

Manuscrit auteur, 2010

Article publié dans Spirale (n° 54), p. 149 à 158

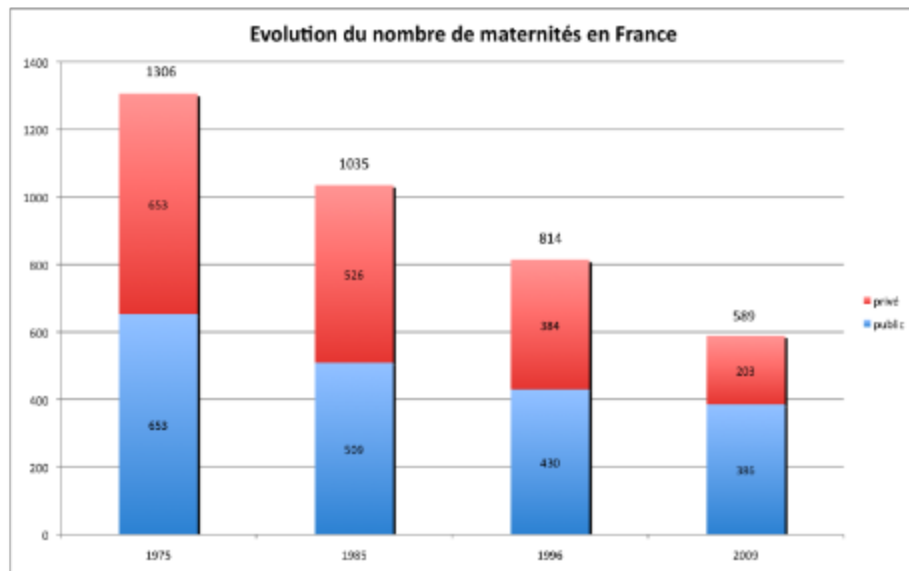
Les lieux de naissance en France : quel choix pour les usagers ?

Madeleine Akrich, Françoise Bardes, Emmanuelle Phan

Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

La question du lieu de naissance est aujourd'hui l'une des questions centrales autour desquelles s'organise l'action du CIANE. Il ne s'agit évidemment pas seulement d'un problème de localisation géographique : sont en jeu bien d'autres choses et notamment la question de savoir à qui il appartient de prendre des décisions concernant l'organisation et le déroulement de l'accouchement.

Rappelons tout d'abord qu'en 50 ans, la France a connu des bouleversements radicaux : alors qu'après guerre, plus de la moitié des accouchements avaient lieu à domicile, dans les années 60, ils se sont massivement reportés sur des structures extérieures. L'évolution ne s'arrête cependant pas là ; ces structures de soin se sont elles-mêmes progressivement transformées : les « cliniques de sages-femmes », établissements entièrement gérés par cette profession, ont rapidement disparu à partir des décrets Dienesch de 1972, à quelques exceptions près, notamment celle de Madame de Béarn, laquelle a résisté plus de vingt ans à la fermeture de sa « maison de naissance » à Sarlat. Le nombre de maternités n'a cessé de diminuer, comme on le voit sur le graphique présenté ci-dessous. Conjuguée à une augmentation du nombre des naissances de 10% sur la période considérée, cette évolution implique que les femmes accouchent aujourd'hui dans des établissements dont l'activité est beaucoup plus importante qu'il y a trente ans. Alors qu'en 1996, près de 60% des maternités accueillait de 300 à 1000 accouchements, ces maternités de taille modeste ne représentent plus que 40% des établissements dix ans plus tard ; à l'inverse, en 1996 seules un peu plus de 10% des maternités accueillait plus de 1500 accouchements par an, contre environ 35% en 2006.



source DRESS

Les maternités ne sont pas seulement plus grosses, mais elles sont aussi plus équipées. A partir de la fin des années 90, la disponibilité permanente de matériel et de personnel spécialisé (obstétricien, anesthésiste-réanimateur, pédiatre, néonatalogiste) a été considérée par les experts et les autorités comme la meilleure garantie de sécurité que l'on puisse apporter, sans pour autant que ce parti-pris soit validé de manière univoque par la littérature scientifique. Les maternités ont été classées par « niveaux », correspondant à leur capacité à prendre en charge des nouveaux-nés présentant des pathologies plus ou moins graves[1]. Là encore, on observe un glissement important : alors qu'en 1996, près de la moitié des femmes accouchaient dans des maternités de niveau 1, adaptées aux accouchements et nouveaux-nés sans pathologie importante, elles ne sont plus qu'un tiers en 2006. Les deux mouvements, concentration et technicisation, sont d'ailleurs liés, puisque les maternités les plus équipées sont aussi celles dans lesquels le nombre d'accouchements est le plus élevé.

