

Prise en charge du post-partum : étude comparative entre la France, la Belgique et les Pays-Bas

Justine Anne

► **To cite this version:**

Justine Anne. Prise en charge du post-partum : étude comparative entre la France, la Belgique et les Pays-Bas. Gynécologie et obstétrique. 2016. <dumas-01327888>

HAL Id: dumas-01327888

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01327888>

Submitted on 7 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

École de Sages-Femmes
Université de Caen

PRISE EN CHARGE DU POST-PARTUM

Étude comparative entre la France,
la Belgique et les Pays-Bas

Mémoire soutenu et présenté par

Justine ANNE

Née le 14 juillet 1992

Sous la direction de Madame Anne HMAIN

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme

Année universitaire 2015-2016



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Adresse : Bibliothèque universitaire Santé
Pôle des formations et de recherche en santé 12, rue des Rochambelles 1 CS 14032 1 14032 CAEN CEDEX 5

Tel. : 02 31 56 82 06

Courriel : bibliotheque.sante@unicaen.fr

Internet : scd.unicaen.fr/

REMERCIEMENTS

Un grand merci à Anne Hmain qui a accepté de diriger ce mémoire et à Claire Bouet qui l'a co-dirigé. Merci pour votre expérience, vos conseils et votre soutien lors sa réalisation.

A toute l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme de Caen.

Je remercie particulièrement mes parents pour leur soutien sans faille durant ces années d'étude, qui ont supporté mes hauts et mes bas, qui ont toujours été présents, comme avec tout ce que j'entreprends.

A ma sœur Charlotte, pour son aide et ses nombreuses relectures, même depuis le Chili, qui me manque énormément.

A cette promo 2012-2016 pour ces beaux souvenirs.

Merci à Aline, Valentine, Margaux et Mégane - le noyau dur - pour ces quatre années merveilleuses à vos côtés, vous avez tout facilité.

Une pensée particulière pour ma coloc, sans qui cette dernière année n'aurait pas été la même, merci d'être là depuis toutes ces années.

SOMMAIRE

<u>TABLE DES ABREVIATIONS</u>	p. 1
<u>INTRODUCTION</u>	p. 2
I – CONTEXTE	p. 3
II – EPIDEMIOLOGIE	p. 4
III – DEFINITIONS	p. 6
IV – ETIOLOGIES	p. 7
V – HYPOTHESES	p. 8
VI – BUT DE L'ETUDE	p. 9
<u>MATERIEL ET METHODE</u>	p. 10
I – POPULATION	p. 11
II – DONNEES UTILISEES	p. 11
<u>RESULTATS</u>	p. 13
I – SITUATION EN FRANCE	p. 14
1. L'accouchement en France	p. 14
1.1 L'accouchement en plateau technique	p. 14
1.2 L'accouchement à domicile	p. 14
1.3 L'expérimentation des maisons de naissance	p. 15
2. Les sages-femmes libérales	p. 16
3. Prise en charge du post-partum	p. 16
3.1 Le PRogramme d'Accompagnement de retour à DOmicile (PRADO)	p. 16
3.2 Les travailleuses familiales	p. 18
3.3 La Protection Maternelle et Infantile (PMI)	p. 19

II – SITUATION AUX PAYS-BAS	p. 20
1. Organisation des soins périnataux	p. 20
2. L'accouchement aux Pays-Bas	p. 21
2.1 L'accouchement à domicile	p. 21
2.2 L'accouchement en milieu hospitalier ou en « polyclinique »	p. 22
2.3 L'accouchement en maisons de naissance	p. 23
3. L'assurance maladie	p. 23
4. Prise en charge du post-partum	p. 24
4.1 Les « <i>kraamverzorgster</i> » ou assistantes à domicile	p. 24
4.2 Durée des soins	p. 25
4.3 Inscription et coût	p. 25
III – SITUATION EN BELGIQUE	p. 27
1. L'accouchement en Belgique	p. 27
1.1 L'accouchement en milieu hospitalier	p. 27
1.2 L'accouchement en maisons de naissance	p. 28
1.3 L'accouchement à domicile	p. 29
2. Prise en charge du post-partum	p. 29
3. Financement des soins hospitaliers et du suivi à domicile	p. 30
IV – VECU DES FEMMES EN FRANCE	p. 31
<u>DISCUSSION</u>	p. 34
<u>CONCLUSION</u>	p. 39
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	p. 42
<u>ANNEXES</u>	p. 48

TABLE DES ABREVIATIONS

DMS	: Durée Moyenne de Séjour
OCDE	: Organisation de Coordination et de Développement Économique
HAS	: Haute Autorité de Santé
IMG	: Interruption Médicale de Grossesse
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
ANSFL	: Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
PRADO	: PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile
KCE	: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé
CME	: Commission Médicale d'Établissement
ARH	: Agence Régionale de l'Hospitalisation
CNAMTS	: Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CAF	: Caisse d'Allocations Familiales
TISF	: Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale
AVS	: Auxiliaire de Vie Sociale
PMI	: Protection Maternelle et Infantile
INAMI	: Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité
UNAF	: Union Nationale des Associations Familiales
CIANE	: Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

INTRODUCTION

I – CONTEXTE

La naissance d'un enfant reste une expérience importante d'une vie, avec son cortège de joies, d'émotions, d'émerveillements... mais aussi de doutes et d'angoisses. Les parents peuvent être confrontés à diverses difficultés : le rythme et les soins du bébé, l'allaitement, une récupération lente et difficile de la maman, accompagnés de nombreux questionnements. Les nouveaux parents ne savent pas toujours où trouver ces réponses.

Ce qui est en réalité un des événements les plus naturels qui soit, il s'est fortement médicalisé au cours du siècle dernier, pour finalement essayer de revenir de nos jours à une naissance plus « physiologique » par le biais des maisons de naissance par exemple.

Aujourd'hui, la durée du séjour à la maternité et la prise en charge après un accouchement dépendent souvent davantage des habitudes locales que des réels besoins médicaux ou d'un choix délibéré des parents.

Depuis plusieurs années en France, il est facile de constater une diminution significative de la durée de séjour en maternité. Au début des années 1980, la plupart des femmes pouvaient y séjourner entre 7 et 9 jours à la suite d'une naissance. Quels ont été les changements notables qui ont marqué le passage de la durée de séjour de 11 jours à l'époque de nos grands-parents, de 7 jours pour nos parents, à une hospitalisation de 4 jours en moyenne actuellement [1] ?

Alors que cette diminution nous paraît importante et flagrante, il est pourtant possible de remarquer que la France semble loin d'être un précurseur en la matière. En effet, à l'échelle de l'Europe, elle se situe parmi les pays dont la durée moyenne de séjour (DMS) en maternité après un accouchement normal est la plus élevée, évaluée à 4,1 jours [2].

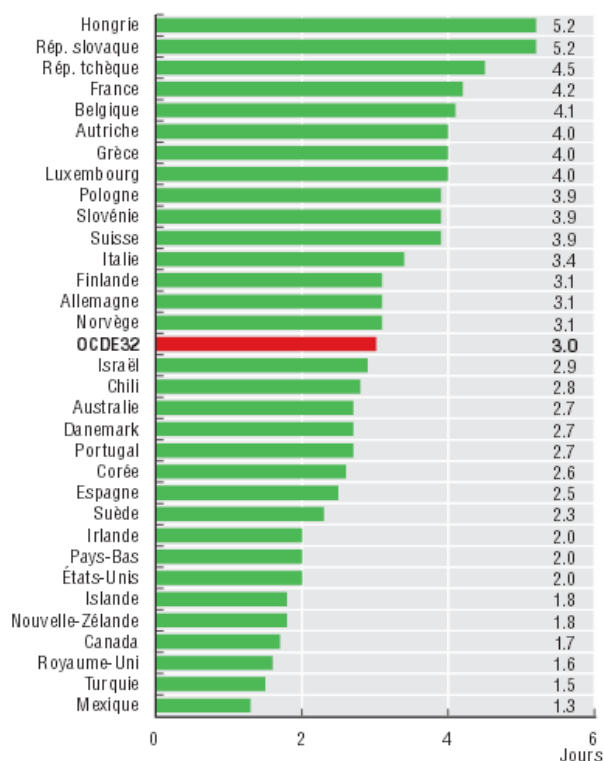
Dans presque tous les pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économique (OCDE), la durée moyenne de séjour pour un accouchement physiologique a diminué au cours des vingt dernières années, passant en moyenne de 4,3 jours en 1995 à 3,2 jours en 2007, 3 jours en 2011 [3] et 2,9 jours en 2013 [2].

Les statistiques de l'OCDE de 2015 sur la santé nous permettent alors de remarquer que la Belgique reste également en marge par rapport à nos voisins européens, avec une DMS de 4,0 jours. A l'opposé, le Royaume-Uni dispose de la DMS la plus courte à l'échelle européenne, de 1,5 jour, suivi de près par les Pays-Bas avec une DMS de 1,9 jour [2].

