



N° 1560

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 novembre 2013.

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,

PAR M. YANNICK FAVENNEC,

Député.

Voir les numéros :

Sénat : **548** (2010-2011), **368**, **369** et T.A. **168** (2012-2013).

Assemblée nationale : **1157**.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I. DES NAISSANCES PLUS SÛRES QU'AUTREFOIS, MAIS QUI SE DÉROULENT DANS UN CADRE SOUVENT SURMÉDICALISÉ ET IMPERSONNEL	7
A. UNE PRISE EN CHARGE QUI LIMITE LES RISQUES SANS TOUTEFOIS ÊTRE OPTIMALE POUR LES GROSSESSES PHYSIOLOGIQUES	7
1. Les progrès de la médecine ont contribué à réduire les risques de la naissance pour les mères et les bébés	7
2. ... mais la surmédicalisation génère des risques iatrogènes pour les accouchements physiologiques	9
B. UNE DEMANDE DE RÉAPPROPRIATION DE LEUR PROJET DE NAISSANCE PAR LES FUTURS PARENTS	11
1. De l'accouchement à domicile aux « usines à bébés » : une évolution paradoxale	11
2. S'appuyer sur les sages-femmes pour développer des alternatives	14
a. Pour une autre expérience de la naissance	14
b. ... reposant sur les sages-femmes	16
II. ACCOUCHER EN MAISON DE NAISSANCE : UN CHOIX À RESPECTER, UN CADRE JURIDIQUE À POSER	19
A. LES MAISONS DE NAISSANCE, UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES DANS LE CADRE DE LA PHYSIOLOGIE	19
1. Définition et modalités	19
2. Un retour positif des expériences en cours	21
B. L'EXPÉRIMENTATION, UNE SOLUTION RAISONNABLE	22
1. Un débat dont il faut sortir	23
a. Une longue gestation du projet des maisons de naissance	23
b. Un compromis trouvé en 2010 et renforcé depuis	24

2. Un encadrement juridique rigoureux, des conditions de mises en œuvre sécurisées.....	26
TRAVAUX DE LA COMMISSION	29
I. DISCUSSION GÉNÉRALE	29
II. EXAMEN DES ARTICLES	43
<i>Article 1^{er}</i> : Définition de l'expérimentation des maisons de naissance	43
<i>Article 2</i> : Dérogations nécessaires à la mise en œuvre de l'expérimentation	44
<i>Article 3</i> : Liste et fonctionnement des maisons de naissance	46
<i>Article 4</i> : Évaluation de l'expérimentation.....	47
<i>Article 5</i> : Décret en Conseil d'État.....	47
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	49

INTRODUCTION

« L'évolution qui a conduit les femmes à quitter leurs foyers pour venir accoucher en milieu médicalisé a duré plusieurs siècles et a eu des causes très variées : l'intérêt nouveau des médecins pour l'obstétrique et leur entrée en force dans les chambres d'accouchées ; la volonté des femmes de ne plus mourir en couches et de ne plus souffrir ; les mutations des théories médicales après Pasteur et la transformation des hôpitaux en établissements de haute technicité ; la médicalisation de la société et, particulièrement, de la naissance et de la petite enfance. Si les femmes n'ont pas toujours été à l'origine de ces changements, elles n'ont pas été les victimes de cette évolution : les plus conscientes ont souhaité ces mutations qui signifiaient, pour elles et leurs bébés, davantage de sécurité, moins de souffrances et de mutilations.

Mais 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. (...)

Sans vouloir être nostalgique du bon vieux temps, force est de constater que la chaleur amicale et sécurisante des anciens accouchements à la maison s'est perdue avec le passage à l'hôpital : le lieu anonyme et aseptisé, le face-à-face distant avec un personnel inconnu et interchangeable, l'interventionnisme médical de plus en plus pesant sont peu faits pour rassurer, même si la prise en charge de la douleur y est efficace et le danger de mort presque totalement écarté. Il faut souhaiter que la richesse affective des accouchements d'autrefois puisse réapparaître aujourd'hui sous d'autres formes qui restent à expérimenter. »

Marie-France Morel, historienne,
présidente de la Société française d'histoire de la naissance ⁽¹⁾

(1) Dossier « Naître en France » de la revue ADSP, n° 61/62, décembre 2007 – mars 2008.

I. DES NAISSANCES PLUS SÛRES QU'AUTREFOIS, MAIS QUI SE DÉROULENT DANS UN CADRE SOUVENT SURMÉDICALISÉ ET IMPERSONNEL

A. UNE PRISE EN CHARGE QUI LIMITE LES RISQUES SANS TOUTEFOIS ÊTRE OPTIMALE POUR LES GROSSESSES PHYSIOLOGIQUES

1. Les progrès de la médecine ont contribué à réduire les risques de la naissance pour les mères et les bébés...

Alors que, dans l'entre-deux-guerres, il n'y avait pas encore de consensus sur le lieu idéal de l'accouchement et, qu'à l'échelle nationale, il n'était pas encore établi avec certitude que l'accouchement à domicile était plus dangereux que l'accouchement à l'hôpital, entre 1950 et 1960, on passe de 45 % des accouchements réalisés à domicile à 13 %. C'est donc une évolution extrêmement rapide qui a lieu après guerre.

Parallèlement, à la même époque, une réflexion s'engage sur la prise en charge de la douleur. Le docteur Fernand Lamaze, médecin à la polyclinique des métallurgistes (maternité des Bluets) met ainsi au point une méthode dite « d'accouchement sans douleur » reposant sur une préparation psychique et physique censée agir sur l'anxiété et supprimer la douleur. En 1952, 500 accouchements de ce type sont réalisés aux Bluets. La méthode se répand ensuite dans toute la France et les femmes obtiennent à la fin des années 1950 le remboursement de six séances de préparation à l'accouchement, qui passeront à huit dans les années 1960. D'autres transformations fondamentales des pratiques de naissance marquées par une intervention médicale accrue (échographie, monitoring, péridurale) se produisent au cours des vingt années qui suivent, faisant peu à peu oublier la « révolution » de l'accouchement sans douleur.

Parallèlement à ces évolutions, la **natalité** a elle aussi progressé. Si elle s'accroît aujourd'hui moins fortement qu'après-guerre, près de 800 000 enfants naissent chaque année en France, ce qui fait de notre pays celui qui enregistre le plus grand nombre de naissances en Europe. Il y naît ainsi plus de 100 000 enfants par an de plus qu'en Allemagne, dont la population est pourtant supérieure à celle de la France de quelques 20 millions d'habitants.

Les **taux de mortalité maternelle et infantile** témoignent également de l'amélioration de la prise en charge des naissances :

- alors que l'on comptait 151 décès pour 1 000 naissances il y a un siècle, on n'en dénombre déjà plus que 52 en 1950, 18 en 1970, 7,3 en 1990 et 3,5 en 2010 ;

- s'agissant du taux de mortalité maternelle, la situation est quelque peu différente. Si le taux de 9,6 décès pour 100 000 naissances affiché par la France se situe dans la moyenne des pays européens ⁽¹⁾, il reste néanmoins très en deçà des résultats obtenus, par exemple, par la Suède, dont les taux sont deux fois plus

(1) La France occupe le seizième rang d'après les critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

faibles. Par ailleurs, le comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) estime dans son rapport d'avril 2009 ⁽¹⁾ que 50 % de ces décès seraient en réalité évitables car le plus souvent liés à des mesures thérapeutiques inappropriées : dans 73 % des cas, la femme décède en raison d'un incident obstétrical, au premier rang desquels figurent les hémorragies du post-partum. Les autres causes possibles sont les embolies amniotiques (16 %), les accidents veineux graves, en particulier l'embolie pulmonaire (9 %), l'hypertension artérielle et ses complications comme la pré-éclampsie (8 %), les infections (3 %) et les complications d'anesthésie (1,4 %). Dans 27 % des cas, la mort n'est toutefois pas directement liée à la grossesse.

Ainsi, aujourd'hui encore, entre 70 et 75 femmes meurent chaque année en donnant la vie. De nombreux progrès restent donc à faire, notamment en matière de surveillance des femmes après la délivrance. Un recours trop systématique aux césariennes augmente aussi considérablement les risques. L'enquête du CNEMM a ainsi permis de constater que dans 60 % à 70 % des cas de décès, une césarienne avait été pratiquée. « *Or, le recours à la césarienne chez une femme sans facteurs de risques multiplie par trois le risque de mortalité* » ⁽²⁾. Cette statistique est à mettre en regard, comme le fait la Cour des comptes, avec l'idée répandue au milieu des années 1990, selon laquelle la césarienne serait une opération bénigne alors que l'accouchement par voie basse serait risqué ⁽³⁾ !

Principaux indicateurs dans le domaine de la périnatalité

Si les indicateurs de mortalité périnatale se sont améliorés, la France n'a pas des résultats plus favorables que d'autres pays européens, en particulier concernant la mortalité maternelle. De plus, au classement des plus faibles taux de mortalité infantile, la France est passée du 7^e rang européen en 1999 au 20^e (sur 30 pays) en 2009. Depuis 2005, la mortalité infantile ne diminue plus en France, alors qu'elle continue à reculer dans la plupart des pays européens. Elle a même connu une légère augmentation à 3,9 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2009 avant de retrouver en 2010 le niveau de ces dernières années.

	1970	1990	1995	2000	2008	Résultats de deux pays européens (2008)
Mortalité infantile (avant 1 an)	21,0*	7,3*	5,0	4,5	3,8	2,5 (Suède) 3,5 (Allemagne)
Mortalité néonatale (avant 28 jours)	13,0*	3,6*	3,0	2,9	2,6	1,7 (Suède) 2,4 (Allemagne)
Mortalité maternelle	0,282*	0,104	0,096	0,065	0,077	0,055 (Suède) 0,053 (Allemagne)

Définitions : Mortalité infantile : nombre de décès d'enfants avant 1 an pour 1 000 enfants nés vivants ; mortalité néonatale : nombre de décès d'enfants avant 28 jours pour 1 000 enfants nés vivants ; mortalité maternelle : nombre de décès de causes obstétricales pour 1 000 naissances vivantes.

Champ : France entière (sauf* : France métropolitaine).

Source : D'après base de données OCDE et rapport public annuel de la Cour des comptes 2006.

(1) Rapport publié en avril 2009, issu d'un travail mené avec l'Inserm et l'Institut de veille sanitaire (InVS).

(2) Marie-Hélène Bouvier Colle, épidémiologiste, membre du CNEMM, www.informationhospitaliere.com.

(3) Chapitre VI « Le rôle des sages femmes dans le système de soins » du rapport de septembre 2011 sur la Sécurité sociale.

2. ... mais la surmédicalisation génère des risques iatrogènes pour les accouchements physiologiques

Ainsi que le démontrent les chiffres qui précèdent, 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, c'est-à-dire des grossesses normales, fait quant à elle courir des risques supplémentaires aux parturientes et aux bébés à naître.

Comme le souligne la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2011, de nombreux travaux montrent que la plupart des interventions (rupture de la poche des eaux, administration d'hormones accélérant le travail, monitoring en continu, épisiotomie, césarienne...) ne présentent pas d'avantages décisifs et, à l'inverse, entraînent des conséquences négatives sur la santé de la mère et de l'enfant. La Cour date des années 1970 le début de cette dérive techniciste. Elle estime en effet que la parution du décret Dienesch relatif aux normes applicables aux maternités privées et la publication d'une brochure de recommandations sur la périnatalité en 1972 ont marqué un tournant décisif dans l'accroissement des mesures de sécurité entourant les accouchements. La brochure précitée indique ainsi que « *l'accouchement dit normal est une notion a posteriori ; jusqu'à l'événement c'est une prévision. **Tout accouchement comporte donc un risque et doit être surveillé*** ». Il ressort de cette définition que la grossesse et l'accouchement ne peuvent être définis comme normaux qu'*a posteriori* : en conséquence, le risque domine la prise en charge, qui multiplie les actes médicaux visant à maîtriser le processus d'accouchement et qui réduit drastiquement les possibilités de naissance hors de l'hôpital.

La France se caractérise ainsi par un nombre élevé et croissant d'interventions médicales pendant la grossesse et l'accouchement. Cette évolution est clairement mise en évidence par l'enquête périnatale 2010 ⁽¹⁾ :

– le nombre moyen d'**échographies** augmente, passant de 4,5 en 2003 à 5 en 2010. La progression concerne surtout les suivis de plus de cinq échographies qui passent de 21,5 % à 28,9 % ;

– le pourcentage de femmes qui ont un **déclenchement du travail** augmente également, passant de 19,7 % à 22,7 %, alors que cette pratique était très stable antérieurement. À titre de comparaison, on signalera que le taux de déclenchement aux Pays-Bas est de 10 % ;

– plus de la moitié des femmes ont eu, en 2010, une **rupture artificielle de la poche des eaux** et des **ocytociques** pendant le travail. Ces ocytociques ont été plus souvent administrés pendant le travail en cas de déclenchement (82 %) qu'en cas de début de travail spontané (58 %) ;

(1) « *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003* », Enquête nationale périnatale 2010, INSERM, mai 2011.