Enfin, on observe plus récemment une diminution de la part relative des établissements privés dont le nombre diminue et qui n'assurent plus qu'environ 30% des accouchements contre 50% il n'y a pas si longtemps.

En bref, il semble que l'on assiste à un mouvement d'homogénéisation des lieux dans lesquels les femmes peuvent aujourd'hui donner naissance, toujours plus gros, plus équipés et appartenant de plus en plus au secteur public.

Les conditions du choix

Au delà de ces constats fondés sur des données objectives mais limitées, que peut-on dire des choix qui s'offrent effectivement aux parents ?

Si l'on s'en tient pour le moment aux maternités, il est clair que la notion de choix est toute relative pour les personnes qui ne vivent pas à proximité d'une agglomération importante ou entre deux agglomérations qui disposeraient chacune d'une maternité. Compte tenu du mouvement toujours actif de fermeture des petites maternités, cette population pour laquelle le choix d'un établissement reste un concept théorique ne peut que s'accroître[2]. Situation de non-choix à laquelle, curieusement, les parents peuvent être aussi exposés dans certaines grandes agglomérations : on y observe une saturation des établissements dans lesquels il faut se précipiter dès les premiers jours de la grossesse pour avoir une chance d'y être accepté.

Supposons cependant que les conditions soient réunies pour qu'un choix soit possible. La différence entre secteur privé et secteur public est sans doute la plus simple à appréhender : dans le premier, le suivi de la grossesse est assuré par l'obstétricien que choisit la femme ; l'accouchement est surveillé par les sages-femmes de l'établissement qui appellent l'obstétricien pour la fin d'accouchement ou en cas de difficultés. Dans le secteur public, le suivi de la grossesse est effectué, au moins à partir d'un certain stade de la grossesse, par des médecins ou des sages-femmes de l'hôpital – ce n'est pas nécessairement le même intervenant à chaque visite – et l'accouchement est suivi par une sage-femme de garde qui ne fait appel à un obstétricien qu'en cas de difficulté.

D'autres critères propres à chaque femme, chaque couple, peuvent entrer en ligne de compte : un suivi à proximité du domicile ou du lieu de travail, l'accouchement au plus près de chez soi ou de sa famille, le fait de connaître tel médecin ou telle sage-femme... Cependant, nous nous concentrerons sur un ensemble de critères qui se trouvent au cœur de ce que les associations réunies au sein du CIANE considèrent comme crucial, à savoir la capacité à agir sur les conditions médicales, d'environnement et d'accompagnement de son accouchement.

En première instance, on note que l'information officielle disponible qui permettrait d'éclairer les parents est plutôt lacunaire : les bases de données « platines » et « SAE »[3] du ministère de la santé permettent de connaître le nombre de césariennes et le nombre de péridurales effectuées dans chaque établissement, mais rien n'est fait pour faciliter l'accès du grand public. Ces informations sont reprises par des hebdomadaires comme le *Point* ou le *Nouvel Observateur* dans leurs grandes enquêtes sur les établissements de santé et dans les mensuels spécifiquement consacrés à la grossesse. *Famili* a implanté sur son site un « guide des maternités » qui juxtapose les données officielles avec une évaluation par les femmes selon 7 critères[4] accompagnée de commentaires si elles le souhaitent : le nombre d'évaluations par établissement, généralement inférieur à la dizaine, reste encore trop faible pour permettre de construire une appréciation fiable, même si les commentaires, à l'instar des discussions nombreuses sur les forums, permettent d'avoir accès à des expériences vécues qui peuvent être pleines d'enseignement. Sur un problème plus circonscrit, la césarienne, l'association *Cesarine* a mis en place un questionnaire en ligne qui, rempli par les femmes, permet de constituer une base de données,

consultable très simplement : s'y trouvent ainsi collectées, maternité par maternité, des informations sur les circonstances de la césarienne, les conditions dans lesquelles elle a été réalisée et la manière dont elle a été vécue[5]

La diversité des appréciations portées par les femmes dans l'enquête *Famili*, parfois extrême, révèle un problème récurrent dans beaucoup de maternités : au delà de l'existence de protocoles plus ou moins rigides qui orientent l'action des professionnels, le déroulement d'un accouchement dépend beaucoup de la personnalité et du bon vouloir de la sage-femme de garde que, dans la plupart des cas, la femme rencontre pour la première fois lors de son accouchement. L'écart entre ce qui a été présenté dans les cours de préparation et la réalité vécue est souvent considérable, ce qui est une source de frustration, voire de ressentiment.

