



Université de Rennes 1 – Faculté de Droit et Sciences Politiques
Ecole des Hautes études en Santé Publiques

Master 2 Droit de la Santé
*Parcours Droit et Ethique des professions et des
institutions de santé*

MAISON DE NAISSANCE ET ACCOUCHEMENT DIT NATUREL

Marion PRESTAVOINE

Septembre 2018

*Sous la direction de Maître Gaëtane THOMAS-TINOT, Avocate
Second jury, Docteur Renaud BOUVET, Spécialiste en médecine générale, Service Médecine Légale
et Pénitentiaire, Docteur en Droit*



Université de Rennes 1 – Faculté de Droit et Sciences Politiques
Ecole des Hautes études en Santé Publiques

Master 2 Droit de la Santé
*Parcours Droit et Ethique des professions et des
institutions de santé*

MAISON DE NAISSANCE ET ACCOUCHEMENT DIT NATUREL

Marion PRESTAVOINE
Septembre 2018

*Sous la direction de Maître Gaëtane THOMAS-TINOT, Avocate
Second jury, Docteur Renaud BOUVET, Spécialiste en médecine générale, Service Médecine Légale
et Pénitentiaire, Docteur en Droit*

SOMMAIRE

Partie 1 : Le cadre juridique de l'expérimentation des maisons de naissance

Chapitre 1 : La genèse d'un dispositif attendu par les sages-femmes et les parturientes

Chapitre 2 : Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation

Partie 2 : La mise en œuvre de l'expérimentation des maisons de naissance

Chapitre 1 : L'application de principes fondamentaux

Chapitre 2 : La pérennisation du dispositif

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CALM : Comme à la Maison

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

HAS : Haute Autorité de Santé

JO : Journal officiel

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Maître Gaëtane THOMAS-TINOT pour ses conseils avisés sur la structure et sur le fond du mémoire, ainsi que pour son accompagnement.

Je souhaite également remercier le Docteur Renaud BOUVET d'avoir accepté d'être le second jury de ce mémoire.

Enfin, je souhaite tout particulièrement remercier :

Madame Anne VIVIES, ma directrice de stage, pour son encadrement, ses encouragements et pour les contacts qu'elle a pu me procurer,

Monsieur Gwenaël GODIN et Madame Catherine BOURGAULT, qui ont accepté de m'accorder du temps et qui m'ont fait partager de nombreuses données,

Monsieur Geoffrey HERY, qui m'a permis de découvrir l'expérimentation des maisons de naissance et d'en comprendre les enjeux,

Les différents professeurs d'université et enseignants-chercheurs intervenant dans le Master 2 Droit de la Santé, pour l'intérêt porté à mon sujet de mémoire,

Mes camarades de promotion, Manon et Céline, pour leur soutien, leurs conseils et leurs encouragements,

En enfin, mes parents pour leur relecture attentive de mon mémoire, pour leurs conseils et pour leur soutien.

« Le lieu où la femme accouche et où naît son enfant est bien plus qu'un simple espace de soins. Il participe à la symbolique et au mystère qui sont au cœur de toute naissance humaine. »¹

Marie-France Morel
Historienne, Présidente de la Société française d'histoire de
la naissance

¹ Actualité et dossier en santé publique. *Naître en France*. Revue ADSP, Haut Conseil de la Santé Publique. n° 61/62, décembre 2007 – mars 2008. p. 17-98.

Introduction

En 2010, plus d'une femme française sur deux dont la grossesse est à bas risque (52%), a subi au moins une intervention obstétricale (travail déclenché, césarienne, extraction instrumentale, épisiotomie). Par ailleurs, la probabilité d'avoir une telle intervention est plus élevée au sein des maternités privées.² Ce constat met en lumière l'importante médicalisation de l'accouchement et interroge sur le choix du mode de prise en charge des parturientes, ainsi que le choix du lieu de naissance.

La naissance entraîne la venue au monde d'un enfant. C'est par nature un événement fort, généré par la volonté commune d'un couple de donner la vie. La parturiente porte pendant neuf mois l'enfant dans son ventre puis au terme de la grossesse, donne naissance au nouveau-né lors de l'accouchement. C'est un événement ordinaire mais qui affecte toujours autant les sensibilités de chacun.

Procurant de la joie, vu par certains comme un miracle, l'accouchement fût pourtant longtemps considéré comme source de malheur, tant la mortalité fœtale et la mortalité maternelle étaient importantes au cours des siècles précédents. Cependant, grâce à la révolution scientifique et technique du dernier demi-siècle, les choses ont évolué : la probabilité de mortalité tant de la mère que de l'enfant est dorénavant infime.

Pour accoucher, il faut choisir au préalable le lieu de la naissance. Bien que seuls 3,7% des couples écrivent un projet de naissance³, il leur est recommandé d'en rédiger un. Il permet, nous le verrons plus tard, de définir la manière dont les parents souhaitent voir se dérouler la naissance de leur enfant.

Pour une grande partie de la population, la maternité est le lieu le plus adapté à la naissance d'un enfant. En effet, les accouchements ont le plus souvent lieu dans une maternité publique et spécialisée de type II ou III. Depuis 1998, les maternités françaises sont classées en niveaux de

² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010*. Etudes et Résultats. N°897. Décembre 2014. P. 2 + Cf. Annexe 1.

³ INSERM et DRESS. *Les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010*. Enquête nationale périnatale – Rapport 2016. Octobre 2017.

soins pédiatriques (types I, II ou III), afin que les parturientes accouchent dans le lieu le plus adapté à leur grossesse. Les maternités de niveau I prennent en charge les grossesses normales (« à bas risque »), c'est pourquoi elles ne disposent donc que d'une unité d'obstétrique. Les maternités de niveau II prennent en charge des grossesses à risque modéré et des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière et ce, grâce à une unité de néonatalogie. Enfin, les maternités de niveau III prennent en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-nés présentant des détresses graves et n'ayant pas d'autonomie respiratoire. C'est la raison pour laquelle ces maternités bénéficient également d'une unité de réanimation néonatale.

Cette réorganisation s'inscrit dans un mouvement de concentration des maternités et a eu pour effets de faire disparaître les petites maternités, faire fusionner celles qui sont de taille moyenne et faire majoritairement fonctionner de très grosses maternités. Beaucoup dénoncent des objectifs de rationalisation des coûts et d'économie libérale mais également les inconvénients liés à ces grosses maternités (type II et III) : infections nosocomiales, prises en charge de tous les types de grossesses dans un lieu unique, non prise en compte de la dimension humaine...⁴

Pourtant il n'est pas toujours nécessaire d'accoucher en maternité de haute technicisation quand la grossesse est normale ou encore « à bas risque ». Dans le cadre d'une étude, la DRESS a utilisé des critères de sélection afin de caractériser les femmes à bas risque obstétrical : « *(ce sont des femmes pour lesquelles) la probabilité d'avoir un accouchement par voie basse sans complication, d'un enfant unique vivant et en bonne santé est élevée (...) en excluant les cas de pathologie grave préexistante, les antécédents obstétricaux défavorables et les complications de la grossesse les plus fréquemment trouvés dans la littérature.* »⁵.

Cependant en France, les femmes qui, après évaluation « à bas risque » de leur grossesse, souhaitent accoucher de façon naturelle se heurtent à des alternatives limitées et à de nombreux obstacles : géographique, manque de places dans les quelques structures physiologiques... Bien que la pratique ne soit plus très répandue, certaines femmes font le choix d'accoucher à domicile avec l'aide d'une sage-femme, dans le but de bénéficier de plus d'intimité. Mais l'alternative semble difficile à exploiter, en raison des risques liés à l'accouchement à domicile et des tarifs

⁴ Odile MONTAZEAU. *L'industrialisation de la naissance*. Spirale 2010/2 (n° 54), p. 93.

⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010*. Etudes et Résultats. N°897. Décembre 2014. P. 3.

exorbitants des assurances pour les sages-femmes souhaitant pratiquer ce type d'accouchement.

Femmes et sages-femmes se sont donc mobilisées, inspirées ou non par des modèles étrangers, pour développer la prise en charge de l'accouchement naturel dans un lieu unique en son genre : la Maison de Naissance. Cela sera développé par la suite⁶, mais il est nécessaire de rappeler l'influence qu'a eu le mouvement associatif sur les maisons de naissance (toujours présent aujourd'hui). Des associations sont apparues au fil du temps : soit gérées entièrement par des sages-femmes (association nationale des sages-femmes libérales, l'ordre des sages-femmes), soit gérées conjointement par des sages-femmes et des parents (par exemple, le CALM qui gère une Maison de Naissance à Paris). Ce sont elles qui ont présenté les revendications ayant permis de porter le projet de développement des maisons de naissance au niveau national.

Aujourd'hui, le CIANE⁷ est l'un des principaux acteurs du mouvement en faveur de la diversification des modes de prise en charge et des lieux d'accouchement. Il a pour mission de faire évoluer les pratiques, afin de les rendre plus respectueuses de la physiologie de l'accouchement, des parents et de l'enfant. D'ailleurs, afin d'exprimer au mieux les intérêts de ces derniers, il a été agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé⁸. Cette démarche s'inscrit dans l'évolution de notre système de santé et dans une politique tournée vers le développement de la démocratie sanitaire.

En février 2012, la Cour des comptes a mobilisé les institutions françaises sur la politique de périnatalité en sollicitant « l'urgence d'une remobilisation »⁹. Les normes de sécurité étant certes mieux respectées, la Cour évoque une stagnation de la mortalité infantile. Celle-ci stagne depuis 2005 avec un taux d'environ 3,8 décès pour 1000 naissances vivantes, la France se situant au 20^{ème} rang européen (sur 30 pays).

Dans ce contexte et suite à la censure de l'article 67 de la LFSS par le Conseil Constitutionnel¹⁰, Muguette DINI, sénatrice, a fait une proposition devant le Sénat en février 2013

⁶ Cf. « L'importance du tissu associatif » (p. 55).

⁷ Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

⁸ Agrément N° N2018RN0012

⁹ Cour des Comptes. *La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation*. Rapport public annuel 2012. Février 2012.

¹⁰ Cf. Chapitre 1. Section 1. II. B « L'introduction législative de l'expérimentation » (p. 17).

pour l'autorisation d'une expérimentation des Maisons de Naissance¹¹. Cette proposition vise à expérimenter une nouvelle « *modalité de prise en charge de la maternité* ». La sénatrice explicite plusieurs constats : la technicisation de l'accouchement est souvent excessive pour les grossesses physiologiques et l'expérimentation permettrait d'offrir aux femmes qui le souhaitent, le choix d'une médicalisation raisonnée. Le sénat, après les travaux de la commission des affaires sociales, adopte la proposition de loi en 1^{ère} lecture le 13 juin 2013. C'est ensuite l'Assemblée Nationale qui adopte la proposition de loi en 1^{ère} lecture le 28 novembre 2013 suite au rapport de Yannick FAVENNEC, député¹², ainsi qu'à une discussion en séance publique. Monsieur FAVENNEC explique que l'encadrement juridique est rigoureux et que les conditions de mise en œuvre sont sécurisées.

Mais la sécurité assurée en maison de naissance, enjeu principal de ce nouveau mode de prise en charge, sera-t-elle comparable à celle à laquelle on peut prétendre dans une maternité classique ? Marisol TOURAINE, à l'époque Ministre des Affaires Sociales et de la Santé insiste sur ce point en séance publique, tout en rapportant devant l'Assemblée le besoin de diversifier l'offre de soins en termes de périnatalité.

La loi autorisant l'expérimentation des Maisons de Naissance est finalement publiée au JO le 6 décembre 2013 et comporte 5 articles. Les conditions de l'expérimentation ont été fixées comme prévu par décret en Conseil d'Etat le 30 juillet 2015. Enfin, l'arrêté du 30 juillet 2015 fixe la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des maisons de naissance. Par ailleurs, le cahier des charges de l'expérimentation a été adopté par la Haute Autorité de Santé en septembre 2014. Ce n'est que le 29 décembre 2015 que le ministère de la Santé a donné son accord pour que neuf maisons de naissance soient expérimentées en France, en 2016.

Le cheminement ayant permis d'obtenir cette autorisation fût long mais a permis de donner un cadre juridique et organisationnel à une pratique qui commençait à exister dans le cadre de

¹¹ Muguette DINI. *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance*. Enregistré à la Présidence du Sénat le 20 février 2013. Session ordinaire de 2012-2013.

¹² Yannick FAVENNEC. *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par le sénat, autorisant l'expérimentation des maisons de naissance*. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 novembre 2013.

projets pilotes, soutenus par certains chefs d'établissements et de services de maternité. Il était donc nécessaire de leur assurer une pérennité et un mode de fonctionnement plus clair.

Il n'est pas question d'envisager dans ce mémoire l'éventuel engagement des responsabilités civile, pénale, administrative ou encore disciplinaire dont peut faire l'objet tout professionnel de santé. Cependant, la responsabilité que peut encourir la sage-femme en cas de préjudice subi soit par l'enfant, soit par la mère, sera appréciée.

Ne sera pas traité non plus le cas des violences obstétricales (épisiotomies sans raison, déclenchement précipité de l'accouchement contre l'avis de la parturiente) subies par les mères pendant le suivi ou le déroulement de l'accouchement puisque le sujet ne concerne pas à proprement parler la responsabilité des gynécologues-obstétriciens. Il est par contre intéressant d'envisager les liens entre les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens dans le cadre des Maisons de Naissance puisque ceux-ci sont inévitablement amenés à interagir en raison de la nécessaire convention conclue entre une maison de naissance et une maternité en cas de transfert d'une parturiente.

Alors comment garantir aux parturientes suivies en maison de naissance la même sécurité à laquelle elles peuvent prétendre au sein d'une maternité classique ?

Le développement des maisons de naissance s'appuie sur différents concepts : l'accompagnement global de la parturiente et le respect de la physiologie de la naissance. Mais les maisons de naissance doivent aussi respecter plusieurs contraintes juridiques qui, bien qu'elles ne soient pas des établissements de santé à proprement dit, sont nécessaires pour assurer une sécurité optimale. Par ailleurs, il faut prendre en compte le droit des patients puisque celui-ci sera également appliqué en maison de naissance. Par exemple, tout professionnel de santé doit faire respecter le droit à une information claire sur son état de santé¹³. Et ce n'est pas parce que l'accouchement par voie basse est un acte naturel que le médecin est dispensé de « *l'obligation de porter à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter, eu égard notamment à son état de santé, à celui du fœtus ou à ses antécédents médicaux, et les moyens de les prévenir* »¹⁴.

¹³ Code de la santé publique. *Article L 1111-2*. Dalloz. 2017.

¹⁴ Conseil d'Etat. 27 juin 2016, M. B. C., n° 386165 : Lebon.

Ce domaine de travail est actuel, évolutif, mais encore très clivant. Les débats publics semblent opposer deux visions. D'une part, la volonté de s'assurer du risque « zéro », de considérer l'accouchement comme potentiellement pathologique et de faire perdurer les progrès de la médecine comme la lutte contre la douleur ; cette vision est partagée par une partie des gynécologues-obstétriciens qui estiment que l'autorisation d'expérimentation des maisons de naissance est une mesure qui va « *contre le progrès* »¹⁵. D'autre part, certaines mères et sages-femmes ont la volonté de rendre l'accouchement plus intime, plus centré autour de la relation entre la mère et son enfant, dans le cadre d'un suivi global par un nombre limité de sages-femmes et ce, dans un environnement moins aseptisé (la surmédicalisation de l'accouchement pouvant générer des risques iatrogènes ainsi que du stress).

Le débat n'est donc pas terminé et les parties en cause attendent beaucoup des résultats de l'évaluation qui va suivre l'échéance de l'expérimentation. Cette dernière constitue tout de même un compromis : permettre l'accouchement naturel par des sages-femmes libérales, tout en exigeant une contiguïté avec une maternité, des conditions strictes d'éligibilité pour les parturientes et ce dans le respect des lois, décrets et recommandations professionnelles. Entre temps, il est nécessaire d'évaluer leur viabilité et leur efficacité.

Parmi les divers intérêts défendus par les promoteurs des maisons de naissance, il faut mentionner l'aspect économique. En effet, la démedicalisation implique une baisse des coûts liés aux actes médicaux et donc des économies pour l'assurance maladie. Le développement des maisons de naissance en France générerait une économie d'environ 7 millions d'euros par an, estimation basée sur la création à terme d'une soixantaine de maisons de naissance, réalisant 1,5 % des naissances -soit environ 12 000 naissances par an.¹⁶ Mais ces économies doivent également impacter positivement la rémunération des sages-femmes, ce qui n'est pour l'instant pas démontré.

Pour ce mémoire ayant pour sujet les maisons de naissance et l'accouchement dit naturel, différents acteurs ont été sollicités. En 2017, dans le cadre d'un stage à l'ARS Ile-de-France, un collaborateur Inspecteur de l'action sanitaire et sociale travaillant sur la périnatalité et effectuant

¹⁵ Pauline FREOUR. *Lancement controversé des maisons de naissance*. Interview du Dr Jean Marty, secrétaire général du Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France. Santelefigaro.fr. Novembre 2010.

¹⁶ Etude d'impact jointe au PLFSS de 2011.

un bilan de l'expérimentation du CALM adossé à la maternité des Bluets a fait naître une réflexion sur le sujet. Au cours de cette période et grâce à la présentation du bilan à d'autres collaborateurs, différentes informations ont pu être recueillies et l'intérêt pour le sujet est né.

Ensuite, grâce à un stage effectué à l'ARS Bretagne, il a été pris contact avec le Directeur Général d'une clinique d'Ille-Et-Vilaine au sein de laquelle a été développée une maison de naissance intra-hospitalière. Celle-ci n'entre pas dans le cadre de l'expérimentation de la loi de 2013 mais les rendez-vous avec le directeur général ainsi qu'avec la sage-femme cadre de la filière maison de naissance ont permis de comprendre de façon plus concrète les tenants et aboutissants du projet. L'établissement a également été visité.

Afin de répondre à la problématique posée, nous traiterons dans une première partie du cadre juridique de l'expérimentation des maisons de naissance (partie 1) et nous verrons dans une seconde partie la mise en œuvre d'une maison de naissance (partie 2).

Partie 1 : Le cadre juridique de l'expérimentation

des maisons de naissance

L'expérimentation des maisons de naissance appelle une réflexion juridique approfondie. Sa mise en place étant très récente et le dispositif n'ayant pour l'instant occasionné aucun dommage, les juridictions françaises n'ont donc pas encore eu à statuer sur le sujet.

En premier lieu, il est très important de rappeler les raisons pour lesquelles les maisons de naissance ont dû voir le jour en France. L'acte de l'accouchement en lui-même a constamment évolué depuis des siècles, non-médicalisé au départ mais dangereux pour la femme et son enfant. C'est par un rappel historique qu'il est possible de comprendre l'évolution médicale et législative qu'a expérimenté l'accouchement.

Il est intéressant par ailleurs d'analyser la façon dont l'expérimentation a été introduite dans le paysage législatif français. Quelles sont les mesures ayant précédé l'expérimentation des maisons de naissance mais également quel est le contenu des discussions législatives tenues lors des sessions à l'Assemblée Nationale ainsi qu'au Sénat ?

Enfin, il est nécessaire d'expliquer la notion d'expérimentation et d'indiquer les raisons pour lesquelles elle a sa place dans les politiques publiques françaises.

En second lieu seront développées les conditions de mise en œuvre de l'autorisation d'expérimentation des maisons de naissance. En effet, les sages-femmes libérales qui décident de développer une maison de naissance doivent respecter des conditions tant législatives que réglementaires mais également des conditions issues de recommandations professionnelles. Ces dernières sont déterminantes puisqu'elles détaillent les modalités de mise en œuvre des maisons de naissance.

Chapitre 1 : La genèse d'un dispositif attendu par les sages- femmes et les parturientes

La période précédant les maisons de naissance, ainsi que les exemples internationaux, sont déterminants pour comprendre les enjeux organisationnels et juridiques relatifs aux maisons de naissance. Ces dernières ont fait et font encore l'objet de nombreux débats mais l'expérimentation a finalement été introduite dans la loi française.

Il semble également nécessaire de connaître le régime juridique des expérimentations dans les politiques publiques françaises puisque l'expérimentation des maisons de naissance se place dans la lignée d'autres expérimentations. Se pose aussi la question de leur pérennité et de leur effectivité. Enfin concernant l'expérimentation propre aux maisons de naissance, il nous faut exposer les maisons de naissance qui ont été autorisées ainsi que les conditions d'éligibilité de cette autorisation.

Section 1 : L'évolution législative des maisons de naissance en faveur de la diversification de l'offre de soins en périnatalité

Les premières maisons de naissance ne sont pas nées en France mais dans des régimes juridiques complètement différents du nôtre, tout d'abord sur un continent différent puis au sein de pays plus proches. Les maisons de naissance ont finalement évolué en France, suite à différentes mesures prises par des gouvernements et personnalités politiques diverses.