– parmi les femmes qui ont eu un début de travail spontané ou déclenché, 79,3 % ont eu une **analgésie péridurale** ou une rachianalgésie. En cas de voie basse instrumentale, les pourcentages sont respectivement de 96,3 % et 0,6 %. La prise en charge de la douleur pendant le travail s’est accrue puisque, en sept ans, les accouchements avec péridurale ou rachianesthésie sont passés de 74,9 % à 81,4 %. Notons que la prise en charge de la douleur par péridurale concerne seulement 10 % des parturientes aux Pays-Bas ;

– les accouchements par voie basse spontanée ont tendance à légèrement diminuer, alors que les accouchements par voie basse opératoire et les **césariennes** ont tendance à légèrement augmenter. Plus globalement, depuis les années 1970, le taux de césarienne augmente continûment en France : il est ainsi passé de 6 % en 1972 à 11 % en 1981, 14 % en 1991, 18 % en 2001 et s’est stabilisé à 20 % depuis 2007. Rappelons à cet égard que l’Organisation mondiale de la santé (OMS) fixe à 15 % le taux « raisonnable » de recours aux césariennes, taux qui est dépassé par 90 % des maternités dans notre pays ⁽¹⁾.

Seul acte à avoir diminué : les épisiotomies. En 2010, 44,4 % des primipares et 14,3 % des multipares ont eu une épisiotomie. En 1998, dernière année où des données avaient été recueillies, 71,3 % des primipares et 36,2 % des multipares avaient eu une épisiotomie.

Cette technicisation et cette surmédicalisation de la grossesse et de l’accouchement sont régulièrement dénoncées, sans pour autant que des alternatives se mettent en place. Ainsi, dès les travaux préparatoires du Plan Périnatalité 2005-2007, le constat d’une inadéquation de la prise en charge des grossesses physiologiques, potentiellement génératrice de risques, est clairement établi : *« dans les situations à faible risque (...) il a été montré que l’excès de surveillance pouvait être iatrogène. Les données disponibles laissent à penser qu’il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque et moins et mieux dans les situations à faible risque »* ⁽²⁾.

Cette réflexion figure encore, près de dix ans plus tard, dans la position exprimée par les Professeurs Francis Puech et Bernard Hédon du collège national des gynécologues obstétriciens en décembre 2012 ⁽³⁾ : *« 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** »*.

(1) « Les maternités : plus de trente ans d’évolution », dans « Les établissements de santé en 2007 », DREES, 2010.

(2) Rapport de la mission Périnatalité (JC. Rozé, G. Bréart, F. Puech), 17 septembre 2003.

(3) « 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.

La technicisation de la grossesse et de l'accouchement physiologiques est donc aujourd'hui largement contestée par les spécialistes de la périnatalité, mais également par les futurs parents qui aspirent à jouer un rôle plus actif dans la naissance de leur enfant.

B. UNE DEMANDE DE RÉAPPROPRIATION DE LEUR PROJET DE NAISSANCE PAR LES FUTURS PARENTS

1. De l'accouchement à domicile aux « usines à bébés » : une évolution paradoxale

Alors que la médicalisation de l'accouchement et sa prise en charge à l'hôpital visent à assurer une plus grande sécurité de la naissance, l'environnement médicalisé et aseptisé ainsi que l'anonymat dans lequel celle-ci s'inscrit constitue un **facteur d'insécurité affective** pour les parturientes, susceptible de générer des difficultés au cours du travail (dystocies) ou dans la période de post-partum. Plus généralement, un certain nombre de parents rejettent le cadre très normé, standardisé et dénué d'empathie qui préside désormais à l'accouchement.

Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, le lieu d'accouchement a changé entre 2003 et 2010, qu'il s'agisse du statut, du type ou de la taille de la maternité. Les accouchements ont ainsi lieu **moins souvent dans des maternités de type 1** alors qu'en 2000, 48 % des accouchements étaient réalisés dans ces maternités. Rappelons que depuis 1998, de nouvelles normes de sécurité, ayant trait aussi bien au personnel qu'aux locaux, sont applicables aux établissements de santé autorisés en obstétrique. Trois types d'établissements se distinguent, en fonction du risque encouru par la mère ou l'enfant à naître et des possibilités de prise en charge du nouveau-né. Lorsque l'établissement dans lequel naît l'enfant ne peut assurer de prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés. Ainsi :

– les maternités de type 1 assurent, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance ;

– les maternités de type 2 répondent à la même définition mais sont nécessairement situées dans un établissement disposant d'un service de médecine néonatale et/ou de pédiatrie ;

– les maternités de type 3, enfin, répondent elles aussi à cette définition mais sont situées dans un établissement disposant d'une unité individualisée de soins intensifs ou d'un service de réanimation pédiatrique ou néonatale.

La proportion d'accouchements ayant lieu dans des maternités réalisant moins de 1 000 accouchements par an est par ailleurs passée de 25,3 % à 17,4 %, alors que **la proportion d'accouchements réalisés dans des maternités en assurant plus de 3 000 par an est passée de 8 % à 18,8 %**. Il s'agit là d'une évolution considérable résultant en partie des fermetures et des fusions de

maternités : entre 2003 et 2010, le nombre de maternités est en effet passé de 618 à 535 ⁽¹⁾. Rappelons qu'il y avait en métropole 1 747 maternités en 1972 et 1 128 en 1981.

En résumé, **la tendance est à une concentration des accouchements dans des maternités publiques, de type 2 ou 3 et de taille de plus en plus grande**, ainsi que le soulignent les auteurs de l'enquête nationale périnatale. Ces derniers estiment en conséquence nécessaire de *« s'interroger sur l'impact éventuel de la concentration des naissances dans des maternités de grande taille sur la prise en charge des femmes au moment de l'accouchement, par exemple sur la fréquence des césariennes ou des déclenchements »*.

Au-delà de la corrélation entre la part accrue des naissances prises en charge dans des maternités de grande taille de type 2 ou 3 et la surmédicalisation des grossesses et des accouchements, corrélation également mise en lumière dans le communiqué du Collège national des gynécologues-obstétriciens (CNGOF) du 5 décembre 2012 ⁽²⁾, se pose la question de la **qualité humaine de la prise en charge offerte à l'hôpital**. Un certain nombre de femmes amenées à accoucher dans ce type de maternités ont en effet l'impression de se retrouver dans des « usines à bébés », où l'on accouche « à la chaîne », où le personnel est peu disponible et peu à l'écoute des demandes individuelles car, par ailleurs, très sollicité et lui-même très soumis dans sa pratique aux protocoles établis.

Comme le montrent les résultats de l'enquête menée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2006 sur la satisfaction des usagères des maternités, mais également l'évaluation du plan périnatalité réalisée en 2010, les femmes ont largement intégré la médicalisation de l'accouchement et recherchent la suppression de la douleur. Certains actes, comme l'épisiotomie, concentrent néanmoins les critiques ainsi que l'absence d'échanges avec le personnel médical et l'incapacité de celui-ci à expliquer sa démarche. Il en va de même pour les suites de couches et la préparation de la sortie, où le taux d'insatisfaction atteint 35 %. Une enquête réalisée par l'Union nationale des associations familiales (UNAF) en 2010 citée dans le rapport de Mme Muguette Dini ⁽³⁾ corrobore ces résultats : les femmes ayant accouché apparaissent globalement satisfaites du suivi médical pendant la grossesse, mais portent un jugement plus sévère sur le déroulement même de leur accouchement et le post-partum (mise en place de l'allaitement, conditions de séjour et de sortie de la maternité, etc.) déplorant notamment l'absence de suivi personnalisé. 15 % des femmes interrogées estiment ainsi que leur choix pour l'accouchement n'a pas été respecté. À cet égard, une enquête du Collectif interassociatif autour de la

(1) Ceci correspondrait à la fermeture définitive d'environ 14 maternités en moyenne par an, si on estime ce chiffre sur des années complètes de 2004 à 2009. Ce rythme était de 28 maternités par an entre 1998 et 2003 et de 20 maternités par an entre 1995 et 1998.

(2) « 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. »

(3) Rapport n° 368 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.

naissance (CIANE) sur le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement, réalisée entre février et juin 2012 et basée sur l'analyse de 5 460 réponses, indique que plus de 57 % des parturientes expriment des souhaits particuliers pendant leur accouchement, qui sont respectés par l'équipe médicale au mieux dans 63 % des cas, alors même que cette adéquation entre les souhaits et leur réalisation (ou, tout au moins, les efforts entrepris pour les réaliser) constitue un facteur essentiel du vécu positif de l'accouchement. Le CNGOF évoque quant à lui dans son communiqué de décembre 2012 précité « *la frustration de certaines patientes qui estiment qu'elles auraient pu accoucher plus simplement* ».

Cette insatisfaction devient aujourd'hui porteuse de contestation pour les plus militants des parents. Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier dans « Sociologie de la naissance »⁽¹⁾ soulignent ainsi qu'en dépit d'une acceptation large des traitements standards de l'hôpital et des modes de prise en charge imposés aux parturientes⁽²⁾, les protocoles commencent à être discutés par les femmes elles-mêmes : « *une négociation avec le corps médical et un processus réflexif* » s'instaurent, qui peut se traduire par l'élaboration d'un projet de naissance spécifique⁽³⁾.

Ces démarches alimentent en outre désormais une demande de plus en plus structurée et relayée par des associations de parents, des sages-femmes mais également des obstétriciens en faveur d'une « **humanisation de la naissance** » qui, à l'opposé de la rationalisation et de la médicalisation de l'enfantement, se fonde sur une approche naturelle du corps et une meilleure prise en compte des attentes des femmes qui accouchent. L'objectif est de permettre aux femmes et aux futurs parents de jouer un rôle actif dans la naissance par opposition au statut de « patients » qui les enferme dans un processus normé laissant peu de places aux demandes et à l'initiative personnelle.

Accoucher n'est en effet pas juste un acte physiologique : c'est à la fois donner naissance et advenir en tant que parent. Françoise Molénat, pédopsychiatre, présidente de la société française de médecine périnatale, auteur de nombreux ouvrages sur la périnatalité rappelle ainsi que « *mettre au monde un enfant n'est pas une maladie ou un événement simplement physiologique, c'est un événement émotionnel, affectif, symbolique* »⁽⁴⁾. Cette dimension a d'ailleurs bien été perçue par le plan Périnatalité 2005-2007, qui s'ouvrait sur une demande de « **plus d'humanité** » dans l'accompagnement à la naissance et à la parentalité.

Or, qui, mieux que les sages-femmes, peut aujourd'hui apporter ce supplément d'humanité ?

(1) Collection U, Armand Colin, 2013.

(2) « *La médicalisation a été intégrée par les femmes, notamment comme paravent aux risques encourus lors des accouchements* ».

(3) Pour la Haute Autorité de santé (HAS), le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale (« *Préparation à la naissance et à la parentalité, Recommandations professionnelles* », 2005).

(4) « *Écoutons les femmes enceintes et modifions nos pratiques* », *La santé de l'homme*, n° 391, sept-oct 2007.

2. S'appuyer sur les sages-femmes pour développer des alternatives

a. Pour une autre expérience de la naissance...

Le document issu des travaux du groupe de travail de la commission nationale de la naissance (CNN) créé en 2008 sur les modalités d'organisation de la prise en charge des grossesses à bas risque ⁽¹⁾ présente les points fondamentaux partagés sur le suivi et l'accompagnement des grossesses physiologiques. Il rappelle en premier lieu que la grossesse et l'accouchement sont des **processus physiologiques et naturels** qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée. À cet égard, il souligne que « *la prise en charge de manière systématique de toute grossesse et de tout accouchement avec le même niveau d'intervention que celui requis par ceux qui présentent un risque comporte des effets négatifs tant pour les femmes que pour les équipes des maternités et la société* ».

La potentialité de mener normalement une grossesse et un accouchement doit donc être évaluée – initialement et en continu – afin de permettre l'élaboration d'un « *projet de suivi de grossesse personnalisé* » et de mettre en place un accompagnement « *par un nombre limité de personnes qui travaillent de manière coordonnée* ».

Le projet de suivi intègre un **projet de naissance** pour la femme et le nouveau-né **reposant sur un échange avec la femme ou le couple, permettant de solliciter et d'entendre leurs souhaits**. Le document insiste également sur le fait qu'un soutien empathique et physique continu pendant l'accouchement a pour effet de diminuer le stress et donc de permettre un travail plus court, une diminution du recours systématique aux moyens techniques et une réduction des extractions instrumentales.

Enfin, il conclut que « *les maternités doivent être en mesure de proposer des suivis adaptés aux femmes présentant une grossesse et un accouchement physiologiques ainsi qu'à leurs nouveau-nés* ».

Le document – qui ne s'adressait qu'aux maternités et ne visait donc pas les structures autonomes telles que les maisons de naissance – préconisait ainsi la création de **filières physiologiques**, filières spécifiques identifiées et intégrées au sein des maternités, qui offrent aux femmes concernées qui le souhaitent, « **un suivi de la grossesse et de l'accouchement par des sages-femmes et un accouchement dans des conditions non technicisées** ».

Le CNGOF, dans sa communication précitée sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de l'accouchement physiologique, préconise également de **respecter la physiologie de l'accouchement en adaptant**

(1) « *Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités* », document associant le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), le Collège national des gynécologues-obstétriciens (CNGOF), le Collège national des sages-femmes (CNSF) et la Société française de néonatalogie (SFN) au ministère chargé de la santé.

le niveau de médicalisation au niveau de risque obstétrical et recommande la mise en place d'un suivi global (grossesse, accouchement, suites de couches) effectué par un professionnel de la périnatalité (sage-femme ou médecin) dans les grossesses à bas risque. Il estime que, pour ce faire, plusieurs approches sont possibles :

– la création d'« **espaces physiologiques** », ou salles « nature », caractérisées par l'absence de direction du travail ou de péridurale, avec des sages-femmes, dédiées ou non ;

– la mise en place d'« **unités sage-femme** » autonomes au sein des établissements de santé attenantes à l'hôpital mais dont la responsabilité est portée par des sages-femmes, avec un statut public ou privé (« maisons de naissance hospitalières ») ;

– des « **maisons de naissance** » définies comme un lieu spécifique, indépendant, aménagé en dehors du plateau technique médicalisé (mais à proximité immédiate et en lien fonctionnel avec lui pour des raisons de sécurité), avec une prise en charge par des sages-femmes dans les limites de leurs compétences reconnues.