La Haute Autorité de Santé (HAS) déclare ainsi que la préparation de la sortie du patient hospitalisé est une étape essentielle de la qualité des soins et du processus de prise en charge globale.

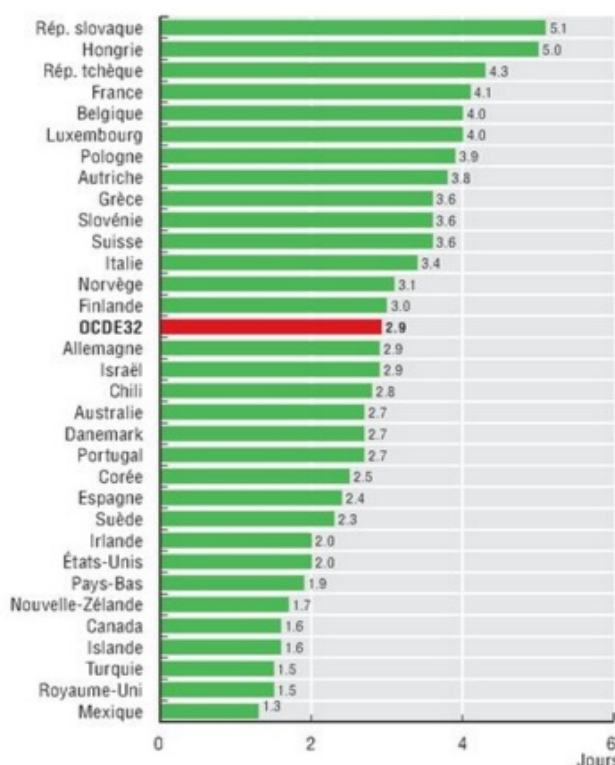
Dès lors, il convient de s'interroger sur les disparités constatées d'un pays à l'autre s'agissant de la DMS. Plusieurs facteurs, tels que les pratiques culturelles, les différents systèmes de santé et infrastructures sont des éléments à prendre en compte.

Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2011 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2013 (ou année la plus proche)



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

La réorganisation de la prise en charge du post-partum est devenue un enjeu majeur des politiques de Santé Publique en Europe et en France, pour des raisons économiques principalement. Elle encourage la mise en place d'un accompagnement des couples et de leur enfant à la sortie de la maternité en vue du retour à domicile.

II – EPIDEMIOLOGIE

La France compte au 1er janvier 2015, 66 352 469 habitants [4] dont 34 191 678 femmes [5]. En 2014, 820 830 enfants sont nés en France (hors Mayotte), soit plus de 2 200 naissances par jour en moyenne [4]. Cette même année, l'âge moyen des mères à leur accouchement est de 30,3 ans tous rangs de naissance confondus [6].

En matière d'indicateurs en santé périnatale, la France a une position moyenne en Europe. Le dernier rapport européen (euro-peristat) portant sur les naissances de 2010 dans 29 pays [7] a mis en évidence :

- Une mortalité (nombre d'enfants morts-nés rapporté au nombre de naissances) particulièrement élevé, pouvant s'expliquer par l'inclusion des enfants nés sans vie issus des Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) et la politique active de dépistage anténatal ;
- Un taux de mortalité néonatale qui situe la France au 15ème rang et qui ne s'est que faiblement amélioré ;
- Un position variable sur les autres indicateurs, mais toujours derrière les cinq pays ayant les meilleurs résultats (prématurité, grossesses gémellaires...) [8]

En terme de dépenses, les prestations au titre de l'assurance maternité en France se sont élevés à 9,1 millions d'euros en 2012 et ont concerné 1,4 million de femmes. L'assurance maternité permet aux femmes de bénéficier d'une prise en charge à 100 % de l'ensemble des frais médicaux en lien avec la grossesse, du premier jour du sixième mois de grossesse jusqu'au douzième jour après la date de l'accouchement. [9]

La Belgique comptait officiellement 11 258 434 habitants au 1er janvier 2015 [4] avec environ 200 000 femmes de plus que d'hommes [10]. Les chiffres de 2014 comptent 125 014 naissances [4]. L'âge moyen des mères à l'accouchement est passé à 30 ans en 2007 et est stable depuis cette année-là, selon les « avis de naissance » de la Banque de données médico-sociales [11]. Dans près de 45 % des cas il s'agit d'un premier accouchement ; dans 33 % d'un second accouchement, et dans 14 %, d'un troisième. Avec 4 accouchements ou plus, les grandes multipares représentent 8 % des accouchements [11].

Bien que la Belgique dispose d'une DMS de 4 jours en milieu hospitalier, elle se différencie de la France du fait du nombre croissant d'accouchements à domicile et de l'existence de maisons de naissance avec un retour à la maison au maximum 24 heures après la naissance [12].

Concernant les Pays-Bas, la population compte 16 900 726 habitants avec 175 182 naissances en 2014 [4]. L'âge moyen à la maternité est légèrement plus élevé qu'en France et en Belgique avec une moyenne de 30,9 ans [6].

En 2011, les taux d'accouchement par césarienne étaient les plus bas dans les pays nordiques (Islande, Finlande, Suède et Norvège) et aux Pays-Bas, compris entre 15 % et 17 % des naissances vivantes. Aux Pays-Bas, 16 % des naissances en 2010 ont eu lieu à domicile (une proportion bien

plus élevée que dans les autres pays) et 11 % dans une maison de naissance sous la seule responsabilité d'une sage-femme [3]. A ce jour, la proportion d'accouchements à domicile est constante, autour de 30 % [13], et la proportion d'accouchements en maison de naissances reste également élevée.

Aux Pays-Bas, le nombre de sages-femmes a augmenté plus vite que le nombre de gynécologues et d'obstétriciens et la proportion de naissances ayant lieu à l'hôpital avec l'assistance d'une sage-femme est passée de 8 % en 1998 à 26 % en 2007 [3]. La situation aux Pays-Bas est donc particulière : l'accouchement à domicile y est beaucoup plus répandu, les prestations autour de la maternité sont donc plus étendues [14].

En 2013, 5,1 millions d'enfants sont nés au sein de l'Union européenne. Les taux de fécondité les plus élevés sont observés en Irlande, en France, au Royaume-Uni et en Suède. L'Irlande et la France restent les pays les plus féconds (2,01 enfants par femme pour les deux pays en 2012). [6]

III – DEFINITIONS

Rappelons tout d'abord que la période postnatale a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme débutant au moment où la mère et l'enfant quittent la salle d'accouchement, et s'étendant jusqu'à 6 semaines après la naissance [15].

De nombreux bouleversements, physiques, psychiques et hormonaux ont lieu. La relation mère-enfant se construit, le corps se transforme, les hormones reviennent à un taux normal. Ces nombreuses et importantes perturbations peuvent parfois engendrer des complications graves comme la dépression du post-partum. Le post-partum est donc une période à risque de difficultés, parfois de complications, liées aux bouleversements de tous les repères d'une femme, en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. Cette période nécessite pour ces raisons un suivi et une attention particulière.

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a défini la durée de séjour standard comme une durée d'hospitalisation en maternité :

- de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse ;
- de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne.

Une sortie précoce est définie de la façon suivante :

- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse ;
- au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne [1].

Avant d'envisager une sortie, des critères sont à remplir afin de déterminer si la mère et son enfant font partie d'une population à bas risque médical, psychique et social ou non. Ces conditions sont définies par la HAS.

Ces critères de sortie de maternité et les modalités d'accompagnement au retour à domicile reposent sur plusieurs éléments :

- L'intérêt de la mère et de l'enfant (souhait de la mère ou du couple, retour à domicile dans des conditions environnementales et sociales favorables et avec accord médical) ;
- La capacité d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine en s'assurant de l'absence de risque (ou d'un risque limité) de complications ;
- L'existence d'une organisation et d'un circuit pour les tests de dépistage des maladies néonatales qui ont fait la preuve de leur efficacité ;
- L'utilisation du réseau local en matière de ressources de santé disponibles.

Les couples mère-enfant présentant des pathologies ou des facteurs de risque doivent donc bénéficier d'un suivi et d'un accompagnement spécifique et complémentaire sur le plan médical ou social [1].

IV – ETIOLOGIES

Depuis quarante ans, un mouvement de restructuration des maternités a été opéré avec l'objectif d'améliorer la sécurité des naissances. Il s'est traduit par une forte concentration des établissements : le réseau est moins dense mais d'un meilleur niveau d'équipement. En 1975, la métropole comptait 1370 maternités, 1128 en 1981, 814 en 1996, 679 en 2001 et 528 en 2011. En 2012, 3% des maternités réalisent moins de 300 accouchements, contre 36% en 1975. Depuis l'organisation en trois niveaux instaurée par les décrets de Périnatalité de 1998, la part relative des maternités de type I n'a cessé de diminuer au profit des maternités de type II et III. Bien sûr, depuis 3 ans, ces chiffres ont évolué, le nombre de maternités de type I ayant encore diminué.