I. L'inspiration internationale

Les maisons de naissance se sont d'abord développées aux Etats-Unis et au Québec, qui possèdent des modèles reconnus, mais également au sein de divers pays d'Europe.

A. Les maisons de naissance aux Etats-Unis et au Québec

Les toutes premières maisons de naissance sont nées aux Etats-Unis dans les années 70 dans un contexte de mécontentement des prises en charge en maternité, ayant conduit au retour de

l'accouchement à domicile. Ainsi, des organisations se sont associées pour répondre aux besoins grandissants des femmes pour des alternatives à l'accouchement médicalisé et en 1975, ouvre une première Maison de Naissance (Birth center) à New York. Ces établissements sont indépendants des maternités et tenus par des sages-femmes ou des médecins généralistes. En 1979, une étude publiée dans le « New England Journal of Medicine »¹⁷ conclut que le dispositif permet de réduire les coûts induits de l'accouchement, à un niveau égal de sécurité pour des grossesses à bas risque.

Pour Philippe CHARRIER et Gaëlle CLAVENDIER, ces initiatives étaient liées à des mouvements consuméristes dont l'objectif était de défendre les consommateurs, en l'espèce les parturientes.¹⁸ Le nombre de maisons de naissance continue d'évoluer et il en existe aujourd'hui 345¹⁹ aux Etats-Unis.

Au Québec, la profession de sage-femme a subi de nombreuses mouvances. Elle a fait l'objet d'une disparition de la profession (ce n'est qu'en 1990 que la pratique des sages-femmes fut autorisée) mais a également été à l'origine d'initiatives : des maisons sont rattachées aux centres locaux de services communautaires et reconnues par le ministère de la Santé et des services sociaux. Les femmes peuvent ainsi choisir d'accoucher à l'hôpital, à domicile, ou en maison de naissance. La Société d'obstétrique et de gynécologie reconnaît aux femmes le droit d'accoucher où elles le souhaitent. Il existe en effet 11 maisons de naissance, créées sous l'impulsion de groupes de citoyens qui ont porté le projet. Résultat, 7,6 % des accouchements ont lieu en maison de naissance²⁰, modèle vers lequel de nombreuses femmes et sages-femmes souhaitent tendre. Des organisations canadiennes (Regroupement Naissance-Renaissance, Groupe MAMAN, Mouvement pour l'autonomie dans la maternité et pour l'accouchement naturel, Regroupement Les sages-femmes du Québec et l'Ordre des sages-femmes du Québec) ont adopté leur propre définition des maisons de naissance : « *La Maison de naissance est un espace d'accueil pour les femmes enceintes et leur famille. C'est une maison au cœur de la communauté, un lieu physique distinct du centre hospitalier, faisant partie du réseau public de la santé. (...) Les femmes et leur famille bénéficient d'un suivi global comprenant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. L'environnement physique de la Maison de naissance et l'équipement qui s'y trouve favorisent et*

¹⁷ The New England Journal of Medicine, Outcomes of Care in Birth Center, Dec 1989

¹⁸ CHARRIER Philippe et CLAVENDIER Gaëlle. *Sociologie de la naissance*. Armand Colin. 2013.

¹⁹ American Association of Birth Centers, « History », [En ligne], <https://www.birthcenters.org/page/history?>

²⁰ Muguette DINI. *Rapport sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance*. Enregistré à la Présidence du Sénat le 20 février 2013. Session ordinaire de 2012-2013.

protègent le déroulement naturel et physiologique de la grossesse, de l'accouchement et de l'accueil du nouveau-né. »²¹. Cependant, il est difficile d'identifier ces maisons de naissance à celles qui sont actuellement expérimentées en France. Ces dernières doivent être « contiguës » aux maternités, contrairement aux maisons de naissance américaines qui sont bien distinctes des maternités classiques (mais proches d'un plateau technique obstétrical).

Ces modèles américains, puisque effectifs et efficaces, ont fortement inspiré les modèles européens par la manière dont il faut appréhender la prise en charge de l'accouchement, à savoir l'accompagnement global et l'accouchement physiologique quand l'état de la parturiente le permet et ce, dans une certaine intimité.

B. Le modèle européen

Les initiatives européennes ont émergé plus tardivement mais dans de nombreux pays, des citoyens se sont mobilisés pour diversifier les lieux et les conditions de la naissance, inspirés par les modèles américains. Les dispositifs mis en place varient au gré de la volonté politique.

Il existe des modèles type « maison de naissance » en Autriche, Espagne, Italie, Angleterre... Les pays qui se sont le plus étroitement rapprochés des revendications tant des parturientes que des sages-femmes pour l'accouchement naturel sont les suivants : la Suisse (où il en existe une vingtaine), mais également les Pays-Bas. Dans ce dernier, le suivi de l'accouchement ainsi que sa réalisation sont tout à fait singuliers. En effet, le suivi commence par une évaluation qui permet de déterminer s'il est possible de considérer la grossesse comme « à bas risque » ou non. En fonction de cette évaluation, les femmes enceintes sont suivies soit par des sages-femmes en ville pour les grossesses à bas risque, soit par des médecins spécialistes (gynécologues-obstétriciens). Chaque catégorie professionnelle dispose donc d'une réelle autonomie. Les parturientes accouchent dans 30% des cas à domicile. Pour elles, accoucher à l'hôpital se traduit par un échec : il est moins synonyme de sécurité que de l'incapacité d'accoucher à domicile. A rapprocher du facteur social, il est également nécessaire de relever le facteur économique : accoucher à domicile coûte beaucoup moins cher. Mais ce système a ses désavantages : le choix de la prise en charge n'est pas effectif. En effet, les femmes enceintes sont tenues par l'évaluation de leur grossesse et ne peuvent pratiquement pas y déroger. Elles ne peuvent donc pas choisir le

²¹ Ordre des sages-femmes sur Québec. *Définition d'une maison de naissance*. 2015. En ligne : <http://www.osfq.org/grand-public/definition-dune-maison-de-naissance/>

professionnel de santé qui la suivra et qui procédera à l'accouchement.²²

Enfin, l'Allemagne est un pays qu'il faut nécessairement citer parmi ceux qui ont des modes de prise en charge effectifs en maison de naissance. Là-bas, il existe environ 150 maisons de naissance, gérées par des sages-femmes libérales qui effectuent le suivi et assurent les accouchements. La France, par son expérimentation, s'inspire largement de ce modèle.

Afin d'assurer une coordination des modes de prise en charge en Europe et d'accompagner les projets qui tendent à développer des maisons de naissance, le réseau européen des maisons de naissance a été créé (Netzwerk Europa). Ainsi, la communication entre les acteurs est facilitée, tout comme les négociations avec les institutions et les autorités sanitaires. Ce réseau est donc une référence pour les sages-femmes qui souhaitent développer des projets de maisons de naissance. Cette association a formulé une définition commune aux maisons de naissance en Europe : « *La maison de Naissance est une institution de santé primaire dans laquelle les femmes sont considérées comme responsables et libres de leurs décisions, fonctionnant en réseau avec l'ensemble du système de santé. C'est un établissement ayant accès aux services obstétricaux, pédiatriques, et néonataux d'un hôpital ou d'une clinique. La maison de Naissance est une institution autonome (...). La direction obstétricale de la maison de Naissance est sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. (...).* » Les Maisons de naissance en Europe répondent donc toutes, pour la plupart, à ces critères.

Mais qu'en est-il du cas d'espèce où une femme enceinte accouche à l'étranger pour donner naissance à son enfant dans une maison de naissance ? L'enjeu n'est pas tant ici la question du libre-choix du lieu de naissance, mais plutôt du remboursement de l'acte d'accouchement par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Cette problématique a été soulevée devant le Tribunal Administratif des Affaires Sociales mais également devant la Cour de Cassation dans le cadre d'une affaire opposant une parturiente à la CPAM de Moselle. Cette parturiente, malgré le refus de la CPAM de rembourser son accouchement à l'étranger, a donné naissance à son enfant dans une Maison de Naissance en Allemagne et ce, par désir d'accoucher de façon naturelle mais sécurisée. A cette époque, l'expérimentation des maisons de naissance n'avait pas encore été mise en place. La Cour de Cassation, en sa deuxième chambre civile, va considérer que le Tribunal des affaires sociales a incorrectement qualifié les soins que la parturiente a reçu au sein d'une maison

²² NIZARD. J. *Editorial*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008. 37, p. 634-636.

de naissance allemande²³. En effet, selon que les soins sont extrahospitaliers, hospitaliers, programmés ou non, la nécessité d'obtenir une autorisation varie. Or il est difficile de qualifier les soins reçus en Maison de Naissance. Le Tribunal des affaires de sécurité sociale de Nancy, devant lequel l'affaire a été renvoyée, met finalement en demeure la CPAM de prendre en charge les frais d'accouchement en maison de naissance dans les mêmes conditions que si les soins avaient été reçus en France. Cependant, cette bataille judiciaire n'est pas terminée, la CPAM ne compte pas s'avouer vaincue et a engagé de nouveaux recours devant les juridictions.

Cette affaire est loin d'être unique, il semblait donc urgent que la France développe des alternatives à l'accouchement médicalisé. Ainsi, personnalités politiques et gouvernements ont progressivement ouvert la voie de l'accouchement naturel mais cela a pris du temps.

II. L'évolution législative française

L'évolution des techniques d'accouchement et la volonté commune des sages-femmes et des parturientes ont clairement déterminé la manière d'appréhender les maisons de naissance, d'où l'autorisation d'expérimentation par la loi du 6 décembre 2013.

A. Une volonté commune d'évolution au fil des années

Pour expliquer la façon dont se sont développées les maisons de naissance, il est nécessaire de faire un rappel historique de la manière dont se déroulaient dans le passé les accouchements en France. En effet, « *Evoquer la naissance d'autrefois, c'est inévitablement s'interroger sur la naissance de demain* »²⁴.

Durant des siècles, les mères donnaient naissance à domicile, avec l'aide d'une matrone et de la famille. Bien que ce climat de naissance soit chaleureux, la sécurité n'était pas assurée et on estime à 1 ou 2 % la mortalité des femmes en couches en France au XVIIIème siècle²⁵. C'était

²³ Cour de Cassation, Chambre civile 2, 20 mai 2010, 09-12.215 09-65.457. Inédit, Non publié au Bulletin

²⁴ GELIS Jacques. « *La sage-femme ou le médecin : une nouvelle conception de la vie* ». Editions Fayard. 11 mai 1988. Page 490.

²⁵ « ... *Qu'il s'agisse des conséquences d'accouchements impossibles par suite d'une mauvaise présentation ou de l'étroitesse du bassin (la césarienne est quasiment impraticable en l'absence d'anesthésie et de techniques de suture de l'utérus), d'hémorragies du post-partum ou de fièvres puerpérales.* » Actualité et dossier en Santé Publique. *Histoire de la naissance en France*. N°61/62 décembre 2007 – mars 2008. Pages 22-28. Haut Conseil de la Santé Publique.

encore plus dangereux à l'hôpital, où l'on meurt à cause de l'entassement ou de la contagion des fièvres. Ensuite, des « accoucheurs » ont commencé à aider à la naissance, bien que l'entourage soit exclusivement féminin. Son arrivée opère une transformation des pratiques de la naissance : certaines positives et sécurisantes (aération de la pièce, utilisation de leviers et forceps), d'autres plus négatives (l'obligation d'accoucher allongée sur le dos, la dangerosité des instruments ainsi que leur usage exclusif par des hommes). Coexistent ainsi des professionnels plus ou moins qualifiés, entre matrones et accoucheurs, alors que les enfants et les mères meurent toujours en trop grand nombre. Il est donc décidé, entre 1760 et 1780, de dispenser aux matrones et aux femmes qui le souhaitent, une formation de sages-femmes. Ainsi, les sages-femmes commencent à pratiquer leurs premiers accouchements. La formation est renforcée et l'usage est le suivant : les sages-femmes n'ont le droit d'effectuer que les accouchements naturels et les médecins interviennent quand il s'agit de faire une césarienne ou utiliser le forceps.

C'est au XX^{ème} siècle que le lieu de l'accouchement se médicalise. L'Hôpital est dorénavant un lieu de haute technicité médicale, ce qui incite donc les parturientes à accoucher en établissement de santé. Il devient nécessaire de faire baisser le taux de mortalité de la naissance et ce, en réduisant les risques au minimum. Ainsi, en 1952 les maternités publiques et privées accueillent 532 parturientes sur 1000 et en 1974, elles en accueillent 985.²⁶ La mortalité maternelle et infantile recule également, dans un contexte de progrès scientifique et médical, mais également d'amélioration des conditions de vie.

Ce sont les mutations de la société (et notamment la période du « baby-boom ») qui vont faire évoluer les conditions de l'accouchement en France. Mais ces mutations sont concomitantes à l'omniprésence du pouvoir médical et à la diminution de la clientèle des sages-femmes. Un autre facteur permet également d'expliquer la montée en charge de l'accouchement en maternité : la volonté de contrevenir aux risques liés à l'accouchement. Les parturientes souhaitent mettre toutes les chances de leurs côtés pour accéder au risque « zéro ». L'environnement de l'hôpital, médicalisé, aseptisé, est rassurant. Il offre une sécurité nouvelle. L'accouchement est plus considéré comme une pathologie qu'un acte naturel.

Enfin, un autre progrès a également changé la façon de voir l'accouchement : c'est l'accouchement sans douleur (ASD). Pour toutes les femmes, c'était une révolution. C'est le

²⁶ KNIBIEHLER Yvonne. *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^{ème} siècles*. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Métiers Santé Social. 2^{ème} édition. Septembre 2016. p. 36.

Docteur Lamaze, accoucheur à la maternité des Bluets à Paris, qui importe cette technique d'URSS. Mal vu à leurs débuts, les séances d'ASD sont ensuite remboursées par la sécurité sociale car elles sont très efficaces. Mais cette révolution, cette lutte contre la douleur des contractions utérines et de l'expulsion du bébé, va s'accompagner du développement de l'anesthésie par péridurale qui deviendra quasiment la norme.

L'appétence des parturientes pour un accouchement plus médicalisé a fait évoluer le droit vers une législation plus protectrice, vers un « *impératif sécuritaire* »²⁷ et donc vers le déclin de la profession de sages-femmes. En 1972 est promulgué le décret Dienesch²⁸ applicables aux cliniques privées : celui-ci a pour conséquence directe de fermer les établissements dirigés uniquement par des sages-femmes puisqu'il impose des normes de sécurité très strictes, par exemple l'obligation de posséder un bloc obstétrical²⁹ ou encore le quota de 15 lits minimum. La même année, des normes identiques sont prises dans le secteur public.

Ce sont les décrets Périnatalité du 9 octobre 1998³⁰ qui définissent réglementairement les trois différents types de maternités afin d'adapter et prendre en charge les grossesses selon le risque périnatal pour la patiente et le nouveau-né. Mais de quelle manière ? Grâce à un suivi périnatal précoce. Cependant cela s'est traduit par un mouvement de concentration et de spécialisation des maternités. De plus, ces dernières ont beaucoup diminué et ce au profit des maternités de types II et III³¹.

Mais dans tout cela, que sont devenues les maisons de naissance, établissements gérés uniquement par des sages-femmes ?

B. L'introduction législative de l'expérimentation

La maison de naissance Sainte-Thérèse à Sarlat est la première que la France ait connue.

²⁷ KNIBIEHLER Yvonne. *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècles*. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Métiers Santé Social. 2^{ème} édition. Septembre 2016. p. 50.

²⁸ Décret n°72-162 du 21 février 1972 relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement

²⁹ Annexe article 15 – Titre 2. Décret n°72-162 du 21 février 1972 relatif aux normes applicables aux établissements privés d'accouchement.

³⁰ Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

³¹ Cf. Introduction. p.2.

Cette « clinique de naissance » a été reprise en 1949 par une sage-femme, Madame Suzanne De Béarn. En 1986 et suites aux injonctions administratives et juridiques, la clinique cesse de fonctionner³². Les normes applicables aux maternités n'étaient pas appropriées à l'établissement, par exemple l'obligation de disposer d'un bloc obstétrical ou encore la présence d'un obstétricien. La « maison parentale » ne revendiquant plus le statut d'établissement sanitaire, elle continue de fonctionner grâce à la sage-femme qui accouche les femmes à domicile. A la suite d'une décision juridictionnelle en 1999 qui entérine le statut d'établissement de santé de la maison de naissance, la structure ferme ses portes.

Une autre maison de naissance à Montpellier a fonctionné entre 2001 et 2003 mais elle a fini par fermer en raison d'injonctions des autorités sanitaires. En effet, elle contrevenait aux textes légaux, notamment par l'absence de bloc obstétrical.

Aux mêmes moments, diverses personnalités politiques ont souhaité encourager la création des maisons de naissance. Le 10 octobre 1998, Monsieur Bernard Kouchner qui était à l'époque secrétaire d'état chargé de la santé, a déclaré souhaiter mettre en place « *un groupe de travail sur "les maisons de naissance" c'est-à-dire des lieux totalement gérés par des sages-femmes situés dans la proximité immédiate, dans la contiguïté même d'une maternité classique (...) des femmes volontaires, après évaluation de leurs risques, accoucheraient sans aucune technicité autre que celle de la sage-femme* »³³. Pour lui, il est possible de « *combinaison de proximité et sécurité, accueil de l'enfant et technicité, à condition que l'ensemble de la filière de soins soit appréhendée dans sa globalité* ».

Le plan périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité » préconisait lui aussi la mise en place de l'expérimentation des maisons de naissance. Initialement, ce plan devait permettre de réduire la mortalité périnatale et maternelle, d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, « *tout en développant une offre plus humaine et plus proche* »³⁴, mais également à aménager

³² Philippe CHARRIER et Gaëlle CLAVENDIER. *Sociologie de la naissance*. Armand Colin. 2013. *Chapitre 7 - Les maisons de naissance, une alternative à la médicalisation ?* Page 5.

³³ Bernard KOUCHNER. *Déclaration sur les mesures arrêtées en matière de périnatalité, notamment l'organisation en réseau des maternités en fonction des soins de néonatalogie, et la reconnaissance du rôle des sages-femmes*. Paris le 10 octobre 1998. Disponible sur : <http://discours.vie-publique.fr/notices/983002755.html> Consulté le : 29/07/2018

³⁴ *Plan "Périnatalité" 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité*. Paris : Ministère chargé de la santé (éditeur), 2004, p. 1.

les conditions d'exercice des professionnels de la naissance : et ce, en partie par une « *expérimentation de « maisons de naissance » attenantes à des plateaux techniques* » (point 5.3). Le rapport explique que les maisons de naissance pourraient permettre une moindre médicalisation tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant par la proximité immédiate du plateau technique.

Ainsi les femmes pourraient avoir le choix de leur mode d'accouchement et les maisons de naissance constituent un moyen de diversifier l'offre de soins pour les grossesses physiologiques. Le plan rappelle également qu'elles ne doivent pas être considérées comme des substituts à la fermeture de certaines maternités.

Malgré l'inscription de la volonté de développer des maisons de naissance dans la politique périnatale, ce n'est qu'en 2010 qu'une proposition de loi a vu le jour. A l'époque, il n'y avait pas d'opportunité parlementaire de mettre en place les maisons de naissance, c'est-à-dire qu'aucune loi de santé n'allait être votée. C'est la raison pour laquelle l'expérimentation a été votée dans le projet de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011³⁵. Le Sénat avait retoqué ce projet invoquant des carences en matière de sécurité des mères et des enfants, obligeant le réexamen de l'article 40 du PLFSS par une commission mixte paritaire qui avait finalement permis le vote du texte. Les péripéties n'étaient pourtant pas finies puisque le Conseil Constitutionnel, par une décision du 16 décembre 2010³⁶ a censuré l'article au motif qu'il avait un faible impact économique : « *Considérant que ces dispositions n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement ; que, par suite, elles ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale* ».

Pourtant, une étude d'impact³⁷ démontrant les économies réalisées par l'expérimentation des maisons de naissance était jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale. Un accouchement en maison de naissance était évalué à 600 euros (coût de la structure et honoraires de la sage-femme), alors qu'un accouchement de courte durée en clinique privée était de l'ordre de 1 200 euros pour la prise en charge de la mère et de l'enfant, sans compter les honoraires des médecins.

³⁵ LOI n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

³⁶ Conseil constitutionnel – 16 décembre 2010 – n° 2010-620.

³⁷ Loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. *Document annexe, article 40, « Expérimentation des maisons de naissance »*. 2010.

Finalement, c'est la proposition de loi de la sénatrice Muguette DINI auprès du Sénat et de Yannick FAVENNEC, député auprès de l'Assemblée Nationale qui a été votée et qui sera publiée au JO le 6 décembre 2013.

Suite au vote de cette loi, il faut se demander quel régime juridique applique-t-on à cette expérimentation ?

Section 2 : Le régime juridique de l'expérimentation

Par définition, l'expérimentation est l'opération que l'on fait pour parvenir à une certaine connaissance³⁸. Il est notamment possible d'effectuer des expérimentations dans le cadre des politiques publiques et nous verrons de quelle manière s'est mise en place l'expérimentation des maisons de naissance.