**Pôles physiologiques, unités sages-femmes, maisons de naissance :
où en est-on aujourd'hui ?**

Les services du ministère de la santé, interrogés par votre rapporteur, ne sont pas en mesure de dénombrer aujourd'hui les pôles physiologiques existant au sein des services d'obstétrique : l'absence de labellisation, voire même de définition claire, de ces filières ne permet pas de les recenser en dehors de quelques exemples emblématiques. Par ailleurs, les services proposés peuvent varier grandement d'un pôle à un autre, allant de la simple décoration intérieure des salles de naissance à des démarches bénéficiant d'une reconnaissance spécifique telle que l'IHAB⁽¹⁾ (label qui n'est toutefois pas reconnu par le ministère de la santé) en passant par la création de salles « nature » proposant divers équipements destinés à aider à la réalisation du projet d'accouchement physiologique (tabouret d'accouchement, baignoire, ballons, suspensions, etc.).

Aucun recensement n'existe non plus des « unités sage-femme » ; votre rapporteur n'a pour sa part connaissance que de la « maison de naissance » du centre hospitalier de Pontoise, qui s'en rapproche très étroitement dans les faits, même si la question de son autonomie se pose néanmoins.

Quant aux maisons de naissance *stricto sensu*, elles sont pour l'heure en projets, à des stades plus ou moins avancés, mais sans base juridique pour fonctionner réellement. On dénombre ainsi une dizaine de projets portés pour la plupart par des associations de parents ou des sages-femmes à Paris, Pontoise, Rennes, Nancy, Remiremont, Thonon-les-Bains,

(1) « Hôpital Ami des Bébés », label créé à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Unicef et l'Association Internationale de Pédiatrie. Il consacre la qualité de l'accompagnement de la naissance et de l'allaitement. Fin 2012, 18 services en France étaient labellisés "Amis des Bébés", réalisant environ 23 700 accouchements par an, soit 2,87 % des naissances.

Toulouse, Lormont, Marseille, Beauvais. Une infime minorité, comme le CALM à Paris, sont en pré-fonctionnement.

Alors qu'une littérature nombreuse recommande une prise en charge adaptée des grossesses physiologiques, les pratiques évoluent peu. Peut-être la future loi de santé publique sera-t-elle l'occasion de traduire enfin cette préoccupation en acte s'agissant du développement des pôles physiologiques et des unités sages femmes ?

Ainsi que le soulignent Philippe Charrier et Gaëlle Clavandier, « l'enjeu se situe donc autour de l'avènement d'une catégorie d'accouchement physiologique identifiée comme telle qui aurait son espace privilégié de réalisation »⁽¹⁾, « et son personnel dédié » est-on tenté d'ajouter. Car, parmi les facteurs d'intérêt pour les maisons de naissance⁽²⁾ figurent au premier rang la volonté d'être maître de son accouchement (et notamment de ne pas avoir recours à une aide pharmacologique) et le souhait de bénéficier de l'accompagnement d'un professionnel (sage-femme) connu du couple, dans une démarche de suivi global.

b. ... reposant sur les sages-femmes

Le point commun de l'ensemble des solutions avancées en faveur d'une meilleure prise en charge des grossesses et des accouchements physiologiques est le rôle prépondérant joué par les sages-femmes. Les sages-femmes sont en effet des professionnelles dont les compétences sont pleinement appropriées pour assurer le suivi des grossesses et des accouchements physiologiques, y compris pour réaliser une première identification des risques et des complications.

Ainsi que le rappelle la Cour des comptes dans son rapport précité, la profession de sage-femme, reconnue depuis le XVIIIème siècle, est une profession médicale, au même titre que les médecins et les chirurgiens-dentistes. La formation actuelle des sages-femmes dure cinq ans. La France est ainsi l'un des pays au monde dans lesquels la formation de sage-femme est la plus longue. Outre la première année commune aux professions médicales, au terme de laquelle les aspirants sages-femmes doivent, au même titre que les futurs médecins et chirurgiens dentistes, passer l'examen classant, quatre années d'études sont requises consacrées, d'une part, à la physiologie et à l'eutocie et, d'autre part, au dépistage et à la prévention des pathologies dans les domaines de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie. Au bout de ces quatre années, **les sages-femmes exercent donc une profession médicale et sont habilitées à assurer, en toute autonomie, la surveillance de la grossesse normale, du travail et de l'accouchement, ainsi que les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement.**

Les sages-femmes effectuent également les consultations, les échographies obstétricales, l'examen prénatal nécessaire à la déclaration de grossesse, le suivi médical de la grossesse, le dépistage des facteurs de risque et des pathologies, l'accompagnement psychologique de la future mère et les séances de préparation à

(1) « Sociologie de la naissance », *op.cité.*

(2) *Facteurs identifiés notamment dans une étude suédoise (Hildingsson, Waldenström, Radestad, 2003).*

l'accouchement. Elles prescrivent les examens et thérapeutiques nécessaires au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches. Sur prescription du médecin, les sages-femmes peuvent également être en charge du suivi des grossesses pathologiques.

La Cour des comptes souligne que les sages-femmes françaises ont ainsi un champ de compétence souvent plus large que celui des sages-femmes d'autres pays européens. Elles ont en effet un droit de prescription et, depuis 2004, sont autorisées à faire la déclaration de grossesse et à pratiquer l'examen post-natal si l'accouchement s'est déroulé normalement. Depuis 2009, la loi leur permet en outre d'assurer le suivi gynécologique contraceptif et de prévention de leurs patientes.

La présence des sages-femmes auprès des parturientes est d'ores et déjà massive : au sein des établissements publics et participant au service public, les sages-femmes sont, pour de nombreuses patientes, le **professionnel médical de référence** en l'absence de complication pour le suivi des grossesses et les accouchements. Les médecins n'interviennent qu'en cas de nécessité.

L'enquête périnatale 2010 ⁽¹⁾ a mis en évidence une augmentation des **consultations** réalisées par les sages-femmes entre 2003 et 2010, puisque le pourcentage de femmes qui ont consulté une sage-femme en maternité est passé de 26,6 % à 39,4 % et de 5 % à 19,8 % pour une sage-femme hors maternité. De même, l'**entretien individuel précoce** (ou entretien du 4^{ème} mois), mis en place progressivement après les recommandations du Plan Périnatalité 2005-2007, est le plus souvent réalisé par une sage-femme de la maternité (49,8 %) ou une sage-femme libérale (35,3 %). Enfin, les **accouchements** sont réalisés dans plus de la moitié des cas par une sage-femme, avec une très nette augmentation entre 2003 (47,5 %) et 2010 (55,8 %). En cas d'accouchement par voie basse non opératoire, le pourcentage d'accouchements par sage-femme est passé de 69,1 % à 79,7 %. Si peu d'accouchements sont réalisés aujourd'hui par les sages-femmes libérales ⁽²⁾, dans les établissements de santé, près de **80 %** des accouchements normaux par voie basse sont réalisés par les sages-femmes, taux qui passe à **92 % à l'hôpital public** (90,4 % en 2003). Ce taux est en outre en forte augmentation dans le secteur privé où 21,7 % des femmes avaient eu un accouchement par une sage-femme en 2003 et 44,6 % en 2010.

Enfin, les données de la **démographie médicale** plaident également en faveur d'un rôle accru des sages-femmes dans la prise en charge des accouchements physiologiques. Le nombre de sages-femmes a doublé entre 1990 et 2010 et devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030. Il y a environ 20 000 sages-femmes en exercice dont 4 800 exercent à titre libéral. Le nombre de sages-femmes libérales a quant à lui triplé en 20 ans après avoir baissé jusqu'en

(1) « Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », *op cité*.

(2) Les accouchements représentent une part minime des actes pratiqués par les sages-femmes libérales : en 2009, la CNAMTS en a comptabilisé 1 939, soit moins de 0,05 % des actes pratiqués par les sages-femmes. De fait, l'accès de ces sages-femmes aux plateaux techniques reste limité.

1987 en lien avec l'évolution de la prise en charge de la naissance. La moyenne d'âge des sages-femmes est d'un peu plus de 41 ans. Ces chiffres sont à mettre en regard avec l'évolution de la démographie médicale des gynécologues-obstétriciens qui sont actuellement au nombre de 4 200, et dont 30 % ont plus de 50 ans.

Ainsi que le souligne la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2011, les évolutions démographiques inverses pour les professions de sage-femme et de gynécologue-obstétricien au cours des dix prochaines années plaident en faveur d'une meilleure articulation de ces deux professions médicales qui apparaît en tout état de cause souhaitable. Tant pour des raisons d'adéquation des moyens que pour une question de moindre coût pour la Sécurité sociale, la Cour des comptes souligne tout l'intérêt qu'il y aurait à confier plus largement la prise en charge des grossesses à bas risque aux sages-femmes. S'appuyant sur des études récentes comparant différents modèles de soins obstétricaux, la Cour met en exergue les bénéfices importants constatés dans le modèle de prise en charge par les sages-femmes en ce qui concerne la réduction du nombre de péridurales, d'extractions instrumentales, d'hospitalisation des nouveau-nés et de mise en place de l'allaitement. Elle signale également que *« la satisfaction au sujet des différents aspects des soins semble plus élevée dans les modèles de pratique de sages-femmes comparés aux autres modèles de soins obstétricaux »*. La Cour en conclut logiquement que ce modèle devrait être **la norme pour les femmes classées à bas risque obstétrical**, corroborant en cela l'avis qu'elle avait déjà émis en 2006 dans lequel elle indiquait que *« l'utilisation optimale des compétences de chacun implique une redéfinition des pratiques et des responsabilités : compétence des sages-femmes pour la pratique de l'obstétrique physiologique, prise en charge des seules grossesses pathologiques par les obstétriciens [...] »*, comme cela est pratiqué dans de nombreux pays.

On pourrait ainsi imaginer à l'avenir un parcours de soins des femmes enceintes faisant de **la sage-femme le professionnel de premier recours** en cas de grossesse physiologique et de **la maison de naissance, tant hospitalière que libérale, le lieu d'accouchement de référence** pour les femmes qui désirent bénéficier d'un accompagnement global, dans un cadre moins médicalisé.

II. ACCOUCHER EN MAISON DE NAISSANCE : UN CHOIX À RESPECTER, UN CADRE JURIDIQUE À POSER

A. LES MAISONS DE NAISSANCE, UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES DANS LE CADRE DE LA PHYSIOLOGIE

1. Définition et modalités

• Une maison de naissance est une **structure gérée par des sages-femmes** où celles-ci prennent en charge le suivi de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches des femmes qui ont une grossesse et un accouchement physiologiques, c'est-à-dire normaux, ne présentant *a priori* aucun risque. Cette définition est en parfaite adéquation avec les compétences reconnues aux sages-femmes qui permettent à ces dernières à la fois de suivre de manière autonome les grossesses et les accouchements physiologiques, mais également de détecter d'éventuelles anomalies. Il découle de cette définition deux aspects majeurs du fonctionnement des maisons de naissance :

– d'une part, la prise en charge des femmes dans ces structures doit reposer sur une **sélection** rigoureuse par les sages-femmes des futures mamans afin d'exclure d'emblée un certain nombre de situations à risque telles que diabète, hypertension, grossesse gémellaire, risque de prématurité, *etc.* ;

– d'autre part, le **transfert** de la maison de naissance vers une prise en charge hospitalière et vers un plateau technique doit rester possible à tout moment, que ce soit pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, en fonction des souhaits des futurs parents mais également de l'état de santé de la mère et du bébé.

Les maisons de naissance, qui ne sont pas assimilés à des établissements de santé ⁽¹⁾, n'offrent pas de capacité de séjour : le retour à la maison après l'accouchement est anticipé et organisé afin de favoriser l'accompagnement en *post partum* dans le cadre d'une sortie très précoce (environ 12 heures après la naissance) et d'un suivi à domicile quasi-quotidien.

• Les modalités de prise en charge au sein de la maison de naissance reposent sur le **principe « une femme / une sage-femme »**, dans l'objectif de mettre en œuvre un suivi individuel, personnalisé et global qui permette d'instaurer une relation de confiance entre la sage-femme et les futurs parents afin de réaliser un projet de naissance qui s'articule, entre autres, autour d'une demande de moindre médicalisation de l'accouchement mais d'une présence humaine plus importante. La prise en charge dans le cadre d'un accompagnement

(1) À l'exception, aujourd'hui, des maisons de naissance hospitalières qui constituent en réalité des unités fonctionnelles au sein des établissements de santé.

global reconnaît ainsi **la légitimité et la capacité des femmes et des couples à participer à la définition et la mise en œuvre de leur projet de naissance.**

L'association des parents aux projets de maison de naissance et leur implication constante dans le fonctionnement de ces structures, tel qu'on l'observe aujourd'hui dans les exemples étrangers ou dans les démarches entreprises en France, permet également une meilleure adéquation entre les attentes et les réponses apportées. Les maisons de naissance ne réalisent en outre qu'un nombre limité de suivi chaque année, en raison de la grande disponibilité requise de la part des sages-femmes.

