comment ça s'est passé?

Marie: Très bien j'ai eu la chance d'avoir une sage-femme qui est venue de Paris, qui fait des accouchements à domicile, et qui est venue un mois et demi avant la naissance pour préparer l'accouchement avec moi et ma petite fille et mon compagnon.

Aurélié Serry : Vous avez eu de la chance, parce que rien qu'en région parisienne, trouver des SF pour faire des accouchements à domicile c'est très difficile, parce qu'il y en a peu.

Maris: J'ai eu la chance d'avoir une amie qui le pratique en fait, donc c'est ce qui a aidé.

Journaliste: Est-ce que les accouchements à domicile, c'est une pratique courante, en France? Dr Naiditch.

M. Naiditch: Non, les accouchements à domicile ne sont pas une pratique courante. C'est une pratique tolérée. Elle n'est pas interdite. Donc c'est une pratique qui se déroule sous un voile d'ignorance relatif.

Alors ce qu'on sait à peu près, c'est qu'il y a environs eu mille accouchements à domicile, d'après celles qui les pratiquent. Il y a une soixantaine de sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile, elles en pratiquent plus ou moins, dans différentes régions. Il y a des régions où il y en a plus que dans d'autres.

IL y a donc des accouchements à domicile volontaires, choisis par des femmes et accompagnées par des sages-femmes extrêmement compétentes, et en général les choses se passent extrêmement bien. Sauf que parfois, les femmes et les sages-femmes ont des difficultés à se faire admettre dans des établissements pour pouvoir y accoucher, éventuellement, quand c'est nécessaires. C'est assez rare.

Et puis il y a les accouchements contraints à domicile. C'est ceux dont parle Mr Manéla. Et qui sont terribles, parce que là ce sont souvent des femmes mal suivies, ou alors ce sont des grossesses niées par des adolescentes pour un certain nombre de raisons psychologiques ou de raisons sociales, et qui font que elles accouchent dans des conditions catastrophiques.

Et il ne faut surtout pas, et c'est ce qu'on peut reprocher aujourd'hui dans les débats autour de l'accouchement à domicile, il ne faut surtout pas confondre ces deux types d'accouchements. En les confondant, on porte un tort très important à la possibilité de réaliser des accouchements à domicile dans des conditions de sécurité absolue. Je rappelle qu'en Hollande, 30% des femmes accouchent à domicile, et qu'à priori ils n'ont pas de plus mauvais résultats que nous.

Journaliste: Danièle, vous qui êtes sage-femme, qu'est-ce que vous en pensez de l'accouchement à domicile, vous trouvez ça risqué? Si c'est bien préparé?

D.Capgras-Baberon: Je suis sage-femme avec une formation hospitalière et j'ai travaillé longtemps en hôpital. Je me suis trouvée un jour confrontée à un accouchement à domicile alors que je démarrais mon exercice en protection maternelle et infantile, dans une zone très reculée, une femme qui refusait d'aller à l'hôpital, mais vraiment refusait, elle ne voulait pas. Donc je suis restée, je me suis sentie le devoir de rester, ça a été la panique dans ma tête. Je ne l'ai jamais montré.

Mais j'étais tellement habituée à avoir autour de moi un potentiel, que le fait de ne plus rien avoir me déstabilisait terriblement. J'ai rien fait, elle a tout fait. Parce que c'était un choix pour elle. Ça a été à la fois une expérience très forte et moi, c'est un des plus beaux souvenirs de ma vie, mais je ne m'y reconfronterais pas (journaliste: vous ne l'avez jamais reconduite?) Non, je me suis sentie piégée, mais peu importe, ça c'est bien terminé.

M.Naiditch: C'est clair, l'accouchement à domicile, pour qu'il soit bien réalisé, c'est un choix des femmes, et c'est très très dur pour une femme en France, à qui on fait croire en permanence que toutes les grossesses sont à risques, qu'accoucher à domicile c'est mettre en péril son bébé etc..

C'est très difficile pour les femmes de déconstruire cette représentation de l'accouchement comme étant systématiquement à risque, donc ce sont des femmes qui sont particulièrement bien, je vais dire, cortiquées, qui sont bien dans leur tête.