I. Le concept d'expérimentation des politiques publiques

Il est intéressant de se demander quelle est la place de l'expérimentation dans l'action normative mais également d'étudier l'effectivité de ces expérimentations.

A. La place de l'expérimentation dans l'action normative

Les expérimentations se sont d'abord invitées en France dans les programmes de recherches des économistes et des sociologues pour mettre en place des réformes de politiques publiques. Mais l'expérimentation a réellement commencé à exister comme pratique d'édiction de la norme.

D'après Evelyne SERVERIN (juriste) et Bernard GOMEL (statisticien)³⁹, les lois sur l'interruption volontaire de grossesse de 1975⁴⁰ ou encore la loi sur le Revenu minimum d'insertion de 1988⁴¹ peuvent en tant que dispositions de mises à l'essai, être considérées comme des

³⁸ E. Littré. Dictionnaire de la langue française.

³⁹ Evelyne SERVERIN, Bernard GOMEL. « *L'expérimentation des politiques publiques dans tous ses états* », Informations sociales 2012/6 (n° 174), p. 129.

⁴⁰ Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse

⁴¹ Loi n°88-1088 du 1 décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion

expérimentations, bien que le terme n'y figure pas. La validité de ces dispositions légales ou réglementaires dépendait des résultats de l'évaluation conduite par le législateur.

Ces expérimentations étaient considérées comme « *l'expression la plus achevée de la prudence normative* ». Mais pour rendre ces expérimentations légales, il était nécessaire de les constitutionnaliser. Ainsi, le Conseil constitutionnel, dans une décision du 17 janvier 2002⁴², a considéré « *qu'en ouvrant la possibilité au législateur, fût-ce à titre expérimental, dérogatoire et limité dans le temps, la possibilité d'autoriser la collectivité territoriale de Corse à prendre des mesures relevant du domaine de la loi, la loi déferée est intervenue dans un domaine qui ne relève que de la Constitution* ». La haute juridiction avait donc fait un premier pas vers la constitutionnalisation des expérimentations mais ce n'est qu'avec la loi constitutionnelle du 23 mars 2003⁴³ que cela a pu se concrétiser.

Grâce à cette loi constitutionnelle, l'article 37-1 dispose dorénavant que « *La loi et le règlement peuvent comporter, pour un objet et une durée limités, des dispositions à caractère expérimental.* ». L'article 72 de la Constitution en son alinéa 4, dispose également que « (...) *les collectivités territoriales ou leurs groupements peuvent, lorsque, selon le cas, la loi ou le règlement l'a prévu, déroger, à titre expérimental et pour un objet et une durée limités, aux dispositions législatives ou réglementaires qui régissent l'exercice de leurs compétences.* ». En application de cette dernière disposition, la loi organique du 1^{er} août 2003⁴⁴ détermine le cadre général des expérimentations en son article LO 1113-1 : « *La loi qui autorise (...) les collectivités territoriales à déroger, à titre expérimental aux dispositions législatives régissant l'exercice de leurs compétences, définit l'objet de l'expérimentation ainsi que sa durée, qui ne peut excéder cinq ans, et mentionne les dispositions auxquelles il peut être dérogé.* »

Ces dispositions n'ont suscité aucun débat puisqu'il existait à l'époque un consensus sur l'intérêt de « *tester les normes avant de les généraliser* ».

⁴² Conseil constitutionnel, 17 janvier 2002 - 2001-454 DC

⁴³ Loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003 relative à l'organisation décentralisée de la République.

⁴⁴ Loi organique n° 2003-704 du 1 août 2003 relative à l'expérimentation par les collectivités territoriales

B. L'effectivité des expérimentations

Pour Patrick JANIN, « *Le recours à l'expérimentation est inhérent à l'élaboration du droit : tout législateur, consciemment ou non, explicitement ou implicitement, s'appuie nécessairement sur des pratiques ou des expériences passées.* ».⁴⁵ Cette autorisation constitutionnelle a donc permis d'utiliser les articles 37-1 et 72 à bon escient.

La loi du 13 août 2004 relative « aux libertés et aux responsabilités locales » élargit le domaine des expérimentations à l'occasion des transferts et délégations de responsabilités et de compétences, qu'il s'agisse de gestion de crédit ou d'exercice de compétences. Le Conseil constitutionnel, saisi d'un recours contre ce texte, réitère les critères des expérimentations forgés au fil des décisions antérieures, dans une décision du 12 août 2004⁴⁶ : « *Le parlement peut autoriser dans la perspective de leur éventuelle généralisation des expérimentations dérogeant au principe d'égalité devant la loi. (...) le législateur doit en définir de façon suffisamment précise l'objet et les conditions et ne pas méconnaître les autres exigences de valeur constitutionnelle.* ».

Mais le conseil constitutionnel précise dans une autre décision du 13 décembre 2007 que « *l'article 37-1 de la Constitution permet que la loi de financement de la sécurité sociale inclue des dispositions expérimentales (...), mais que le Conseil serait amené à censurer des dispositions qui (...) seraient en réalité non pas d'application expérimentale, mais d'application bornée dans le temps* ». Cela signifie donc qu'une évaluation est toujours nécessaire, quelles que soient les modalités expérimentales choisies.

Parmi les normes préconisant des expérimentations, ont été promulgués l'ordonnance du 13 avril 2006 « expérimentant le contrat de transition professionnelle » ou encore le décret du 12 novembre 2010 qui expérimente un procédé d'injonction à rencontrer un médiateur familial. En effet, ces réformes sont coûteuses et nécessitent un passage par un « sas » expérimental. Dans ces domaines, l'expérimentation porte sur la norme elle-même et sur son insertion dans la totalité des normes, sur ses incidences sociales, économiques et budgétaires.

⁴⁵ « *L'expérimentation juridique dans l'acte II de la décentralisation – Observations sur une réforme* ». La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales n° 41, 10 Octobre 2005, p. 1334

⁴⁶ Conseil constitutionnel, 12 août 2004 - n° 2004-503 DC

Depuis l'autorisation d'expérimentation des maisons de naissance, seules neuf structures ont vu le jour. Pour quelles raisons ? Les critères d'éligibilité sont très stricts et il se reflète au sein du cahier des charges rédigé par la HAS la volonté de sécuriser les structures au maximum, comme préconisé lors des discussions parlementaires.

II. L'autorisation d'expérimentation des maisons de naissance

Pour être autorisées à mettre en œuvre l'expérimentation des maisons de naissance, les structures ont dû déposer un dossier de candidature auprès du ministère et ce, en respectant des modalités précises. Après examen des dossiers, neuf structures ont ensuite vu le jour.

A. Les modalités de candidature précisées par l'arrêté du 30 juillet 2015

Par un arrêté du 30 juillet 2015⁴⁷, le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a fixé la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des MDN. Cet arrêté fait suite à la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation et au décret du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance qui, en son article 15, prévoit la promulgation de cet arrêté. Pour avoir une valeur réglementaire, l'arrêté doit poser une règle générale. En l'espèce il précise les modalités de candidature de toute structure à l'expérimentation des maisons de naissance, il n'est pas individuel et bénéficie donc d'une valeur réglementaire.

Cet arrêté précise que le dossier de candidature requis pour intégrer l'expérimentation se compose de trois parties : une partie administrative, une partie relative aux personnels et une partie technique et financière.

Plusieurs éléments doivent être détaillés dans la partie administrative, notamment « *l'identité, l'adresse, et le statut juridique de la personne morale* ». Cela signifie que pour établir une structure « Maison de naissance », il faut obligatoirement constituer une personne morale. Par définition une personne morale est une entité, le plus souvent un groupement, doté de la

⁴⁷ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Arrêté du 30 juillet 2015 fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des maisons de naissance.

personnalité juridique, et qui, à ce titre, a des droits et des obligations. L'arrêté est clair, la personne portant le projet de maison de naissance ne peut être qu'une personne morale constituée ou du moins, une personne morale en cours de constitution. Des personnes physiques ne peuvent donc pas à elles-seules candidater à l'expérimentation. Il est important de rappeler que les maisons de naissance sont des personnes morales juridiques distinctes des établissements de santé. Elles ne sont donc pas soumises à toutes les règles afférentes à ceux-ci (notamment le chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie du Code de la Santé Publique). Il est également nécessaire de fournir la délibération de l'organe représentant la personne morale, favorable au projet de la maison de naissance (lorsque la personne morale a déjà été constituée).

Le dossier de candidature doit présenter « l'opération projetée » concernant la maison de naissance. Par ailleurs, la personne morale souhaitant intégrer l'expérimentation doit présenter le règlement intérieur de la maison de naissance préalablement rédigé. Le règlement intérieur d'un établissement de santé définit le fonctionnement institutionnel, ainsi que son organisation administrative et médicale et précise enfin les règles applicables aux patients ainsi qu'au personnel. En l'espèce, le règlement intérieur d'une maison de naissance recense les règles applicables aux parturientes ainsi qu'aux sages-femmes.

Parmi les pièces indispensables au dossier, doivent également figurer l'assurance de la structure ainsi que l'assurance de responsabilité civile des sages-femmes qui exerceront au sein de cette structure. Le demandeur doit également présenter un document prouvant la démarche d'inscription, voire l'attestation d'inscription, au réseau de santé en périnatalité compétent. La mention de cette condition s'inscrit dans la lignée de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁴⁸. En effet, par un article publié dans le code de la santé publique⁴⁹, la loi prévoit que les réseaux de santé ont pour objet de « *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires* ». Des réseaux de santé en périnatalité régionaux se sont donc constitués. Ceux-ci jouent un rôle très important car ils cherchent à coordonner au mieux les acteurs de la périnatalité au sein d'une région. Il paraissait donc évident, voire nécessaire, que les maisons de naissance adhèrent à un tel réseau.

⁴⁸ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁴⁹ Code de la Santé Publique. Article L. 6321-1. Alinéa 1.

Condition qui sera développée par la suite, le demandeur doit également fournir la convention ou le projet de convention conclu avec la structure contiguë autorisée à l'activité de soins de gynécologie-obstétrique.

Ensuite, la partie relative aux personnels doit comprendre les effectifs médicaux administratifs, exerçant ou appelés à exercer dans la maison de naissance, ainsi que la liste nominative des sages-femmes exerçant dans celle-ci. Concernant ces professionnelles, il doit être justifié qu'elles aient pratiqué l'accouchement pendant les deux dernières années. Pour rappel, les sages-femmes travaillant au sein de la maison de naissance sont des sages-femmes libérales et non salariées.

Enfin, est soumise au dossier la partie technique et financière. Les éléments devant être présentés dans cette partie sont les suivants : la description du projet et des activités de soins de l'établissement partenaire, le projet de règlement intérieur, les plans de localisation et description de la maison de naissance, les modalités de transfert des femmes et nouveau-nés, les modalités d'information et de consentement de la parturiente, ainsi que d'autres éléments communs aux établissements de santé (nettoyage, circuit du médicament, etc.).

Le demandeur doit par ailleurs transmettre l'équilibre financier prévisionnel afin que soit évalué la viabilité du projet.

Suite à cette forme d'« appel à projet », la Direction générale de l'offre de soins et les agences régionales de santé compétentes ont retenu neuf projets de maisons de naissance conformes.

B. Les maisons de naissance autorisées à mettre en œuvre l'expérimentation

Un arrêté du 23 novembre 2015 a finalement fixé la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale⁵⁰. Ainsi, neuf projets sur onze ont été autorisés à mettre en œuvre une maison de naissance : la société civile de moyens CALM - Maison de naissance, à Paris, l'association Premier Cri, à Vitry sur-Seine, l'association Maison de naissance DOUMAIA, à Castres, l'association La Maison, à Grenoble, l'association Le Temps de naître, à

⁵⁰ Arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale. JORF n°0274 du 26 novembre 2015 page 21905. texte n° 30.

Baie-Mahault, l'association Joie de naître, à Saint-Paul, l'association Premières Heures au monde, à Bourgoin-Jallieu, l'association MANALA, Maison de naissance Alsace, à Sélestat et l'association Un Nid pour naître, à Nancy. Pendant la durée de l'expérimentation (cinq ans), aucune autre maison de naissance ne pourra ouvrir ses portes.

La mise en œuvre de l'expérimentation varie selon la maison de naissance. En effet, la forme juridique de la structure n'est pas imposée. Ainsi, la plupart des sages-femmes libérales travaillant au sein des maisons de naissance se sont constituées en associations mais d'autres ont également monté une société civile de moyens. Par exemple, le CALM à Paris. Cependant en raison de contraintes juridiques et financières trop importantes, la SCM a été dissoute et a été remplacée par une association loi 1901, comme les autres maisons de naissance.

La complexité juridique des structures peut, pour des personnes extérieures, générer des incertitudes quant au fonctionnement de ces structures ainsi qu'à l'éventuelle engagement de leur responsabilité en cas de faute. Coexistent souvent plusieurs entités : associations de sages-femmes mais également associations de parents... Cependant c'est l'association de sages-femmes qui porte de manière effective le projet de maison de naissance et celles-ci sont responsables individuellement. L'association doit souscrire à une assurance pour la maison de naissance mais les sages-femmes doivent également toutes être assurées.

Concernant le financement des maisons de naissance, la prise en charge étatique a été privilégiée mais elle contrevient à la loi. Pour rendre ce dispositif légal, la loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance⁵¹ précise que le financement des maisons de naissance déroge à l'article L. 162-22-13 du Code de l'action sociale et des familles (précisant les raisons pour lesquelles un établissement peut bénéficier d'une dotation annuelle de financement). Les maisons de naissances peuvent donc disposer d'une dotation fixée par l'Etat, comme prévu par l'article L. 162-22-14 du Code de l'action sociale et des familles.

Afin d'apporter des précisions concernant ce financement, le décret du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance évoque en son article 13 que le fonds d'intervention régional (FIR) participe au financement de l'expérimentation et ce, dans le but de compenser des coûts inhérents au fonctionnement de la structure. Concernant les modalités de ce financement, le décret précise que ce sont les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale

⁵¹ Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Article 2. Alinéa 4.

qui définissent la périodicité et les crédits alloués par arrêté.

En dehors de quelques différences formelles et historiques, le cahier des charges des maisons de naissance est commun à chacune d'entre-elles : elles doivent respecter les mêmes conditions de mise en œuvre.

Chapitre 2 : Les conditions de mises en œuvre de l'autorisation

Afin de mettre en œuvre cette expérimentation, les maisons de naissance ayant été retenues par l'arrêté du 23 novembre 2015 doivent respecter des obligations émanant de textes législatifs, réglementaires mais également professionnels. Elles s'engagent donc à respecter ces conditions afin que le dispositif fonctionne au mieux, et surtout que la sécurité des parturientes et des nouveau-nés soit garantie.

Dans un premier temps, il est nécessaire d'étudier le cadre législatif et réglementaire de l'expérimentation c'est-à-dire l'ensemble des règles légales qui déterminent l'exercice des maisons de naissance. Dans un second temps, il nous faut exposer les conditions de prise en charge élaborées grâce aux recommandations professionnelles, en l'espèce la Haute Autorité de Santé.

Section 1 : Le cadre législatif et réglementaire de l'expérimentation

La présentation du cadre législatif et réglementaire de l'expérimentation a pour but de présenter les droits auxquels peuvent prétendre les femmes enceintes en maison de naissance, mais également d'évaluer un élément déterminant la mise en œuvre d'une maison de naissance : l'indispensable conventionnement avec un établissement de santé autorisé à l'activité de soins de gynécologie-obstétrique.

I. Les droits de la femme enceinte en maison de naissance

Afin d'aborder les droits de la femme enceinte en maison de naissance, il faut décrire la nature des actes que peuvent réaliser les sages-femmes auprès des parturientes mais aussi rappeler le droit commun des patients qui est également appliqué.

A. La nature des actes réalisés par les sages-femmes en maison de naissance

Les missions conférées aux sages-femmes dans les maisons de naissance sont principalement décrites au travers de la loi de 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance et du décret de 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation. Ainsi, les sages-femmes assurent⁵² « *la surveillance de la grossesse et des suites de l'accouchement (...), la préparation à la naissance et à la parentalité (...), l'accouchement et les soins postnataux concernant la mère et l'enfant* ». Ces missions font notamment référence à l'article L. 2122-1 du Code de la Santé Publique qui décrit les « prestations » dont bénéficient les femmes enceintes. Le décret reprend donc les mêmes termes.

Il faut cependant noter que les maisons de naissance n'assurent pas l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés⁵³ comme le ferait une maternité classique. En effet, la femme enceinte se rend à la maison de naissance au moment de l'accouchement et doit regagner son domicile dans les vingt-quatre heures qui suivent l'accouchement, avec son nouveau-né.

Par ailleurs, les maisons de naissance ne prennent pas en charge les urgences obstétricales, comme sont supposés le faire les unités d'obstétrique⁵⁴. C'est la raison pour laquelle l'adossement à ce type de structure est obligatoire, condition que nous verrons dans les développements suivants⁵⁵.

Enfin, pour accoucher en maison de naissance et bénéficier d'un suivi prénatal et des suites de couches, la femme enceinte doit être « inscrite » en son sein mais doit également répondre aux critères d'éligibilité définis par le cahier des charges de l'expérimentation (rédigé par la Haute

⁵² Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Article 1^{er}. I.

⁵³ Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Article 1^{er}. II.

⁵⁴ Code de la Santé Publique. Article R. 6123-43

⁵⁵ Cf. « L'indispensable contiguïté à une maternité » (p. 29).

Autorité de Santé). Ces critères sont déterminants pour assurer à chaque parturiente et à son enfant une prise en charge en toute sécurité.

B. L'application du droit commun des patients

Le décret du 30 juillet 2015 reprend plusieurs principes issus du droit des patients. Ces principes fondamentaux sont apparus grâce à l'évolution des devoirs des médecins envers leurs patients mais aussi des droits de la personne humaine. C'est la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁵⁶ qui a confirmé ces principes tant jurisprudentiels que législatifs. Selon Monsieur Didier TRUCHET, « *ces droits et devoirs sont communs à toutes les activités de prévention, de diagnostic et de soins qu'elles s'exercent en milieu hospitalier ou en pratique individuelle, qu'elles soient soumises au droit public ou au droit privé* »⁵⁷.

Afin d'être en conformité avec ce corpus de droits communs, le dispositif des maisons de naissance se devait d'en rappeler les principes les plus importants.

Ainsi, le décret reprend en son article 5 le droit du patient à l'information de son état de santé. Ce dernier a été codifié par l'article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique qui dispose que « *toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent (...)* ». Le décret dispose donc, en conformité avec la loi, que la femme enceinte qui souhaite intégrer une maison de naissance doit recevoir « *une information complète sur le fonctionnement de la maison de naissance, son caractère expérimental et la prise en charge proposée (...)* ».

Mais qu'en est-il des risques de l'accouchement naturel par voie basse ? Est-il considéré comme un acte de soins, et la sage-femme doit-elle informer la parturiente des risques qu'il comporte ? La jurisprudence l'a confirmé par un arrêt du Conseil d'Etat du 27 juin 2016⁵⁸. Celui-ci a déclaré que « *la circonstance que l'accouchement par voie basse constitue un événement naturel et non un acte médical ne dispense pas les médecins de l'obligation de porter, le cas*

⁵⁶ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ;

⁵⁷ Didier TRUCHET. *Droit de la santé publique*. France : Dalloz (Coll. Les mémentos Dalloz). 9^{ème} édition. 2017, p. 239.

⁵⁸ Conseil d'État, 5e et 4e sous-sections réunies, 27 Juin 2016 - n° 386165.

échéant, à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter (...) et les moyens de les prévenir. ». La sage-femme devra donc prouver en cas de conflit avec une patiente, qu'elle a bien délivré l'information, c'est-à-dire qu'elle lui a bien fait part des risques concernant son accouchement normal en maison de naissance.

L'information est certes importante, mais le consentement l'est tout autant. Ces deux principes vont de paires. L'article L. 1111-4 du Code de la Santé Publique dispose que « *toute personne prend (...) les décisions concernant sa santé. (...) Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Pour la jurisprudence du Conseil d'Etat, c'est même une liberté fondamentale⁵⁹. C'est pour cette raison que l'article 5 du décret de 2015 considère que le consentement exprès et éclairé de la femme doit être recueilli par tout moyen. Il précise que le consentement porte sur : l'entrée dans le dispositif expérimental de la maison de naissance et sur la prise en charge proposée. La parturiente doit également consentir à la liste nominative des sages-femmes susceptibles d'accéder à son dossier médical ainsi que celle des établissements de santé susceptibles d'être destinataire des informations. Enfin, la parturiente doit donner son accord à la transmission par les professionnels de santé de la Maison de naissance à ceux de l'établissement partenaire des informations administratives et médicales nécessaires aux éventuels transferts et prises en charge de la femme et de son enfant.