Enfin, notamment lors d'une première grossesse, les femmes peuvent ne pas avoir d'emblée une idée bien précise de ce qui sera important pour elles le jour J : sensibles au discours public qui met l'accent sur la supposée sécurité apportée par la technologie, elles s'en remettent aux professionnels et découvrent seulement a posteriori les conséquences de cette attitude, conséquences qu'elles jugent parfois désastreuses sur leur expérience.

L'entretien du quatrième mois, instauré en 2006, est supposé permettre, au travers d'échanges entre la sage-femme et la femme ou le couple, la maturation d'un projet de naissance : en principe, on devrait donc éviter les conséquences d'une délégation trop importante des choix aux professionnels et limiter l'arbitraire lié à la personnalité des professionnels présents le jour de l'accouchement. En pratique, les témoignages de terrain que le CIANE recueille amènent à douter fortement de l'utilisation qui est faite actuellement des possibilités ouvertes par cet entretien.

Quels choix possibles ?

Au delà de la question des outils disponibles qui permettent de faire un choix, quelles sont les options aujourd'hui envisageables ? Signalons que, comparées à un certain nombre de nos voisins européens, ces options sont singulièrement resserrées autour des établissements hospitaliers.

Accoucher à domicile en France relève du parcours du combattant, alors que l'on assiste en Grande-Bretagne notamment à une croissance des accouchements à domicile (AAD), croissance encouragée par les pouvoirs publics au vu des données disponibles qui montrent que, bien encadré, il est aussi sûr qu'un accouchement à l'hôpital et présente même un certain nombre d'avantages. Le nombre de sages-femmes accompagnant des AAD en France est très faible : le refus des assureurs de contracter avec elles, l'inadéquation de la formation qu'elles reçoivent, très centrée sur l'hôpital et les technologies, les difficultés qu'elles rencontrent à établir un partenariat avec une maternité qui puisse accueillir la femme en cas de problème, voilà quelques-uns des éléments qui, en dehors de la question de la rémunération et de la disponibilité qu'une telle pratique exige, permettent de comprendre leur faible engagement dans cette voie. Les femmes ayant choisi l'AAD témoignent d'une très

grande hostilité à leur égard de la part du milieu médical en général : certaines se voient rejetées par les maternités dans lesquelles elles essaient d'avoir un dossier pour parer à l'éventualité d'un transfert ; d'autres subissent un véritable harcèlement psychologique et physique de la part de professionnels qu'elles sont amenées à rencontrer. Bref, le contexte français dans son ensemble rejette l'AAD dans la marginalité.

Accoucher en plateau technique – c'est-à-dire dans un établissement hospitalier – avec l'accompagnement exclusif d'une sage-femme libérale qui a suivi l'intégralité de la grossesse est une autre possibilité théoriquement ouverte mais, dans les faits, très peu pratiquée, souvent en raison du refus des maternités de s'ouvrir à des personnels libéraux.

Accoucher en maison de naissance, comme cela se fait dans de nombreux pays, est totalement exclus. Après douze ans de discussions stériles, il semble que l'on soit parvenu, fin février 2010, à un ajournement sine die du projet d'expérimentation qui aurait pu permettre l'émergence de tels établissements en France. Rappelons qu'une maison de naissance est placée sous l'entière responsabilité des sages-femmes : le lieu, aménagé de manière conviviale comme un « hôtel » pour accoucher, accueille des femmes (avec leurs compagnons) qui ont été suivies intégralement par une sage-femme ou un petit groupe de sages-femmes et dont l'accouchement se présente sans difficulté particulière ; les parents regagnent le domicile dans les heures qui suivent l'accouchement, lui-même accompagné de la manière la moins intrusive possible. Non seulement le développement de telles structures est entravé par l'obsession sécuritaire de certains professionnels et membres de l'administration, mais la CNAMTS pratique un ostracisme scandaleux à l'égard de femmes qui, habitant en zone frontalière, décident d'accoucher dans des maisons de naissance à l'étranger, en Allemagne notamment : en effet, elle refuse de rembourser les frais encourus, alors même que le coût est deux à trois fois inférieur à celui d'un accouchement pratiqué dans une maternité française.^[6]