Et puis ce sont des sages-femmes qui ont acquis cette compétence, un sens de la clinique, une connaissance des mécanismes physiologiques de l'accouchement remarquables. Et si c'est pas fait dans ces conditions, cela aboutit à des accouchements contraints.

A.Manéla: L'accouchement à domicile, faut regarder plus loin en arrière avant de regarder devant ou maintenant. L'accouchement à domicile était très pratiqué en France jusqu'aux années 60, pratiquement. Je me rappelle très bien avoir fait des remplacements de médecine générale, et d'avoir fait des accouchement à domicile dans des conditions qui n'étaient pas vraiment à recommander dans les manuels d'obstétrique.

On a évolué d'une façon complètement différente, et je pense que c'était un bien. Que l'on ait un débat, maintenant, sur l'accouchement à domicile, dans les situations actuelles de sécurité sur le plan hospitalier, c'est une bonne chose. Cela veut dire qu'on est arrivé à un certain niveau de sécurité. Par rapport à ce qui se passait auparavant, avec un taux de mortalité qui était considérable.

Journaliste: Dr Manéla, si on revient justement aux maternités, quelles sont les premières demandes à formuler par des parents, quand ils contactent pour la première fois une maternité? De quoi faut-il s'assurer avant de réserver sa place dans une maternité?

Aurélié Serry : Ce n'est pas dans ce sens là que ça marche. Les femmes, si elles ont une place dans une maternité, elles sonnent très humblement, déjà "est-ce que je peux avoir au téléphone quelqu'un", après "est-ce que je peux être inscrite". C'est plutôt dans ce sens là que ça marche. Une fois qu'elles sont admises, qu'elles peuvent être suivies dans une maternité, elles n'ont plus rien à dire, parce que de toute façon si elle ne sont plus d'accord avec ce qui leur est proposé, elles n'ont pas d'offre alternative, donc, il faut se plier au régime proposé (journaliste: c'est un non choix, aujourd'hui).

C'est plus un non choix, en fait les personnes qui ont vraiment le choix sont celles qui ont fait un entretien pré-conceptionnel, ou qui sont très prévoyantes, par exemple des mamans qui regardent sur internet, des forums, pour voir ce qu'on dit de telle ou telle maternité (entends-je un grognement dans le fond?), des mamans pratiquement informées qui se renseignent sur le taux de césariennes, d'épisiotomies, et qui choisissent en éliminant un certain nombre de maternités. Et je pense que ça c'est une très bonne idée.

Et que en tant qu'usagers, on attend une certaine lisibilité, parce que quand en pratique on fait des préparations à la naissance à partir du 7ème mois en leur disant "on va vous faire visiter les locaux", souvent il y a des femmes qui découvrent: ah bon, on va être obligée d'accoucher sur le dos dans le fauteuil? Ou pourra pas se lever? Donc du coup, c'est trop tard pour changer.

Journaliste: D'après vous les mamans, les parents, ne sont pas assez informés de ce qui se fait, aujourd'hui?

Aurélié Serry : Ce qui n'est pas assez encouragé c'est en fait l'idée de projet de naissance, qui est une approche responsabilisante et concertée .. par rapport aux parents, en fait, ce sont des femmes qui vont dire que pour elles, ce qui est important, c'est qu'on n'accélère pas par des perfusions, par des hormones, le déroulement de l'accouchement; ou qu'il n'y ait pas 15 personnes dans la salle quand elles accouchent, qui rentrent et qui frappent et qui.. des choses qui sont personnelles à chaque femme, à chaque famille.

A.Manéla: Faut dire quand même une chose, c'est que vous parliez tout à l'heure d'internet, il y a quand même des éléments qui sont intervenus depuis, parce qu'il y a des sites qui existent sur la toile où on peut se renseigner sur les maternités.

Journaliste: Ca sert à quoi de se renseigner si vous dites qu'on font on n'a pas le choix?

A.Manéla : Il y a des situations particulières dans certaines métropoles, il y a aussi des gens qui ont le choix, il y a beaucoup de femmes qui ont le choix entre différentes structures du privé, structures du public. Il y a 830 000 accouchements..

Journaliste: Quelle est la différence fondamentale entre le privé et le public?