Le consentement recueilli par la sage-femme auprès de la parturiente n'a pas à être formulé par écrit, mais en cas de conflit avec celle-ci, le juge exige que le professionnel de santé apporte la preuve du consentement. Il est donc judicieux de requérir la signature d'un document.

Cet article exprime l'importance du lien avec l'établissement de santé partenaire, celui-ci étant associé directement à la maison de naissance. Mais quelles sont les raisons ayant poussé le pouvoir législatif à souhaiter que ce lien soit matérialisé par un conventionnement obligatoire ?

II. Le conventionnement obligatoire avec un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique

Pour assurer une sécurité optimale du parcours de la femme enceinte en maison de

⁵⁹ Ord. 16 août 2002, Feuillatay, LPA 26 mars 2002, n°61, p. 4, note C. Clément.

naissance, cette dernière doit être contiguë à une maternité et les modalités de transfert d'une parturiente vers cette maternité doivent être correctement définies.

A. L'indispensable contiguïté à une maternité

Le lien entre une maison de naissance et une maternité partenaire est largement représenté dans les différentes dispositions régissant les maisons de naissance.

L'article 1^{er} de la loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance estime que « *La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée dans cette structure* ». La maison de naissance doit donc être attenante, doit toucher, être en contact avec une maternité. Cela se matérialise architecturalement par un ascenseur (maison de naissance du CALM), une porte commune, etc. Le décret de 2015⁶⁰ précise que la maison de naissance dispose d'un accès direct à la maternité « *permettant d'assurer dans des conditions compatibles avec l'urgence le transport non motorisé et allongé des parturientes et des nouveau-nés, sans voie publique à traverser* ».

Pour organiser et contractualiser ce lien, la maison de naissance doit passer une convention avec l'établissement de santé partenaire. D'après l'article 3 du décret relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance, la convention doit préciser plusieurs éléments : les modalités de transfert des femmes et des nouveau-nés, les modalités de transmission des informations médicales, les modalités d'approvisionnement de la maison de naissance en médicaments par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé ainsi que les relations financières entre les deux structures. Cette convention est transmise au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé et au ministre chargé de la santé.

Mais si les sages-femmes d'une maison de naissance sont indépendantes, comment justifier cette obligation ? Bien que l'accouchement constitue un acte naturel et que les femmes éligibles à ce dispositif aient reçu une évaluation favorable pour un accouchement à bas risque, il faut garder à l'esprit qu'il n'y a pas de risque zéro. Pour Madame Marisol TOURAINE, « *attentes aux*

⁶⁰ Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Article 8.

maternités, les maisons de naissance permettront ainsi une prise en charge offrant des conditions de sécurité optimale, approuvées par les gynécologues-obstétriciens »⁶¹.

Beaucoup de sages-femmes ont vu cette disposition comme une entrave à leur indépendance. Dans d'autres pays, cette contiguïté n'est pas obligatoire, mais selon les gynécologues-obstétriciens français cette condition est nécessaire afin de prendre en charge les cas où des complications peuvent survenir⁶².

B. Les modalités de transfert d'une parturiente

Comme le précise le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance⁶³, la convention conclue avec la maternité partenaire doit comporter les modalités de transferts de la femme en pré-partum (c'est-à-dire pendant la grossesse) dont l'accès à la maternité et la transmission du dossier médical, mais elle doit également énumérer les modalités de transferts de la femme en per-partum (pendant l'accouchement) notamment les modalités de transfert vers le bloc obstétrical, les préalables au transfert, les conditions matérielles ainsi que le contenu du dossier et les examens obligatoires en cas de transfert. On doit également y retrouver les modalités de transferts de la femme en post-partum (après l'accouchement) ainsi que celles du transfert du nouveau-né. Il est nécessaire pour les établissements de s'entendre de façon réciproque sur ces modalités afin que ces transferts se déroulent sereinement sans mauvaises surprises.

Mais concrètement, quels cas nécessitent le transfert de la femme enceinte dans la maternité partenaire ? En réalité, les transferts sont nécessaires dès que la mère ou la sage-femme exprime le besoin d'effectuer un « acte médical ». Ainsi, si la femme enceinte exprime son envie de bénéficier d'une anesthésie péridurale parce qu'elle ne supporte pas la douleur ou encore s'il est nécessaire de faire une césarienne, elle sera transférée au sein de la maternité partenaire. Par ailleurs la découverte d'une pathologie de la mère ou de l'enfant à naître, ainsi que toute complication, feront également l'objet d'un transfert. Ces dispositions respectent l'article L. 4151-3 du Code de la Santé publique, lequel dispose qu' « *en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la*

⁶¹ Assemblée Nationale. Discussion d'une proposition de loi : l'expérimentation des maisons de naissance. XIVe législature. Session ordinaire de 2013-2014. Séance du jeudi 28 novembre 2013. Présentation par Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé.

⁶² Pr. Francis PUECH et Pr. Bernard HEDON. *Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique"*. Communiqué du 5 décembre 2012. p. 2.

⁶³ Haute Autorité de Santé. *Cahier des charges de l'expérimentation : Maisons de naissance*. Septembre 2014. p.9.

grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. (...) ».

Dans les faits, Fabrice PIERRE, Docteur, et Germain DECROIX, juriste pour la MACSF, préconisent⁶⁴ de formaliser les relations avec l'équipe de gynécologie-obstétrique et les équipes d'anesthésie-réanimation et de pédiatrie de l'établissement. Des réunions périodiques devraient être organisées entre les équipes des maisons de naissances et celles de la maternité partenaire afin que chacune ait connaissance des dossiers et situations particulières en amont. En effet, plusieurs professionnels issus de différentes structures interviennent dans ce dispositif, il existe donc un risque de défaut de coordination qui pourrait engendrer des problèmes pratiques mais également de responsabilité. Or comme le rappellent les auteurs, certains transferts « *nécessitent une réelle proximité avec ces services, permettant une intervention adaptée des plus rapides* ». Ainsi, il est conseillé de rédiger des protocoles et d'organiser des entraînements « en situation » afin que chacun bénéficie d'une culture commune de l'urgence. Rappelons-nous que ces sages-femmes sont initialement libérales et ont donc peu l'habitude de travailler dans une équipe.

Statistiquement, il faut être conscient de la réalité d'un taux de transfert non négligeable en cours de travail ou post-accouchement malgré une appréciation correcte des facteurs de risques. Ainsi, une étude hollandaise⁶⁵ a montré que 32% des patientes à bas risque (entre 2000 et 2007) prises en charge initialement par des sages-femmes sont adressées en cours de travail à un obstétricien.

De façon à ce que les maisons de naissance fonctionnent de façon optimale et que chaque femme enceinte se sente en sécurité dans la structure, un cahier des charges de l'expérimentation a été rédigé par la Haute Autorité de Santé.

⁶⁴ Fabrice PIERRE et Germain DECROIX. *Maison de naissance : une expérimentation en marche*. Responsabilité : revue de formation sur le risque médical. MACSF Le sou médical. Mars 2016. N°61. Volume 16. p. 19-20.

⁶⁵ JM SNOWDEN, EL TILDEN, J SNYDER, B QUIGLEY, AB CAUGHEY, YW CHEN. Planned out-of-hospital Birth and Birth Outcomes. *N Engl J Med* 2015 ; 373 : 2642-53.

Section 2 : Les conditions issues des recommandations professionnelles

Pour fonctionner, les maisons de naissance ont besoin d'exercer dans un cadre bien précis. Pour cette raison, la Haute Autorité de Santé a rédigé un cahier des charges. Dans un premier temps, nous verrons le contenu de ces recommandations puis dans un second temps nous examinerons la portée juridique de ces recommandations.

I. Le contenu du cahier des charges de la haute autorité de santé (HAS)

Afin d'étudier le contenu des recommandations professionnelles il est nécessaire de dissocier les modalités organisationnelles et fonctionnelles des modalités de prise en charge en maison de naissance.

A. Les modalités organisationnelles et fonctionnelles de la structure

La rédaction d'un cahier des charges par la HAS fait suite à l'article 3 de la loi de 2013 autorisant les maisons de naissance. Il précise que « *les ministres (...) arrêtent, en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute autorité de santé et après avis conforme de celle-ci, la liste des maisons de naissance autorisées* ».

La HAS a donc publié le cahier des charges de l'expérimentation en septembre 2014 afin que ce document serve de référence en matière de qualité et de sécurité des soins pour la mère et l'enfant. Dans son préambule, elle rappelle les enjeux de cette expérimentation : enjeu de santé publique « *de permettre l'expérimentation dans un cadre remplissant des critères de qualité et de sécurité des soins* » mais aussi enjeu pour les femmes « *de se voir proposer une offre de soins diversifiée pour l'accouchement et, pour celles qui le souhaitent, de bénéficier de structures moins médicalisées* ».

Les modalités organisationnelles telles qu'elles sont décrites au sein du cahier des charges comprennent certains aspects déjà vus précédemment dans les dispositions législatives et réglementaires : la structure juridique de la maison de naissance, qui doit être distincte de l'établissement partenaire mais tout de même conventionnée avec celui-ci, mais également l'obligation d'assurance de la structure et des sages-femmes.

Mais la HAS apporte également des contraintes nouvelles, notamment en ce qui concerne le matériel : elle estime que la maison de naissance doit disposer en permanence des équipements nécessaires à la prise en charge des femmes enceintes pour les consultations et pour l'accouchement, c'est-à-dire un tocographe, ainsi qu'un chariot d'urgence et du matériel permettant de transporter les femmes et les nouveau-nés en cas d'urgence. Ces exigences sont similaires à celles auxquelles sont assujettis les établissements de santé. De même, le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est organisé et tracé et les médicaments sont stockés dans un lieu sécurisé et fermé, non accessible au public.

Par ailleurs, la HAS reprend l'exigence de l'article R 1112-2 du Code de Santé Publique. Ce dernier oblige les établissements de santé à délivrer à chaque patient un dossier médical. Pour la maison de naissance, même principe, chaque femme enceinte et chaque nouveau-né doivent disposer d'un dossier patient.

B. Les modalités fonctionnelles en maison de naissance

La HAS préconise également des modalités de fonctionnement. D'une part, elle exige un nombre minimum de deux sages-femmes pouvant justifier d'une expérience minimale suffisante d'accouchement pendant les deux dernières années. Et d'autre part, les locaux de la maison de naissance doivent être disponibles en permanence (mais sans qu'il n'y ait besoin de personnel présent en permanence 24h/24).

Mais existe-il des règles régissant le fonctionnement interne de la structure ?

Oui, la HAS requiert la rédaction d'un règlement intérieur reprenant l'organisation des activités, de la disponibilité, les critères d'éligibilité des femmes, le délai maximal pour l'inscription, etc. Cela oblige les sages-femmes à s'organiser afin de prévenir la réalisation d'événements indésirables.

Concernant ces derniers, les sages-femmes sont soumises à l'article L 1413-14 du Code de la Santé Publique qui oblige tout professionnel à en faire la déclaration au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

En cas de survenance d'évènements indésirables associés aux soins, les sages-femmes doivent en analyser les causes puis élaborer un plan d'action. Ces obligations s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité, comme prévu par la loi.

Les parturientes inscrites en maison de naissance doivent être prises en charge selon les

critères de l'accouchement global de la grossesse. Les modalités de prise en charge seront définies plus tard dans la rédaction⁶⁶.

Afin que les préconisations de la HAS soient mises en œuvre dans la structure, la direction médicale représentée par les sages-femmes, doit élaborer des protocoles pour que les actes s'enchaînent de façon limpide, en toute sécurité. Il est par ailleurs important de s'interroger sur l'impact de ces recommandations auprès des sages-femmes travaillant au sein des maisons de naissance.

II. La portée juridique des recommandations professionnelles

Pour analyser la portée juridique de ces recommandations, il faut tout d'abord s'interroger sur la portée des recommandations rédigées par la Haute Autorité de Santé puis se demander quelles sont les conséquences engendrées par l'inapplication de ces recommandations.

A. La portée des recommandations de la Haute Autorité de Santé

La HAS est « *une autorité publique indépendante à caractère scientifique qui développe la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social. Elle vise à assurer aux personnes un accès pérenne et équitable à des soins et des accompagnements pertinents, sûrs et efficaces* »⁶⁷. Elle a pour mission de recommander les bonnes pratiques auprès des professionnels de la santé, du social et du médico-social mais également de recommander des politiques de santé publique.

Pour ce faire, elle élabore des guides, des outils, en coopération et en collaboration avec les acteurs concernés et compétents pour apporter leurs contributions dans le domaine dont il est question. Ces recommandations sont élevées au rang de données acquises de la science depuis l'arrêt du Conseil d'Etat du 12 janvier 2005⁶⁸. En l'espèce un praticien a été condamné pour le non-suivi d'une recommandation de bonne pratique ayant entraîné un dommage au patient (mais sans pour autant accorder à cette recommandation une valeur impérative).

Finalement, la jurisprudence du Conseil d'Etat a évolué en faveur d'un durcissement de la

⁶⁶ Cf. « La prise en charge de la grossesse dans le respect de la physiologie ». (p 37)

⁶⁷ « La HAS », Sur : www.has-sante.fr Consulté le 17 août 2018.

⁶⁸ Conseil d'Etat 12 janvier 2005, M. Kerkerian, RDSS 2011. 483, note J. Peigné.

normativité des recommandations de bonnes pratiques⁶⁹. Par l'arrêt Formindep du 27 avril 2011⁷⁰, le juge administratif estime qu'une recommandation de bonne pratique de la HAS constitue une décision susceptible de faire grief « *eu égard à l'obligation déontologique, incombant aux professionnels de santé en vertu des dispositions du Code de la Santé Publique qui leurs sont applicables, d'assurer au patient des soins fondés sur les données acquises de la science, telles qu'elles ressortent notamment de ces RBP* ».

Il semble donc que ces recommandations s'imposent à tout professionnel et établissement de santé puisque depuis l'arrêt Mercier de 1936⁷¹, « *le médecin doit à son client des soins dévoués, attentifs et conformes aux données acquises de la science* » et donc aux recommandations de bonnes pratiques.

Ainsi donc, quelles seraient les conséquences de l'inapplication des recommandations de la HAS dans le cadre du cahier des charges des maisons de naissance ?

B. Les conséquences d'un manquement aux recommandations

L'article 14 du décret de 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance estime qu'en cas de manquement aux recommandations issues du cahier des charges de l'expérimentation adopté par la haute autorité de santé, il est fait application des dispositions de l'article L. 6122-13 du Code de la Santé Publique. De la même manière, en cas de manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins, ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes prises en charge ou du personnel, il est fait application de ces mêmes dispositions. Par conséquent, « *le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'autorisation de l'activité de soins concernée ou l'interruption immédiate du fonctionnement des moyens techniques de toute nature nécessaires à la dispensation des soins.* ».

L'inobservation des recommandations du cahier des charges est donc assimilée à un manquement aussi grave que celui des lois et des règlements. Cela signifie que les sages-femmes dirigeant les maisons de naissance doivent prendre toutes les mesures qui sont en leur pouvoir pour

⁶⁹ Delphine KRZISCH. *Force normative et efficacité des recommandations de bonne pratique en matière médicale*. RDSS, Dalloz. 2014. N°6. p. 1095.

⁷⁰ Conseil d'Etat 27 avril 2011, Formindep.

⁷¹ Cour de cassation, Civ., 20 mai 1936, Mercier.

appliquer et mettre en œuvre ces recommandations.

La loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance dispose par ailleurs en son article 3 alinéa 2 que « *le retrait d'inscription à la liste (des maisons de naissance) est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.* »

Ces dispositions, aussi intransigeantes soient-elles, sont légitimées par l'obligation de faire régner la sécurité dans tout établissement de santé et donc dans les maisons de naissance, bien qu'elles ne soient pas considérées comme tel.

Partie 2 : La mise en œuvre de l'expérimentation

des maisons de naissance

L'expérimentation des maisons de naissance a pour origine la volonté commune de certaines femmes de vivre leur accouchement différemment des autres, dans un environnement serein, calme et non aseptisé.

Dans un premier temps, nous allons voir que les sages-femmes doivent appliquer différents principes pour mettre en œuvre la maison de naissance : certains tiennent aux engagements qu'imposent la physiologie de la naissance, d'autres à la façon dont elles doivent exercer leur métier. Nous verrons que les sages-femmes ont donc l'obligation de respecter les compétences qui leur sont attribuées. Dans le cas contraire, leur responsabilité pourrait être engagée devant les juridictions civiles, pénales ou ordinaires.

Dans le cas présent ce sont des sages-femmes libérales qui se rassemblent pour développer une maison de naissance, mais nous allons voir qu'il existe d'autres alternatives à la surmédicalisation de l'accouchement. Ce sont des organisations qui ne font pas partie de l'expérimentation des maisons de naissance mais qui méritent une attention particulière. D'ailleurs, nous allons nous intéresser plus spécialement au projet mis en œuvre par une maternité d'Ille-et-Vilaine.

Dans un second temps, nous devons nous questionner sur la pérennité du dispositif des maisons de naissance dans le cadre des structures périnatales françaises. Ses atouts ont certes été démontrés, mais il est important d'apprécier l'équilibre du bilan coût-avantage, notamment par la mesure des économies induites par les maisons de naissance ou encore du coût de la mise en œuvre d'une maison de naissance. L'évaluation, qui doit être obligatoirement rédigée à l'échéance de l'expérimentation, est nécessaire. Peut-être serait-il intéressant de s'interroger sur la pertinence d'une multitude de structures qui tendent vers un but commun ?

Chapitre 1 : L'application de principes fondamentaux

Tout en appliquant les principes fondamentaux défendus par les maisons de naissance, il faut maintenir un équilibre entre l'accouchement démedicalisé et la sécurité des parturientes ainsi que celle de leurs enfants. D'après le dictionnaire Larousse, démedicaliser consiste à cesser de considérer que quelque chose relève du domaine médical mais cela ne signifie pas pour autant ne plus en assurer la sécurité.

Ces principes fondamentaux ne sont pas qu'appliqués par les maisons de naissance puisqu'il existe, comme nous l'avons vu précédemment, d'autres alternatives à l'accouchement pratiqué en maternité classique. Sur la base de principes communs, des organisations cherchent donc à démedicaliser l'accouchement mais sur la base de quelles caractéristiques peut-on les différencier des maisons de naissance ?

Section 1 : L'équilibre entre accouchement démedicalisé et sécurité

Afin d'assurer un équilibre entre la démedicalisation de l'accouchement et la garantie de la sécurité, il est nécessaire d'étudier les bénéfices attendus par les sages-femmes qui souhaitent accoucher en maison de naissance. En outre, la sage-femme doit respecter certaines obligations pour que les mesures garantissant la sécurité soient renforcées.

I. Les bénéfices attendus par les parturientes en Maison de naissance

Permettre aux parturientes d'accoucher en maison de naissance revient à prendre en charge physiologiquement la grossesse, ainsi que reconnaître aux parents un droit à la parentalité grâce à l'accompagnement global.

A. La prise en charge de la grossesse dans le respect de la physiologie

La France se caractérise par un nombre élevé et croissant d'interventions médicales pendant

la grossesse et l'accouchement. L'enquête périnatale de 2010⁷² met clairement en évidence cette évolution : le pourcentage de femmes qui ont un déclenchement du travail augmente (passant de 19,7% en 2003 à 22,7% en 2010). De même, concernant le déclenchement artificiel de l'accouchement, plus de la moitié des femmes ont eu en 2010 une rupture artificielle de la poche des eaux et des ocytocines pendant le travail. La prise en charge de la douleur pendant le travail s'est également accru puisqu'en sept ans, les accouchements avec péridurale ou rachianesthésie sont passés de 74,9 % à 81,4 %. Enfin, les accouchements par césarienne semblent aussi continûment augmenter : le taux d'accouchement par césarienne était de 14% en 1991, 18% en 2001 et s'est stabilisé à 20% depuis 2007. Or l'OMS fixe à 15% le taux « raisonnable » de recours aux césariennes. L'enquête révèle ainsi que 90% des maternités françaises dépassent ce taux.

Ces chiffres ont été repris par Yannick Favennec dans son rapport présenté devant la commission des affaires sociales du Sénat afin d'illustrer la surmédicalisation des accouchements physiologiques.

Il faut noter que la technicisation des accouchements est souvent excessive pour les grossesses physiologiques et qu'elle risque d'entraîner un risque iatrogène, c'est-à-dire « *un trouble, une maladie, provoqués par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin* »⁷³. Ainsi, si l'amélioration du suivi médical de la grossesse a permis des progrès importants en termes de sécurité des naissances, la surmédicalisation des grossesses physiologiques fait quant à elle courir des risques supplémentaires aux parturientes et aux enfants à naître. Le collège national des gynécologues obstétriciens a exprimé une position similaire en 2012⁷⁴ : « *il y a des travaux qui démontrent que la règle "qui peut le plus peut le moins" ne s'applique pas bien en obstétrique. En effet, les facilités offertes par un plateau technique organisé pour faire face aux pathologies graves voire gravissimes, conduit à en faire aussi usage dans des situations qui le justifient moins. (...) Il ne s'agit pas seulement d'un gaspillage de moyens, mais aussi du risque iatrogène de la surmédicalisation et du surtraitement.* ».