● *In fine*, **l'accouchement** se passe donc en maison de naissance dans un cadre non médicalisé, « **comme à la maison** » pour reprendre le nom de l'association qui gère aujourd'hui la préfiguration de maison de naissance située dans les locaux de la maternité des Bluets à Paris, que votre rapporteur a eu la chance, avec Mme Geneviève Biémouret, de pouvoir visiter. Il y a découvert un lieu d'accueil chaleureux pour les futurs parents, mais également un lieu d'échange et de partage entre parents et entre parents et professionnels. Le CALM n'étant qu'une préfiguration de maison de naissance, il convient toutefois d'indiquer que le suivi de la grossesse et la préparation à la naissance se font bien dans les locaux de l'association, avec une sage-femme référente, mais que le travail et l'accouchement se font sur un plateau technique, dans les salles de naissance de la maternité des Bluets, avec la sage-femme référente du CALM. Quant au post-partum, il fait l'objet d'un suivi au domicile des parents avec la même sage-femme.

Plus que le descriptif qui précède, c'est surtout la **parole des parents**, entendue par votre rapporteur lors de cette visite ou lue au travers de nombreux témoignages exposés sur les murs de la maison de naissance et sur son site internet, qui permet le mieux d'appréhender ce qu'est une maison de naissance et de comprendre tout l'intérêt de la démarche. Le témoignage qui suit est celui de Judith, maman du premier bébé né au CALM en 2008 : « *[Avant le suivi en maison de naissance] j'avais le sentiment d'être impuissante, passive, désinformée, incapable de faire des choix éclairés.(...) [A l'arrivée au CALM], pour la première fois j'ai réalisé que j'avais des droits, en tant que patiente. Et pour commencer, le droit de choisir le cadre dans lequel je voulais accoucher. Le droit d'être actrice de mon accouchement, et maître de mon corps. J'ai été traitée avec dignité, dans le respect de mon intimité. (...) Le papa trouvait enfin sa place, on lui donnait la liberté de la choisir. Nous avions à faire à des personnes humaines, dans une structure à taille humaine, une structure dans laquelle il était possible de parler de l'accouchement, de la douleur, de la peur, de l'éducation d'un enfant. Toutes choses qui m'ont donné la sensation d'être responsable, active, consciente, capable. Et qui ont fait de cet accouchement une histoire pleine de rencontres, d'événements, et de vie. (...) Ce sentiment de protection et de confiance a continué pendant tout le post-partum, et nous a aidés à entrer dans une relation sereine avec notre bébé.* »

Votre rapporteur note également que la quasi-totalité des témoignages se concluent sur le souhait que les autres couples puissent avoir la chance de connaître la même expérience pour la naissance de leur enfant, ainsi que l'expriment Malou et Martin, également parents d'un enfant né au CALM : « *nous pensons que pour un meilleur vécu de la grossesse et de la natalité, chaque femme devrait pouvoir choisir les modalités de son accouchement et son accompagnement selon ses convictions personnelles et ses besoins de prise en charge médicale parmi un éventail de possibilités le plus large possible* ». La demande de prise en charge au CALM ne fait d'ailleurs qu'augmenter : pour l'année 2012, sur 144 demandes d'accompagnement global à la naissance, seules la moitié des demandes ont pu être satisfaites pour des raisons de capacité.

2. Un retour positif des expériences en cours

Pour importants que soient les témoignages qui précèdent pour comprendre la réalité des maisons de naissance, ils ne permettent pas en toute objectivité de juger de la qualité et de la sécurité de l'offre de soins proposée par les maisons de naissance. Fort heureusement, des statistiques et des enquêtes de satisfaction menées à une échelle beaucoup plus importantes existent, qui corroborent l'expérience vécue par les parents.

Ainsi, au CALM, entre septembre 2008 et septembre 2012, il y a eu 227 suivis en accompagnement global à la naissance. Sur les 227 femmes enceintes, 151 ont pu être suivies de façon globale (du début de la grossesse jusqu'à l'après naissance) et 76 ont dû être transférées, pendant la grossesse, l'accouchement ou suite à l'accouchement, ce qui correspond à un taux de transfert de 33,5 %. Le taux global de césarienne est de 8,3 %. Le taux global de péridurale est de 20,2 %. Le taux global d'extraction instrumentale est de 3,5 %. Le score d'Apgar ⁽¹⁾, est en moyenne de 8/10 évalué à 5 minutes après la naissance, et de 9/10 évalué 10 minutes après. Le taux de mortalité maternel et infantile concerne un seul cas ⁽²⁾.

L'ancienneté des maisons de naissance au niveau international permet en outre de disposer d'une visée rétrospective et d'enquêtes récentes sur les bénéfiques comparés des différents modes de prise en charge.

Dès les années 1960, des initiatives ont en effet commencé à se développer au Canada et aux États-Unis, mais la première maison de naissance, au sens strict, a été fondée à New-York en 1975. On en recenserait désormais près de 150 sur le territoire américain et une douzaine au Québec où le développement des maisons de naissance a par ailleurs grandement contribué à la revitalisation de la profession de sage-femme. En Europe, les maisons de naissance existent depuis le milieu des années 1980 : on en trouve essentiellement en Suisse, en Allemagne, en Belgique,

(1) Évaluation de la vitalité d'un nouveau-né au moment de sa naissance.

(2) Un bébé est décédé à 2 jours de vie, dans un contexte de prociidence du cordon à domicile, avec césarienne sous anesthésie générale aux Bluets.

aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume Uni. Il s'agit le plus souvent de petites structures extra-hospitalières (juridiquement distinctes et physiquement distantes) mais qui exercent en partenariat avec les maternités. Elles n'offrent pas de possibilité de séjour, mais un suivi à domicile en suites de couches.

Plusieurs études internationales ont examiné et validé les performances des maisons de naissance. La plus complète est une étude britannique de 2011 intitulée « *Birthplace* »⁽¹⁾ qui compare les modes de prise en charge des naissances (à domicile, en maisons de naissance attenantes et non attenantes à une maternité et en unité d'obstétrique). Cette étude confirme la sécurité périnatale et maternelle des accouchements réalisés en maison de naissance pour les grossesses à bas risque, que la structure soit indépendante ou accolée à un plateau technique. Elle met également en évidence le moindre degré d'interventions subis par les femmes (césarienne, délivrance instrumentale, épisiotomie) lorsque celles-ci sont prises en charge en maison de naissance. En outre, seulement 10 % des parturientes sont transférées en cours de travail même s'il convient de souligner que les taux de risque et de transfert apparaissent plus élevés pour les primipares que pour les multipares.

La littérature scientifique internationale démontre ainsi que l'accouchement par voie basse non opératoire est globalement sûr quel que soit le lieu d'accouchement : il n'y a pas de différence significative entre les services obstétricaux hospitaliers et les maisons de naissance quant à la survenue d'événements de mortalité ou de morbidité périnatale. **La qualité de la naissance dépend donc moins du lieu de naissance que de la qualité du suivi pendant la grossesse et de la détection précoce des anomalies.**

B. L'EXPÉRIMENTATION, UNE SOLUTION RAISONNABLE

Aujourd'hui, en France, pour des questions de responsabilité des sages-femmes⁽²⁾, l'accouchement ne peut se dérouler entièrement en maison de naissance : la sage-femme et la future maman doivent se déplacer avant l'arrivée du bébé sur un plateau technique. L'objet de la présente proposition de loi est donc de permettre une prise en charge complète de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches en maison de naissance, au travers d'une expérimentation qui prévoit des conditions strictes d'autorisation de ces structures et de réalisation des accouchements.

(1) « *Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies : the Birthplace in England national prospective cohort study* », *British Medical Journal* 2011.

(2) *Les assurances responsabilité civile ne couvrent que les sages-femmes qui réalisent des accouchements sur des plateaux techniques.*

1. Un débat dont il faut sortir

a. Une longue gestation du projet des maisons de naissance

L'expérimentation des maisons de naissance est un sujet débattu en France depuis près de vingt ans. Il est donc plus que temps que ce projet, porté aussi bien par des ministres de gauche que de droite, des professionnels de santé et des parents, aboutisse.

En 1998, alors que paraissent les décrets réorganisant l'offre de soins obstétricaux classant les maternités par niveau en fonction des soins de néonatalogie qu'elles proposent, Bernard Kouchner, ministre de la santé, lance pour la première fois l'idée d'une expérimentation des maisons de naissance : *« Ces décrets vont induire une meilleure organisation de l'obstétrique dans la surveillance et la prise en charge des grossesses pathologiques et des grossesses à risque. Mais il est naturel et évident, l'expérience étrangère nous le montre, que certaines femmes dont la grossesse est sans risque, souhaitent accoucher dans des conditions moins médicalisées et plus personnalisées avec la sage-femme qui les a suivies. Si nous n'encadrons pas ces pratiques alternatives, elles pourraient mettre en péril la sécurité de la naissance. L'ouverture des plateaux techniques de maternité aux sages-femmes a été un échec. N'y revenons pas. En revanche, en m'inspirant de l'expérience allemande, je souhaite 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 ou dans la contiguïté même d'une maternité classique plutôt de niveau 2 ou 3 et où des femmes volontaires, après évaluation de leurs risques, accoucheraient sans aucune technicité autre que celle de la sage-femme. Il s'agit pour le moment de juger de l'opportunité de mettre en place quelques expériences et de les évaluer. »*⁽¹⁾. Dans la foulée de ces déclarations, un groupe de travail est constitué qui aboutit à une définition de la maison de naissance. Des projets sont lancés, tels que celui de la maison de naissance de la maternité des Bluets⁽²⁾.

En 2004, dans son discours inaugurant le **Plan Périnatalité 2005-2007**, censé développer quatre axes d'action : « Humanité, proximité, sécurité, qualité », le ministre de la santé Philippe Douste-Blazy reprend l'idée formulée quelques années plus tôt : *« Il me semble souhaitable d'individualiser des espaces physiologiques au sein même des maternités et d'expérimenter des maisons de naissance attenantes à des plateaux techniques privés ou publics »*. Le plan Périnatalité recommande en effet de mettre en œuvre cette expérimentation, et, plus globalement, renforce le rôle et l'autonomie des sages-femmes, en leur confiant, par exemple, la réalisation de l'entretien individuel du 4^{ème} mois de grossesse.

(1) Déclaration de M. Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la santé, 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.

(2) Projet établi à l'initiative tout d'abord d'un groupe de sages-femmes, rejoint en 2001 par des parents, puis intégré dans le projet d'établissement de la maternité des Bluets et soutenu par sa direction.

Les travaux du groupe de travail pluridisciplinaire mis en place pour définir le cahier des charges de l'expérimentation sont un échec : ni les gynécologues obstétriciens, ni les sages-femmes ne donnent leur accord.

Le sujet réapparaît néanmoins dans le débat en 2010 au travers d'une disposition introduite par Roselyne Bachelot, ministre de la santé, dans le **projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011**. Après des débats animés à l'Assemblée nationale et un rejet au Sénat, l'article 40 du projet de loi de financement est finalement adopté dans une rédaction remaniée et consensuelle dans le cadre de la commission mixte paritaire. Il est toutefois censuré ensuite par le Conseil Constitutionnel en tant que cavalier social.

Enfin, rappelons que l'opinion des médecins, et singulièrement des gynécologues obstétriciens, a également évolué sur la question des maisons de naissance, comme en témoigne la position prise par le collège national des gynécologues obstétriciens (CNGOF) en décembre 2012 en faveur de l'expérimentation. Plusieurs personnalités du monde médical se sont en outre récemment exprimées favorablement sur les maisons de naissance, dont le professeur René Frydman qui concluait ainsi une tribune publiée en mars 2012 : *« Il est difficilement compréhensible que malgré les résultats des expériences européennes et les approbations successives des autorités de tutelle au cours des dix dernières années, une expérimentation ne puisse enfin être réalisée en France »*⁽¹⁾.

b. Un compromis trouvé en 2010 et renforcé depuis

- La présente proposition de loi est issue du compromis auquel le Parlement avait abouti en 2010, dont il convient de rappeler les grandes lignes.

Après plusieurs années d'atermoiements, le Gouvernement a présenté donc dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 un dispositif visant à organiser une expérimentation des maisons de naissance afin de répondre aux attentes des familles et des professionnels de santé.

Bien que cela ne figure pas dans le texte initial du projet de loi, le rapporteur pour la branche assurance maladie, M. Jean-Pierre Door, indiquait clairement dans son rapport de première lecture que, conformément au Plan périnatalité 2005-2007, *« les maisons de naissance doivent se trouver à proximité des plateaux techniques des maternités, pour assurer la sécurité des mères et de leur enfant, et d'autre part qu'elles doivent être totalement insérées dans un réseau de périnatalité, donner lieu à un protocole des pratiques professionnelles, et être conditionnées à l'avis favorable des instances de l'établissement concerné »*. Il considérait également *« évident que les maisons de naissance sont*

(1) Tribune cosignée par le professeur Levy, gynécologue-obstétricien, le professeur Fernandez, gynécologue-obstétricien, le professeur Ayoubi, gynécologue-obstétricien, Mme Keller, présidente de l'Ordre des Sages-Femmes, Mme Guillaume, présidente du Collège National des Sages-Femmes, Mme Caumel-Dauphin, sage-femme, Mme Chauvin, sage-Femme, Mme Kerbrat, sage-femme et Mme Mata, sage-femme, dans le *Huffington Post*, 8 mars 2012.

une alternative offerte aux femmes qui souhaitent accoucher dans un environnement moins médicalisé et ne doivent, en aucun cas, être considérées comme des substituts à la fermeture des sites d'accouchement de certaines maternités ».