Le paysage obstétrical français s'est donc profondément modifié : les fermetures et fusions des petites maternités et la mise en réseau des autres établissements ont eu pour conséquence une diminution du nombre de lits en maternité alors que le nombre de naissances n'a lui pas vraiment diminué. Les séjours en maternité se sont donc progressivement et naturellement raccourcis.

L'introduction de la tarification à l'acte a également favorisé cette diminution dans un souci d'équilibre budgétaire des établissements de santé.

Le temps d'observation des enfants nés en maternité s'est par conséquent réduit. Il est à noter que l'adaptation à la vie extra-utérine s'étend sur un minimum de 5 jours, il est donc évident qu'un relai « post-maternité » s'avère indispensable.

Enfin, différentes enquêtes récentes ont montré que les femmes sont globalement satisfaites de la prise en charge dont elles ont bénéficié pendant leur grossesse et au moment de la naissance, mais qu'il existe un manque d'accompagnement, ce dernier étant jugé insuffisant, lors de leur sortie de maternité et de leur retour à domicile [1].

Les expériences étrangères ont principalement montré qu'une fois le bas risque défini, la durée de séjour en maternité était peu discriminante, sous condition qu'un suivi médical soit assuré après la sortie. Aux Pays-Bas, étant donné la fréquence élevée des accouchements à domicile, il existe beaucoup moins de débats sur les avantages et inconvénients des sorties précoces de la maternité.

V – HYPOTHESES

Il semble nécessaire de garantir une continuité des soins à domicile. Cela suppose donc que, malgré la tendance à la diminution de la durée du séjour en suites de naissance en France, elle s'accompagne d'un relai ville-hôpital satisfaisant. Or, ce projet de restructuration du séjour en maternité en France n'a de sens que si le retour précoce à domicile est réellement pris en compte : il est important qu'il soit développé, accompagné, anticipé et surtout choisi et accepté par les femmes.

Comment pouvons-nous nous inspirer des dispositifs mis en place chez nos pays voisins ? Pourquoi le PRogramme d'Accompagnement du Retour à DOmicile (PRADO) est-il si difficile à mettre en place en France ?

De plus, au-delà de la faible progression de notre pays à ce niveau, il est possible de remarquer des disparités au sein même du territoire Français. On remarque des séjours plus courts en Ile-de-France, visibles comme par exemple à la maternité de Port Royal qui effectue des sorties précoces à J2. Comment ces femmes vivent-elles le retour précoce à la maison ? [16]

VI – BUT DE L'ETUDE

Au vu de ce qui se passe à l'échelle internationale, la tendance au raccourcissement des durées de séjour semble être une évolution inévitable. Dans d'autres pays, cette évolution a été compensée par un déplacement des soins postnatals vers le domicile et une attention accrue accordée à la continuité de la prise en charge.

Réduire la durée de séjour en maternité est donc possible, mais cela suppose de structurer au mieux la prise en charge à domicile.

Notre étude vise à analyser les différents dispositifs permettant un relai ville-hôpital satisfaisant, ayant prouvé son efficacité dans certains pays. Pour cela, la France sera comparée à la Belgique, dont le système hospitalier ressemble au nôtre, mais où l'accouchement en maison de naissance y est plus développé, ainsi qu'aux Pays-Bas qui eux sont avant-coureurs, avec un grand nombre d'accouchements à domicile.

Quels sont les nouveaux programmes ayant permis l'évolution du séjour en suites de naissance des couples et de leur nouveau-né en France ? Que devons-nous adapter dans notre prise en charge du post-partum pour pouvoir prétendre à un retour précoce à domicile aisé comme nos pays voisins ? Quel est l'avenir en France en matière de politique périnatale ?

Notre recherche s'appuiera sur les différentes législations en France, en Belgique et aux Pays-Bas, mais aussi sur le vécu des mères.

MATERIEL ET METHODE

I – POPULATION

Il s'agit d'une étude comparative rétrospective à la fois qualitative et quantitative. Afin d'établir un état des lieux sur la prise en charge du post-partum en France, elle sera comparée à la situation actuelle de deux de ses pays voisins : les Pays-Bas et la Belgique.

La comparaison porte sur le suivi postnatal de l'accouchement « par voie basse sans complication ». Les grossesses multiples, les naissances prématurées, les césariennes, les enfants nés avec un petit poids pour l'âge gestationnel et les complications du post-partum (infections, dépression...) ne sont pas envisagés ici.

II – DONNEES UTILISEES

A cette fin, différents critères seront comparés : les différents lieux d'accouchement et leur proportion, la place et le rôle des sages-femmes, les différentes organisations de prise en charge après l'accouchement et enfin le coût.

En France, une grande partie de la prise en charge du post-partum est consultable via les protocoles de la Haute Autorité de Santé.

L'étude de la législation de la Belgique sera principalement basée sur le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) [17] concernant l'organisation des soins après l'accouchement.

Ce rapport combine plusieurs méthodes : l'analyse d'un ensemble de données administratives afin de décrire l'utilisation actuelle des services de soins postnatals ; l'estimation des coûts à l'aide de scénarios théoriques et l'examen narratif de documents de la littérature. Cela permet d'identifier, d'une part, les conséquences de séjours plus courts en maternité sur la qualité des soins et d'autre part, les solutions innovantes pour compléter les séjours plus courts en maternité par d'autres services de soins. Il permet également d'effectuer la comparaison avec les Pays-Bas.

Le site internet de La Haye, ville siège du gouvernement des Pays-Bas, ainsi que le rapport de l'Organisation Royale Néerlandaise des sages-femmes [18] permettent d'apprécier la prise en charge de l'accouchement et des suites de naissance.

Cette étude correspond à une revue narrative de la littérature, afin d'évaluer les conséquences des raccourcissements des séjours hospitaliers après l'accouchement sur la qualité des soins et identifier des exemples d'organisation des soins à l'étranger.

RESULTATS

I - SITUATION EN FRANCE

1. L'accouchement en France

1.1 L'accouchement en plateau technique

Depuis 1991 (loi du 31 juillet, notamment l'article L.715-5 du Code de la Santé Publique), l'accès aux plateaux techniques des maternités est normalement ouvert aux sages-femmes libérales pour y accompagner leurs patientes au moment de l'accouchement. Pour que cela soit effectivement possible, la sage-femme qui souhaite pouvoir proposer un tel service à ses patientes dans le cadre d'un accompagnement global doit au préalable, avoir signé une convention avec un service hospitalier.

Cette possibilité est assez peu utilisée : les listes qui circulent ne recensent que vingt à trente sages-femmes proposant l'accès à un plateau technique à leurs patientes. Les discussions préalables à un accès dans une structure sont souvent décrites comme longues et difficiles, voire décourageantes, par les sages-femmes libérales qui se lancent dans ce type de projet. La convention doit être approuvée par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), ce qui alourdit considérablement les démarches [19].

1.2 L'accouchement à domicile

Depuis 2002 et la loi Kouchner, les autorités sanitaires exigent des sages-femmes qui exercent l'accouchement à domicile d'être assurées. Mais la majorité d'entre elles ne l'est pas, le coût de l'assurance étant exorbitant, de 19 000 à 25 000 euros par an. La Cour des Comptes a souligné dans un rapport de 2011 que parmi les 72 sages-femmes libérales qui déclaraient pratiquer des accouchements à domicile, seulement quatre étaient assurées [20].

Malgré l'absence d'assurance, l'accouchement à domicile donne lieu à l'établissement d'une feuille de soins et à un remboursement par l'assurance maladie ce qui montre bien l'ambivalence de la situation en France.

Afin de garantir aux usagers une sécurité optimisée, l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales propose un référentiel de bonne pratique. Ce cadre minimum a pour but de donner les règles élémentaires de prudence qui doivent présider à toute naissance à domicile [Annexe 1].

1.3 L'expérimentation des maisons de naissance

Les maisons de naissance consistent en des structures où des sages-femmes réalisent l'accouchement physiologique des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse, dans les conditions prévues aux articles L.4151-1 et L.4151-3 du Code de la Santé Publique et dans un cadre raisonnablement médicalisé. Les maisons de naissance n'assurent pas l'hébergement des femmes avant ou après l'accouchement. Elles sont ouvertes au minimum dès lors qu'une femme vient y accoucher : il s'agit d'une ouverture à la demande [21].

Elles existent déjà dans de nombreux pays. En France, une proposition de loi vise à les expérimenter. Cette expérimentation, ayant d'ores et déjà fait ses preuves à l'étranger, s'établit sur une période de deux ans.

Depuis les années 1970, suite au constat de la surmédicalisation de l'accouchement, les structures de type « maisons de naissance » se sont développées : les États-Unis ont vu leurs « *free-standing birthing centers* » émerger dès 1975, l'Allemagne en 1987, puis le Royaume-Uni, la Belgique, l'Australie, la Suède et les Pays-Bas ont suivi.