De plus, selon Doris Nadel⁷⁵, ces interventions (la césarienne par exemple) entraînent une

⁷² Inserm. *Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Mai 2011.

⁷³ Définition du Dictionnaire Larousse.

⁷⁴ « *Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de l'accouchement physiologique.* », 5 décembre 2012.

⁷⁵ Doris NADEL. *Quelle naissance aujourd'hui pour quelle société demain ? Parcours d'une sage-femme engagée*. Editions Yves Michel : Gémenos. Collection Société Civile. 2015. p. 211.

séparation généralement longue de la mère et de son enfant pouvant altérer psychiquement, affectivement et socialement l'enfant.

La physiologie de la naissance se base sur le concept d'eutocie, c'est-à-dire l'accouchement qui se déroule normalement, contrairement à la dystocie, accouchement laborieux, pénible. Pour mettre en œuvre la physiologie de la naissance il faut respecter le temps de la naissance, différent pour chaque femme. Or les lieux de naissance sont souvent rattrapés par la contrainte du temps et souhaitent le contrôler. Les prises en charge sont uniformisées et des protocoles sont mis en place, générant l'impossibilité de faire « du cas par cas ». Pour Madame Nadel, nous ne laissons pas à la mère le temps de mûrir, le temps de produire ses propres hormones, l'ocytocine et les endorphines qui favorisent la genèse de l'attachement entre la mère et l'enfant.

Dans ses recommandations, la HAS précise que l'objet des maisons de naissance « *est de proposer aux femmes enceintes une prise en charge globale de leur grossesse dans le respect de la physiologie* ». Les sages-femmes travaillant en maison de naissance devront donc permettre aux jeunes mamans de devenir maître de leur accouchement, en leur laissant la liberté de leurs mouvements ainsi que la gestion de leurs contractions utérines. Ce sont elles qui décideront alors si elles peuvent supporter la douleur ou non. Dans le cas contraire, elles seront transférées dans la maternité partenaire.

B. La reconnaissance d'un droit à la parentalité par l'accompagnement global

L'avènement des maisons de naissance est caractérisée par l'entrée des parents dans la sphère de la naissance. D'après Philippe Charrier et Gaëlle Clavendier⁷⁶, la parenté qui est une notion juridique, se distingue de la parentalité qui est une aptitude de fait. L'exercice de cette parentalité s'étend sur de longs épisodes, même bien avant la naissance de l'enfant.

Auparavant, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle doit dorénavant s'orienter vers un accompagnement global de la femme enceinte et du couple. Cette orientation passe par la formulation d'un « projet de naissance » de la part des parents, dans lequel ils décrivent la manière dont ils envisagent la naissance de leur enfant. Selon la HAS⁷⁷, le

⁷⁶ Philippe CHARRIER et Gaëlle CLAVENDIER. *Sociologie de la naissance*. Armand Colin. 2013. p. 10.

⁷⁷ Haute Autorité de Santé. *Préparation à la naissance et à la parentalité*. Novembre 2005. p. 4.

projet de naissance est « *la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés.* » Ce dispositif montre comment s'élabore la co-construction de la parentalité, entre parents et professionnels de santé.

Le projet de naissance est également un moyen de faire signifier son consentement libre et éclairé (obligatoire en maison de naissance depuis le décret de 2015⁷⁸) mais dans le cadre d'un dialogue. Les modalités pouvant être demandées dans le projet de naissance sont par exemple : ne pas souhaiter être perfusée, vouloir s'installer dans la position souhaitée et être au calme, déambuler le plus longtemps possible...

L'accompagnement global en maison de naissance a également un impact sur l'équipe médicale. En effet, le principe est « une femme enceinte, une sage-femme » ; c'est-à-dire qu'une sage-femme sera « affiliée » à une femme enceinte et qu'elle effectuera la préparation à la naissance, son suivi, son accouchement et les suites de couches. Les objectifs à ce suivi « unique » sont la continuité et la coordination des soins, mais il permet également, comme l'explique Yvonne Knibiehler⁷⁹, de rassurer la future mère par ce lien et de contribuer à l'épanouissement du rapport entre elle et son bébé.

II. Les obligations des sages-femmes au regard d'une obligation de sécurité renforcée

Afin d'étudier les obligations de la sage-femme en maison de naissance, nous allons voir dans un premier temps les obligations de la sage-femme puis dans un second l'éventuel engagement de sa responsabilité.

A. Les obligations de la sage-femme dans la maison de naissance

En principe, pour pouvoir exercer la profession de sage-femme en France, il faut être

⁷⁹ KNIBIEHLER Yvonne. *Accoucher*. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Septembre 2016. p. 59.

titulaire du diplôme français d'Etat de sage-femme, remplir des conditions de nationalité ainsi qu'être inscrite au tableau de l'ordre des sages-femmes⁸⁰. Plus spécifiquement, l'arrêté du 30 juillet 2015 fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des maisons de naissance oblige également la sage-femme à justifier sa pratique de l'accouchement pendant les deux dernières années qui précèdent⁸¹.

Concernant le domaine de compétences de la sage-femme strictement défini par la loi, plusieurs dispositions s'appliquent. La sage-femme ne peut exercer que les actes définis par les articles L. 4151-1 à L. 4151-4 du Code de la Santé Publique. Les actes qu'elles assurent dans le cadre de leur exercice en maison de naissance sont énumérés à l'article 1^{er} du décret de 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation. Mais la sage-femme peut-elle effectuer des actes qui dépassent sa compétence ? L'article R. 4127-313 du Code de la Santé Publique dispose qu'elle « *ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou dépassent ses possibilités* ».

Dans le but d'assurer des soins de qualité, la sage-femme doit dispenser des soins conformes aux données acquises de la science, c'est-à-dire qu'elle doit faire bénéficier la patiente et le nouveau-né de nouvelles techniques scientifiquement éprouvées. En revanche, d'après l'article R. 4127-314 du Code de la Santé Publique, « *la sage-femme doit s'interdire dans les investigations ou les actes qu'elle pratique comme dans les traitements qu'elle prescrit de faire courir à sa patiente ou à l'enfant un risque injustifié* ». Ces dispositions sont orientées vers l'obligation de sécurité de la mère et de son enfant, et elles s'appliquent aux maisons de naissance.

Enfin, les effectifs des sages-femmes présentes en maisons de naissance doivent permettre d'assurer la qualité et la sécurité de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes inscrites. Le décret de 2015 demande en son article 7, à ce qu'une sage-femme soit « *en mesure de pouvoir intervenir à tout moment, tous les jours de l'année, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité* ». Dans le cadre des accouchements, bien que le principe soit « une femme enceinte, une sage-femme », il est nécessaire de garantir la présence d'une seconde sage-femme dans les locaux. Cette dernière a pour mission d'assister la sage-femme référente. Cela permet d'assurer une

⁸⁰ Code de la Santé Publique. Article L 4111-1.

⁸¹ Arrêté du 30 juillet 2015 fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des maisons de naissance. Article 1^{er} – 2°.

certaine sécurité au cas où une situation urgente se présenterait et que le transfert de la parturiente ou de son enfant doive être organisé.

B. L'éventuel engagement de responsabilité de la sage-femme

Il est nécessaire de s'interroger sur l'éventuel engagement de la responsabilité de la sage-femme en cas de faute ayant entraîné un dommage sur la parturiente ou son nouveau-né. La sage-femme peut voir sa responsabilité engagée devant les juges et le conseil de l'ordre, dans les mêmes conditions que tout professionnel de santé. Il faut savoir que la sage-femme libérale est responsable personnellement au titre des actes qu'elle est habilitée à effectuer.

Nous n'allons pas revenir en détails sur les modalités d'engagement de responsabilité de ces professionnels de santé mais il faut savoir que la victime d'un dommage occasionné par la faute d'une sage-femme peut demander à ce que son préjudice soit indemnisé devant les juridictions civiles. Si la parturiente est victime d'une infraction au sens du droit pénal, elle peut choisir de privilégier la sanction de la sage-femme et engager la responsabilité pénale de celle-ci. Enfin, la sage-femme peut également recevoir une sanction disciplinaire de ses pairs, c'est-à-dire en cas d'engagement de sa responsabilité pour faute professionnelle devant le Conseil de l'Ordre.

Il est actuellement difficile d'évaluer les risques liés au fonctionnement de la maison de naissance et à l'exercice professionnel des sages-femmes libérales puisque nous sommes encore dans une phase expérimentale.

La loi du 4 mars 2002, impose aux sages-femmes exerçant à titre libéral, une obligation d'assurance responsabilité civile professionnelle. Les locaux de la maison de naissance, au même titre que les sages-femmes, doit également bénéficier d'une assurance, comme préconisé par l'arrêté de 2015. L'assureur doit déterminer le risque et le montant de la prime correspondante qui sera basée sur les données actuellement disponibles et pourra être revue selon l'évolution de ces données⁸².

L'engagement de la responsabilité d'une sage-femme en maison de naissance peut porter par exemple sur un transfert tardif de la parturiente vers l'établissement partenaire. Pour rappel,

⁸² MACSF. *Maisons de naissance : une expérimentation en marche*. Mai 2018. En ligne : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Actualites-et-lois-de-sante/les-maisons-de-naissance>

dès que l'état de la femme enceinte le nécessite, celle-ci doit être prise en charge par l'établissement de santé partenaire.

Section 2 : L'extension du modèle Maison de Naissance à d'autres organisations

Les principes de fonctionnement défendus par les Maisons de Naissance ne sont pas seulement applicables au sein de celles-ci. Il est possible de les retrouver dans d'autres structures ou modes de prises en charge, en tant qu'alternatives à l'accouchement médicalisé. Une maternité d'Ille-et-Vilaine nous donne un exemple d'une prise en charge différente de l'accouchement.

I. Les alternatives à l'accouchement médicalisé

Afin de présenter les autres alternatives à un accouchement médicalisé, il est nécessaire d'apprécier la pertinence de la prise en charge de l'accouchement à domicile ainsi qu'en espaces physiologiques au sein des établissements de santé.

A. L'accouchement à domicile

L'accouchement à domicile est un mode de prise en charge très controversé dans notre société d'aujourd'hui. Certains couples font le choix de vivre leur heureux événement dans une certaine intimité, chez eux, avec l'aide d'une sage-femme. Mais choisir son domicile en tant que lieu d'accouchement est difficile à mettre en œuvre.

En effet, comme vu précédemment, la loi Kouchner du 4 mars 2002⁸³ instaure une obligation d'assurance concernant la responsabilité civile des professionnels de santé. Mais comme le rappelle Doris Nadel, depuis l'année 2000 toutes les assureurs ont cessé d'assurer les sages-femmes pour la pratique des accouchements à domicile⁸⁴. Les associations et syndicats se sont donc mobilisés pour interpeller les pouvoirs publics et trouver une solution pour intégrer

⁸³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁸⁴ Doris NADEL. *Quelle naissance aujourd'hui pour quelle société demain ? Parcours d'une sage-femme engagée*. Editions Yves Michel : Gémenos. Collection Société Civile. 2015. p. 118.

l'accouchement à domicile à l'offre de soins. Grâce au bureau central de tarification institué par la même loi, les assureurs ont donc été contraints de faire une offre et ont proposé un tarif identique à celui de obstétriciens. Or cette cotisation est équivalente aux revenus annuels moyens des sages-femmes. Ce choix des assureurs, légitimé par les risques trop importants qu'impliquent l'accouchement à domicile, a implicitement rendu impossible l'accouchement à domicile accompagné d'une sage-femme.

Pourtant, cette pratique respecte les principes de la physiologie de la naissance, de l'accompagnement global et évite la dépense de moyens inutiles. Mais elle a ses risques et est peu pratiquée. Pour Yvonne Knibiehler⁸⁵, « *les pouvoirs publics demeurent réticents vis-à-vis de l'accouchement à domicile, notamment en raison des risques qui lui sont associés. L'organisation du système de soins n'offrirait pas les conditions nécessaires au repli des femmes en cas de complication.* ». La cour des comptes a également entendu exprimer son point de vue sur la question en recommandant de « *faire strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle* »⁸⁶.

Les maisons de naissances offrent donc un habile compromis entre l'accouchement à domicile et l'accouchement médicalisé, la naissance étant assurée juste à côté d'une maternité autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique.

Mais nous pouvons nous demander s'il existe également un compromis entre l'accouchement en maison de naissance et l'accouchement en maternité classique ?

B. Les espaces physiologiques en établissement de santé

En l'absence de dispositif effectif autorisant les maisons de naissance et dans la volonté commune d'équipes de professionnels de santé (sages-femmes mais également gynécologues-obstétriciens), des espaces physiologiques, pôles physiologiques ou encore salles nature ont vu le jour au sein des maternités classiques. Ce sont des salles de naissance intra-établissement, souvent moins médicalisées que les maternités classiques, destinées à accueillir des femmes qui souhaitent un accouchement plus naturel, sans travail dirigé, monitoring systématique ou péridurales. Les CHU ont également souhaité développer ces concepts avec des maisons de naissance hospitalières.

⁸⁵ KNIBIEHLER Yvonne. *Accoucher*. Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique. Septembre 2016. p. 194.

⁸⁶ Cour des Comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. Rapport Sécurité Sociale 2011. Chapitre V. p 198.

Bien que n'ayant pas besoin d'autorisation spécifique, une circulaire de la Direction Générale de l'Offre de soins a rendu la création de ces unités possible : « *En fonction du projet médical de l'établissement, et avec l'avis favorable des équipes concernées, des unités fonctionnelles consacrées au suivi des grossesses à bas risque et des accouchements eutociques peuvent être créées dans les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie obstétrique* »⁸⁷. La circulaire précise également les modalités de fonctionnement de ces unités : « *L'organisation de ces unités physiologiques, rattachées à un pôle, doit respecter, d'une part, le projet de naissance formulé, le cas échéant, par les couples et notamment le libre choix des femmes d'être suivies par une sage-femme ou un médecin et, d'autre part, la possibilité pour les médecins concernés (gynécologues, anesthésistes, pédiatres...) d'intervenir à tout moment en cas de besoin* ».

Toute maternité peut donc décider comme elle l'entend de développer une activité centrée vers un accouchement plus raisonné, moins technicisé. Parmi les espaces physiologiques existant déjà, il existe pourtant déjà des disparités, notamment concernant les modalités d'accompagnement des sages-femmes : certains ouvrent leurs portes aux sages-femmes libérales ayant suivi les patientes, d'autres fonctionnent avec l'équipe de sages-femmes présente dans la maternité. La physiologie y est également plus ou moins respectée.

Pour le CIANE, l'offre alternative a rapidement augmenté. Le collectif a commencé à effectuer un recensement non exhaustif mais il serait nécessaire d'évaluer ces pratiques afin d'apprécier ce que recouvrent ces différentes appellations.

Le CNGOF est également favorable à ces pôles. Pour lui, ce serait une solution de nature à favoriser « *le plus d'humanité et le plus de sécurité souhaitées par les couples et le plan périnatal ; les liens entre les équipes de ville et d'établissements publics ou privés ; les économies, le rapport coût-efficacité étant bien meilleur dans une structure unique* »⁸⁸.

⁸⁷ CIRCULAIRE N° DGOS/RH4/2014/92 du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières

⁸⁸ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français. *Expérimentation des maisons de naissance, mise en garde du CNGOF*. Communiqué de presse. Paris, le 11 mars 2008.

II. Le modèle « Filière Maison de Naissance » d'une maternité d'Ille-et-Vilaine

Dans un premier temps nous allons examiner les modalités de fonctionnement et d'organisation de la filière maison de naissance puis nous allons analyser l'effectivité de celle-ci.

A. Les modalités de fonctionnement et d'organisation de la filière

Cela fait déjà longtemps que cet établissement d'Ille-et-Vilaine a pour projet de développer une maison de naissance, dans le cadre d'une dynamique commune entre tous les professionnels présents dans l'établissements : sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, puéricultrices, etc. Quelle fût donc leur satisfaction quand après des années de réflexions, le gouvernement a décidé de mettre en place une expérimentation des maisons de naissance. Mais leur entrain est vite retombé puisque le cahier des charges n'était pas adapté juridiquement et structurellement à leur établissement. En effet, les sages-femmes souhaitant travailler dans la maison de naissance étaient salariées de l'établissement, et non libérales, comme précisé dans les textes. De plus, il n'était pas souhaitable de faire des travaux à l'extérieur alors qu'il était possible de réaménager l'intérieur de la maternité afin de délimiter un espace consacré à la maison de naissance.

La maternité ne s'est donc pas présentée à l'appel à projet de l'expérimentation mais a décidé de développer sur ses fonds propres, une maison de naissance à l'intérieur de l'établissement, celle-ci respectant quasiment tout le cahier des charges de l'expérimentation. Le consensus de professionnels a choisi de se lancer dans cette voie afin de répondre à une demande constante des parturientes.

Cette filière « maison de naissance », que l'on peut apparenter à un pôle physiologique, a fourni beaucoup de travail pour que le mode de prise en charge soit effectif et que le fonctionnement soit clair. En effet, les professionnels ont travaillé tous ensemble à la rédaction d'une charte du Pôle Physiologique de la Maternité ainsi qu'à un guide du parcours patient au sein du Pôle physiologique (Annexe IV). Ces documents (confidentiels, donc ne pouvant être diffusés) détaillent de façon extrêmement précise les relations à tenir entre les équipes, l'information à donner au couple, mais également toutes les modalités et étapes du suivi dans le pôle physiologique. Enfin, la maternité a également défini au préalable des critères d'éligibilité pour un

suivi dans la filière maison de naissance, ce document servant de référence, conformément au cahier des charges de la HAS.

B. L'effectivité de la filière

Par leur travail consciencieux, les professionnels travaillant au sein de cette filière maison de naissance ont réussi à s'emparer de cette dynamique commune et de la retranscrire dans leur travail. D'ailleurs pour la cadre sage-femme interrogée, qui supervise à mi-temps la filière maison de naissance et à mi-temps la maternité classique, la confiance entre les professionnels est la clé de la réussite. Ils se réunissent d'ailleurs tous les mois pour une réunion de travail. Durant celle-ci les sages-femmes peuvent par exemple expliquer tel ou tel cas d'une parturiente au gynécologue-obstétricien, lui demander son avis ainsi que des conseils. Et inversement.

Les sages-femmes étant salariées de l'établissement, les actes sont réalisés dans un climat de confiance commune entre chacun. Les sages-femmes travaillant dans l'expérimentation des maisons de naissance sont libérales et découvrent la plupart du temps une toute nouvelle équipe de professionnels de santé ; la compréhension entre les équipes n'est donc malheureusement pas toujours aisée, ce qui risque d'entraîner un manque de coordination entre les deux établissements, ayant un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

La mise en place de cette filière Maison de naissance a même eu un impact favorable sur la filière « classique » de la maternité : les équipes ont remarqué une baisse des anesthésies péridurales et de l'utilisation des ocytocines. Le climat chaleureux de la filière maison de naissance s'est donc diffusé à tout l'établissement.

Les équipes sont chargées d'améliorer continuellement la qualité des soins qui sont dispensés en filière maison de naissance. Il a donc été décidé de diffuser un questionnaire de satisfaction à chaque patiente ayant été inscrite en maison de naissance pour y accoucher.

L'établissement refuse régulièrement l'inscription de nouvelles parturientes, souvent par manque de place et quelquefois quand la filière n'est pas adaptée à la grossesse. De janvier à mai 2018, environ 90 accouchements ont été réalisés dans la structure et environ 130 patientes ont été suivies dans la filière maison de naissance.

Afin de reconnaître le travail ayant été effectué par cette maternité, l'ARS a décidé d'accorder à la direction de l'établissement un crédit non reconductible, en dehors de toute expérimentation. En effet l'établissement a dû faire des travaux pour aménager deux salles de

naissance et un espace partagé pour le suivi de la grossesse. Grâce à cela, la parturiente se sent à son aise dans ces espaces aménagés pour respecter l'acte naturel qu'est la naissance et pour réaliser l'accompagnement global. Rappelons-le, l'établissement l'avait réalisé sur ses fonds propres.

Chapitre 2 : La pérennisation du dispositif

En dehors des bienfaits de l'utilisation des concepts de physiologie de la naissance et d'accompagnement global, l'expérimentation a également un intérêt socio-économique sur notre système de santé. En effet, démedicaliser et détechniciser l'accouchement revient à utiliser beaucoup moins de moyens, tant matériels qu'humains. Or nous verrons que dans un contexte de régulation des dépenses de l'assurance maladie, les économies sont bonnes à prendre.

Mais quel avenir pour ces maisons de naissance ? L'expérimentation touche bientôt à sa fin. Les ARS vont donc rapidement devoir faire part de leur évaluation et des résultats très attendus de celle-ci, qui détermineront la pérennité ou non du dispositif. Autoriser légalement les maisons de naissance aurait un fort impact sur la politique périnatale actuelle et sur la société, qui ne semblent pas forcément prête à généraliser une telle expérimentation.