Dans les maternités, on assiste ces dernières années à quelques tentatives de diversification de l'offre, après une longue période pendant laquelle l'accouchement avait tendu à être strictement « encadré » : position couchée, immobilisation forcée, monitoring en continu, travail dirigé, épisiotomie quasi-systématique, péridurale de plus en plus fréquente, déclenchement en augmentation etc. En particulier sous la pression des usagers, des questions ont été posées de manière insistante sur la faible pertinence de ces pratiques au regard des données scientifiques disponibles et sur leurs effets potentiellement délétères pour la femme, l'enfant, la famille en voie de constitution. Comme nous l'avons souligné, l'absence de données fiables, systématiques et précises sur les pratiques empêche de saisir l'ampleur de cette évolution, qui reste probablement limitée. Il n'en reste pas moins que l'énoncé du lieu « maternité » ne suffit plus tout à fait à caractériser des pratiques.

A Lons-le-Saulnier ou Villeneuve-Saint-Georges, par exemple, l'ensemble des pratiques ont été repensées collectivement, par tous les personnels impliqués, de la sage-femme à l'auxiliaire de puériculture. Il y a eu une volonté forte de remettre la femme, le couple et le nouveau-né au cœur du dispositif, et de privilégier des approches les plus

respectueuses possibles d'un déroulement « naturel » de l'accouchement et des désirs des parents.

Dans d'autres endroits, on assiste au développement de « pôles physiologiques » à l'intérieur de la maternité, pôles qui consistent généralement en salles de naissance moins médicalisées, destinées à accueillir des femmes qui souhaitent un accouchement plus naturel, sans travail dirigé, monitoring systématique ou péridurale.

Enfin, certains hôpitaux (Pontoise, maternité des Bluets) essaient de développer des structures qui s'apparenteraient à des maisons de naissance, c'est-à-dire qui, à la différence des pôles physiologiques, proposent un suivi global intégrant la grossesse et l'accouchement. Ces structures sont cependant incluses à l'intérieur des maternités, et, faute d'un encadrement juridique adéquat, sont contraintes de réaliser les accouchements dans les salles de naissance de la maternité.

L'action du CIANE

Depuis sa création en 2003, le CIANE milite pour l'amélioration des conditions de la naissance et la prise en compte des exigences des parents. Son action qui s'est déployée sur de nombreux aspects « techniques » de la naissance, comme l'épisiotomie ou le déclenchement et s'est appuyée sur une lecture rigoureuse de la littérature médicale, a contribué à défaire l'idée que les pratiques observées en France obéiraient à une stricte rationalité médicale : du même coup, l'idée de l'hôpital comme seul lieu approprié pour la naissance s'en est trouvée remise en cause. Relayée par d'autres organismes, notamment par la Haute Autorité de Santé, cette action a permis de renforcer la légitimité des revendications des parents qui veulent reconquérir une part de maîtrise sur les décisions concernant la naissance de leur enfant.

En effet, au delà des remontées que le CIANE peut avoir de la part de ses associations membres sur les aspirations des futurs parents, un certain nombre d'indices confirment une évolution de ce point de vue. Il n'est plus rare que les médias, presse mais aussi télévision, se fassent l'écho d'alternatives au tout hôpital : ainsi l'accouchement à domicile, il n'y a pas si longtemps diabolisé, fait parler de lui comme d'une option envisageable et même raisonnable, y compris dans des publications grand public. Par ailleurs, les forums internet témoignent des nouvelles questions que se posent les parents : sur *Doctissimo* par exemple, on trouve plus de 40000 messages sur le sous-forum « accouchement à domicile », 24000 dans celui sur « accouchement naturel », à comparer par exemple à 75000 messages sur le sous-forum « césarienne ». Un manifeste en faveur de l'accouchement à domicile^[7] lancé à l'automne 2008 a en quelques semaines été signé par des centaines de femmes totalisant par le simple bouche à oreille de l'ordre de 3700 soutiens. Bref, un vent de contestation souffle sur le monde de la naissance, comme il souffle d'ailleurs sur le monde de la santé en général : l'indépendance des usagers vis à vis des messages assésés lors de la campagne en faveur de la vaccination contre la grippe A en est un exemple parmi d'autres.