La proposition de loi fixe des conditions de sécurité strictes et en pratique identiques à un accouchement en unité d'obstétrique classique. La maison de naissance doit en effet être attenante à une maternité et conclure avec elle une convention pour organiser leurs relations de travail, notamment les transferts de la première vers la seconde en cas de complication à un moment quelconque. Les maisons de naissance apportent ainsi une solution intermédiaire sûre entre le domicile et l'hôpital.

Ces nouvelles structures ne peuvent donc pas, par définition, être créées sans une maternité partenaire. Elles offrent une modalité de prise en charge complémentaire par rapport aux maternités, pour les femmes volontaires et qui poursuivent une grossesse sans pathologie [22].

En France, la loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013 autorise l'expérimentation de neuf maisons de naissance sur une période maximale de cinq ans [annexe 2]. Le décret du 30 juillet 2015 [annexe 3] a pour objectif de fixer les conditions de l'expérimentation des maisons de naissance, qui doivent permettre de tester une prise en charge moins technicisée de la grossesse et de l'accouchement, hors établissement de santé. L'arrêté du 23 novembre 2015 fixe lui, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale [annexe 4]. La charte de l'accouchement en maisons de naissance a également été établie [annexe 5].

En conformité avec ce cahier des charges et après avis conforme de la HAS, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront alors, pendant une période de deux ans, arrêter la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental [22].

Il convient de noter que la prise en charge de la femme enceinte par l'assurance maladie reste inchangée [23].

2. Les sages-femmes libérales

Selon la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), les effectifs de sages-femmes libérales en France métropolitaine ont augmenté à un taux moyen de +6,3 % par an depuis 1995. Une croissance plus forte a été constatée en 2009 (+ 9,1 %), vraisemblablement en raison de l'augmentation du nombre total de sages-femmes et d'une stabilisation voire diminution du nombre de postes offerts à l'hôpital. Les sages-femmes libérales sont plus âgées de trois ans en moyenne que l'ensemble de la profession.

Avant les années 1950, les sages-femmes étaient en très grande majorité libérales et leur exercice ne concernait que les suivis de grossesses et les accouchements. Progressivement, au cours des années 1960 et 1970, les naissances à domicile sont devenues très minoritaires et en 1972, la parution du décret Dienesch relatif aux normes applicables aux maternités privées a conduit les sages-femmes à rejoindre les établissements de santé et à intégrer pour beaucoup la fonction publique.

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 [24].

3. La prise en charge du post-partum en France

3.1 Le PRogramme d'Accompagnement de retour à DOmicile (PRADO)

Le PRADO correspond à un accompagnement à domicile personnalisé après l'accouchement. Il est proposé par l'Assurance Maladie pour faciliter le retour à la maison. Il permet alors d'être suivi à domicile par une sage-femme choisie par la future mère.

Ce programme répond à une demande des femmes [25] et sa mise en place permet de « palier » à la diminution du séjour en maternité observable depuis quelques années. Il faut cependant être éligible pour bénéficier du PRADO. Les critères requis sont les suivants :

- être majeure et ne présenter ni comorbidité, ni complication
- avoir accouché par voie basse
- avoir donné naissance à un enfant unique à terme c'est-à-dire plus de 37 semaines d'aménorrhées
- l'enfant doit avoir un poids en rapport avec l'âge gestationnel et ne présenter aucun problème d'alimentation [26]

Si le couple mère-enfant remplit tous les critères, l'équipe médicale donne son accord et fixe une date de sortie. Un conseiller de l'Assurance Maladie vient alors à la maternité à la rencontre des femmes pour leur proposer de les mettre en relation avec une sage-femme libérale de leur choix qui pourra suivre les nouvelles mamans et leurs nouveaux-nés lors du retour à la maison.

Le conseiller de l'Assurance Maladie organisera alors la première visite à domicile pour le lendemain de la sortie, puis une seconde visite interviendra 24 à 48 heures après la première. Si, au cours des deux visites, la sage-femme constate que tout se déroule normalement, la prise en charge dans le cadre du PRADO s'arrête. Si, en revanche, elle détecte la moindre anomalie, elle continue le suivi si cela entre dans son champ de compétences. Elle orientera la patiente vers d'autres professionnels de santé si nécessaire. Une ré-hospitalisation peut éventuellement avoir lieu [27].

Dans le cadre de l'assurance maternité, les femmes bénéficient d'une prise en charge à 100% jusqu'au douzième jour après la date de l'accouchement. [9]

Selon les derniers chiffres, le taux d'adhésion cumulé est de plus de 71% et progresse constamment [26].

Le service d'accompagnement de retour à domicile s'adresse actuellement aux mamans en sortie de maternité dite « standard » c'est-à-dire intervenant au moins 72 heures après l'accouchement [28].

Dans le prolongement du programme d'accompagnement de retour à domicile, l'Assurance Maladie met en place, en partenariat avec les représentants nationaux des sages-femmes, une expérimentation dans une vingtaine de départements : une « extension du programme d'accompagnement du retour à domicile aux sorties précoces ». Elle consiste à étendre cet accompagnement aux patientes assurées du régime général, pour lesquelles l'équipe médicale a autorisé une sortie précoce de la maternité : c'est-à-dire une sortie de maternité dans les 24 à 72 heures après un accouchement par voie basse et dans les 96 heures après un accouchement par césarienne [1].

Les conseillers de l'Assurance Maladie proposeront aux futures mamans inscrites dans les établissements participant à l'expérimentation et qui se seront préinscrites au service, de contacter la sage-femme libérale de leur choix pour un accompagnement et un suivi tout au long de leur grossesse jusqu'à leur prise en charge après leur accouchement. Cette expérimentation se déroule à compter du 3^e trimestre 2015, pour une durée d'un an [29].

Malgré une prise de contact avec le réseau de périnatalité de Basse-Normandie, aucuns chiffres récents concernant l'application du PRADO en Basse-Normandie ou en France ou une cartographie ne sont disponibles. Sa mise en place reste très « maternité-dépendante » ou « ville-dépendante ». En effet, même si la plupart des maternités ont décidé de mettre ce programme en place (toutes celles de la région Basse-Normandie en profitent depuis janvier 2016), le manque de sages-femmes libérales dans certaines régions ne permet pas son application.

3.2 Les travailleuses familiales

Il s'agit d'un service proposé par la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) souvent méconnu de la population : l'aide d'une travailleuse familiale permettant un soutien au domicile des familles. Cette aide peut être mise en place en cas d'évènement particulier venant fragiliser la cellule familiale (maladie, grossesse pathologique, naissance ou adoption, famille nombreuse...). Les parents peuvent ressentir le besoin d'être secondés dans les soins à donner aux enfants et pour certaines tâches [30].

Une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) accompagnant la famille dans son rôle éducatif ou une Auxiliaire de Vie Sociale (AVS) permettant un soutien aux tâches

matérielles peut, sous certaines conditions, être mise à disposition.

Les familles, attendant leur premier enfant, doivent avoir déclaré la grossesse auprès de la CAF et avoir déposé une demande de prestation familiale ou être déjà allocataire.

Les interventions au domicile des familles sont généralement contractualisées pour 100 heures, sur une période de 6 mois. Pour les naissances multiples, on parle de 100 heures sur 6 mois par enfant né, avec possibilité de prolongation de 100 heures si la famille compte au moins trois enfants de moins de 10 ans [31].

Cette aide est encore peu utilisée en France dans le cadre du retour à la maison après le séjour en maternité. Ce système n'est pas sans nous rappeler les « *kraamverzorgster* » ou assistantes à domicile néerlandaises.

3.3 La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Les centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont gérés par les Conseils Généraux par le biais de la Direction de la Solidarité Départementale. Les professionnels de la PMI sont des acteurs de proximité majeurs, notamment depuis la loi relative à la protection de l'enfance de 2007.

Il s'agit d'un service mettant en œuvre, sur le terrain, l'ensemble des missions sociales et de prévention sanitaire et plus particulièrement dans le cadre de la périnatalité. Ils assurent des consultations de planification permettant un suivi des jeunes adolescents, des consultations portant sur la contraception, le dépistage d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST). De plus, ils assurent des consultations gratuites pré-natales avec une surveillance de la grossesse et post-natales avec un suivi de la mère et son enfant lors du retour à domicile [32].

En principe, les visites proposées par des professionnels de la PMI ne sont pas destinées à une prise en charge des couples mère-enfant à domicile dans les premiers jours suivant la naissance. Ce service dispose d'un rôle post-natal évident mais il est surtout axé sur les situations particulières de précarités ou dites « à risque social ». Il permet de mettre en relation tous les aidants sociaux et permet des observations pointues des couples mère-enfant dans le cadre de situations de vulnérabilité.

La PMI reste un excellent interlocuteur pour les femmes sortant tôt de la maternité et qui souhaitent s'y rendre dans les jours qui suivent pour peser leur enfant et bénéficier de conseils, mais elle ne pourrait pas assurer dans un délai assez court les visites à domicile dans la plupart des départements français [33].