Section 1 : Un modèle socio-économique prometteur

Afin de décrire en quoi le modèle socio-économique proposé par les maisons de naissance est prometteur, il est nécessaire dans un premier temps d'apprécier l'impact des statistiques publiques sur la définition du modèle, puis dans un second temps d'analyser les économies générales par les maisons de naissance.

I. L'impact des statistiques publiques dans la définition du modèle

Dans un premier temps nous verrons quelle est l'utilisation des statistiques dans l'évaluation des politiques publiques puis nous ferons un point sur l'impact des statistiques réalisées sur la politique périnatale française.

A. L'utilisation des statistiques publiques dans l'évaluation des politiques

D'après la définition du dictionnaire Larousse, la statistique est une science qui a pour objet le groupement méthodique des faits qui se prêtent à une évaluation numérique. Elle a donc pour objet d'analyser et d'interpréter des données quantifiables.

Il existe une statistique « publique », constitué par un « *ensemble des productions issues des enquêtes statistiques, dont la liste est arrêtée chaque année par un arrêté, à des fins d'information générale, de données collectées par des administrations, des organismes publics ou des organismes privés chargés d'une mission de service public* ». ⁸⁹ Et ce, en toute indépendance.

Pour Annie FOUQUET, la statistique publique a pour objet « *d'éclairer la décision publique par une description aussi exacte que possible de la réalité économique, politique et sociale* ». ⁹⁰ En outre, elle décrit la société par des chiffres. Mais elle peut également servir à évaluer la politique publique, en appréciant sa valeur, son efficacité, son efficacité, mais également sa pertinence quant aux besoins qui l'ont fait naître. Grâce à des indicateurs, sont comparés les résultats attendus et les résultats atteints par une politique puis l'écart est évalué.

Dans le domaine de la santé, les études réalisées par des organismes de statistiques publiques ont un fort impact sur la politique sanitaire actuelle. L'institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) ou encore la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) réalisent de nombreuses études sur notre système de santé mais également sur l'état de santé de la population. La DREES rédige régulièrement des synthèses de ses recherches afin de rendre public les impacts économiques et sociaux des politiques publiques.

Mais quelle est la place du travail de ces organismes dans la politique périnatale française, et plus spécifiquement dans le développement des maisons de naissance ?

B. Les statistiques réalisées sur la politique périnatale en France

Pour autoriser l'expérimentation des maisons de naissance, les professionnels impliqués dans ce projet se sont aidés de nombreuses études statistiques, notamment celles de la DREES ou encore de l'INSERM.

⁸⁹ La statistique publique. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/information/1302208>

⁹⁰ Annie FOUQUET. *L'usage des statistiques : de l'aide à la décision à l'évaluation des politiques publiques*. Revue française des affaires sociales 2010/1. p. 307.

Ces derniers réalisent régulièrement des enquêtes nationales périnatales. Elles ont pour objet d'analyser les données actuelles concernant la périnatalité puis d'évaluer l'évolution de celle-ci sur une période donnée. Le rapport décrit l'état de santé des mères et des nouveau-nés, leurs caractéristiques, les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, ainsi que les lieux d'accouchement et l'environnement des naissances. Ces enquêtes ont donc permis de faire un état des lieux du suivi des grossesses, mais également de l'accouchement et des suites de couches. Elles mettent en lumière la fréquente réalisation d'interventions médicales dans le cadre de la grossesse, en dépit d'un accouchement à bas risque, en recoupant des tableaux statistiques. Certaines données permettent même d'évaluer, par des questionnaires réalisés au préalable, le contexte psychologique pendant la grossesse.

Une étude encore plus spécifique a été publiée en décembre 2014 par les mêmes organismes (DREES et INSERM) : elle concernait les grossesses à bas risque : « interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010 »⁹¹. L'étude décrit comment la fréquence des interventions obstétricales varie suivant le statut et la taille des maternités. Plus d'une femme sur deux dont la grossesse est à bas risque (52 %) a eu au moins une intervention obstétricale (travail déclenché, césarienne, extraction instrumentale, épisiotomie) en 2010.

Afin de présenter devant le Sénat son rapport sur les maisons de naissance, Muguette DINI a utilisé ces chiffres dans ses rapports. Ces organismes statistiques ont une certaine légitimité puisque relevant de l'Etat, il est donc important de prendre en compte leurs études. En l'occurrence, celles-ci ont démontré que le nombre d'interventions médicales était trop élevé au regard du nombre de grossesses à bas risques. Les chiffres sont donc très importants et ont donc permis aux porteurs du projet de l'expérimentation des maisons de naissance de justifier par des statistiques ce qu'ils avançaient comme arguments.

II. Les économies générées par les maisons de naissance

Les maisons de naissance permettent de faire des économies sur les actes médicaux mais

⁹¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010*. Etudes et Résultats. N°897. Décembre 2014.

il est important de s'interroger sur l'égalité d'accès aux soins en maison de naissance.

A. Les économies générées sur les actes médicaux

L'accouchement en maison de naissance entraîne une mobilisation de moyens moindre puisque les salles de naissance n'ont que pour seul dispositif médical le tocographe bien qu'il est très peu utilisé. Les salles disposent généralement d'un grand lit, d'une baignoire, d'un ballon en plastique dédié aux étirements, etc. Le matériel nécessaire aux accouchements est donc peu coûteux. La présence d'un obstétricien, d'un pédiatre ou d'un anesthésiste n'est pas non plus prévue lors de l'accouchement.

Quand Madame Roselyne Bachelot a présenté le projet des maisons de naissance en 2011 dans le cadre de la loi de financement de la sécurité Sociale, elle a relevé que si 1,5% des naissances étaient réalisées dans les maisons de naissance, 7 millions d'euros d'économies pourraient en résulter chaque année. Ce pourcentage représente environ 12 000 naissances par an et correspond à la demande des femmes interrogées à ce sujet.

Dans une étude réalisée par le CIANE, il est démontré que réaliser un accouchement en maison de naissance coûte 1 885 € alors qu'un accouchement réalisé au sein d'une maternité classique coûte 2 650 €⁹². La sécurité sociale économiserait donc 765 €, soit environ 30 % de gain pour la collectivité. L'intervention systématique autour de la grossesse et de l'accouchement coûte très cher. Pour Doris Nadel, c'est aussi un moyen pour les industries pharmaceutiques et les lobbyings médicaux de faire de la marge⁹³.

L'expérimentation ne montre pourtant pas d'évolution du tarif de l'accouchement. En effet, il est resté le même, les sages-femmes ne seront donc pas rémunérées plus en dépit des économies réalisées.

Mais quelles sont les conséquences liées au maintien du tarif de l'accouchement dans le cadre des maisons de naissance ?

⁹² CIANE. Modélisation des coûts de fonctionnement d'une maison de naissance. 19 février 2007. En ligne : <https://ciane.net>

⁹³ Doris NADEL. Quelle naissance aujourd'hui pour quelle société demain ? Parcours d'une sage-femme engagée. Editions Yves Michel : Gémenos. Collection Société Civile. 2015. p. 208.i

B. La remise en cause de l'égalité d'accès aux soins

La mise en œuvre de l'expérimentation des maisons de naissance soulève plusieurs interrogations d'ordre financier. Tout d'abord, faute de subventions suffisantes, les sages-femmes sont souvent obligées de pratiquer des dépassements d'honoraires importants, ce qui semble contradictoire pour des établissements prônant la démedicalisation de l'accouchement et valorisant les économies induites de ce mécanisme non-interventionniste. Le problème réside notamment dans la rémunération des sages-femmes. Celles-ci sont payées à l'acte mais la réglementation relative aux maisons de naissance impose la présence de deux sages-femmes lors d'un accouchement, mais aucune compensation financière n'est prévue par l'assurance maladie. Comme le souligne Anne-Aël Durand, « *les maisons de naissances sont des structures indépendantes, parfois portées par des associations, qui ne bénéficient pas d'une grande assise budgétaire* »⁹⁴. Les dépassements d'honoraires semblent donc inévitables pour ces structures et cela pose la question de l'égalité d'accès aux soins. En effet les accouchements réalisés par des maternités classiques sont la plupart du temps remboursés à 100% par la sécurité sociale alors que dans le cadre des maisons de naissance, les sages-femmes sont souvent obligées de pratiquer des dépassements d'honoraires non pris en charge par la sécurité sociale et les mutuelles. Cela signifierait que les femmes bénéficiant de revenus peu élevés ne pourraient pas être prises en charge en maison de naissance.

L'expérimentation des maisons de naissance risque par conséquent de poser un problème de sélection, d'où la construction d'inégalités sociales. En effet, la prise en charge en maison de naissance est très sélective puisqu'elle ne réalise que des accouchements à bas risque. Il s'agit d'inégalités sanitaires mais qui sont peu discutables puisqu'il en va de la santé de la femme enceinte et de son enfant.

La probabilité d'être acceptée en maison de naissance est liée en grande partie à l'expérience d'une grossesse précédente. Comme le relève Philippe Charrier, « *des parturientes candidates à la Maison de naissance ayant eu des complications obstétricales qui génèrent un vécu douloureux de la parturition auquel elles souhaitent échapper ne peuvent, bien souvent, être*

⁹⁴ Anne-Aël DURAND. *Les maisons de naissance, un accouchement hors de l'hôpital*. Le monde, 22 août 2016. En ligne : https://www.lemonde.fr/sante/article/2016/04/01/les-maisons-de-naissance-un-accouchement-hors-de-l-hopital_4894100_1651302.html

acceptées »⁹⁵. Cela pose le problème plus large des primipares (femmes enceintes attendant leur premier enfant) dont la candidature est progressivement éliminée des inscriptions. En effet, certains bilans ont démontré qu'elles faisaient l'objet d'un transfert dans la maternité partenaire plus fréquent puisqu'elles finissaient souvent par réclamer une péridurale mais aussi parce qu'elles sont sujettes à plus de complications, pour lesquelles les professionnels n'ont pas de repère. La rareté des places disponibles en maison de naissance a renforcé ce mouvement.

Section 2 : L'avenir des Maisons de Naissance

Il est important de s'interroger sur l'avenir des maisons de naissance dans notre système de santé actuel. Pour ce faire, il faut dans un premier temps évaluer l'expérimentation des maisons de naissance. Dans un second temps, il est important de s'interroger sur les conséquences de la coexistence de structures juridiques différentes.

I. Les enjeux de l'évaluation des Maisons de Naissance

Pour apprécier les enjeux de l'évaluation des maisons de naissance, il faut s'interroger sur les modalités d'évaluation de l'expérimentation ainsi que sur les points de vigilance nécessaires à celle-ci.

A. Les modalités d'évaluation de l'expérimentation

Afin de mesurer l'efficacité des expérimentations, il est nécessaire de prévoir une évaluation. Par définition, évaluer signifie « *estimer, juger pour déterminer la valeur* ». En l'espèce, l'évaluation d'une expérimentation des politiques publiques a pour mission de mesurer l'impact du procédé expérimental sur les usagers, ses avantages et ses inconvénients. Les modalités de l'évaluation doivent être fixées au préalable pour que les acteurs qui répondent à l'appel à projet puissent se projeter dans l'expérimentation et être en accord avec les bénéfices attendus de celle-ci.

Des experts sont missionnés pour effectuer cette évaluation avant le terme de

⁹⁵ Philippe CHARRIER, *Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance*. Recherches familiales. Janvier 2015. n° 12. p. 82.

l'expérimentation. Ce sont des cabinets privés ou encore des institutions politiques, compétents pour donner un avis objectif et pertinent sur le processus mis en place. La pérennité de l'expérimentation dépend donc uniquement des résultats de cette évaluation. Mais pour que l'évaluation soit effective, il faut que le dispositif ait eu le temps de fonctionner et que ses impacts soient mesurables.

Concernant l'expérimentation des maisons de naissance, les modalités de l'évaluation sont un peu particulières. Le cahier des charges de la HAS précise que les maisons de naissance doivent réaliser un suivi de leur activité et effectuer un rapport annuel. Il est également noté que l'évaluation s'effectuera sur plusieurs domaines. Elle concernera l'activité et le fonctionnement de la maison de naissance en conformité avec le cahier des charges, mais également l'intégration de l'offre de prise en charge de la maison de naissance par rapport à l'environnement extérieur de la périnatalité. L'évaluation s'effectuera sur la base d'indicateurs d'activité (nombre de femmes prises en charge, nombre de transferts) ainsi que sur la base d'indicateurs de prise en charge (morbidity maternelle, néonatale). Seront également évaluées la qualité et la sécurité des soins et la satisfaction des femmes prises en charge. Enfin, doit être réalisée une évaluation médico-économique de la prise en charge en maison de naissance.

Afin d'aider à la conception de l'évaluation, la HAS a mentionné dans son cahier des charges une liste d'éléments à recueillir dans le cadre du bilan annuel de l'évaluation (Cf. Annexe III).

B. Les points de vigilance

L'évaluation doit être réalisée par l'Agence Régionale de Santé compétente⁹⁶ à l'échéance des autorisations accordées. Chaque maison de naissance doit avoir fonctionné au moins deux ans pour être évaluée. D'après le ministère des solidarités et de la santé, l'évaluation aura pour but « *d'apprécier de façon exhaustive tout l'intérêt de ce dispositif d'un point de vue médical mais également médico-économique* ». ⁹⁷ Cette orientation ministérielle va dans le même sens que les indications de la cour des comptes à ce sujet : elle a fait savoir dans un rapport d'analyse périnatale

⁹⁶ Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Article 15.

⁹⁷ Ministère des Solidarités et de la santé. Les maisons de naissance. Juillet 2018. Lien : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>

que « *cette évaluation ne devrait pas porter exclusivement sur la prise en charge qualitative et médicale des naissances, mais, comme la Cour l'a recommandé en 2011, constituer une «évaluation médico- économique (établie) dans des conditions méthodologiquement rigoureuses».* La réalisation d'une telle évaluation exige que, dès l'autorisation des premières expérimentations, et avant leur lancement effectif, des indicateurs médicaux et économiques soient définis et leurs modalités de recueil clairement précisées. »⁹⁸.

La loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance suggère une évaluation commune de la maison de naissance avec celle de la maternité contiguë (« L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure »⁹⁹).

Cette évaluation va permettre de considérer globalement les résultats qui concernent l'ensemble des femmes et de leurs nouveau-nés selon leur choix initial de parcours de soins «Maison de naissance », quel que soit leur lieu d'accouchement et/ou de prise en charge effectif.

Positif ou négatif, ce bilan aura un impact certain sur les orientations futures de la politique périnatale mais également sur les conditions de travail des sages-femmes.

II. La coexistence de structures juridiques différentes

La mise en œuvre de l'expérimentation des maisons de naissance nous permet de relever l'importance du tissu associatif mais interroge sur l'intérêt d'une multitude de structures.

A. L'importance du tissu associatif

Comme nous l'avons vu dans les développements précédents, la dynamique associative a joué un rôle certain dans le développement des maisons de naissance mais également dans leur mise en œuvre.

Ainsi, coexistent des associations de parents et des associations de sages-femmes. Souvent militantes, les associations de parents permettent de renouveler les discussions relatives aux maisons de naissance et d'améliorer la prise en charge grâce à des expériences concrètes. Les rencontres et les dialogues permettent souvent de faire vivre les maisons de naissance, mais également de renseigner les couples sur le mode de prise en charge proposé par ce type de

⁹⁸ Cour des comptes. *Les maternités cahier 1 : Analyse générale*. Décembre 2014. p. 31.

⁹⁹ Loi n° 2013-1119 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Article 1^{er}, Alinéa 2.

structures. Contrairement à une prise en charge classique, le suivi en maison de naissance demande aux parents d'être acteurs de la naissance de leur enfant, ce qui implique un certain investissement de leur part pour faire avancer les structures.

Au niveau national, le CIANE et le collectif des maisons de naissance de France ont une influence sur les débats actuels relatifs aux maisons de naissance. Le CIANE bénéficie d'une certaine légitimité puisqu'il est constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il est également agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé. Le modèle qu'il défend est fondé sur des données factuelles et probantes et considère le suivi personnalisé, la prévention, la responsabilisation comme des facteurs primordiaux à prendre en compte dans l'amélioration du système de soins. Enfin, il prône un partenariat avec les professionnels, basé sur la complémentarité des compétences.

Ce collectif est une convergence entre deux mouvements d'usagers visant à remettre en cause les pratiques médicales autour de la naissance. D'une part, il existe des associations historiques regroupant essentiellement des parents mobilisés autour d'une naissance différente ; par exemple comme la Fédération nationale de parents naissance et libertés ou l'association Naissance et citoyenneté à Paris et Bien naître à Lyon. Ces associations sont porteuses d'objectifs précis relatifs à la périnatalité. Il existe d'autre part, une nouvelle « démocratie sanitaire », renforcée par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, a fait émerger un certain nombre d'associations autour de la santé, diffusant des informations et participant à l'élaboration des connaissances médicales. Philippe Charrier et Gaëlle Clavendier nous proposent un exemple de cette démocratie sanitaire avec l'association Césarine qui effectue un partage d'expériences mais qui apporte également des informations issues de recherches scientifiques, grâce à l'« evidence based medicine ».¹⁰⁰

La mobilisation du pouvoir associatif est donc très importante dans le domaine des maisons de naissance et est à prendre en considération dans la mise en œuvre des maisons de naissance.

B. L'intérêt d'une multitude de structures ?

Comme nous l'avons vu précédemment, la démedicalisation de l'accouchement a suscité

¹⁰⁰ CHARRIER Philippe et CLAVENDIER Gaëlle. *Sociologie de la naissance*. Armand Colin. 2013.

l'avènement de plusieurs types de structures ou modes de prises en charge, se revendiquant ou non maisons de naissance. Or il existe une ambiguïté à propos de la catégorie « maison de naissance ».

La définition du terme « maison de naissance » a fait l'objet de nombreux débats en France, tournant principalement autour des modes de gestion et de la localisation géographique des structures. Afin de clarifier les choses, le terme « maison de naissance » a fait l'objet d'un dépôt à l'Institut National de la Propriété Intellectuelle en 1999 par un groupe national de travail.

En avril 2006, le CIANE a effectivement insisté sur le fait que cette appellation soit réservée à des établissements situés en dehors du périmètre d'un hôpital ou d'une clinique, conformément à son usage dans d'autres pays tels que le Québec ou encore l'Allemagne. Or l'expérimentation des maisons de naissance française ne répond donc pas à ce critère : en l'espèce les maisons de naissance doivent être attenantes à une maternité partenaire, le tout formalisé par une convention et donc concrétisé par un lien de subordination entre les deux structures.

Cette obligation est justifiée par un argument sécuritaire : plus la maison de naissance est proche d'une structure pouvant prendre en charge les femmes enceintes qui font l'objet de complications, plus la sécurité est assurée. Le gouvernement français a donc décidé que la contiguïté était de mise.

Face au déploiement de prises en charge aussi différentes les unes que les autres, il est difficile pour la femme enceinte de faire un choix. En effet, coexistent un dispositif légal qui est au stade de l'expérimentation avec d'autres modes de prises en charge (tels que les pôles physiologiques) qui n'ont pas de réels fondements légaux. En outre, il serait nécessaire d'harmoniser les pratiques pour les couples ayant choisi de réaliser une naissance plus respectueuse, ait les mêmes chances que les autres.

En principe, la femme enceinte a le choix de son mode de prise en charge mais également du lieu de la naissance. En pratique ce n'est pas toujours vrai, la notion de choix est relative pour des personnes qui ne vivent pas à proximité d'une agglomération importante (dans laquelle nous retrouvons souvent les maisons de naissance). Afin de faciliter ce choix, les dispositions qui vont suivre l'évaluation de l'expérimentation devront clarifier le mode de fonctionnement des maisons de naissance mais également des pôles physiologiques et autres « salles nature ». La politique périnatale française doit exprimer un consensus à ce sujet.

Conclusion

L'expérimentation des maisons de naissance fait suite à de nombreuses évolutions, tant sociétales, que scientifiques. Elle s'inspire également des nombreux modèles étrangers existants et effectifs.

En France, les « maisons de naissance » visées par l'expérimentation doivent respecter des conditions fonctionnelles et organisationnelles très spécifiques. Par ailleurs, leur mise en œuvre est réalisée dans un cadre juridique précis, qui doit également respecter le droit commun des patients (droit à l'information, au consentement, etc) appliqué à la femme enceinte. D'ailleurs, la sage-femme a une obligation d'information renforcée sur les risques que peuvent entraîner l'accouchement physiologique en maison de naissance.

Pour le moment, les prises en charge réalisées dans les établissements autorisés à mettre en œuvre l'expérimentation se sont toutes bien passées (si l'on ne prend pas en compte les transferts). Aucun événement indésirable grave n'a pour l'instant été recensé. Si cela devait arriver, il serait intéressant de clarifier la façon dont la victime pourrait engager la responsabilité des sages-femmes ou celle de l'établissement partenaire.