Fort de ce mouvement de fond, le CIANE est plus que jamais en faveur d'une ouverture

des lieux d'accouchement proposés aux parents et d'une transformation du lieu « hôpital ». Trois grands axes nous paraissent devoir être privilégiés qui visent :

- l'information et la transparence
- le développement de lieux de naissance différents de l'hôpital.
- l'amélioration des pratiques en milieu « hospitalier »

Nous avons déjà insisté sur la difficulté d'accéder à une information un peu riche sur les pratiques des établissements hospitaliers : cela nous paraît une priorité aujourd'hui. L'idéal serait de pouvoir suivre la piste ouverte par l'association *Cesarine* ou le magazine *Famili*, à savoir un mixage intelligent entre des données factuelles collectées sur une base analogue pour l'ensemble des maternités avec une évaluation faite par les femmes, les parents : Internet ouvre aujourd'hui des possibilités extraordinaires pour réaliser une telle base de connaissances. Cette approche pourrait être complétée par la mise au point d'un label tel que celui que le CIANE avait proposé il y a quelques années.[\[8\]](#)

Ce travail de collecte de données ne peut néanmoins avoir de réel effet que si les parents sont en mesure de s'approprier les informations disponibles et de faire des choix. C'est à cet endroit que l'entretien du 4^{ème} mois et l'élaboration du projet de naissance, dans un mouvement d'échanges et de discussion avec les professionnels, prennent tout leur sens. Tant que l'on ne reconnaîtra pas la capacité des parents à prendre des décisions sur la naissance de leur enfant et que l'on ne se donnera pas les moyens de corriger l'asymétrie d'information évidente qui existe en faveur des professionnels, les premiers resteront sous la coupe des seconds, ou du moins des plus pro-actifs des seconds.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, la France accuse un net retard, vis à vis de ses voisins, dans le déploiement d'une offre diversifiée dont on a vu qu'elle correspond aux attentes de parents de plus en plus nombreux : il nous paraît indispensable qu'une politique vigoureuse et rigoureuse de diversification soit mise en place. Tant à la Haute Autorité de Santé qu'à la Commission Nationale de la Naissance, la réflexion a progressé permettant de faire émerger l'idée qu'il est possible de discriminer de manière fiable entre des situations « normales » et des situations présentant certains risques, et que, dans les situations normales, rien ne justifie la débauche habituelle de surveillance et d'intervention, bien au contraire. A partir de ces acquis, il nous semble qu'il faut aujourd'hui aller plus loin, c'est-à-dire :

- créer les conditions – juridiques, assurancielles, organisationnelles, intellectuelles – qui permettent aux sages-femmes d'accompagner des naissances à domicile de manière satisfaisante ;
- développer – enfin ! – des structures type « maisons de naissance », c'est-à-dire dotées d'une réelle autonomie et gérées entièrement par des sages-femmes. L'actualité n'incite cependant pas à un optimisme démesuré.

Enfin, le lieu « hôpital » n'a aucune raison de rester figé : il est déjà en train d'évoluer,

mais ce mouvement doit être renforcé et soutenu. Une fois que l'on a pris conscience des limites d'une approche systématisée reposant sur l'utilisation massive des technologies, peut-être peut-on commencer à sortir d'une logique de type « industriel » pour passer à une approche qui s'apparenterait davantage à celle du secteur des services, dans lequel la « prestation » est co-produite par l'offreur et le demandeur, dans un dialogue à chaque fois renouvelé. Il est clair cependant que ce changement d'approche exige d'abord de reconnaître les compétences des parents ; il exige ensuite une transformation des modes d'organisation qui reconnaisse la contribution de tous les professionnels et les mette dans des situations de travail qui ne soient pas trop contraintes par l'absence de moyens.

[1] Un des objectifs de cette réforme était d'organiser le transfert "in utero" des bébés pouvant présenter des problèmes vers des hôpitaux équipés, plutôt qu'après la naissance, comme cela se pratiquait alors.

[2] Mentionnons ici que la dispersion croissante des maternités sur le territoire accroît le risque d'accouchements sur les bords de route, éventualité à laquelle il conviendrait de préparer les personnels de secours : l'expérience montre que, dans un certain nombre de cas, ceux-ci ont des attitudes tout à fait inappropriées, voire dangereuses.

[3] Voir <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/> et <http://www.platines.sante.gouv.fr/>

[4] ces 7 critères notés de 1 à 5 sont : préparation à l'accouchement, accompagnement le jour de l'accouchement, conseils en matière d'allaitement, qualité des soins et du suivi médical de votre bébé, suivi médical post-accouchement, conseils et accompagnement après la naissance, prestations de confort.

[5] <http://cesarine.org/quest/>

[6] Voir par exemple : <http://www.ciane.info/article-27832738.html>. On observe un ostracisme similaire à l'égard des femmes qui font appel à une sage-femme étrangère pour accoucher à domicile.

[7] <http://dechainees.com>

[8] <http://ciane.net/LabelNaissance>