La Gazette
Santé Social
N°133 - OCTOBRE 2016
ISSN 1769-0552
www.gazette-sante-social.fr
DÉPASSER LES CONSTATS POUR VOUS APPORTER DES SOLUTIONS

Développement durable : un levier de performance p. 15



Juridique
Reconnaissance juridique des proches aidants et création d'un droit au répit p. 26

Anticiper
Les maisons de naissance veulent démontrer leur efficacité p. 32

Reportage
À Strasbourg, des bénéficiaires du RSA surveillent la restauration scolaire p. 44

ENFANCE

Les maisons de naissance veulent démontrer leur efficacité

Évoquées dès 1998, les maisons de naissance font enfin l'objet d'une première expérimentation sur neuf sites depuis janvier 2016. Un facteur d'espoir pour les usagers et les sages-femmes attachés à un meilleur respect de la physiologie de l'accouchement, une source d'économie en matière de santé publique. De nombreuses questions doivent encore être tranchées avant une éventuelle pérennisation.

Telle que prévue par le cahier des charges publié en septembre 2014 par la Haute Autorité de santé (HAS), une maison de naissance (MdN) n'est pas un établissement de soins, mais une institution de santé primaire membre du réseau périnatal, qui suit les grossesses et effectue des accouchements sous la responsabilité exclusive de sages-femmes libérales (à l'exception de Grenoble, où il s'agit d'hospitalières). La structure est caractérisée par un accompagnement global, associant une femme à une sage-femme, du début de la grossesse à la fin du post-partum. Elle est obligatoirement adossée à une maternité partenaire, dont elle peut être physiquement indépendante, mais dont elle doit être située à une distance jugée compatible avec l'urgence. Les femmes enceintes doivent résider à 40 minutes maximum de la MdN. Les grossesses pathologiques sont exclues.

Ces établissements offrent un suivi et un mode d'accouchement individualisés, dans le respect des choix des futurs parents et d'une physiologie optimale. Ici, on donne naissance « comme à la maison », dans des chambres à l'atmosphère tamisée, équipées de tabourets, de ballons pour faciliter le travail obstétrical, voire de baignoires pour accoucher dans l'eau… Le tout, bien sûr, sans péridurale. Qui plus est, les futurs parents ont à disposition salon et kitchenette et les grands frères et sœurs, une salle de jeux. « La sortie, elle, se fait en général dans les 12 heures suivant la naissance, les sages-femmes prenant ensuite le relais pour un suivi de suites de couches à domicile », précise Aurélie Battaglia, chargée de mission MdN pour l'Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) et officiant à Un Nid pour naître.

Vers de substantielles économies ?

Les MdN avaient été évoquées dès la loi Kouchner de 1998, puis dans le Plan Périnatalité 2005-2007 (un premier cahier des charges avait été retoqué en 2008), puis prévues, fin 2010, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2011 (article finalement censuré par le Conseil constitutionnel). Il faudra pourtant attendre le 6 décembre 2013 pour qu'une loi autorise enfin l'expérimentation (1). Et encore deux ans pour voir publié l'arrêté de lancement de celle-ci. Selon diverses modélisations, le développement des MdN pourrait rimer avec de substantielles économies en matière de santé publique. Dès 2007, le Collectif interassociatif autour de la naissance (Ciane) avait estimé, à partir des expériences canadiennes et allemandes, le calcul du coût global d'une grossesse ainsi suivie à 1 850 euros, contre 2 650 euros en



DR

LE POINT DE VUE

Bertrand de Rochambeau, président du Syndicat national des gynécologues obstétriciens français (SYNGOF)

« Le financement de ces structures demeure incertain »

« Si le taux de mortalité maternelle et infantile a chuté dans la seconde partie du XXe siècle, c'est grâce au développement de la médicalisation. C'est pourquoi l'avis (consultatif) du CNGOF*, comme celui du SYNGOF, sur la validation du cahier des charges des MdN, a été négatif. En effet, de nombreuses incertitudes demeurent. D'abord, sur le plan sanitaire : les équipes des maternités partenaires pourront-elles répondre, en cas de transfert, à une situation d'urgence sur une patiente inconnue ? Autre écueil : les coûts. Au vu du montant actuellement pris en charge par l'Assurance-maladie par accouchement, et du faible nombre de naissances programmées par an – entre 100 et 300 par MdN – le financement de ces structures demeure incertain. »

* Collège national des gynécologues et obstétriciens français.

maternité. Soit un gain d'environ 30 % pour la collectivité. « À terme, sur une base de 25 % des 800 000 femmes donnant la vie par an en France, cela représenterait une économie de 153 millions d'euros par an », assure Chantal Ducroux-Schouwey, présidente du Ciane. Plus modeste, une étude d'impact jointe au PLFSS 2011 avait estimé cette économie à quelque 7 millions d'euros par an (2). Des chiffres cohérents avec l'estimation de la sénatrice Muguette Dini (UDI), à l'origine de la loi du 6 décembre 2013 instaurant l'expérimentation, selon laquelle 60 000 femmes pourraient être intéressées chaque année.