Nous avons vu que seules les grossesses à « bas risque » sont acceptées au sein des structures qualifiées de maisons de naissance. Cela signifierait que l'accouchement est toujours un événement qui comporte des risques. Pour certains, les risques sont impossibles à quantifier, pour d'autres ces risques sont en grande partie prévisibles et conséquemment, il est possible d'orienter les femmes enceintes selon le niveau de risque estimé. L'enjeu se situe donc autour de l'avènement d'une catégorie d'accouchement physiologique identifiée comme tel, en référence aux niveaux I, II et III des maternités.

Afin de sélectionner les femmes enceintes relevant d'une grossesse à bas risque, les maisons de naissance doivent établir une liste de critères d'éligibilité, grâce au cahier des charges et des autres recommandations de la HAS sur l'accouchement physiologique. Ces critères sont déterminants et permettent d'assurer une prise en charge effective de la femme enceinte, le suivi de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Dans cette bataille idéologique sur la naissance et son mode de prise en charge, les avis sont tranchés. D'un côté, associations, collectifs de sages-femmes et parents, se mobilisent pour redéfinir les notions de naissance et d'accouchement, afin de prendre en charge de façon plus naturelle les grossesses ne nécessitant pas d'interventions médicales. D'un autre côté, les médecins sont peu enclins à favoriser ce type de prise en charge. Certains d'entre eux sont contre les maisons de naissance et voient cela comme une forme de régression voire une remise en cause des progrès de l'obstétrique ainsi qu'une mise en accusation de leurs pratiques professionnelles. D'autres ont des propos plus modérés ; ils sont en faveur de la loi autorisant l'expérimentation, tant que les maisons de naissance sont attenantes à une maternité classique.

Entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, les relations peuvent parfois être compliquées. Or les maisons de naissance leur imposent de trouver un terrain d'entente sur l'exercice du pouvoir au sein de ces établissements. En effet, les maisons de naissance placent le pouvoir dans les mains des sages-femmes, des parturientes et des couples. Alors que dans les maternités hospitalières, pôles physiologiques ou maisons de naissance hospitalières, le pouvoir médical représenté par les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres n'est jamais absent.

Il ne faut cependant pas oublier que dans le cadre de l'expérimentation, la sage-femme a l'obligation de transférer la femme enceinte ou son nouveau-né en cas de besoin de la moindre intervention médicale, dans la maternité partenaire. Il est donc nécessaire de maintenir une bonne entente entre les deux établissements et entre les professionnels eux-mêmes qui sont inévitablement amenés à travailler ensemble. La convention permet de formaliser cette entente.

En outre, la sécurité attendue en maison de naissance doit correspondre à la sécurité à laquelle on peut s'attendre dans toute maternité classique. Les sages-femmes doivent être encore plus vigilantes puisque les maisons de naissance ne bénéficient pas des dispositifs et des appareils généralement présents dans les établissements de santé. Par ailleurs, après l'accouchement, la sage-femme référente s'occupe des suites de couches au domicile de la parturiente.

Tout comme la sécurité, la douleur ne doit pas être prise à la légère en maison de naissance. C'est la raison pour laquelle les sages-femmes y attachent une importance particulière et doivent faire en sorte de contrôler la douleur par des moyens autres que médicaux, en utilisant par exemple

la sophrologie ou encore l'acupuncture. Si la parturiente ne supporte pas la douleur, elle a évidemment la possibilité de bénéficier d'une anesthésie péridurale en étant transférée au plus vite dans la maternité partenaire. La femme enceinte dispose donc du choix, à tout moment, de bénéficier d'un accouchement normal dans une maternité classique.

De plus, la volonté des maisons de naissance n'est pas de remettre en cause la médicalisation de la naissance mais de proposer des alternatives concrètes, effectives et sécurisantes à des femmes qui font le choix de vivre leur naissance autrement, à la recherche d'un accompagnement différent, parfois pour éviter des expériences évaluées comme inappropriées, douloureuses, voire traumatisantes.

Enfin, les résultats de l'évaluation de l'expérimentation des maisons de naissance sont très attendus par les structures, afin de savoir si les maisons de naissance seront maintenues dans l'offre de soins périnatale française. Les sages-femmes libérales travaillant dans les maisons de naissance espèrent également voire la rémunération des accouchements évoluer afin d'éviter de réaliser des dépassements d'honoraires auprès de leurs parturientes suivies en maisons de naissance.

Annexes

Annexe I : Tableau 1 : la fréquence des interventions obstétricales selon la taille et le statut des maternités. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010*. Etudes et Résultats. N°897. Décembre 2014.

Annexe II : Discours de Madame Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Assemblée Nationale. *Discussion d'une proposition de loi : l'expérimentation des maisons de naissance*. XIVe législature. Session ordinaire de 2013-2014. Séance du jeudi 28 novembre 2013.

Annexe III : Eléments à recueillir dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation (HAS, Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance).

Annexe IV : Exemple d'un parcours patient dans une filière « maison de naissance » d'une maternité d'Ille-Et-Vilaine

Annexe 1 : Tableau 1 : la fréquence des interventions obstétricales selon la taille et le statut des maternités. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). *Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010*. Etudes et Résultats. N°897. Décembre 2014.

TABLEAU 1
Fréquence des interventions obstétricales selon la taille et le statut des maternités

	Effectifs	Fréquence (en %)	Risque relatif (3)	IC à 95 %
Déclenchement	9 334	23,9		
Taille de la maternité (acc./an)				
<1 000	1 732	24,5	réf.	
1 000-1 999	3 295	23,6	0,9	0,8-1,1
2 000-2 999	2 668	23,7	1,0	0,9-1,1
≥3 000	1 639	24,1	1,0	0,9-1,1
Statut				
Public	6 685	22,0	réf.	
Privé	2 649	28,8	1,4	1,3-1,5
Césarienne	9 437	10,1		
Taille de la maternité (acc./an)				
<1 000	1 749	10,4	réf.	
1 000-1 999	3 327	10,4	0,9	0,8-1,1
2 000-2 999	2 707	9,6	0,9	0,7-1,0
≥3 000	1 654	10,3	0,9	0,8-1,1
Statut				
Public	6 740	9,5	réf.	
Privé	2 697	11,9	1,3	1,1-1,4
Extraction instrumentale	8 480	15,2		
Taille de la maternité (acc./an)*				
<1 000	1 567	12,7	réf.	
1 000-1 999	2 982	14,8	1,1	1,0-1,3
2 000-2 999	2 447	16,4	1,3	1,1-1,5
≥3 000	1 484	16,6	1,2	1,0-1,5
Statut				
Public	6 103	13,4	réf.	
Privé	2 377	19,7	1,5	1,3-1,6
Épisiotomie (1)	7 122	19,6		
Taille de la maternité (acc./an)*				
<1 000	1 360	19,9	réf.	
1 000-1 999	2 519	21,0	1,0	0,9-1,2
2 000-2 999	2 022	19,2	0,9	0,8-1,1
≥3 000	1 227	17,0	0,8	0,7-1,0
Statut				
Public	5 232	18,2	1,0	
Privé	1 896	23,4	1,3	1,2-1,4
Au moins une intervention (2)	9 530	52,0		
Taille de la maternité (acc./an)				
<1 000	1 768	51,1	réf.	
1 000-1 999	3 370	52,7	1,0	1,0-1,1
2 000-2 999	2 721	52,1	1,0	0,9-1,1
≥3 000	1 671	51,1	1,0	0,9-1,0
Statut				
Public	6 801	48,6	réf.	
Privé	2 729	60,4	1,2	1,2-1,3

Annexe 2 : Extrait du Discours de Madame Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Assemblée Nationale. Discussion d'une proposition de loi : l'expérimentation des maisons de naissance. XIVe législature. Session ordinaire de 2013-2014. Séance du jeudi 28 novembre 2013.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Madame la présidente, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur, mesdames, messieurs les députés, la naissance concerne chacune et chacun d'entre nous ; elle touche évidemment à ce qu'il y a de plus intime pour des centaines de milliers de femmes et d'hommes chaque année. Il n'y a sans doute pas de moment plus important que celui-ci dans la vie, d'abord, parce qu'une naissance vient le plus souvent consacrer un engagement, quelle que soit la forme qu'il peut revêtir, mais aussi parce qu'elle représente une responsabilité nouvelle.

Au-delà de son aspect intime, la naissance est un enjeu collectif, un enjeu de société. La natalité, parce qu'elle détermine l'équilibre démographique de notre pays et parce qu'elle est un facteur de dynamisme important, mérite une attention particulière. Notre pays connaît l'un des plus forts taux de natalité parmi les pays développés. C'est un atout considérable dans une Europe qui vieillit.

En outre, le débat qui, je l'espère, va nous rassembler, se tient à un moment particulier, celui de la mobilisation des sages-femmes. Premières interlocutrices des femmes pendant la grossesse et l'accouchement, même si leur rôle ne se limite pas à cela, les sages-femmes expriment d'importantes revendications que j'ai eu l'occasion de relayer ici même il y a quelques jours et dont je veux répéter que je les ai entendues. Les sages-femmes veulent être mieux reconnues. Ce sujet renvoie notamment – mais pas seulement – à la question de leur statut à l'hôpital. Elles souhaitent également trouver toute leur place dans la stratégie nationale de santé comme professionnelles médicales de premier recours.

Pour répondre à l'ensemble de ces attentes, j'ai présidé le 19 novembre dernier avec Geneviève Fioraso une table ronde réunissant les représentants des sages-femmes dans leur diversité, ainsi que d'autres acteurs du monde de la santé. Pour la première fois dans notre pays, des travaux sont lancés

en vue de reconnaître la place et le rôle des sages-femmes dans notre système de soins. Je souhaite qu'ils avancent vite. Les premières recommandations nous seront d'ailleurs remises avant la fin de l'année.

Pour toutes ces raisons, il est indispensable de proposer une approche globale de la naissance, ce qui passe par une politique ambitieuse en matière de périnatalité. Pour conduire un débat éclairé sur les maisons de naissance, il est nécessaire que nous partagions certains constats.

Le premier est celui de la transformation profonde de l'offre de soins obstétricaux depuis une vingtaine d'années. Le mouvement s'est engagé dans les années quatre-vingts et s'est ensuite accéléré. Au cours de cette période, le nombre de maternités a considérablement diminué, puisqu'il est passé de plus de 800 au milieu des années quatre-vingt-dix à 550 en 2009.

Deuxième constat, pendant la même période, le nombre de maternités réalisant plus de 1 500 accouchements par an a presque triplé. Le dynamisme de notre démographie explique en partie ce phénomène. Les réorganisations hospitalières ont évidemment contribué à ce mouvement. Il faut souligner que la proportion de femmes prises en charge dans des maternités de haute technicité – niveaux 2 et 3 – a lui aussi fortement augmenté.

Le troisième constat, qui va à l'encontre des idées reçues, concerne la durée élevée des séjours après une naissance. En moyenne, elle est supérieure d'une journée à ce que l'on constate dans les autres pays membres de l'OCDE, même si elle a diminué au cours des dernières décennies.

Par ailleurs, malgré les progrès qui ont été réalisés, je veux souligner que les indicateurs de santé périnatale ne sont pas satisfaisants. La France fait moins bien dans ce domaine que les autres pays. La mortalité maternelle demeure particulièrement élevée, avec huit à douze décès pour 100 000 naissances. Cela signifie concrètement que, chaque année, soixante-dix femmes meurent en accouchant. La première cause de mortalité maternelle est liée à l'hémorragie de la délivrance. Des dysfonctionnements expliquent ce constat ; ils ne sont évidemment plus acceptables. Nous estimons que la moitié de ces décès pourraient être évités.

Le dernier constat concerne les inégalités territoriales et sociales en matière de santé. Aujourd'hui, en France, on ne naît pas dans les mêmes conditions de sécurité selon que l'on vit en centre-ville ou dans des quartiers sensibles, en zone rurale ou à la montagne. De nombreuses études sont venues confirmer que les femmes jeunes ou de classes sociales défavorisées souffrent d'un suivi insuffisant pendant leur grossesse. Les femmes sans emploi sont ainsi deux fois plus nombreuses à déclarer leur grossesse hors délai. Il est désormais établi qu'un niveau d'études élevé est synonyme de suivi régulier.

La France occupe aujourd'hui le dix-septième rang européen en termes de mortalité néonatale. Nous avons régressé depuis 2005. Cette défaillance de notre système de santé est inacceptable ; nous devons la combattre. Ce sera l'un des enjeux de la loi sur la stratégie nationale de santé qui sera présentée l'année prochaine.

Je ne doute pas que nous partagions ces constats et que nous ne puissions nous en satisfaire, quel que soit le banc sur lequel vous siégez. Certaines priorités doivent donc guider nos choix.

La première d'entre elles est celle de la sécurité des naissances. Encore une fois, il est inacceptable qu'une femme ou que son enfant décède pendant l'accouchement. En raison des faits que j'ai rappelés, nous ne pouvons pas transiger en la matière. Il est urgent que la France entre à nouveau dans une dynamique positive. Pour ce faire, un certain nombre de décisions devront être prises. Dans le débat qui nous occupe aujourd'hui, nous ne pouvons pas oublier cet impératif de sécurité.

Ma seconde priorité a trait à la qualité du moment de la naissance, ce qui concerne directement et précisément les maisons de naissance.

Le moment de la naissance doit préserver un équilibre subtil – et qu'il n'est pas toujours facile d'atteindre – entre l'impératif de sécurité et le bien-être de la future mère, entre le libre choix pour chaque femme de vivre la naissance selon ses convictions profondes et l'exigence d'une organisation médicale structurée.

(...)

Annexe III : Eléments à recueillir dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation
(HAS, Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance).

Éléments à recueillir dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation

1. Concernant l'activité et la prise en charge

- Nombre de femmes prises en charge.
- Nombre de femmes éligibles et non admises.
- Nombre de femmes non éligibles⁴ et admises / motif (à préciser).
- Nombre de demandes de femmes non éligibles / motif (à préciser).
- Nombre de transferts *pre-partum* / motif :
 - pathologie ;
 - facteur de risque ;
 - souhait de la femme ;
 - autre (à préciser).
- Accouchement :
 - évaluation de la douleur et du vécu avant la sortie de la maison de naissance ;
 - liquide méconial teinté (en nombre) ;
 - déchirure vaginale de 3^e ou 4^e degré (en nombre) ;
 - épisiotomie (en nombre) ;
 - modalités de délivrance (naturelle, dirigée, artificielle) (en nombre) ;
 - utilisation de médicament antalgique.
- Nombre de transferts *per-partum* / motif :
 - non-progression du travail ;
 - anomalie du rythme cardiaque fœtal ;
 - métrorragies ;
 - présentation autre que sommet ;
 - prise en charge de la douleur ;
 - autre (à préciser).
- Issue (en nombre) de l'accouchement après transfert :
 - accouchement par voie basse spontanée ;
 - césarienne ;
 - accouchement par ventouse/forceps ;
 - type d'analgésie (péridurale, rachianesthésie, morphinique, autre).
- Nombre de transferts *post-partum* / motif :
 - hémorragie du *post-partum* (modérée ou sévère) ;
 - souhait de la femme ;
 - autre (à préciser).
- Issue du transfert *post-partum* :
 - durée moyenne d'hospitalisation ;
 - nombre de délivrances artificielles et/ou révisions de la cavité utérine ;
 - nombre de transfusions ;
 - nombre de transferts en réa ou soins intensifs ;
 - nombre de chirurgies ou embolisations.
- Nombre d'hospitalisations après retour à domicile dans la première semaine / motif (à préciser).
- Morbidité néonatale :

⁴ Selon les critères d'éligibilité des femmes enceintes définis dans l'annexe 2 du cahier des charges (issus de la RBP de mai 2007 sur le thème « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées »).

- score d'Apgar à 1 minute, 5 minutes et 10 minutes ;
- nombre de transferts et motif ;
- nombre d'enfants nés vivants/décédés.
- Mode d'alimentation.
- Transfert dans la maternité partenaire / motif (à préciser).
- Hospitalisation après retour à domicile dans la première semaine / motif (à préciser).

2. Concernant l'organisation en maison de naissance

- Nombre (minimum et maximum) de professionnels de santé présents à l'accouchement et qualité (sage-femme/infirmière, etc.).
- Nombre moyen d'heures passées en maison de naissance par les femmes et leur nouveau-né.
- Nombre de visites réalisées dans les 24 heures après la sortie de la maison de naissance.
- Nombre de visites postnatales effectuées en moyenne au cours de la première semaine pour la mère.
- Nombre de visites postnatales effectuées en moyenne au cours de la première semaine pour l'enfant.
- Nombre d'évaluations de l'audition du nouveau-né proposées.
- Nombre de dépistages néonataux recommandés faits.
- Nombre de dépistages de l'ictère néonatal effectués par BTC ou BS.
- Nombre d'enfants examinés par un médecin au cours des 8 premiers jours.
- Nombre de nouveau-nés examinés rapidement par un médecin suite à la visite de la sage-femme dans les 24 premières heures de vie / motif (à préciser).

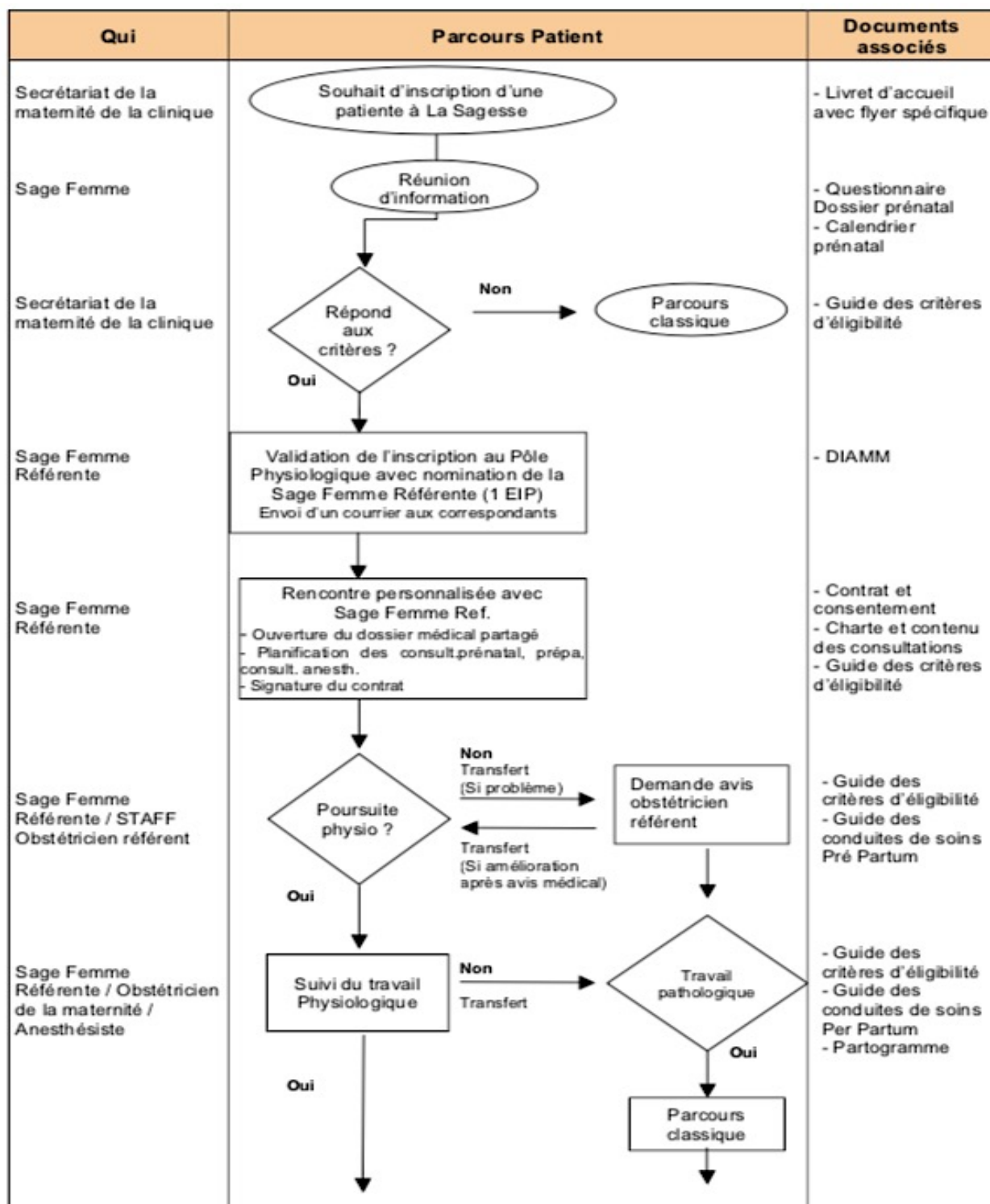
3. Concernant la qualité et la sécurité des soins