II – SITUATION AUX PAYS-BAS

Le débat sur l'organisation des suites de naissance des femmes et de leur nouveau-né s'entrecoupe forcément avec le débat sur le lieu d'accouchement. Cela repose le plus souvent sur des arguments de comparaisons avec ce qu'il se passe chez nos pays voisins et, principalement, aux Pays-Bas. La tradition néerlandaise de libre choix du lieu de naissance, y compris l'accouchement à domicile, est pratiquement unique dans le monde occidental [18].

Pour pouvoir appréhender au mieux l'évolution en France, il faut commencer par comprendre les systèmes d'organisation des soins périnataux et le rôle que chaque professionnel joue dans le suivi de la grossesse et de la prise en charge de l'accouchement et des suites de couche.

1. Organisation des soins périnataux

Aux Pays-Bas, le groupe de travail Grossesse et Naissance a développé trois mesures importantes :

- L'engagement d'un « *case manager* » : chaque femme enceinte doit avoir une personne de référence qui la guide durant sa grossesse, lors de l'accouchement et pendant la période du post-partum. En principe, ce rôle de *case manager* est endossé par la sage-femme, le médecin généraliste ou l'obstétricien choisi par la future mère, en fonction du niveau de risque de la grossesse. C'est le *case manager* qui est responsable de l'organisation des soins et qui en garantit la continuité.
- Une visite prénatale à domicile obligatoire aux environs de la 34^{ème} semaine de grossesse afin d'observer la situation familiale et d'identifier d'éventuels problèmes sociaux, prodiguer des conseils de santé, évaluer si la situation à la maison est appropriée pour un accouchement ou un suivi postnatal et enfin, décider d'éventuels aménagements destinés à sécuriser l'environnement. Le *case manager* est chargé d'organiser cette visite mais ne doit pas nécessairement l'effectuer lui-même.
En plus de cette visite prénatale, une première prise de contact pour l'organisation de l'assistance maternelle à domicile a lieu, de préférence avant le 7^{ème} mois de grossesse.
- L'établissement d'un plan de naissance : le *case manager* planifie, en concertation avec la future mère, un plan de soins sur mesure. Ceci doit être réalisé avant la 12^{ème} semaine de grossesse et doit inclure les soins postnatals.

Les soins aux futures mères non à risque sont essentiellement effectués par des sages-femmes (et pour une faible part par des médecins généralistes : 0,5 %). Les sages-femmes voient les futures mères dix à douze fois au cours de la grossesse [17].

2. L'accouchement aux Pays-Bas

Une évaluation du risque de la grossesse et de l'accouchement est donc réalisée en début de grossesse. Si la grossesse est considérée comme « à bas risque », la femme ne sera suivie que par une sage-femme libérale et ne verra pas de médecin spécialiste. Ainsi, les gynécologues-obstétriciens ne suivent quasiment pas les femmes présentant des grossesses physiologiques.

Aux Pays-Bas, la parturiente peut donc choisir d'accoucher à domicile, en polyclinique ou en milieu hospitalier si elle appartient à une catégorie sans indication particulière. Ce choix ne lui appartient plus à partir du moment où elle entre dans une catégorie à risque.

Quinze pour cent des grossesses sont donc d'emblée orientées vers l'hôpital. Cette organisation a entraîné une très forte autonomisation des deux catégories de professionnels. Le système des accouchements à domicile aux Pays-Bas repose principalement sur la forte autonomie des sages-femmes, les courtes distances entre le domicile et l'hôpital, et le fait que les femmes néerlandaises accouchent énormément sans analgésie péridurale [17].

2.1 L'accouchement à domicile

Les femmes présentant des grossesses à faible risque ont alors le choix de pouvoir accoucher à leur domicile. Cette possibilité constitue l'un des piliers de la branche maternité du système de santé des Pays-Bas.

Il existe une très forte incitation à accoucher à domicile. Cette incitation est sociale et économique.

Socialement, l'accouchement à l'hôpital est souvent vécu comme un échec, tant l'accouchement à domicile ou encore en maisons de naissance y est répandu. Culturellement, on accouche à la maison avec sa sage-femme ou son médecin généraliste. Accoucher à l'hôpital n'est pas vécu comme la recherche d'une sécurité mais comme une incapacité à accoucher à la maison.

Enfin, la raison économique, plus discrète, complète le tableau. Le système de couverture sociale est basé sur des assurances privées si les moyens des couples le permettent. Les assurés vont souscrire des contrats où chaque clause est négociée : celle de la prise en charge de la grossesse en est une importante. En effet, il coûte beaucoup moins cher d'accoucher à la maison. Rappelons que la prise en charge des accouchements à bas risque ne comprenait aucune échographie de dépistage, pour des raisons en partie économique. Le dépistage échographique du premier et du deuxième trimestre a débuté seulement en janvier 2007. En contrepartie, les assurances privées payent l'aide-ménagère après l'accouchement, ce qui est loin d'être d'actualité en France.

Dans le cas où la femme décide d'accoucher à son domicile, la sage-femme qui a suivi la grossesse assistera à l'accouchement accompagnée d'une infirmière, spécialiste de soins obstétricaux, qui est employée de l'hôpital [18].

Les transferts en cours de travail sont les situations les plus redoutées, avec un risque de décès perpartum et néonatal de 1,07 %. On estime que 49 % des primipares et 17 % des multipares, soit au total un tiers des femmes, vont être transférées au cours du travail ou du postpartum dans un niveau de soin supérieur. Ainsi, sur l'ensemble des femmes enceintes, la probabilité d'accoucher de son premier enfant à domicile avec une sage-femme est d'un peu plus de 10 %. Cette probabilité est plus élevée chez les multipares [17]. Les principales raisons de transferts sont la prise en charge de la douleur (17,3 % des cas), une stagnation lors de la première phase du travail (13,2 % des cas), ainsi qu'une stagnation lors de la seconde phase du travail (8,1 % des cas) [18].

Une importante étude a démontré que l'accouchement prévu à domicile était aussi sûr qu'un accouchement à l'hôpital. Cette étude tente de remettre en cause les préjugés sur la sécurité de l'un et de l'autre. Il existe peu d'études consacrées à ce sujet, il demeure donc difficile de se prononcer sur le risque que peut présenter l'accouchement à domicile pour les femmes à faible risque. L'organisation du système néerlandais de soins de maternité permet d'apporter des preuves et de contribuer à ce débat [34].

2.2 L'accouchement en milieu hospitalier ou en « polyclinique »

Le terme de « polyclinique » au Pays-Bas est bien différent du nôtre. « L'accouchement en polyclinique » permet à une femme sans facteur de risque, mais qui préfère le milieu hospitalier, d'accoucher dans une maternité.

Il est possible d'accoucher à l'hôpital avec la sage-femme qui a suivi la grossesse. Il faut alors « louer » la salle d'accouchement. L'accès à cette salle d'accouchement n'est le plus souvent possible que lorsque le travail est avancé, avec une dilatation cervicale d'au moins 5 cm. Le travail peut donc débuter à domicile et la sage-femme décidera du moment opportun pour aller à l'hôpital.

Cette même sage-femme effectue l'accouchement dans des conditions strictement identiques à celles du domicile. L'analgésie péridurale est également quasiment inexistante, car ce service n'est pas proposé aux femmes qui accouchent avec leur sage-femme libérale, ce qui n'est pas sans rappeler l'accouchement en plateau technique en France. Après l'accouchement, la femme quittera rapidement la salle qu'elle a louée puis quitte généralement l'hôpital quelques heures après l'accouchement (24 heures au maximum). Environ 11 % des accouchements se déroulent de cette façon.

Le fonctionnement du système néerlandais se caractérise donc par une séparation très stricte entre situation normale et situation pathologique, séparation qui est inscrite dans les professions [35].

2.3 L'accouchement en maisons de naissance

Selon le rapport de la Cour des Comptes sur le rôle des sages-femmes dans le système de soins [24], dans les pays où elles existent, comme aux Pays-Bas, les maisons de naissance sont gérées de façon autonome par des sages-femmes. Elles sont en liaison et à proximité du plateau technique d'une maternité, de façon, selon leurs promoteurs, à concilier sécurité et approche plus physiologique de la naissance. Le nombre d'accouchements est limité (350 au plus par an), les femmes restent le plus souvent 24 heures au maximum après l'accouchement et sont ensuite suivies à domicile. Aucun accouchement n'est déclenché et il n'est pas possible de bénéficier d'une péridurale.

3. L'assurance maladie

En cas de grossesse, il est important de vérifier que l'assurance maladie couvre en terme de prestations aussi bien les soins prénatals, l'accouchement, que les soins postnatals.

En effet, certaines assurances ne remboursent le suivi et l'accouchement à l'hôpital qu'en cas de risque médical avéré (évalué en début de grossesse).

4. La prise en charge du post-partum

Le système néerlandais de soins périnataux est donc unique et souvent pris en exemple. Quand les accouchements se déroulent en milieu hospitalier, le domicile reste le principal lieu de soins. Les mères quittent généralement la maternité quelques heures après l'accouchement.