Reconnaissance pour les sages-femmes

Autre enjeu : une meilleure reconnaissance du statut des sages-femmes, notamment libérales. Elles étaient 21 600 en 2015, dont moins de 4 000 exerçant en libéral. Le diplôme de sage-femme – métier à plus de 90 % féminin – sanctionne une formation de cinq années après le Bac… mais toujours reconnue à Bac + 4. La mobilisation de la profession, en 2013-2014, a permis quelques avancées : création d'un statut médical de sages-femmes des hôpitaux, revalorisation salariale, formation renforcée et attribution de nouvelles responsabilités (3). Mais en milieu hospitalier, leur indépendance reste limitée, car elles demeurent sous le contrôle d'un chef de service. « L'accompagnement global est une chance pour nous d'exercer enfin pleinement nos capacités et nos actes », estime Henny Jonkers, porte-parole de l'Union nationale et syndicale des sages-femmes (UNSSF). « Vu que nous sommes médicalement et juridiquement autonomes en nos murs, l'essor des MdN devrait réaffirmer nos compétences exclusives sur notre cœur de métier, le suivi des grossesses et des accouchements sans risques, qui représentent 80 à 90 % des cas », ajoute Sophie Schwartz, présidente de l'association Manala.

Équilibre économique en suspens

Neuf mois après le début de l'expérimentation, de multiples questions d'ordre logistique et pratique demeurent. À commencer par la mise au point des modalités de transfert et de fonctionnement avec les maternités partenaires. « Si la direction de l'établissement soutient le projet, ce n'est pas aussi évident pour l'équipe médicale dans son ensemble. D'où une limitation à prévoir de leurs choix médicaux pour les sages-femmes impliquées », explique Henny Jonkers. Surtout, le financement global et l'équilibre économique des projets sont au cœur des questionnements. Toutes les MdN ont reçu de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), via le fonds d'intervention régionale (FIR) des agences régionales de santé (ARS), 20 000 euros pour >>



© JULIE BALAGUÉ / PICTURETANK

7 millions

d'euros d'économies annuelles envisageables en matière de santé publique. Certaines estimations avancent le chiffre de 153 millions d'euros.

Une revendication croissante pour donner naissance plus naturellement

En France, la médicalisation demeure la norme en matière de naissance : usage quasi systématique de la péridurale, perfusion d'hormones de synthèse, recours fréquent à l'épisiotomie… Une surmédicalisation dont l'effet iatrogène (créant des pathologies) est aujourd'hui reconnu. D'où une revendication croissante des parturientes pour donner naissance plus naturellement. Selon une étude du Ciane de 2012, 57 % d'entre elles souhaitaient une liberté de mouvement pendant le travail, pouvoir gérer personnellement leur douleur ou ne pas se voir infliger des gestes médicaux invasifs. Des demandes restées vaines dans 37 % des cas.


DR

LE POINT DE VUE

Deborah Cvetojevic, chef du bureau plateau technique et prise en charge hospitalière aiguë au sein de la DGOS.

« La contiguïté entre la MdN et la maternité partenaire constitue une vraie sécurité »

« Les maisons de naissance ont été créées pour répondre au souhait d'un nombre croissant de femmes de bénéficier d'un suivi plus global et d'un accouchement moins médicalisé. Marisol Touraine a clairement affirmé que cette expérimentation devait s'accompagner de strictes garanties en matière de qualité et de sécurité des prises en charge. À cet effet, la HAS a été associée aux travaux et à la sélection des projets. La contiguïté entre la MdN et la maternité partenaire constitue aussi une vraie sécurité, permettant si besoin le transfert de la femme et/ou du bébé dans des conditions optimales. Au-delà de cette expérimentation, c'est l'enjeu du développement des prises en charge physiologiques qui est questionné, dans et hors les établissements de santé. »

>> leur démarrage. Lesquels seront suivis de 171 000 euros annuels, versés au prorata des mois d'activité. Mais cette dotation globale, censée couvrir l'intégralité de leurs frais d'installation et de fonctionnement, sera-t-elle vraiment suffisante ?