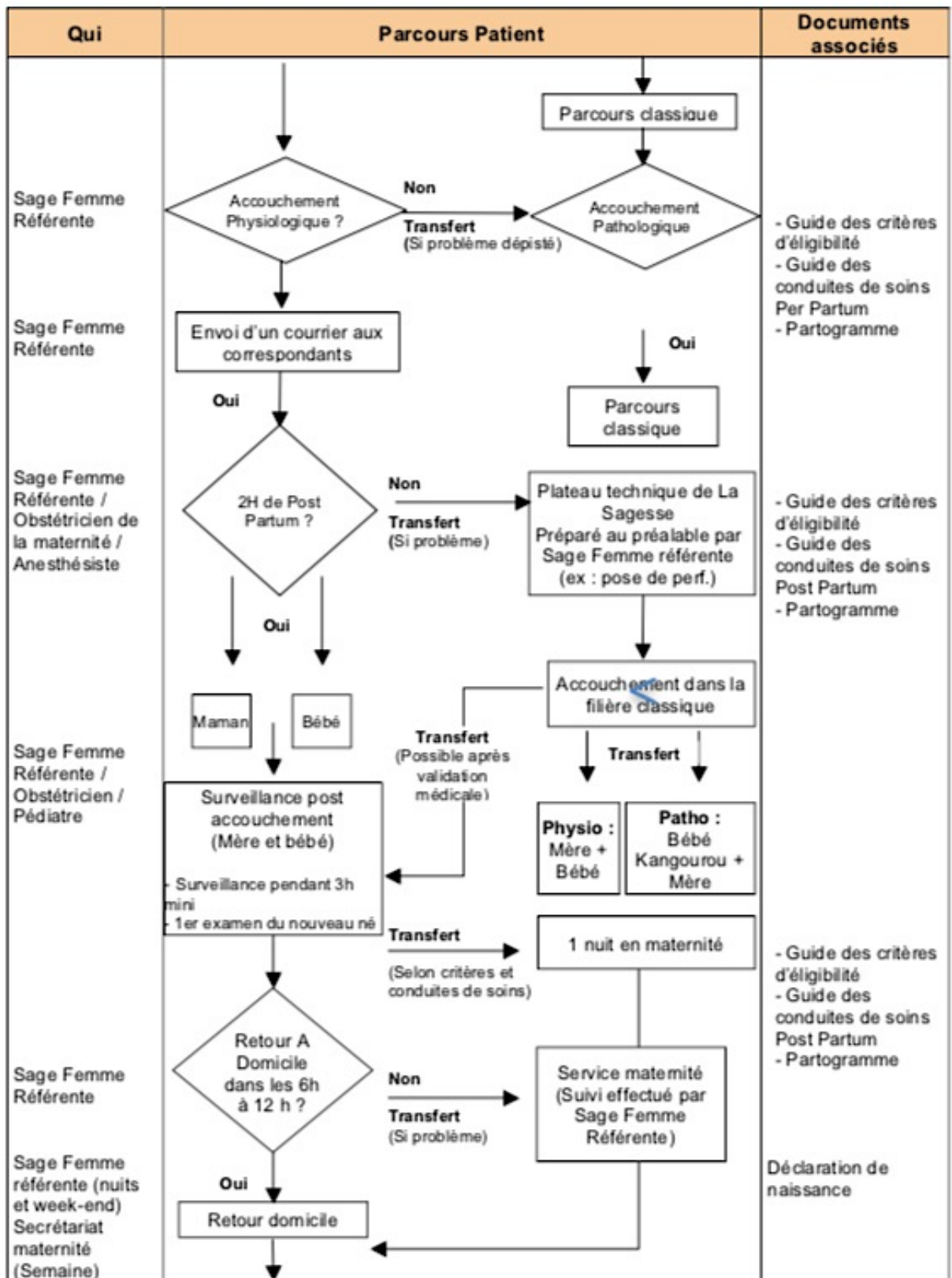
- Nombre de revues de morbi-mortalité et plans d'actions d'amélioration de la qualité mis en place.
- Nombre de staffs de dossiers avec maternité partenaire effectués avec comptes-rendu.
- Nombre d'analyses des événements indésirables associés aux soins et plans d'actions d'amélioration de la qualité mis en place.
- Nombre d'événements indésirables graves déclarés / type (à préciser).

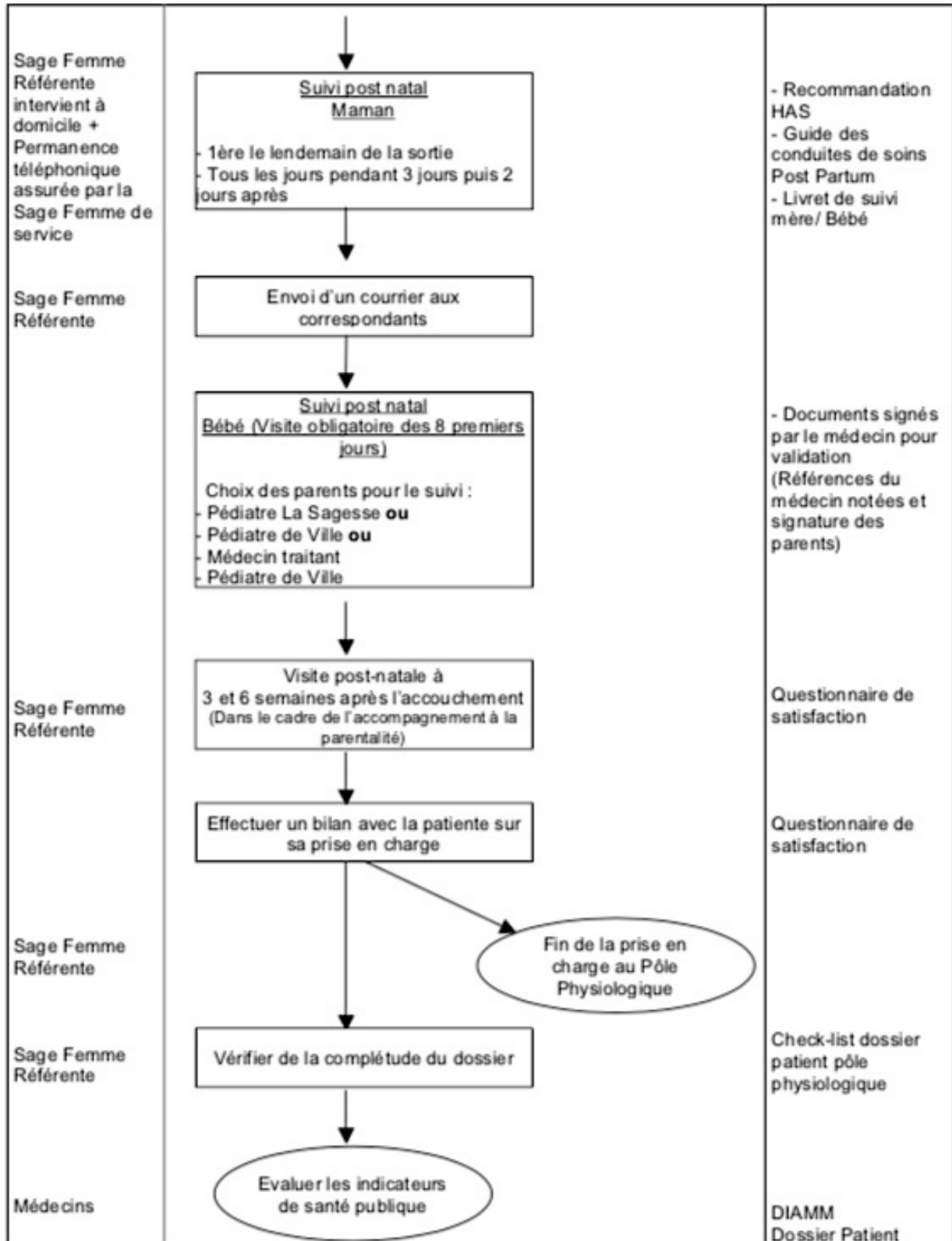
4. Concernant la satisfaction des usagers

Enquête de satisfaction des femmes ayant accouché dans la maison de naissance (résultats).

Annexe IV : Exemple d'un parcours patient dans une filière « maison de naissance »
d'une maternité d'Ille-Et-Vilaine







Bibliographie

Ouvrages :

- MERGER-PELIER Marguerite et DIBIE-KRAJCMAN Dorothee. *Manuel juridique de la sage-femme ; La sage-femme face à la loi*. Les Etudes Hospitalières. Sofia : PULSIO, 2008 (Pratiques professionnelles)
- DORIS Nadel. *Quelle naissance aujourd'hui pour la sage-femme de demain ? Parcours d'une sage-femme engagée*. Issy Les Moulineaux : Géménos-F : Editions Yves Michel. 2015. (Société civile).
- PONTE Carène, NGUYEN Françoise et POULAIN Marie-Agnès. *40 questions sur le métier de sage-femme. Les réponses pour mieux comprendre l'activité et la responsabilité de la sage-femme*. Editions Masson. 2007.
- MOQUET-ANGER Marie-Laure. *Droit hospitalier*. L.G.D.J / Manuels / Droit public. 2018.
- *Code de la Santé Publique*. Paris : Editions Dalloz. 2017
- KNIBIEHLER Yvonne. *Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXème siècle*. Presses de l'EHESP. Métiers Santé Social. 2^{ème} édition. Septembre 2016.
- GENOUVRIER, DESIRAT, HORDE. *Dictionnaire des synonymes*. Larousse. 2007.
- CHARRIER Philippe et CLAVENDIER Gaëlle. *Sociologie de la naissance*. Armand Colin. 2013. *Chapitre 7 : Les maisons de naissance, une alternative à la médicalisation ?*

- Didier TRUCHET. *Droit de la santé publique*. France : Dalloz (Coll. Les mémentos Dalloz). 9ème édition. 2017.

Articles, notes et conclusions :

- Actualité et dossier en santé publique. *Naître en France*. Revue ADSP, Haut Conseil de la Santé publique. N° 61 / 62 décembre 2007 - mars 2008. p. 17-98.
- Évelyne SERVERIN, Bernard GOMEL « *L'expérimentation des politiques publiques dans tous ses états* », Informations sociales. 2012/6 (n° 174), p. 128-137.
- Odile MONTAZEAU. *L'industrialisation de la naissance*. Spirale 2010/2 (n° 54), p. 93.
- J. NIZARD. *Editorial*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008. 37, p. 634-636.
- « *L'expérimentation juridique dans l'acte II de la décentralisation – Observations sur une réforme* ». La Semaine Juridique Administrations et Collectivités territoriales n° 41, 10 Octobre 2005, p. 1334.
- Fabrice PIERRE et Germain DECROIX. *Maison de naissance : une expérimentation en marche*. Responsabilité : revue de formation sur le risque médical. MACSF Le sou médical. Mars 2016. N°61. Volume 16. p. 19-20.
- Delphine KRZISCH. *Force normative et efficacité des recommandations de bonne pratique en matière médicale*. RDSS, Dalloz. 2014. N°6. p. 1095.
- Annie FOUQUET. *L'usage des statistiques : de l'aide à la décision à l'évaluation des politiques publiques*. Revue française des affaires sociales 2010/1. p. 307.
- Philippe CHARRIER, *Diversification des lieux de naissance en France : le cas des*

Maisons de naissance. Recherches familiales. Janvier 2015. n° 12. p. 82.

Thèses - Mémoires :

- MEYER Sandy. *Les maisons de naissance en France, une perspective d'avenir ?*
Bibliothèque Université de Santé – Rennes 1. 2004.

Recommandations :

- HAS. *Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance*. Septembre 2014.
- HAS. *Préparation à la naissance et à la parentalité*. Novembre 2005.
- HAS. *Recommandation de bonne pratique. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. Décembre 2017.

Divers :

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).
Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010. Etudes et Résultats. N°897. Décembre 2014. p. 2 et 3.
- INSERM et DRESS. *Les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010*. Enquête nationale périnatale – Rapport 2016. Octobre 2017.
- Cour des Comptes. *La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation*. Rapport public annuel 2012. Février 2012.

- Muguette DINI. *Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance*. Enregistré à la Présidence du Sénat le 20 février 2013. Session ordinaire de 2012-2013.
- Yannick FAVENNEC. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par le sénat, autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 novembre 2013.
- Plan "Périnatalité" 2005-2007 : *humanité, proximité, sécurité, qualité*. Paris : Ministère chargé de la santé (éditeur), 2004, 42 p., FRA
- Assemblée Nationale. *Discussion d'une proposition de loi : l'expérimentation des maisons de naissance*. XIVe législature. Session ordinaire de 2013-2014. Séance du jeudi 28 novembre 2013. Présentation par Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé.
- Pr. Francis PUECH et Pr. Bernard HEDON. *Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique"*. Communiqué du 5 décembre 2012. p. 2.
- INSERM. Enquête nationale périnatale 2010. *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Mai 2011.
- Cour des Comptes. *Le rôle des sages-femmes dans le système de soins*. Rapport Sécurité Sociale 2011. Chapitre V. p 198.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens français. *Expérimentation des maisons de naissance, mise en garde du CNGOF*. Communiqué de presse. Paris, le 11 mars 2008.

Articles issus d'internet :

- Pauline FREOUR. Lancement controversé des maisons de naissance. Interview du Dr Jean Marty, secrétaire général du Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France. Disponible sur : Santelefigaro.fr. Novembre 2010.
- American Association of Birth Centers, « History ». Disponible sur : <https://www.birthcenters.org/page/history?>
- Ordre des sages-femmes sur Québec. *Définition d'une maison de naissance*. 2015. Disponible sur : <http://www.osfq.org/grand-public/definition-dune-maison-de-naissance/>
- Bernard KOUCHNER. *Déclaration sur les mesures arrêtées en matière de périnatalité, notamment l'organisation en réseau des maternités en fonction des soins de néonatalogie, et la reconnaissance du rôle des sages-femmes*. Paris le 10 octobre 1998. Disponible sur : <http://discours.vie-publique.fr/notices/983002755.html>
- Ministère des Solidarités et de la santé. *Les maisons de naissance*. Juillet 2018. Lien : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>
- MACSF. *Maisons de naissance : une expérimentation en marche*. Mai 2018. En ligne : <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Actualites-et-lois-de-sante/les-maisons-de-naissance>
- CIANE. *Modélisation des coûts de fonctionnement d'une maison de naissance*. 19 février 2007. En ligne : <https://ciane.net>

- Anne-Aël DURAND. *Les maisons de naissance, un accouchement hors de l'hôpital*. Le monde, 22 août 2016. En ligne : https://www.lemonde.fr/sante/article/2016/04/01/les-maisons-de-naissance-un-accouchement-hors-de-l-hopital_4894100_1651302.html

Table des matières

<u>Introduction</u>	<u>1</u>
<u>Partie 1 : Le cadre juridique de l'expérimentation des maisons de naissance</u>	<u>8</u>
Chapitre 1 : La genèse d'un dispositif attendu par les sages-femmes et les parturientes	9
<i>Section 1 : L'évolution législative des maisons de naissance en faveur de la diversification de l'offre de soins en périnatalité.....</i>	<i>9</i>
I. L'inspiration internationale	9
A. Les maisons de naissance aux Etats-Unis et au Québec.....	9
B. Le modèle européen	11
II. L'évolution législative française	13
A. Une volonté commune d'évolution au fil des années	13
B. L'introduction législative de l'expérimentation.....	15
<i>Section 2 : Le régime juridique de l'expérimentation</i>	<i>18</i>
I. Le concept d'expérimentation des politiques publiques	18
A. La place de l'expérimentation dans l'action normative	18
B. L'effectivité des expérimentations	20
II. L'autorisation d'expérimentation des maisons de naissance	21
A. Les modalités de candidature précisées par l'arrêté du 30 juillet 2015.....	21
B. Les maisons de naissance autorisées à mettre en œuvre l'expérimentation	23
Chapitre 2 : Les conditions de mises en œuvre de l'autorisation	25
<i>Section 1 : Le cadre législatif et réglementaire de l'expérimentation</i>	<i>25</i>
I. Les droits de la femme enceinte en maison de naissance	26
A. La nature des actes réalisés par les sages-femmes en maison de naissance	26
B. L'application du droit commun des patients.....	27
II. Le conventionnement obligatoire avec un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique.....	28
A. L'indispensable contiguïté à une maternité	29
B. Les modalités de transfert d'une parturiente	30
<i>Section 2 : Les conditions issues des recommandations professionnelles</i>	<i>32</i>
I. Le contenu du cahier des charges de la haute autorité de santé (HAS).....	32
A. Les modalités organisationnelles et fonctionnelles de la structure	32
B. Les modalités fonctionnelles en maison de naissance	33

II.	La portée juridique des recommandations professionnelles	34
A.	La portée des recommandations de la Haute Autorité de Santé	34
B.	Les conséquences d'un manquement aux recommandations	35
Partie 2 : La mise en œuvre de l'expérimentation des maisons de naissance.....		37
Chapitre 1 : L'application de principes fondamentaux.....		38
<i>Section 1 : L'équilibre entre accouchement démedicalisé et sécurité.....</i>		<i>38</i>
I.	Les bénéfices attendus par les parturientes en Maison de naissance	38
A.	La prise en charge de la grossesse dans le respect de la physiologie.....	38
B.	La reconnaissance d'un droit à la parentalité par l'accompagnement global	40
II.	Les obligations des sages-femmes au regard d'une obligation de sécurité renforcée	41
A.	Les obligations de la sage-femme dans la maison de naissance	41
B.	L'éventuel engagement de responsabilité de la sage-femme	43
<i>Section 2 : L'extension du modèle Maison de Naissance à d'autres organisations.....</i>		<i>44</i>
I.	Les alternatives à l'accouchement médicalisé	44
A.	L'accouchement à domicile	44
B.	Les espaces physiologiques en établissement de santé.....	45
II.	Le modèle « Filière Maison de Naissance » d'une maternité d'Ille-et-Vilaine	47
A.	Les modalités de fonctionnement et d'organisation de la filière	47
B.	L'effectivité de la filière	48
Chapitre 2 : La pérennisation du dispositif.....		49
<i>Section 1 : Un modèle socio-économique prometteur.....</i>		<i>49</i>
I.	L'impact des statistiques publiques dans la définition du modèle	49
A.	L'utilisation des statistiques publiques dans l'évaluation des politiques	49
B.	Les statistiques réalisées sur la politique périnatale en France	50
II.	Les économies générées par les maisons de naissance	51
A.	Les économies générées sur les actes médicaux.....	52
B.	La remise en cause de l'égalité d'accès aux soins	53
<i>Section 2 : L'avenir des Maisons de Naissance.....</i>		<i>54</i>
I.	Les enjeux de l'évaluation des Maisons de Naissance	54
A.	Les modalités d'évaluation de l'expérimentation	54
B.	Les points de vigilance.....	55

II. La coexistence de structures juridiques différentes	56
A. L'importance du tissu associatif	56
B. L'intérêt d'une multitude de structures ?	57
<u>Conclusion</u>	<u>59</u>
<u>Annexes.....</u>	<u>62</u>
<u>Bibliographie.....</u>	<u>72</u>

Résumé

Les Maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé à proprement dit, mais elles permettent de diversifier l'offre de soins périnatale par la création de structures attenantes aux maternités classiques. Elles n'existent actuellement que sous la forme d'une expérimentation inspirée des modèles étrangers où l'accouchement physiologique a trouvé sa place. Il existe aujourd'hui neuf maisons de naissance en activité.

Les sages-femmes réalisant les accouchements sont libérales et doivent respecter des conditions législatives et réglementaires. Leur structure doit donc s'inscrire dans un cadre juridique prédéfini.

Les obligations qui s'imposent à elles tiennent aux particularités de leur profession qui leur impose un domaine de compétences. En cas de complications, elles ont le devoir de transférer la parturiente et son nouveau-né dans l'établissement partenaire. La sécurité doit rester le maître mot.

L'expérimentation des maisons de naissance a également un fort intérêt économique : démedicaliser les accouchements à bas risque permet en effet d'en réduire le coût. Pourtant, il existe tout de même la problématique du faible revenu dont bénéficient les sages-femmes, qui sont obligées de pratiquer des dépassements d'honoraires auprès des parturientes.

Birth Centres are not health facilities but they allow to diversify the perinatal offer of care by the creation of structures adjacent to the hospitals maternities. Nowadays, they exist only under the shape of an experiment inspired by the foreign models where the physiological delivery found its place. There are nine birth centres in service today.

The midwives realizing the childbirths are liberal and must respect legislative and statutory conditions. Their structure thus has to join a predefined legal framework.

The obligations which are imperative upon them hold the peculiarities of their profession which imposes them a field of expertise. In case of complications, they have the duty to transfer the parturient and her new-born child in the partner facility. The safety has to remain the key word.

The experiment of birth centres also has a strong economic interest: un-medicalise the childbirths at low risk indeed allows to reduce the cost. Nevertheless, there is all the same a problem of the low income from which benefit the midwives, who are obliged to practise overtakings of fees with parturients.