Les sages-femmes effectuent 4 à 6 visites de 30 minutes dans les 10 jours qui suivent la naissance. En outre, l'équivalent d'une assistante maternelle ou d'une aide-soignante (*kraamverzorgster*) vient à domicile pour s'occuper de la mère et du nouveau-né, ainsi que des autres enfants de la famille, prodiguer des conseils d'éducation à la santé et effectuer un certain nombre d'heures de travaux domestiques [17].

Aux Pays-Bas, les soins postnatals sont donc délivrés par des organisations réunies sous l'appellation « *kraamzorg* ». Ces organisations prennent en charge les soins des mamans et des nouveaux-nés dès l'accouchement et dans les quelques jours qui suivent celui-ci.

4.1 Les « *kraamverzorgster* » ou assistantes maternelles à domicile

Si l'accouchement se déroule à domicile, l'organisation s'occupant des soins postnatals pourra être contactée dès que le travail aura commencé. C'est cette organisation qui enverra sur place une aide-soignante ou assistante à domicile (*kraamverzorgster* ou *kraamhulp*) aux côtés de la sage-femme, qui prendra en charge le nouveau-né dès sa naissance.

Si l'accouchement se déroule à l'hôpital, l'organisation des soins postnatals sera contactée environ quatre ou cinq heures avant le retour à la maison. Ainsi, l'aide soignante pourra être disponible dès le retour.

De manière générale, l'assistante maternelle s'occupe de la mère et du nouveau-né : elle fournit des conseils sur l'alimentation (que celle-ci soit maternelle ou artificielle), l'hygiène, les soins et la santé du bébé. Elle sera également amenée à se charger des tâches ménagères légères (lessive, petit nettoyage). Elle accueille les visiteurs, cuisine un peu, veille au repos de la mère. Si le père est souvent absent, elle peut également s'occuper des aînés : aller les chercher à l'école, donner le goûter... [36]

Différents types d'assistance maternelle à domicile sont disponibles :

- Offre de base : pour les mères et bébés sans problèmes particuliers et sans besoins spécifiques. Cette assistance maternelle est offerte pendant les 8 premiers jours. Elle comprend un forfait standard de 49 heures de prestations.
- Offre sur mesure : quand les besoins d'assistance sont supérieurs à ceux de l'offre de base (situation instable de la famille, présence de deux enfants de moins de 4 ans, ou de trois enfants de moins de 6 ans, absence d'aidants proches, naissances multiples, problèmes de santé de la mère ou de l'enfant, problèmes d'alimentation).

Depuis 2006 (loi sur l'assurance de soins, “*de Zorgverzekeringswet*”), l'assistance maternelle à domicile est devenue partie intégrante de l'assurance maladie obligatoire et est donc accessible à tous. Environ 95 % des familles y font appel [17].

4.2 Durée des soins

La durée, la nature et l'ampleur des soins varient en fonction de la situation et de la couverture prévue par l'assurance maladie.

Si l'accouchement se déroule à domicile, l'aide à domicile sera donc possible pendant une semaine environ comme vu ci-dessus.

Si l'accouchement se déroule à l'hôpital, tout dépend de la date de retour à la maison. En cas de césarienne, le séjour en maternité étant plus long (3-4 jours), les soins postnatals à domicile ne dépassent que rarement les 3-4 jours également.

Il est possible de contacter l'organisation de soins postnatals en cas de non satisfaction, ou également si un ou deux jours de soins supplémentaires semblent nécessaires au couple. [37]

Concernant la mère, à domicile, les visites se font un jour sur deux pendant 7 ou 8 jours, et durent une heure complète. Ce suivi postnatal fait l'objet d'un forfait, quel que soit le nombre de visites de la sage-femme [17].

4.3 Inscription et coût

Il est recommandé de réserver dès le début de la grossesse auprès de son assurance maladie pour pouvoir bénéficier des services de l'organisation des soins postnatals en raison des listes d'attente très longues.

Selon les cas, soit l'assureur indiquera l'organisation à laquelle s'adresser, soit il laissera le choix au couple. Dans ce cas, il faudra trouver soit-même le prestataire de service qui convient au couple. Certains assureurs peuvent exiger de faire appel à des organisations avec lesquelles des contrats de coopération ont été passé.

Le coût des prestations des soins postnatals dépend des conditions de remboursement de l'assurance maladie et est donc très variable.

Rappelons que les organisations des soins postnatals sont soumises au secret professionnel : aucunes informations personnelles ne peuvent être divulguées. [37]

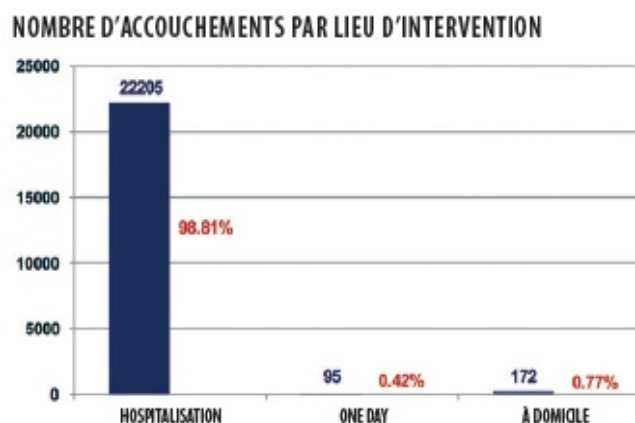
III – SITUATION EN BELGIQUE

Le XXème siècle a connu le passage de l'accouchement à domicile à l'accouchement hospitalier. Ce passage a été marqué en Belgique, comme ailleurs dans le monde occidental, par une très forte médicalisation et un recours croissant à la technique. Cette évolution s'est accompagnée d'un gain spectaculaire au niveau de la sécurité des mères et des enfants. [38]

Comme en France, dans les années 1950, les femmes restaient une dizaine de jours, voire davantage, dans la maternité où elles avaient accouché. La durée de séjour a également régulièrement raccourci, avec une moyenne de 6,9 jours en 1991, de 4,1 jours en 2011 [17] et de 4 jours en 2013 [2].

En Belgique, l'organisation très hospitalocentrique des accouchements et des suivis n'est pas propice à une telle mutation, pas plus d'ailleurs que le financement actuel de l'hôpital et des soins à domicile.

1. L'accouchement en Belgique



mutualités libre, 2012

1.1 L'accouchement en milieu hospitalier

Le pays compte 99 maternités et le nombre de naissances par maternité varie de 208 à 4979. Les 10 maternités bruxelloises accueillent en moyenne 2230 naissances par an, les 55 maternités flamandes, en moyenne 1112 naissances par an et les 34 maternités wallonnes en moyenne 1009 naissances par an.

La plupart des naissances se déroulent en milieu hospitalier soit 98,8 % en 2011, un chiffre relativement stable depuis. [17]

1.2 L'accouchement en maisons de naissance [39]

L'accouchement en maisons de naissance n'en est plus au stade de l'expérimentation comme en France mais il ne représente qu'à peine 0,5% des naissances avec deux maisons de naissance sur le territoire belge [17].

Dans ces établissements, les mamans qui accouchent la nuit et le matin ont la possibilité de rester jusqu'au soir mais pas d'entamer une nouvelle nuit à la maison de naissance. Pour celles qui accouchent l'après-midi ou en début de soirée, elles peuvent rester jusqu'au lendemain matin ou début d'après-midi. Le temps de repos va donc varier entre quelques heures et 24 heures avec une moyenne de 8 à 12 heures sur place.

Par la suite, une sage-femme de la maison de naissance assure les visites au domicile parental afin d'aider les mamans pour l'allaitement et les soins autour du bébé ainsi que pour vérifier, comme à l'hôpital, tous les paramètres physiques chez le bébé et la maman.

Pour les mamans habitant loin de la maison de naissance (plus de 30 km), une solution de prise en charge par une sage-femme libérale plus proche du couple est envisagée afin de réduire la perte d'énergie pour les sages-femmes ainsi que les frais de déplacements à assumer par les nouveaux parents. Le passage de la sage-femme au domicile se fera tous les jours pendant 6 jours ou plus si nécessaire.

Les prestations réalisées par les sages-femmes sont facturées par chaque sage-femme concernée et remboursées intégralement par la mutuelle.

Une participation aux frais de la maison de naissance est demandée au couple et est payée à la maison de naissance : cette participation s'élève à 350 € au total et couvre les frais de location, de gaz, d'électricité, d'eau, de nettoyage et d'entretien, de déplacements des sages-femmes vers la maison de naissance, de matériel médical, d'intendance lors des consultations prénatales et des naissances...