Compensation financière

Comment en effet assurer la rémunération des sages-femmes libérales ? Aujourd'hui, celles-ci sont payées à l'acte. Soit, pour une naissance, 320 euros environ. « C'est très peu pour un suivi qui, non accéléré médicalement, peut aisément atteindre une douzaine d'heures », pointe Anne-Marie Curat, élue au conseil de l'Ordre national des sages-femmes. Par ailleurs, le renfort d'une deuxième sage-femme par accouchement a été imposé par la loi, mais sans aucune compensation financière prévue à ce jour. Les nomenclatures actuelles de l'Assurance-maladie ne prennent pas davantage en compte l'astreinte à laquelle est soumise la professionnelle référente du couple dans les semaines précédant l'accouchement. Ni le temps de gestion, et notamment de rédaction des rapports annuels requis… Ni, enfin, le forfait d'utilisation de la MdN (entre 350 et 500 euros). La DGOS exclut toute modification réglementaire sur ce point le temps de l'expérimentation. Ces structures seront-elles amenées à pratiquer des dépassements d'honoraires ? Si oui, dans quelle mesure l'Assurance-maladie et les mutuelles suivront-elles ? Ou devront-elles faire appel aux collectivités locales ? « À Castres, nous bénéficions d'une aide territoriale via l'hôpital partenaire. Ils ont investi avec l'ARS pour la construction de nos locaux, à hauteur respective d'un tiers-deux tiers », témoigne Henny Jonkers. De son côté, l'association Comme à la maison (Calm) reçoit depuis 2012, une subvention d'investissement du conseil régional Ile-de-France, suite à son inscription dans le Plan Santé pour la région.

Évaluation après deux ans

Autre écueil, seulement partiellement levé : le montant et la prise en charge des assurances dont doit s'acquitter chaque sage-femme libérale pour son exercice au sein de la MdN. « Un important travail a été réalisé en amont avec les assureurs, faisant passer la prime annuelle d'assurance initialement prévue par praticienne – 30 000 euros – à 3 000 euros », explique Anne-Marie Curat. « Ces sommes sont actuellement financées par le FIR, mais qu'en sera-t-il demain, alors qu'une association n'est pas censée facturer directement à la Cnam ? », interroge Sophie Schwartz.

Sur les deux ans à venir, l'ensemble des organisations de sages-femmes promet une forte mobilisation pour résoudre ces points d'achoppement. Chaque structure va soigneusement comptabiliser ses naissances. « Objectif : démontrer à tous que le mode de naissance que nous proposons constitue une solution vraiment complémentaire à l'offre hospitalière », résume Henny Jonkers. Un arrêté d'évaluation au dernier trimestre 2016 est en cours de finalisation. Une évaluation de chaque MdN aura lieu après deux ans de fonctionnement et à l'échéance des cinq ans et une évaluation nationale sera transmise par le ministère au Parlement fin 2019 (un an avant l'échéance des autorisations). ◆

Catherine Piraud-Rouet

REPÈRES

- **Liste des 9 projets de MdN retenus :**
  - Calm (Comme a la maison) à Paris ;
  - Premier cri à Vitry-sur-Seine (Val-de-Marne) ;
  - Doumaia à Castres (Tarn) ;
  - La Maison à Grenoble ;
  - Le Temps de naître à Baie-Mahault (Guadeloupe) ;
  - Joie de naître à Saint-Paul (La Réunion) ;
  - Premières heures au monde à Bourgoin-Jallieu (Isère) ;
  - Manala à Sélestat (Bas-Rhin) ;
  - Un Nid pour naître à Nancy (Meurthe-et-Moselle).

  Début septembre, quatre étaient déjà en activité (Paris, La Réunion, Nancy et Bourgoin-Jallieu).
- **Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015** relatif aux conditions de l'expérimentation des MdN.
- **Arrêté du 23 novembre 2015** fixant la liste des MdN autorisées à fonctionner de manière expérimentale.

(1) À ce jour, une seule « vraie » MdN a fonctionné suivant les critères des représentants des usagers, à savoir physiquement indépendante d'une maternité partenaire, à l'instar de ce qui existe depuis les années 1980 aux États-Unis, en Allemagne, au Québec, en Suède, en Belgique ou en Suisse. C'était entre 1986 et 1999, à Sarlat. (2) Estimation basée sur la création à terme d'une soixantaine de MdN, réalisant 1,5 % des naissances, soit quelque 12 000 par an. (3) La loi Santé du 26 janvier 2016 a accordé de nouvelles compétences aux sages-femmes : réalisation d'IVG médicamenteuses, extension de la pratique de la vaccination et prescription de substituts nicotiniques (décret du 2 juin 2016).