(39'00

A.Manéla: Entre le privé et le public? C'est qu'il y a des structures...ben c'est une émission de service public, ici, il me semble? (oui mais la journaliste voudrait comprendre la différence) Le service public, ce sont les hôpitaux en fait, le service public, dans lesquels d'ailleurs il peut y avoir également un service privé, pour certains praticiens (D.Capgras-Baberon: ça c'est réellement un problème) Non j'explique simplement, je parle sur le plan objectif, jque les auditeurs comprennent bien le fonctionnement.

Vous avez le service public, les service gynéco obstétrique qui sont gérés par les médecins, dans lesquels se trouvent des équipes de sages-femmes; il peut y avoir là aussi une activité libérale pour les praticiens du service public, pour faire certains actes. Et ensuite vous avez le secteur libéral, ce sont les cliniques, les cliniques d'accouchement.

Journaliste: J'ai peut être mal formulé la question. Quelle différence, au final, quel impact pour les parents, les femmes qui vont accoucher, entre du privé et du public.

M. Naiditch : Il y a souvent un impact financier. Ce qu'a dit une des femmes que vous avez interviewée sur les Bluets, c'était: c'est un hôpital public ici, c'est gratuit.

Et ça s'est un élément tout à fait dramatique, et qui ne touche pas que l'obstétrique, c'est clair, mais qui touche l'ensemble du secteur privé. C'est ce qu'on appelle nous, les économistes, le reste à charge. C'est à dire ce que les gens doivent payer et qui n'est pas remboursé par la Sécurité sociale et/ou très partiellement par les mutuelles.

C'est à dire des dépassements d'honoraires, qui sont évidemment bcp plus fréquents, - qui n'existent pas sauf dans le secteur privé dans l'hôpital public, qui est très restreint - , et qui existent largement dans les cliniques privées. Donc là il y a une inégalité évidente, là, pas le choix, parce que si bien sûr vous avez une structure privée mais que par ailleurs vous savez que ça va vous coûter 300, 400, 500 euros, en plus, alors vous n'y allez pas.

Journaliste: Alors, Perrine a-t-elle eu le choix? Perrine nous appelle de Crémieu(?).

Perrine: Oui, je suis en région lyonnaise, donc j'avais le choix entre plusieurs structures, et du coup j'ai choisi la maternité où j'ai accouché de mon premier enfant, jsutement, en fonctin de mes désirats qui étaient de faire au plus naturel qui soit. Càd que si j'avais besoin d'une péridurale, on me la posait, si j'avais pas mal on ne me le posait pas .Lorsque je suis arrivée à la clinique, la SF m'a très fortement incitée à poser la péridurale, au point que je me suis dit que j'allais le faire, parce que si au bout d'un moment finalement j'ai mal et qu'elle me dit 'je vous l'avais bien dit' ça va pas très bien se passer.

Journaliste: Vous avez regretté ce choix?

Perrine: Oui très fortement. Enfin si vous voulez, après coup, je me disais, je suis en bonne santé, mon enfant aussi, j'aurai d'autres enfants, donc voilà. Au moment de la grossesse de mon 2ème enfant je suis retournée dans la même clinique, et j'ai quand même expliqué à la gynécologue que j'avais des regrets et une certaine tristesse sur mon premier accouchement, qui étaient cette péridurale, et aussi un accompagnement complètement débile sur l'allaitement, qui a fait que ça n'a pas fonctionné pour mon premier enfant. Et là la gynécologue m'a prise un petit peu de haut, comme si j'étais une sorte de hippie sur le tard, en disant oh mais, on fait tout un plat de l'allaitement, et la péridurale..., Je ne me suis pas sentie écoutée.

Journaliste: Vous avez le sentiment, en fait d'un manque de dialogue entre les professionnels et vous, ceux qu'on appelle les usagers. Vous vous êtes sentie suffisamment informée, ou pas?

Perrine: Oui informée je l'étais, car je suis moi-même professionnelle de santé, donc la formation n'était pas un problème, mais le fait d'être écoutée en tant que patient, ça c'en était un.

Du coup j'ai radicalisé ma position, je suis rentrée à la maison, j'ai dit à mon mari "j'accouche à domicile". Là il a eu très peur parce que conformément à ce que vous disiez, l'accouchement à domicile en France fait très peur.