Si, pour une raison particulière, l'accouchement ne peut pas avoir lieu à la maison de naissance, la participation est remboursée au couple. Par contre, si le travail commence à la maison de naissance mais ne peut s'y poursuivre, quelle que soit la raison, la participation reste due à la maison de naissance. [40]

1.3 L'accouchement à domicile

Comme en France, l'accouchement à domicile est peu courant. Il représente moins de 1 % des naissances. [17]

2. Prise en charge du post-partum [17]

Le suivi postnatal en Belgique est caractérisé par une grande variabilité géographique, notamment en ce qui concerne la durée moyenne de séjour, la disponibilité de soignants de première ligne à domicile (*kraamzorg*) ou l'accès à l'assistance maternelle à domicile comme aux Pays-Bas, qui, par ailleurs est uniquement existante en communauté flamande.

En ce qui concerne l'assistance maternelle, les services proposés diffèrent d'un organisme à l'autre tant en termes de contenu que de conditions de travail ou de formation professionnelle. Il n'y a pas de socle commun pour les compétences exigées, ni de programme de formation officiel. Dans les autres parties du pays, une aide limitée aux tâches domestiques est proposée par certaines institutions (par exemple les mutualités) mais elle n'est ni généralisée, ni spécifique pour la maternité et la fonction de puériculture.

Les assistantes maternelles à domicile constituent en Belgique un potentiel sous-employé. On leur demande principalement des tâches d'entretien de la maison alors qu'elles pourraient assumer davantage de variété dans les activités de soutien à la famille.

En outre, il s'agit de personnes qui passent plusieurs heures quotidiennement dans une même famille, pendant plusieurs jours, ce qui leur permet de se rendre réellement utiles et de construire une relation de confiance. Elles sont présentes au moment où les questions se posent et où les problèmes se déclarent, ce qui leur confère une place stratégique pour y faire face, précisément du fait de cette relation de confiance.

Actuellement, pour beaucoup de parents, les soins postnatals se limitent à ceux qu'ils reçoivent à la maternité. Quant au suivi à domicile, il se résume souvent aux visites d'une travailleuse médico-sociale, généralement à deux et six semaines après la naissance. Pourtant, il existe une certaine offre de soins et d'aide à domicile, mais elle est fragmentaire et dispersée. Les nouveaux parents ne sont pas souvent au courant des possibilités qui s'offrent à eux. [17]

Le KCE suggère de développer des initiatives telles que l'« assistance maternelle à domicile », déjà partiellement organisée en Flandre, sur le modèle Hollandais. Selon le KCE, cela suppose aussi que la profession de sage-femme soit redéfinie et revalorisée de manière à lui donner un accès plus étendu aux soins de première ligne à domicile.

3. Financement des soins hospitaliers et du suivi à domicile [14]

Il y a « incompatibilité » entre la manière dont sont organisés et financés aujourd'hui les hôpitaux et les soins à domicile en Belgique. En effet, le système des chambres seules et des assurances-hospitalisation encourage les séjours de longue durée après un accouchement, tandis que le financement des hôpitaux favorise plutôt les séjours de courte durée. Parallèlement, le suivi à domicile est sous-développé et sous-financé. Enfin, les subventions et l'organisation des soins postnatals et de l'aide à domicile dépendent d'autorités différentes.

Les sages-femmes qui pratiquent à domicile considèrent qu'elles sont sous-payées. Il existe notamment une dégressivité des tarifs en fonction du nombre de jours après la naissance, ce qui mène à des effets pervers. Par exemple, certaines associations de sages-femmes ne pratiquent plus de suivi des mères après 6 jours parce qu'au-delà les tarifs ne sont plus rentables.

Le gouvernement fédéral a décidé de réduire d'un jour la durée moyenne d'hospitalisation lors d'un accouchement physiologique. Cette idée avait déjà été formulée, en juin 2013, dans une proposition de résolution déposée au Sénat. Le but poursuivi par le gouvernement est de réduire les frais hospitaliers liés à l'accouchement en se référant exclusivement aux aspects obstétricaux de celui-ci. Pour ce poste, le budget de l'INAMI (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité) concernant les soins de santé avait prévu une réduction des dépenses de 11.730.000 € pour 2015.

Plusieurs problèmes dans l'organisation des soins postnatals ont été identifiés par le KCE [17]. Tout d'abord, la tendance à raccourcir les séjours en maternité après l'accouchement génère un vide dans la première semaine particulièrement cruciale, principalement parce que les soins à domicile sont fragmentés, sont peu connus des nouveaux parents et se caractérisent par de grandes disparités régionales.

Deuxièmement, les chambres individuelles et les assurances d'hospitalisation encouragent les mères à rester plus longtemps à l'hôpital après avoir accouché, tandis que le système de paiement des hôpitaux actuel encourage des séjours plus courts. En effet, la réduction du coût à charge de l'assurance soins de santé se traduira automatiquement par une augmentation de la dépense à charge de la mère et de son ménage.

IV – VECU DES FEMMES EN FRANCE [41]

Une enquête de satisfaction concernant entre autre la durée de séjour en maternité a été menée par la DREES auprès de plus de 2 500 femmes venant d'accoucher à la fin de l'année 2006 [25].

Outre des informations recueillies sur les différentes étapes du parcours de la grossesse (déclaration de grossesse, inscription à la maternité, suivi prénatal, accouchement, suites de couche), cette enquête s'est intéressée à la notion de « satisfaction perçue » par les femmes.

Si trois quart d'entre elles ont trouvé la durée du séjour adéquate, elles sont 7 % à trouver la sortie trop rapide et 20% à trouver le séjour à la maternité trop long. Les résultats font apparaître que 20 % des femmes venant d'accoucher étaient en attente d'une aide à la sortie de la maternité et montrent que c'est sur la préparation à la sortie de la maternité que les femmes sont les plus nombreuses à exprimer une insatisfaction. Elles sont ainsi respectivement entre 15 % et 35 % à être « plutôt pas » ou « pas du tout » satisfaites des informations et conseils médicaux qui leur ont été prodigués afin d'assurer les soins en suites de naissance. Il semble alors important de revoir l'accompagnement lors de la visite de sortie notamment, mais aussi rassurer les mères sur la possibilité d'une aide lors du retour à la maison.

Une enquête a été menée par l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) en 2010 dans le cadre de l'évaluation du plan périnatalité [42]. Ses résultats montrent que la perception des femmes sur la durée de séjour en maternité est variée et qu'elle dépend, en particulier, des conditions dans lesquelles s'est déroulé le séjour en maternité ainsi que des conditions d'accompagnement dont elles ont pu bénéficier.

L'analyse réalisée par le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) en 2012 à partir des réponses à une enquête en ligne corrobore ce constat [43]. Elle constate ainsi que, malgré une durée d'hospitalisation supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE, le retour à la maison des femmes venant d'accoucher en France ne se passe pas dans les meilleures conditions.

A la sortie de la maternité, une femme primipare sur 6 et une femme césarisée sur 4 se disent « désemparées » ou « angoissées » à la sortie de maternité. Une femme sur 4 se dit « un peu incertaine ». De surcroît, 22 % des femmes primipares jugent insuffisant l'accompagnement aux soins du bébé dispensé à l'hôpital et 26 % de l'ensemble des femmes interrogées ont la même opinion concernant l'accompagnement à l'allaitement.

Au total, une part importante de femmes se sent dans un état de fragilité ou d'insécurité à la sortie de maternité et ce, quelle que soit la durée du séjour. Dans le même temps, on note que près de 40 % des femmes ayant participé à l'enquête du CIANE ont trouvé le séjour en maternité trop long.

Par ailleurs, une étude prospective a été effectuée à la maternité de Port-Royal en 2013 concernant le retour précoce à domicile après l'accouchement [16]. Cette maternité réalise alors des sorties à J2. L'étude compare les caractéristiques de toutes les patientes sorties à J2 entre janvier et juillet 2013, à celles de patientes sorties à J3 ou plus dans une étude cas/témoin (n=148).

L'étude évalue la satisfaction des patientes sorties à J2 vingt jours après leur sortie à travers un questionnaire informatisé. Au final, 54 femmes ont répondu au questionnaire (ce qui correspond à un taux de réponse de 73 %).

Les résultats de l'enquête de satisfaction auprès des femmes sorties à J2 ont révélé que :

- 76 % des multipares (32 femmes sur 42) n'étaient jamais sortie précocement auparavant ;
- Parmi les patientes ayant répondu à l'enquête de satisfaction, 12 (22 %) étaient primipares ;
- Seules 23 femmes, (43 %) avaient reçu une information quant à la possibilité d'un retour précoce à domicile ;
- Pour 34 femmes (63 %), la sortie précoce résultait d'une demande de leur part ;
- Parmi les 20 femmes sorties à J2 sans que celle-ci ait été faite à leur demande, 11 (55 %) considéraient qu'il leur avait été suggéré de sortir plus tôt par manque de place ;
- Les 9 autres femmes n'ayant pas souhaité la sortie précoce ne considéraient pas qu'elle leur avait été suggérée par manque de place.