En dépit de ces précisions, les débats sur l'article 40 du projet de loi de financement ont révélé des oppositions très marquées dépassant les clivages politiques habituels et reposant sur deux séries d'arguments complémentaires : l'absence de sécurité des soins et l'incohérence du projet avec la réduction en parallèle du nombre des petites maternités de proximité.

L'introduction, au cours de la discussion, de **critères tels que l'attenance de la maison de naissance à une maternité, le conventionnement entre les deux structures, la comptabilisation des accouchements en maison de naissance au titre de la maternité partenaire et l'élaboration du cahier des charges de l'expérimentation sous l'égide de la Haute Autorité de Santé** a toutefois permis d'aboutir à un **équilibre en commission mixte paritaire**, salué en ces termes à l'époque par Mme Marisol Touraine : *« La position du groupe SRC a évolué pendant les débats. Nous n'avons jamais été opposés au principe des maisons de naissance, mais étions très inquiets sur leur encadrement. Au terme de ces débats, nous avons obtenu des garanties sérieuses dans plusieurs domaines. Tout d'abord sur la sécurité : il fallait éviter que l'on ne distingue a priori des grossesses qui seraient « à risque » et des grossesses qui ne le seraient pas ; l'adossement obligatoire des maisons de naissance à une maternité évitera ce travers. La deuxième crainte que nous avons portée sur le risque de fermeture de maternités de proximité ; à cet égard, la comptabilisation de l'activité des maisons de naissance au titre de leur maternité d'adossement évitera ce risque. Enfin, il s'agit d'une expérimentation qui sera surveillée et évaluée. Dans ces conditions, nous pouvons l'accepter. »*

En conséquence, on ne peut que regretter la décision du Conseil constitutionnel de déclarer inconstitutionnelles ces dispositions au titre de cavalier social et ce, d'autant plus que le Gouvernement s'était employé à démontrer l'existence d'une économie potentiellement importante pour les finances sociales dans l'étude d'impact du projet de loi.

- Le nouvel examen de ce dispositif dans le cadre de la discussion sur la proposition de loi de Mme Muguet Dini autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, initiée en février 2013 et achevée au moins de juin dernier au Sénat, a néanmoins permis d'enrichir le texte grâce à l'adoption d'un **amendement du groupe socialiste prévoyant que la maison de naissance est contiguë** (et non attenante) à une maternité avec laquelle elle passe une convention et dispose d'un accès direct aménagé.

Ainsi, bien qu'un certain nombre d'arguments utilisés en 2010 aient ressurgi lors des débats, le Sénat a adopté le dispositif proposé avec les voix du groupe socialiste, du groupe UMP et, bien-sûr, du groupe UDI-UC. La ministre de

la santé, Mme Marisol Touraine, s'est elle-même montrée extrêmement constructive, faisant preuve au cours de la discussion d'une compréhension aiguë des enjeux. Elle a ainsi souligné que si sa première préoccupation était la sécurité des naissances, la « *qualité du moment de la naissance* » devait également être considérée comme une priorité, soulignant qu'« *au fond, comme dans beaucoup de domaines, la question est celle de la **liberté de choix*** ». Répondant aux sénateurs, elle a clairement indiqué que « *même si l'on n'est pas convaincu par le progrès que pourraient représenter les maisons de naissance, pourquoi considérer que celles-ci seront contraires aux intérêts des femmes qui feront d'autres choix ? Les femmes qui souhaitent accoucher dans un environnement médicalisé pourront toujours le faire et celles qui souhaitent accoucher au sein d'une unité physiologique doivent pouvoir le faire : voilà la démarche que je privilégie. Il me semble en effet qu'il y a la place nécessaire pour diverses approches et expériences* ».

2. Un encadrement juridique rigoureux, des conditions de mises en œuvre sécurisées

La rédaction de la présente proposition de loi vise à lever les doutes qui avaient pu s'exprimer précédemment sur la mise en œuvre de l'expérimentation, que ce soit en termes de sécurité de soins ou de cohérence de l'offre de soins sur les territoires. Il convient ainsi de souligner :

– en premier lieu, qu'il est prévu que la maison de naissance soit contiguë à une maternité et qu'un accès direct soit aménagé entre les deux structures afin qu'un transfert rapide de la parturiente vers un plateau technique puisse être organisé en cas de nécessité ;

– la mise en œuvre de l'expérimentation reposera ensuite sur un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de Santé visant à garantir que, sans être en milieu hospitalier et se voir appliquer *stricto sensu* les mêmes normes, les maisons de naissance répondront à des critères élevés de sécurité et d'hygiène ;

– la maison de naissance et la maternité partenaire devront conclure une convention permettant d'établir les conditions de fonctionnement de leur partenariat, tant d'un point de vue matériel que médical. Cette convention se traduira ainsi par l'application de protocoles clairs, notamment en cas de transfert ;

– enfin, les accouchements réalisés en maison de naissance seront comptabilisés au titre de la maternité partenaire. Ainsi, si les accouchements réalisés à la maison de naissance représenteront une moindre recette pour la maternité partenaire, ils ne mettront pas en danger la pérennité de ces structures grâce à ce dispositif de décompte commun.

S'agissant du texte même de la proposition de loi, celui-ci comprend cinq articles :

– son **article 1^{er}** prévoit la possibilité pour le Gouvernement d'autoriser pendant deux ans des maisons de santé à fonctionner à titre expérimental et ce, pour une durée maximale de cinq ans. Chaque projet devra être évalué à l'issue de l'expérimentation, conformément à **l'article 4** qui prévoit également la transmission de cette évaluation au Parlement.

La maison de naissance est définie comme une structure où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse. Juridiquement, ces structures pourront être constituées sous forme d'associations, de sociétés d'exercice libéral ou encore de sociétés civiles de moyens. Les sages-femmes qui y exercent ont un statut libéral mais on peut également imaginer des formes de partenariat permettant la mise à disposition de sages-femmes hospitalières, même si cela semble de prime abord plus compliqué.

L'article 1^{er} pose également le principe de contiguïté et d'accès direct de la maison de naissance à la maternité avec laquelle elle passe une convention et prévoit la comptabilisation commune des naissances.

– **l'article 2** dresse la liste des dérogations nécessaires afin de rendre possible l'expérimentation. Il précise que les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé tout en prévoyant la possibilité de leur accorder un financement au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). D'après les informations transmises par le ministère de la santé, une aide de 150 000 euros par maison de naissance pourrait ainsi être accordée, permettant de couvrir les frais de structure ainsi que tout ou partie des primes d'assurance demandées aux sages-femmes ;

– **l'article 3** prévoit un cahier des charges national pour l'expérimentation adopté par la Haute autorité de santé, qui sera également chargée d'approuver la liste des maisons de naissance autorisées.

Ce même article prévoit la possibilité de retirer ou de suspendre l'autorisation en cas de manquement des maisons de naissance à leurs obligations ;

– enfin, **l'article 5** renvoie à un décret en Conseil d'État la définition des conditions concrètes de l'expérimentation.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. DISCUSSION GÉNÉRALE

La Commission examine, sur le rapport de M. Yannick Favennec, la proposition de loi adoptée par le Sénat autorisant l'expérimentation des maisons de naissance (n° 1157).

M. Yannick Favennec, rapporteur. Je vous remercie de m'accueillir au sein de votre commission pour défendre la proposition de loi relative à l'expérimentation des maisons de naissance, qui a été adoptée en première lecture au Sénat le 13 juin dernier.

Cette question n'est pas nouvelle. Elle a été évoquée pour la première fois par Bernard Kouchner en 1998, puis reprise dans le plan Périnatalité 2005-2007. Elle a même fait l'objet de dispositions spécifiques dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2011, qui ont été censurées par le Conseil constitutionnel au titre de cavalier social.

Une maison de naissance est une structure gérée par des sages-femmes qui prennent en charge le suivi de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches des femmes ayant une grossesse et un accouchement physiologiques, c'est-à-dire ne présentant a priori aucun risque.

Les modalités de prise en charge reposent sur le principe « une femme / une sage-femme », même si, pour des raisons d'astreinte, il peut parfois s'agir de deux sages-femmes.

L'objectif est de mettre en œuvre un suivi individuel, personnalisé et global qui permette d'instaurer une relation de confiance entre la sage-femme et les futurs parents, afin de réaliser un « projet de naissance » qui s'articule en général autour d'une demande de moindre médicalisation de l'accouchement, mais d'un meilleur accompagnement humain.

L'accouchement se passe donc dans un cadre non médicalisé, « comme à la maison », pour reprendre le nom de l'association qui gère la préfiguration de maison de naissance située dans les locaux de la maternité des Bluets à Paris, que nous visiterons jeudi. J'invite d'ailleurs tous ceux qui le souhaitent à se joindre à nous.

Le transfert vers une prise en charge hospitalière et un plateau technique reste évidemment possible à tout moment, que ce soit pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, en fonction des souhaits des futurs parents et de l'état de santé de la mère et du bébé.

Il ressort clairement de cette définition que la maison de naissance ne s'adresse pas à toutes les femmes enceintes et à toutes les naissances. La prise en charge en maison de naissance doit reposer avant tout sur un choix éclairé et volontaire de la parturiente et sur une sélection rigoureuse des futures mamans par les sages-femmes, afin d'exclure d'emblée un certain nombre de situations à risque – diabète, hypertension, grossesse gémellaire, risque de prématurité...

Pour des questions de responsabilité des sages-femmes, l'accouchement ne peut aujourd'hui se dérouler entièrement en maison de naissance : la sage-femme et la future maman doivent se déplacer avant l'arrivée du bébé sur un plateau technique. L'objet de cette proposition de loi est donc de permettre une prise en charge complète de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches en maison de naissance, au travers d'une expérimentation qui soumet à des conditions strictes l'autorisation de ces structures et la réalisation des accouchements.

Je comprends les interrogations que cette proposition peut soulever de prime abord, tant du point de vue de la sécurité des soins que de celui de la remise en cause du rôle des établissements de santé ou du respect du choix des femmes d'accoucher dans les conditions les moins douloureuses possible.

Je tiens donc à affirmer qu'il ne s'agit nullement de promouvoir un type particulier d'accouchements, mais bien de répondre à la demande de nombreuses femmes d'accoucher dans des conditions moins médicalisées et moins stéréotypées qu'à l'hôpital.

Le développement de l'obstétrique a grandement contribué à réduire la mortalité en couches et la mortalité infantile. Dans le cas d'accouchements physiologiques, une médicalisation excessive peut néanmoins se révéler néfaste à la santé de la mère ou à celle du bébé. L'enquête périnatale 2010 a d'ailleurs mis en évidence l'existence de risques iatrogènes, liés par exemple à l'utilisation de substances destinées à déclencher artificiellement le travail. La France présente également des taux de péridurale, d'épisiotomie ou de césarienne plus élevés que les pays voisins, sans que le recours à ces techniques améliore le taux de satisfaction des femmes concernées.

L'enquête Périnatalité a ainsi révélé que si les femmes étaient globalement satisfaites du suivi médical pendant la grossesse, elles portaient un jugement plus sévère sur le déroulement de leur accouchement, la mise en place de l'allaitement ou encore leurs conditions de séjour en maternité, déplorant notamment l'absence de suivi personnalisé.

La fermeture des « petites maternités » de proximité conduit en effet les futures mamans à être prises en charge dans de grosses structures, pratiquant parfois plus d'un millier d'accouchements par an, si bien que certaines peuvent avoir l'impression d'accoucher dans des « usines à bébés ».

Il y a donc une demande, émanant notamment des femmes ayant déjà eu au moins un enfant, de vivre une expérience différente pour leur deuxième ou leur troisième bébé. On estime à 10 % des parturientes le nombre de celles qui pourraient être intéressées par un suivi et un accouchement en maison de naissance plutôt qu'à l'hôpital.

Deuxième interrogation possible : ce dispositif consiste-t-il à recréer des petites maternités là où on les a fermées pour des raisons de sécurité, ou pourrait-il concurrencer des structures qui se situent juste à la limite des 300 accouchements par an ? Absolument pas. Il faut être très clair sur ce point, car c'est une inquiétude légitime pour tous ceux d'entre nous qui ont vu fermer des établissements de santé sur leur territoire – j'en parle en connaissance de cause. S'il n'y a pas de maternité, il n'y a pas de maison de naissance possible. Le dispositif proposé prévoit en effet que la maison de naissance soit contiguë à un établissement de santé autorisé en obstétrique, que les accouchements réalisés en maison de naissance soient comptabilisés au titre de la maternité partenaire, et enfin qu'une convention soit établie entre la maison de naissance et la maternité.

La troisième et dernière interrogation concerne la sécurité des soins. Tous les exemples étrangers – Pays-Bas, Québec, Royaume-Uni ou Allemagne – démontrent que les maisons de naissance ne présentent pas un taux de morbidité de la mère ou de l'enfant supérieur aux structures hospitalières, et ce alors même que dans tous ces pays, les maisons de naissance sont indépendantes des établissements de santé et peuvent en être distantes de plusieurs kilomètres.