J'ai contacté une sage-femme qui exerce à côté de mon domicile. Cette SF exerce à la fois à domicile, et à la fois ce qu'on appelle "sur plateau technique". C

ad qu'elle peut faire votre suivi de grossesse, ce qui est beaucoup moins onéreux que la clinique avec le dépassement d'honoraires. Elle a fait tous mes examens que normalement la gynéco fait à partir du 7ème mois. La gynéco en a fait un. Elle m'a suivie. Elle a fait la préparation à l'accouchement.

Le jour de l'accouchement, j'ai perdu les eaux, elle est venue à la maison. Un moment elle m'a dit là, on peut aller à la clinique. On y est allés ensemble. J'ai accouché là bas, dans l'eau, avec mon mari.

Mon mari qui n'avait pas compris quelle était ma tristesse par rapport à mon premier accouchement (journaliste: il a compris votre plaisir, votre bonheur sur le moment) il l'a partagé. Il m'a dit "je ne pensais pas que ça pouvait se passer aussi bien".

Et cette histoire, le fait que les sages-femmes puissent faire des accouchements sur plateau technique, çàd qu'on n'est pas dans l'accouchement à domicile, qui fait peur à un certain nombre de gens, mais on est dans l'accompagnement tout à fait personnalisé, ça je trouve que ce serait bien que ce soit d'avantage su et connu.

Journaliste: on le voit, on peut lier le médical et l'humain. Souvent, c'est vrai qu'on oppose les deux, médicalisation, accompagnement personnalisé.

Ce témoignage également d'Isabelle, qui nous appelle du Calvados pour nous dire qu'elle est sage-femme et qu'il est vrai que depuis quelques

années, les accouchements sont très médicalisés et qu'on le leur reproche, aux sages femmes, mais que c'était quand même suite, au départ, à la demande des parents qui voulaient un risque zéro.

J'ajouterais il y a quand même eu une diminution de la mortalité des enfants, est-ce que pour vous il faut toujours opposer les deux, docteur Manéla, ou est-ce que c'est conciliable?

A.Manéla: Je ne pense pas, franchement je ne pense pas (journaliste: au moins c'est clair, merci).

Je vais vous dire que les effets de la politique nationale en ce qui concerne la concentration des moyens, c'est qu'on fait maintenant de très grosses équipes, dans les services. On est arrivé un moment, parce que j'ai pu le pratiquer, où on peut véritablement organiser l'accueil, l'écoute des femmes, à l'intérieur (D.Capgras-Baberon: c'est pas partout).

C'est une possibilité parce que grâce au fait que nous sommes des équipes maintenant importantes, sur le plan médical, au niveau des sages-femmes. On peut organiser quelque chose en direction des femmes.

Par exemple l'examen du 4ème mois (voix féminine: l'entretien, l'entretien), ... l'entretien du 4ème mois, la préparation à l'accouchement qui est très importante; troisièmement, la possibilité pour les sages-femmes de se déterminer dans des modes d'accompagnement qui sont différenciés des unes par rapport aux autres.

Tout cela est possible dans des grandes équipes, et c'est ce qu'on essaie de promouvoir dans certains endroits, je ne dis pas partout, mais dans certains endroits.

(46'00) **Aurélie Serry** : IL y a quand même un problème pour les femmes qui s'aperçoivent, souvent de manière très ingénue au départ de la grossesse, qu'elles ne pourront vraisemblablement pas être accouchée par la sage-femme qui les a suivies, ou par la personne qui les a suivies. (journaliste(?)) : il y a des rotations) Donc si on paye un gynécologue, on pourra éventuellement être suivie par lui à l'accouchement, mais si on ne paye pas, c'est très rare d'avoir une sage-femme qui vous accouche et qu'on connaît en accompagnement global, par exemple. Et ça c'est une dimension qui est très importante pour de nombreuses femmes.

Journaliste: Témoignage de Sophie, qui dit qu'au moment d'accoucher les femmes font juste ce qu'elles peuvent et qu'elle a toujours eu une peur panique de l'accouchement, au fond qu'elle était contente d'avoir une césarienne.

Témoignage également de Eve, qui nous écrit de Lyon, pour elle les critères principaux sont le respect de la position d'accouchement, des déplacements, de la péridurale, une lumière douce et une ambiance sereine, une sage-femme disponible.

(46'45 - 49'05 : musique.

Journaliste: Il nous reste quelques minutes. Aurélie Serry, est-ce qu'il existe des classements de maternité, comment s'y retrouver? J'ai entendu

parler du label Ami des bébés, notamment. On on peut aussi contacter des réseaux de périnatalité. Vous en faites partie. Pour s'informer?

Aurélié Serry : Oui en fait, plus les mamans auront des idées sur ce qu'elles veulent faire personnellement et ce qu'elles veulent vivre, plus elles en feront part aux professionnels de santé des différentes maternités, avec des courriers, échanger. Parce que les personnes des réseaux périnatalité sont des personnes formidables, qui ne demandent qu'à entendre les demandes, et les mamans sont parfois timides, ne parlent qu'entre elles de ce qu'elles ont mal vécu.

Donc si j'ai un messages à faire passer, ce serait: communiquez avec les professionnels de santé. Parce qu'on s'aperçoit qu'avec l'entrée de usagers dans les réseaux, la communication petit à petit se fait, et le climat s'améliore, et je pense qu'il y a vraiment un gros espoir vis à vis de ça; faites part de vos besoins, de vos envies, et cela améliorera le système.

D.Capgras-Baberon: Pour les mamans, je pense que ce qu'il y a à leur dire, et à leur proposer, c'est de s'orienter vers l'entretien prénatal précoce, parce que là elles auront la possibilité de voir ce qui peut exister autour d'elles, comment elles peuvent naviguer entre les différents professionnels, les différentes possibilités de prise en charge, pour la préparation à la naissance etc. Dans cet entretien, l'objectif c'est de les rendre actrices, de les rendre en capacité de négocier avec les professionnels ce qu'elles souhaitent, sans que ce soit quelque chose d'extraordinaire...

Journaliste: Vous insistez tous sur le triptyque, avant, pendant, après. On n'a pas beaucoup parlé du après mais c'est aussi fondamental ce qui se passe après l'accouchement?

D.Capgras-Baberon: Cela se prépare dès "avant". Si la femme souhaite une sortie précoce de maternité, il faut que ce soit pensé dès l'entretien prénatal précoce. Il faut que ce soit organisé avec l'ensemble des professionnels. Moi je milite, et pour cet entretien, et pour le travail en réseau, pour qu'on travaille tous ensemble, qu'on apprenne à se connaître, à se faire confiance.

Journaliste: Dr Naiditch, un mot de conclusion? On a évoqué la question des projets des maisons de naissance. Ce sont des structures gérées par des sages-femmes, moins médicalisées qu'une maternité classique, avec une prise en charge plus personnalisée. Est-ce qu'elles auront la chance de voir le jour?

M. Naiditch: Elles auront une chance de voir le jour si, en gros, les obstétriciens, qui aujourd'hui s'y opposent absolument farouchement, sauf quelques uns, dont mon interlocuteur dans cet émission, le veulent bien. Parce que c'est quand même eux finalement qui déterminent la position des pouvoirs publics dans cette question. Mais il faudrait pour cela beaucoup plus de sages-femmes. Un chiffre: 32 000 sages femmes en Angleterre, 2500 gynécologues obstétriciens ; chez nous, 6000 gynécologues obstétriciens, 15 000 sages-femmes. Rapport 4 à 1. Donc si on veut que les maisons de naissance fonctionnent, ce sont des lieux pour des sages-femmes, profession autonome qui devrait être beaucoup plus libre de pouvoir faire son métier, et son métier c'est de suivre des

grossesses physiologiques, et les maisons de naissance c'est pour des grossesses physiologiques; elles doivent travailler en accord avec les maternités pour les quelques cas où il faudra que l'accouchement se termine à l'hôpital, mais c'est ça qui est fondamental.

Journaliste: (...) On finit avec ce mot d'Olivia, qui nous appelle de Saint Paul, "un critère important est d'être écoutée et respectée dans mes choix de positionnement et dans le choix des personnes qui m'entourent, il faut faire confiance à la femme, la laisser vivre cet événement". Pour elle, c'est vraiment important.

fin de l'émission



- [Contact](#)
- [Charte de ce site](#)
- [Ciane](#)

Modif. 27 février 2009 à 17h32



Ce site respecte les principes de la [CharteHONcode](#).

Vérifiez ici.

We comply with the [HONcode standard for trustworthy health information: verify here.](#)