Dans le cadre de l'expérimentation proposée, des règles très strictes de sécurité sont prévues. Tout d'abord, la contiguïté entre la maison de naissance et la maternité partenaire doit permettre un transfert rapide de la parturiente vers un plateau technique : il ne doit y avoir qu'un couloir à traverser ou un ascenseur à prendre. Ensuite, le conventionnement entre les deux structures se traduira par l'application de protocoles clairs, notamment en cas de transfert, prévoyant par exemple un numéro d'urgence dédié, le partage des données médicales et les procédures à suivre. Enfin, la mise en œuvre de l'expérimentation reposera sur un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé, visant à garantir que, sans être en milieu hospitalier et se voir appliquer stricto sensu les mêmes normes, les maisons de naissance répondent à des critères rigoureux de sécurité et d'hygiène.

Cette expérimentation ne saurait donc être suspectée de brader la sécurité de la mère ou de l'enfant. En revanche, elle constituera une reconnaissance de la compétence des sages-femmes, qui sont des professionnelles de santé très bien formées, qui exercent une profession médicale au terme de cinq années d'études. Les sages-femmes sont ainsi habilitées à assurer, en toute autonomie, la surveillance de la grossesse normale, du travail et de l'accouchement, ainsi que les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement.

Pour des raisons de démographie de la profession de gynécologue-obstétricien, les sages-femmes seront vraisemblablement appelées à jouer un rôle prépondérant dans le suivi des grossesses et des accouchements à l'avenir. La France compte aujourd'hui plus de 20 000 sages-femmes en activité, dont la moyenne d'âge est de quarante et un ans, et seulement 4 200 gynécologues-obstétriciens, dont 30 % ont plus de cinquante ans.

L'article 1^{er} du texte prévoit que le Gouvernement peut autoriser, pendant deux ans, des maisons de naissance à fonctionner à titre expérimental, et ce pour une durée maximale de cinq ans. Chaque projet devra être évalué à l'issue de l'expérimentation, conformément à l'article 4, qui prévoit également la transmission de cette évaluation au Parlement.

La maison de naissance est définie comme une structure où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse. Juridiquement, ces structures pourront être constituées, par exemple, sous forme d'associations, de sociétés d'exercice libéral, ou encore de sociétés civiles de moyens. Les sages-femmes qui y exercent ont un statut libéral, mais on peut également imaginer des formes de partenariat permettant la mise à disposition de sages-femmes hospitalières, même si cela semble de prime abord plus compliqué.

L'article 1^{er} pose également le principe de contiguïté et d'accès direct de la maison de naissance à la maternité avec laquelle elle passe une convention. Enfin, il prévoit une comptabilisation commune des naissances.

L'article 2 dresse la liste des dérogations nécessaires afin de rendre l'expérimentation possible. Il précise que les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé, tout en prévoyant la possibilité de leur accorder un financement au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Selon les informations qui nous ont été transmises par le ministère, une aide de 150 000 euros par maison de naissance pourrait être accordée, permettant de couvrir les frais de structure ainsi que tout ou partie des primes d'assurance demandées aux sages-femmes, étant entendu qu'une dizaine de sites expérimentaux pourraient être retenus dans le cadre de ce dispositif.

L'article 3 prévoit un cahier des charges national pour l'expérimentation, adopté par la Haute Autorité de santé qui sera également chargée d'approuver la liste des maisons de naissance autorisées. Il ouvre la possibilité de retirer ou de suspendre l'autorisation en cas de manquement des maisons de naissance à leurs obligations.

L'article 5 renvoie à un décret en Conseil d'État la définition des conditions concrètes de l'expérimentation.

J'ai beaucoup appris en travaillant sur ce sujet passionnant, qui a intéressé nombre de nos collègues, que je remercie d'avoir participé aux auditions – en particulier Mme Biémouret, Mme Poletti et M. Dord.

Ces auditions ont fait émerger un consensus, à la fois sur la nécessité de répondre à la demande qui s'exprime, tant de la part des parturientes que des sages-femmes, en faveur de l'expérimentation des maisons de naissance, avec l'aval, désormais, du Collège national des gynécologues-obstétriciens, et sur celle d'un encadrement légal des initiatives qui ont déjà vu le jour, au travers d'un cahier des charges précis et rigoureux et d'une évaluation réalisée par l'État.

Il me paraît donc nécessaire d'adopter ce texte afin de sortir les maisons de naissance du flou juridique dans lequel elles se trouvent aujourd'hui.

La proposition de loi sénatoriale reprenant les dispositions adoptées en 2011, qui constituaient un équilibre, je n'ai pas souhaité amender le texte qui nous a été transmis. J'appelle donc la Commission à le voter en l'état, ce qui permettra à l'expérimentation de démarrer dans les meilleurs délais et constituera un signal très positif pour les sages-femmes, ainsi que pour les couples et les mamans qui y aspirent.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je me félicite de cette proposition de loi, qui nous est transmise au moment même où les sages-femmes demandent une reconnaissance de leurs compétences.

Ce texte a le mérite de rappeler que la grossesse est un état physiologique, qui ne devient pathologique que dans une minorité de cas. Il est important de rappeler que la sage-femme joue un rôle non seulement auprès de la mère et de l'enfant, mais aussi en matière de parentalité, où elle peut détecter des problèmes après la naissance. En effet, les gynécologues-obstétriciens n'en ont pas toujours le temps, et leur nombre est appelé à se raréfier.

Mme Gisèle Biémouret. Ce texte nous propose une expérimentation qui nous parle du droit à la liberté de choix des femmes dans l'accouchement. Si l'accouchement sans douleur, grâce à la péridurale, a été un vrai progrès pour nombre de femmes et reste un choix qu'il faut respecter, redonner une vision naturelle à cet événement en évitant une surmédicalisation excessive répond à une vraie demande sociétale.

Cette demande émane d'abord de femmes qui souhaitent vivre des accouchements moins médicalisés et plus naturels, dans un univers intimiste, avec une prise en charge globale et personnalisée, lorsque la grossesse s'est déroulée normalement – c'est-à-dire sans complication. Ce désir des futures mères rejoint la forte demande de reconnaissance professionnelle des sages-femmes, puisque les maisons de naissance relèveront de leur responsabilité et de leur compétence.

Ce texte a fait l'objet de longs débats au Sénat, qui ont éclairé notre réflexion sur le sujet.

La priorité du groupe SRC est une exigence absolue de sécurité dans cette expérimentation, qui sera assurée par un certain nombre de garanties.

Tout d'abord, la maison de naissance sera contiguë à une maternité, avec – grâce à un amendement que le groupe SRC a fait voter au Sénat – un accès direct à celle-ci, afin de garantir de meilleures conditions de sécurité aux parturientes et aux enfants à naître.

S'il peut y avoir une maternité sans maison de naissance, il ne peut donc y avoir de maison de naissance sans maternité. C'est un point extrêmement important, car il ne s'agit en aucun cas de remplacer les structures existantes, notamment les petites maternités.

Le Gouvernement est sensible aux inquiétudes manifestées par les élus locaux. Mme Touraine a d'ailleurs assuré au Sénat qu'elle porterait une attention toute particulière à la répartition de l'offre de soins et des maternités sur le territoire.

De même, les naissances qui auront lieu en maison de naissance seront comptabilisées avec celles de la maternité. Il n'y aura donc pas de concurrence possible entre maisons de naissance et maternités ; ce sera une forme de complémentarité.

Une convention sera signée entre les deux établissements pour organiser leur travail en commun, notamment le transfert des patientes en cas de nécessité. L'accréditation d'un projet de maison de naissance se fera en fonction d'un cahier des charges rédigé par la Haute Autorité de santé, qui formalisera les normes sanitaires applicables ainsi que les protocoles de fonctionnement de ces maisons.

Au regard des expériences menées jusqu'à présent, des améliorations sont nécessaires, en particulier en ce qui concerne la prise en charge et la consultation pédiatrique des enfants nés.

Au terme des cinq ans d'expérimentation, le Gouvernement procédera à une évaluation et présentera le cas échéant un projet de loi au Parlement.

Ce texte a eu le mérite de soumettre au débat la volonté de nombre de femmes d'opter pour des accouchements moins médicalisés. Les maisons de naissance peuvent être une réponse pour certaines d'entre elles, mais toutes ne s'y retrouveront pas. D'autres offres doivent donc être développées en complément des maisons de naissance, comme les filières physiologiques raisonnablement médicalisées au sein des maternités.

Inversement, le désir d'un accompagnement personnalisé n'est pas l'apanage des tenantes de l'accouchement physiologique. Une grossesse pathologique, qui n'est pas un choix mais une situation subie et angoissante pour la femme qui la vit, nécessiterait encore davantage une prise en charge plus humaine.

J'ajoute que si plusieurs études ont mis en exergue la surmédicalisation comme une des raisons expliquant le taux de mortalité maternelle, il ne faut pas

pour autant négliger, comme l'a rappelé la ministre au Sénat, la nécessité de revoir l'ensemble du parcours périnatal afin de détecter au plus tôt les grossesses à risque et d'étendre les actions de prévention auprès des futures mères.

Néanmoins, le groupe SRC ne s'opposera pas à l'adoption de cette proposition de loi.

Mme Bérengère Poletti. Cette proposition de loi a déjà été votée par l'Assemblée nationale sous la forme d'un article du PLFSS pour 2011, avec le soutien de l'actuelle ministre de la santé, mais le Conseil constitutionnel a censuré cet article au motif qu'il constituait un cavalier social. Les discussions très riches qui avaient eu lieu à l'époque avaient abouti au dépôt d'amendements, adoptés en séance, qui ont été intégrés au présent texte.

Je tiens à féliciter le rapporteur pour son exposé très clair, tant sur la définition des maisons de naissance que sur l'environnement juridique et de sécurité qu'il est proposé de mettre en place.

Des maisons de naissance existent déjà dans de nombreux pays – Belgique, Canada, Allemagne, Pays-Bas. Je me suis rendue cette semaine aux Pays-Bas avec le groupe d'amitié France-Pays-Bas. J'ai eu l'occasion de rencontrer des Français installés dans ce pays, notamment trois femmes qui ont évoqué cette expérience auprès de moi. Certes, les Pays-Bas ne sont pas la France, et la densité de population dans les deux pays n'est pas comparable. Néanmoins, il faut savoir qu'aux Pays-Bas, 30 % des femmes accouchent à domicile, 30 % dans des structures qui ressemblent à des maisons de naissance, et les autres – en majorité des primipares – à l'hôpital. Il me semble intéressant, lorsqu'on a une expérience de l'accouchement, de pouvoir recourir à des dispositifs moins médicalisés.

Grâce aux maisons de naissance, les femmes qui le souhaitent pourront trouver des conditions psychologiques et physiologiques plus épanouissantes pour elles, en particulier un accompagnement global et personnalisé. Dans les faits, la parturiente et, plus largement, le couple sera suivi par une même sage-femme du début de la grossesse jusqu'à la fin de la période de post-partum. Tous les couples, notamment ceux qui redoutent l'hypermédicalisation lors de l'accouchement, bénéficieront ainsi d'un accompagnement adapté. Si la médicalisation n'est pas en soi une mauvaise chose, elle est parfois un facteur non pas de mortalité, mais de morbidité : son caractère systématique peut constituer une agression psychologique pour les femmes, ce qui entraîne, dans certains cas, des dystocies.

Selon l'enquête nationale périnatale conduite en 2010, le nombre d'accouchements pratiqués par des sages-femmes a nettement augmenté : entre 2003 et 2010, il est passé de 47,5 à 55,8 % pour l'ensemble des accouchements et de 69,1 à 79,7 % pour les accouchements par voie basse non opératoire. Ce dernier chiffre était même de 91,8 % en 2010 dans le secteur public. Les sages-femmes savent pratiquer même des accouchements et apporter la sécurité

nécessaire aux femmes. Leur compétence se limite, bien sûr, aux grossesses et aux accouchements normaux.

L'expérimentation des maisons de naissance n'a nullement pour objectif de créer des maternités de moindre qualité ou de réaliser des économies. Elle ne remet pas en cause la sécurité qu'il est indispensable d'apporter aux parturientes. La Cour des comptes a souligné l'intérêt d'une plus large prise en charge des grossesses à bas risque par les sages-femmes. Selon les résultats d'une étude citée par la Cour, les modèles de soins obstétricaux pratiqués par les sages-femmes présentent, en comparaison avec d'autres modèles de soins, certains avantages importants : réduction du nombre de péridurales, d'extractions instrumentales et de cas d'hospitalisation des nouveau-nés ; mise en place facilitée de l'allaitement.

Le groupe UMP soutiendra cette proposition de loi, alors qu'il s'était montré divisé sur ce même sujet en 2010. En effet, beaucoup de discussions ont eu lieu depuis cette date. En particulier, deux éléments me semblent de nature à rassurer nos collègues : le soutien du Collège national des gynécologues et obstétriciens français à cette expérimentation ; la disposition selon laquelle chaque maison de naissance devra être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique.

M. Francis Vercamer. Je vous félicite à mon tour, monsieur le rapporteur. Cette proposition de loi est le fruit d'une étroite collaboration entre les groupes UDI du Sénat et de l'Assemblée nationale.

L'expérimentation des maisons de naissance, prévue pour durer cinq ans, constitue une réelle avancée en matière de prise en charge des parturientes. Ces nouvelles structures permettront un accompagnement global et personnalisé de la femme et du couple par une même sage-femme ou un même binôme de sages-femmes, de la première visite prénatale jusqu'aux soins consécutifs à l'accouchement. Il est prévu qu'elles accueillent un nombre raisonnable de naissances par année, afin de conserver un caractère intime, familial et convivial. Les maisons de naissance seront sûres : elles seront attenantes à des maternités et seront gérées par un personnel qualifié. De plus, les femmes dont la grossesse présente un risque pathologique ne pourront pas y être admises. Des structures équivalentes existent déjà dans de nombreux pays, où elles rencontrent un succès notable.

Non seulement les maisons de naissance offriront un nouveau mode de prise en charge de la grossesse, mais elles seront source d'importantes économies, ce qui n'est pas à négliger vu l'importance du déficit de la sécurité sociale. Le coût d'un accouchement est évalué à 600 euros en maison de naissance, contre 1 200 dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée et 3 000 dans le cadre d'une hospitalisation de 4,4 jours, ce qui correspond à la durée moyenne observée. Au total, nous réaliserions une économie de près de 30 millions d'euros par an.

Cette proposition de loi, telle qu'elle a été amendée en 2011, fait presque l'unanimité. Des personnalités de tout bord se sont prononcées en sa faveur. Le groupe UDI la soutiendra et souhaite que les autres groupes politiques fassent de même.

Mme Véronique Massonneau. Le groupe écologiste est très favorable à ce texte, preuve qu'il ne s'oppose pas à tout systématiquement ! L'expérimentation des maisons de naissance avait d'ailleurs fait l'objet d'une proposition de loi d'Anny Pourcinoff, députée écologiste, en 2011.

Les maisons de naissance existent déjà dans de nombreux pays étrangers : depuis les années 1970 aux États-Unis, depuis 1987 à Berlin et, désormais, en Belgique, en Australie, au Canada, en Espagne, en Italie, aux Pays-Bas et en Suède. La fréquentation de ces structures reste minoritaire, sauf au Québec, où 76 % des accouchements y sont pratiqués. Il existe une demande en France : selon vos estimations, monsieur le rapporteur, un peu moins de 10 % des parturientes seraient intéressées par un accouchement dans de telles maisons.

En outre, les professionnels de santé concernés – sages-femmes, gynécologues, obstétriciens – soutiennent publiquement ce dispositif, en raison notamment de son intérêt sanitaire. Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), la France se place au dix-septième rang européen en matière de mortalité infantile, avec un taux de 2,3 pour 1 000. Cela tient pour partie à une surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement, qui peut avoir des effets négatifs sur la santé : troubles psychologiques ou difficultés de certains parents à accueillir leur enfant. Les maisons de naissance peuvent apporter une réponse à ces difficultés, à condition, bien sûr, d'être situées à proximité d'un service médicalisé, comme le prévoit l'article 1^{er}.

Le groupe écologiste est favorable à une grossesse et à un accouchement plus naturels pour les couples qui le souhaitent. Au slogan « un bébé quand je veux » scandé il y a quarante ans, nous ajoutons aujourd'hui « et de la manière qui me convient ».

Mme la présidente Catherine Lemorton. Vous avez raison de rappeler ce chiffre catastrophique : la France ne se classe qu'au dix-septième rang européen en matière de mortalité périnatale, c'est-à-dire de décès des bébés de moins de vingt-sept jours. Le rapport de l'INSERM relève cependant d'autres facteurs que la surmédicalisation, en particulier le tabagisme des femmes – plus répandu en France qu'ailleurs – et l'obésité.

Mme Véronique Louwagie. Je vous remercie, monsieur le rapporteur : vous avez su montrer tout l'intérêt que présente l'expérimentation des maisons de naissance. À en juger par les interventions de nos collègues, vous les avez convaincus.

Comme vous l'avez relevé, madame la présidente, cette proposition de loi arrive à point nommé, au moment où les sages-femmes demandent, d'une part, à

être reconnues comme professionnels de premier recours pour les femmes en bonne santé et, d'autre part, à bénéficier d'un statut de praticien hospitalier. Les maisons de naissance permettront de mieux faire connaître leurs compétences et leurs actions auprès des Françaises et des Français.

Il est prévu que de telles maisons soient créées sur une dizaine de sites expérimentaux. Pourquoi ce nombre, a priori limité, a-t-il été retenu ? Comment les sites seront-ils choisis ? Selon quels critères ? Quelques sites ont-ils déjà été pré-identifiés ? Si oui, lesquels ?

Enfin, dans combien d'années le Gouvernement remettra-t-il au Parlement l'évaluation de l'expérimentation prévue à l'article 4 ?

Mme Annie Le Houérou. Cette proposition de loi a d'abord suscité chez moi certaines interrogations. En effet, la majorité précédente avait tenté de nous démontrer que les maternités devaient être situées dans des centres très spécialisés, médicalisés et sécurisés, au nom du principe « on ne fait bien que ce que l'on fait souvent ». Il n'était pas possible selon elle de pratiquer des accouchements dans des maternités de proximité, car toutes les garanties de sécurité n'y étaient pas réunies. Son objectif était plutôt de fermer les maternités de petite taille, qui pratiquaient moins de 1 000 accouchements par an. Cependant, plusieurs collectivités – notamment Carhaix, ville voisine de ma circonscription – ont résisté et exigé le maintien de leur maternité de proximité. Ces établissements mettent les parents en confiance : ils ne sont pas des « usines à bébé » et offrent eux aussi des conditions d'accueil sécurisées.

Je comprends tout à fait les parents qui souhaitent être pris en charge dans les maisons de naissance. En effet, les sages-femmes prendront le temps d'accompagner les parents. Actuellement, elles consacrent en général trente minutes à une heure à chacune de leur consultation, alors que les gynécologues, souvent débordés, examinent leur patiente sans prendre en compte l'environnement familial ni les éventuelles angoisses des parents.

L'expérimentation des maisons de naissance pour une durée de cinq ans me semble une bonne mesure. J'ai bien noté, d'une part, la définition qu'a donnée le rapporteur de ces maisons et, d'autre part, le principe selon lequel « s'il n'y a pas de maternité, il n'y aura pas de maison de naissance possible ». Non seulement chaque maison de naissance devra être contiguë à une maternité partenaire, mais les accouchements qui y seront pratiqués seront comptabilisés au titre de cette maternité. Enfin, la création des maisons de naissance sera aussi une manière de reconnaître les compétences des sages-femmes et leur positionnement dans l'offre graduée de soins.

M. Gérard Sebaoun. Les maisons de naissance ont vocation à accompagner des femmes dont la grossesse est strictement physiologique. Personne ne conteste, bien sûr, l'expertise et la compétence des sages-femmes. Mais les femmes cumulant plusieurs facteurs de risque – primiparité après

quarante ans, tabagisme, obésité – pourront-elles être prises en charge dans des maisons de naissance ou seront-elles directement orientées vers une structure classique, hôpital ou clinique, où elles seront suivies par une équipe dirigée par un obstétricien ?

Mme Isabelle Le Callennec. Je vous remercie à mon tour, monsieur le rapporteur, pour votre exposé très clair et convaincant, et vous, madame la présidente, pour le soutien que vous apportez à cette proposition de loi. Les représentants des sages-femmes ont été reçus aujourd'hui même au ministère des affaires sociales et de la santé, afin d'obtenir une meilleure reconnaissance de leur profession – les sages-femmes libérales devant être identifiées comme praticiens de premier recours – et un nouveau statut hospitalier. De plus, ce texte semble faire l'objet d'un consensus, ce dont je me réjouis. Les maisons de naissance permettront une prise en charge reposant sur le principe « une femme, une sage-femme », un accompagnement individualisé et humain dans le cadre d'une relation de confiance. Elles répondront à une demande de moindre médicalisation et de liberté de choix.

L'idée d'une expérimentation n'est pas nouvelle : elle avait été annoncée par le Gouvernement en 1998 puis reprise dans le plan Périnatalité ; le Parlement en avait adopté le principe en 2010, mais le Conseil constitutionnel avait censuré les dispositions correspondantes ; la Cour des comptes l'avait préconisée ; enfin, des députés de l'UMP, de l'UDI et du groupe écologiste avaient déposé des propositions de loi en ce sens.

Ce texte fournit le cadre juridique nécessaire. Surtout, il prévoit des dispositions qui sécuriseront la prise en charge dans les maisons de naissance : celles-ci devront être contiguës à une maternité partenaire où les parturientes pourront être transférées à tout moment en cas de complication. Enfin, les expériences étrangères que vous avez évoquées, monsieur le rapporteur, sont très concluantes.

Lorsque je les ai reçus vendredi dernier, les représentants des sages-femmes de l'Ille-et-Vilaine se sont dits prêts à expérimenter les maisons de naissance.

Mme Monique Iborra. Comme vous l'avez dit, madame la présidente, la création des maisons de naissance constituera un progrès pour les sages-femmes libérales, qui pourront pratiquer des accouchements dans des conditions satisfaisantes. Mais elle ne suffira pas à faire baisser à elle seule le taux de mortalité périnatale. Pour ce faire, il convient surtout d'améliorer le suivi des grossesses – beaucoup plus développé dans les pays nordiques qu'en France – et la prévention des grossesses pathologiques.

Après un accouchement en maison de naissance, le suivi postnatal de la mère et de l'enfant sera-t-il lui aussi assuré en maison de naissance ou bien sera-t-il transféré à un établissement hospitalier ?

M. Rémi Delatte. Je vous félicite à mon tour, monsieur le rapporteur.

Trois raisons plaident en faveur de l'expérimentation des maisons de naissance. D'abord, non seulement ces maisons offriront un accès à des soins adaptés et sécurisés par la proximité d'un plateau technique, mais elles répondront aussi à une évolution sociétale et culturelle : un certain nombre de familles souhaitent désormais un accouchement dans un environnement moins médicalisé.

Ensuite, les 20 000 sages-femmes seront mieux reconnues et responsabilisées sur l'ensemble du parcours de soins, du début de la grossesse au suivi postnatal. La création de maisons de naissance contribuera à une meilleure répartition des missions et des actes pour l'ensemble des professionnels de santé et renforcera le rôle pivot des sages-femmes.

Enfin, nous ne saurions rester insensibles à l'impact de cette expérimentation sur nos dépenses de santé. À combien le chiffrez-vous, monsieur le rapporteur ?

M. Bernard Perrut. Ce texte nous donne l'occasion de rendre hommage aux sages-femmes et à tous les professionnels de santé qui donnent la vie. Son objectif est clair : organiser le suivi de la parturiente et du couple par une même sage-femme du début de la grossesse jusqu'à la naissance de l'enfant. Cette relation de confiance et cette écoute particulière, conjuguées à une approche moins médicalisée, auront probablement des effets très positifs. Néanmoins, je m'interroge sur la manière dont fonctionnera la relation entre la maison de naissance et l'hôpital ou la clinique à proximité de laquelle elle sera implantée. Certes, les conditions de prise en charge en maison de naissance seront parfaitement adaptées. Mais que se passera-t-il en cas de complications ? Celles-ci ne peuvent jamais toutes être prévues à l'avance et certaines situations requièrent une grande réactivité. En particulier, comment une mère ou son enfant seront-ils transportés d'urgence sur le plateau technique ? Il convient que la prise en charge soit rapide lorsque le diagnostic vital est en jeu. Avez-vous déjà pu, monsieur le rapporteur, étudier avec des hôpitaux ou des cliniques concernées la manière dont s'organiseront les liens avec les futures maisons de naissance ? Qu'en sera-t-il, en particulier, des conventions ?

M. le rapporteur. Je vous remercie, chers collègues, pour vos différentes interventions. La valorisation du travail des sages-femmes constitue un aspect essentiel de cette proposition de loi. Nous devons tous être conscients que la grossesse n'est pas une maladie.

Vous avez rappelé, madame Biémouret, les grands principes du texte et insisté sur la nécessité de développer les autres modes de prise en charge des parturientes. En effet, les maisons de naissance ne sont pas la seule réponse que l'on peut apporter aux femmes qui ne sont pas satisfaites de la prise en charge médicalisée qui leur est proposée. Nous pourrions envisager de développer et de

labelliser les pôles physiologiques qui existent déjà au sein des établissements de santé ou d'améliorer la prise en charge du post-partum.

Madame Poletti, les expériences étrangères sont en effet nombreuses. Les premières maisons de naissance sont apparues dans les années 1970 aux États-Unis, puis en Europe : au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en Belgique – où l'on en compte aujourd'hui douze –, en Suisse – où l'on en dénombre vingt-deux – et en Allemagne – où elles sont au nombre de cent cinquante. Les modèles varient considérablement d'un pays à l'autre : au Québec, 76 % des accouchements ont lieu en maison de naissance, contre 2 % en moyenne ailleurs ; aux Pays-Bas, l'accouchement à domicile est très développé.

Vous avez insisté à juste titre, madame Le Houérou, sur l'exigence de contiguïté entre la maison de naissance et l'établissement hospitalier partenaire.

Vous avez évoqué, messieurs Vercamer et Delatte, les éventuelles économies. Mais l'important est surtout que l'on revalorise le travail des sages-femmes. Le tarif de remboursement par la sécurité sociale d'un accouchement simple pratiqué par une sage-femme est de 313,60 euros.

Madame Louwagie, les sites expérimentaux seront choisis en fonction de leur capacité à respecter un cahier des charges exigeant. À ce stade, un peu moins de dix sites sont envisagés dont Paris, Pontoise, Rennes, Nancy, Remiremont, Thonon-les-Bains, Toulouse, Marseille et Beauvais. Quant à l'évaluation de l'expérimentation, elle sera remise au Parlement un an avant le terme de la dernière autorisation accordée à une maison de santé, c'est-à-dire dans six ans.

Madame Massonneau, la réforme permettra non seulement de mettre au monde « un bébé quand je veux et de la manière qui me convient », mais aussi « où je veux ». S'agissant du taux de mortalité infantile, il a considérablement baissé : on comptait 151 décès pour 1 000 naissances il y a un siècle, puis 52 en 1950, 18 en 1970, 7,3 en 1990 et 3,5 en 2010. Il va de soi que personne ne souhaite remettre en cause une telle évolution avec une réforme hasardeuse.

Monsieur Sebaoun, la Haute autorité de santé a établi en 2007 un document intitulé « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ». Ces recommandations proscrivent la prise en charge par une maison de naissance d'une femme qui présenterait les facteurs de risque que vous décrivez.

Monsieur Perrut, des transferts en urgence sont déjà effectués aujourd'hui entre les maternités de niveau 1 et celles de niveau 2 ou 3, selon des protocoles et des conventions bien établis. Il en sera de même entre chaque maison de naissance et sa maternité partenaire.

Madame Iborra, la sortie de maison de naissance sera précoce : elle se fera environ une douzaine d'heures après l'accouchement, mais un suivi sera, bien évidemment, assuré à domicile.

Mme Bérengère Poletti. Pour vous répondre, monsieur Sebaoun, la compétence des sages-femmes se limite aux grossesses et aux accouchements normaux. Elles suivent une formation de cinq ans : la première année commune aux études de santé, puis quatre années de formation spécifique à leur métier, pendant lesquelles elles apprennent notamment à connaître et à dépister toutes les pathologies qui peuvent se manifester pendant la grossesse. Une sage-femme refusera de prendre en charge une femme présentant des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'obésité ou la primiparité après quarante ans. Ce ne serait d'ailleurs pas dans son intérêt. Les sages-femmes sont compétentes et souhaitent que les parturientes accouchent dans les meilleures conditions physiologiques et humaines.

Par ailleurs, en France, les femmes sont habituées à accoucher à l'hôpital. Par conséquent, les accouchements en maison de naissance seront probablement limités dans un premier temps. Néanmoins, quelques femmes, notamment celles qui ont déjà accouché une première fois à l'hôpital dans des conditions qui ne leur ont pas nécessairement convenu, sont très demandeuses de connaître une expérience différente, plus naturelle, pour la naissance de leur enfant suivant. De tels accouchements sont déjà pratiqués dans quelques hôpitaux de la région parisienne, mais en l'absence d'encadrement juridique approprié. Ce texte va permettre aux professionnels de santé de travailler dans de meilleures conditions.

II. EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

Définition de l'expérimentation des maisons de naissance

Le présent article définit le cadre expérimental dans lequel doivent s'inscrire les maisons de naissance.

Il prévoit en premier lieu que la création de maisons de naissance peut être autorisée par le Gouvernement pendant une durée de deux ans. Chaque **autorisation** délivrée le sera pour une durée maximale de cinq ans.

Les maisons de naissance sont définies comme des « *structures (...) où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du code de la santé publique* ».

Ces articles définissent les conditions d'exercice de la profession de sage-femme et dressent la liste des compétences qui sont les leurs.

L'article L. 4151-1 vise ainsi la pratique des actes nécessaires au **diagnostic**, à la **surveillance** de la grossesse et à la **préparation** psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'**accouchement** et des **soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant**. Il précise également que l'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse et l'accouchement se sont déroulés normalement. Enfin, les sages-femmes peuvent également réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

L'article L. 4151-3 précise en revanche qu'« *en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique* ⁽¹⁾, *la sage-femme doit faire appel à un médecin* ». Elle peut néanmoins pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.

Le texte n'impose donc **aucun statut particulier** aux maisons de naissance. D'après les informations recueillies par votre rapporteur auprès du ministère de la santé, juridiquement, ces structures pourraient être constituées sous forme d'associations rassemblant sages-femmes et parents ⁽²⁾, de sociétés d'exercice libéral ou encore de sociétés civiles de moyens. Les sages-femmes qui y exercent ont en principe un statut libéral mais on pourrait également imaginer

(1) *Accouchement difficile.*

(2) *C'est le cas du CALM, la préfiguration de maison de naissance située dans les locaux de la maternité des Bluets à Paris, XII^{ème}.*

des formes de partenariat permettant la mise à disposition de sages-femmes hospitalières ⁽¹⁾ ou la création de structures mixtes.

Le second alinéa pose les **conditions à respecter** pour créer une maison de naissance. Il prévoit ainsi :

– une **contiguïté** entre la maison de naissance et la maternité partenaire, comprenant un « *accès direct et aménagé* » entre les deux structures afin de permettre, le cas échéant, un transfert rapide de la parturiente vers un plateau technique en cas de complication ;

– un **conventionnement** entre les deux structures, qui permettra de régler un certain nombre de questions matérielles (loyer, ménage, charges) mais qui se traduira surtout par la définition de protocoles de prise en charge en cas de transfert prévoyant, par exemple, un numéro d'urgence dédié, le partage des données médicales, les procédures à suivre, les retours d'expérience à mener en commun, *etc.* ;

– une **comptabilisation commune des naissances**.

Ces dispositions visent à assurer la mise en œuvre d'un partenariat efficace entre maisons de naissance et maternités, ces structures n'ayant pas vocation à entrer en concurrence mais bien à agir en synergie, pour la santé et le bien-être des mamans et des bébés.

*

La Commission **adopte** l'article 1^{er} **sans modification**.

Article 2

Dérogations nécessaires à la mise en œuvre de l'expérimentation

Le présent article dresse la liste des dérogations tenant tant à l'organisation des soins qu'aux règles de tarification et de facturation par l'assurance maladie autorisées pour la mise en œuvre de l'expérimentation. L'objectif est de ne pas soumettre les maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental aux règles habituelles d'autorisation des structures sanitaires et de financement des actes des professionnels de santé.

Ces dérogations visent ainsi tout d'abord l'**organisation des soins** définie par le projet régional de santé (article L. 1434-2 du code de la santé publique) et, plus précisément, en son sein, par le schéma régional d'organisation des soins (SROS) prévu à l'article L. 1434-7.

(1) *L'exemple de la maison de naissance de Pontoise constitue à cet égard une exception, puisqu'il s'agit en réalité d'une unité fonctionnelle de l'hôpital où interviennent des sages-femmes hospitalières et non d'une structure indépendante gérée par des sages-femmes libérales.*

Elles concernent ensuite les modalités d'autorisation des équipements sanitaires prévues par l'article L. 6122-1 du même code. Rappelons en effet qu'aux termes de cet article, « *sont soumis à l'autorisation de l'agence régionale de santé les projets relatifs à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation ou d'hospitalisation à domicile, et l'installation des équipements matériels lourds* ».

Le deuxième alinéa précise à cet égard que les maisons de naissance ne sont **pas des établissements de santé** et qu'elles ne sont en conséquence pas soumises au chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie du code de la santé publique relatif aux établissements de santé recevant des femmes enceintes.

S'agissant du financement des maisons de naissance ou plus précisément des actes réalisés en maison de naissance, il est prévu qu'il puisse être dérogé aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale qui subordonne en principe **la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie** de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié, à leur inscription sur une liste établie dans des conditions prévues par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Rappelons qu'aujourd'hui, le **tarif d'un accouchement** simple par une sage-femme est fixé par l'assurance maladie à 313,60 euros, quel que soit le temps passé auprès de la parturiente ⁽¹⁾. D'après les informations recueillies auprès du ministère de la santé, cette dérogation est destinée à rendre possible le **cumul des rémunérations** des sages-femmes prenant en charge l'accouchement en maison de naissance, afin de permettre que celles-ci puissent être deux : l'une pourrait ainsi être rémunérée pour l'acte d'accouchement (313,60 euros), et la seconde pour la surveillance (112 euros). On pourrait également envisager que soit introduit un complément forfaitaire de rémunération pour le suivi du travail, qui, dans le cadre d'une maison de naissance, repose entièrement sur la sage-femme : or, le travail dure parfois plus de douze heures, notamment chez les primipares, et cette donnée n'est aujourd'hui absolument pas prise en compte dans la rémunération de l'acte.

Le dernier alinéa précise enfin que les dépenses de fonctionnement des maisons de naissance pourront être prises en charge en tout ou partie par la **dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation** (MIGAC). Cette dotation participe notamment au financement des engagements relatifs aux missions de service public des établissements de santé telles que la permanence des soins, l'aide médicale urgente, l'éducation à la santé et la prévention, la lutte contre l'exclusion sociale ou encore l'enseignement ou la recherche (article L. 162-22-13). Rappelons qu'aux termes de l'article L. 162-22-13, l'État détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses

(1) À titre de comparaison, une hospitalisation pour un accouchement unique par voie basse sans complications est tarifée à plus de 4 017,43 euros.

d'assurance maladie (ONDAM), le montant de la dotation nationale et fixe, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales et la part des dotations régionales affectée à l'ensemble des missions d'intérêt général ou à une ou plusieurs de ces missions ainsi que les critères d'attribution.

D'après les informations transmises par le ministère de la santé, une aide de **150 000 euros** par maison de naissance pourrait ainsi être accordée par le biais de la dotation MIGAC, permettant de couvrir les frais de structure ainsi que tout ou partie des primes d'assurance demandées aux sages-femmes. Une dizaine de sites expérimentaux pourraient être retenus au total.

*

La Commission **adopte** l'article 2 **sans modification**.

Article 3

Liste et fonctionnement des maisons de naissance

Le présent article prévoit que la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis conforme de la Haute Autorité de Santé. Cette dernière est en outre chargée d'élaborer le **cahier des charges** auquel les maisons de santé devront se conformer pour obtenir l'autorisation de fonctionner.

En cas de manquement à leurs obligations, les maisons de naissance pourront voir leur **autorisation suspendue ou retirée**. Le second alinéa du présent article renvoie ainsi à la procédure prévue à l'article L. 6122-3 du code de la santé publique pour les établissements de santé, qui prévoit que, « *lorsqu'il est constaté (...) un manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins assurée par le personnel médical* », le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) est fondé à intervenir afin de faire cesser les manquements constatés. Aussi le fonctionnement de la maison de naissance pourra-t-il être, le cas échéant, suspendu par le directeur général de l'ARS, dans les conditions prévues par l'article L. 6122-3⁽¹⁾. Par ailleurs, en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou en l'absence de réponse apportée aux manquements constatés par le directeur général de l'ARS, l'autorisation de fonctionnement pourra être retirée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

(1) Notification avec demande de réponse sous huit jours détaillant les mesures correctrices adoptées ou envisagées. En l'absence de réponse dans le délai ou si la réponse est insuffisante, envoi d'une injonction de prendre toutes dispositions nécessaires et de faire cesser définitivement les manquements dans un délai déterminé. En cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou du personnel ou en l'absence de réponse à l'injonction, possibilité de prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'autorisation de l'activité ou l'interruption immédiate du fonctionnement.

*

La Commission **adopte** l'article 3 **sans modification**.

Article 4

Évaluation de l'expérimentation

Le présent article prévoit une évaluation de l'expérimentation, un an avant le terme de la dernière autorisation attribuée à une maison de naissance. Il précise que cette évaluation sera transmise par le Gouvernement au Parlement.

Comme dans tout cadre expérimental, l'évaluation revêt une importance cruciale afin de vérifier la pertinence des hypothèses sur lesquelles l'expérimentation repose et surtout d'envisager une éventuelle pérennisation.

Dans le cas présent, le Gouvernement devra notamment s'attacher à mesurer la sécurité du dispositif instauré, sa viabilité économique et la satisfaction des usagers.

*

La Commission **adopte** l'article 4 **sans modification**.

Article 5

Décret en Conseil d'État

Le présent article renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de définir les conditions de l'expérimentation.

Il précise que ce décret en Conseil d'État fixera notamment :

– les conditions dans lesquelles sera établie la **liste** des maisons de naissance autorisées à fonctionner. Rappelons à cet égard que l'article 3 prévoit que cette liste est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis conforme de la Haute Autorité de Santé et en conformité avec le cahier des charges établi par celle-ci ;

– les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la **rémunération** des professionnels ;

– les conditions spécifiques de **fonctionnement** des maisons de naissance. Là aussi, ces dispositions devraient recouper en grande partie celles figurant dans le cahier des charges de l'expérimentation.

*

La Commission **adopte** l'article 5 **sans modification**.

Puis elle **adopte** l'ensemble de la proposition de loi **sans modification**.

M. le rapporteur. Je vous remercie, chers collègues, pour ce moment rare d'unanimité. Nous allons pouvoir expérimenter très rapidement les maisons de naissance et répondre ainsi à une demande des futurs parents, tout en revalorisant le rôle et le travail des sages-femmes.

*

* *

En conséquence, la Commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter la présente proposition de loi dans le texte figurant dans le document annexé au présent rapport.

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

- **Conseil national de l'Ordre des sages-femmes** – **Mme Marie-Josée Keller**, présidente de l'Ordre, et **M. Lucas Pisani**, chargé des relations institutionnelles
- **Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant** – **M. Francis Puech**, président et président d'honneur du Collège national des gynécologues obstétriciens
- **Collectif des maisons de naissance** – **Mme Catherine Bernard**, présidente de l'association CALM – Association pour la maison de naissance des Bluets, **Mme Anne Morandea**, sage-femme au CALM, et **Mme Isabelle Chevalier**, sage-femme à la maison de naissance de Pontoise
- **Union nationale des associations familiales (UNAF)** – **M. François Edouard**, vice-président, président du département Droit de la famille et protection de l'enfance, et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **Mme Déborah Cvetojevic**, chef du bureau DGOS/R3, et **Mme Julie Barrois**, chargée de mission