Concernant les motivations des patientes ayant demandé une sortie précoce, 71 % d'entre elles avaient pris cette décision après l'accouchement. Leur motivation principale (pour 73 % des cas) était la présence d'enfants en bas âge à la maison. Venaient ensuite la volonté de retrouver un cadre de vie habituel (47 %), le soutien familial à domicile (44 %) et le besoin de repos (44 %). De plus, 23,5 % des patientes connaissaient déjà la sage-femme libérale qu'elles avaient décidé de voir après l'accouchement.

Parmi les patientes qui considéraient être sorties plus tôt pour manque de place, 54 % ont « très bien » vécu la sortie et 27 % disent l'avoir « bien » vécu. Une seule patiente affirme avoir « moyennement bien » vécu la sortie et une autre l'avoir « très mal » vécue. Seule cette dernière ne referait pas le choix d'un retour précoce à domicile lors d'une future grossesse.

Concernant le déroulement du suivi à domicile, 4 n'avaient eu aucune visite à domicile :

- une patiente était sage-femme (et a effectué le test de dépistage des maladies génétiques elle-même) ;
- deux patientes étaient des quatrième pares qui avaient souhaité la sortie précoce et qui allaitaient. Ces deux patientes ont « bien » vécu la sortie précoce. Les tests de dépistage des maladies génétiques ont été respectivement effectués par la PMI de Port Royal et le pédiatre. Ces deux patientes n'ont pas souhaité qu'une sage-femme passe à domicile.
- Une était une primipare dont l'allaitement était maternel, qui avait demandé et bien vécu la sortie précoce. Le test de dépistage des maladies néonatales a été effectué à la PMI de Port Royal. Pour cette patiente, une sortie avec le PRADO avait été organisée.

17 patientes ont bénéficié d'une seule visite à domicile, 82 % estiment que cette unique visite était suffisante et 18 % considèrent que cela était insuffisant.

20 patientes ont bénéficié de deux visites à domicile, 85% estiment que ce nombre de visites était suffisant et 15 % considèrent que cela était insuffisant.

10 patientes ont bénéficié de trois visites à domicile, 80% estiment que ce nombre de visites était suffisant et 20 % estiment que ce nombre était insuffisant.

3 patientes ont bénéficié de 4 visites à domicile ou plus, aucune n'a considéré que ce chiffre était insuffisant. 2 ont considéré que cela était suffisant, l'une d'entre elles (qui a bénéficié de 5 visites) a trouvé ce nombre excessif.

En ce qui concerne l'aide à domicile, 53 % des patientes ont été aidée à domicile par le père, 37 % par des membres de leur famille, 6 patientes ont bénéficié de la venue d'une aide à domicile, 2 patientes ont été aidées par des amis, et 2 par une garde d'enfants.

Concernant le ressenti global par rapport au retour précoce à domicile, 59 % des femmes disent avoir eu un « très bon » vécu, 26 % un « bon » vécu. 11 % d'entre elles l'ont « moyennement bien » vécu, 4 % l'ont « mal » vécu. Aucune n'a affirmé l'avoir « très mal » vécu.

Dans 88% des cas, la sage-femme à domicile semble avoir répondu aux attentes des patientes sorties à J2.

91% des femmes seraient prêtes à renouveler l'expérience d'une sortie précoce lors d'un prochain accouchement et 9% ne le souhaiteraient pas. 18% des femmes auraient été prêtes à sortir encore plus tôt qu'à J2 de leur accouchement. 67% d'entre elles ne l'auraient pas été.

DISCUSSION

La Belgique est partagée d'une part, entre une organisation encore très hospitalocentrique comme en France, et d'autre part, l'organisation néerlandaise avec la mise en place de l'assistance maternelle en Flandre.

De ce fait, l'étude comparative concerne surtout le modèle des Pays-Bas, le mode de fonctionnement de la Belgique étant peu différent de celui de la France.

Par ailleurs, du fait des ressources documentaires difficiles à obtenir et de l'organisation des différents systèmes de santé, l'étude ne permet pas de comparer strictement les mêmes critères entre les trois pays.

L'étude de la littérature belge, notamment le rapport de 2014 du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé concernant l'organisation des soins après l'accouchement, a permis l'observation de plusieurs propositions d'évolution des soins. Du fait de la proximité entre la Belgique et la France en terme de prise en charge du post-partum, les différentes suggestions du rapport semblent être applicables en Belgique comme en France.

À la suite d'une réorganisation profonde de l'offre de soins, le nombre de maternités a diminué de 20 % entre 2002 et 2012, sous l'effet notamment de nouvelles normes définies pour améliorer la sécurité des naissances. Cette recomposition, sans équivalent en matière sanitaire, n'a pas dégradé la couverture du territoire, malgré des difficultés dans certaines zones rurales.

La diminution des maternités en France rend nécessaire voire même inévitable une nouvelle phase de réorganisation. Elle doit être anticipée et activement pilotée par les pouvoirs publics en lien avec les professionnels concernés afin de mettre en place une offre de soins ajustée aux besoins et efficiente. Cela pourrait notamment améliorer les indicateurs de périnatalité. L'enquête nationale périnatale lancée en mars 2016 permettra d'évaluer la situation actuelle et le ressenti des mères.

Confrontées à un sous-financement chronique et à d'importantes difficultés de recrutement, mais aussi aux attentes parfois contradictoires de la population - technicité ou accouchement physiologique, sécurité ou proximité - les maternités ont besoin d'une vision claire à moyen terme sur leur avenir [44].

Il est donc légitime à présent de se demander si la France peut s'inspirer de la prise en charge du post-partum de ses pays voisins. Les Pays-Bas et la Belgique diffèrent de la France de par les lieux d'accouchement : l'accouchement à domicile, en maisons de naissance ou en « one day » y sont plus répandus. En ce qui concerne l'accouchement en milieu hospitalier, les Pays-Bas montrent clairement qu'ils sont avant-coureurs avec une prise en charge post-natale à domicile efficace.

Avec l'arrivée de l'expérimentation des maisons de naissance en France cette année, il sera plus facile de se projeter. Si cet essai fonctionne, l'organisation de l'accouchement et la prise en charge des suites de naissance serait bouleversée et pourrait s'aligner sur celle des Pays-Bas et de la Belgique.

La pratique de l'accouchement à domicile est inégalement répartie dans le monde. Avec l'institutionnalisation généralisée de l'accouchement depuis les années 1930, l'option de l'accouchement à domicile dans la plupart des pays industrialisés a disparu, mais n'est pas interdite. Le système de soins obstétricaux aux Pays-Bas, où près de 30 % des femmes enceintes accouchent encore à domicile, reste exceptionnel parmi les pays industrialisés. Ils n'ont pas eu besoin de « redécouvrir » les bienfaits d'une approche physiologique de la naissance : avec constance tout au long du XXème siècle, ils ont su maintenir des taux importants d'accouchements à domicile avec des indicateurs en termes de mortalité et de morbidité comparables à ceux de la France.

Après une naissance en milieu hospitalier, la France ne semble pas prête à mettre en place des « *kraamverzorgster* » ou assistantes à domicile comme aux Pays-Bas ou en Flandre, même si le système des travailleuses familiales que l'on y trouve pourrait s'y rapprocher.

Cependant les sages-femmes libérales françaises s'engagent de plus en plus dans la prise en charge postnatale notamment via le PRADO. Il s'agit sans aucun doute d'un mode d'exercice du métier de sage-femme qui est amené à s'expandre. La pratique des accouchements devient possible par le biais des plateaux techniques. Pourtant, certaines régions manquent cruellement de sages-femmes libérales pour pouvoir prétendre mettre en place un PRADO efficace.

La Belgique tente de s'inspirer des “*kraamverzorgster*” néerlandaises comme en Flandre, pour le retour à domicile, où le concept y est nettement plus développé. Il est à noter que l'assistance à domicile aux Pays-Bas est intégrée dans l'assurance maladie obligatoire.

Dans son rapport 232 de 2014 en ce qui concerne les soins aux mères et aux nouveau-nés après un accouchement normal, le KCE recommandait d'organiser un suivi médical postnatal à domicile qui soit en continuité avec les soins de la maternité. Pour atteindre cet objectif, il est essentiel de déterminer si les professionnels de santé sont en nombre suffisant pour assumer les nouveaux rôles qui leur seront attribués. À l'heure actuelle, aucune données ne sont disponibles sur le nombre de sages-femmes en Belgique, ni sur leurs activités. Une étude est en cours visant à évaluer différents modèles de planification de l'offre et de la demande de sages-femmes en Belgique et ce en collaboration avec les autorités de santé compétentes [45].

En France comme en Belgique, il est nécessaire d'organiser en priorité le suivi médical postnatal à domicile de telle manière que les soins soient continus et adaptés. Cela exige de développer, de soutenir et de maintenir une véritable coopération entre professionnels, une coordination entre hôpital et ville.

La mise en place d'un coordinateur de soins périnataux comme aux Pays-Bas pourrait être une solution, en France comme en Belgique. Il s'agirait tout au long de la grossesse d'une personne de référence, de la naissance au post-partum, qui garantirait la continuité des soins aux moments cruciaux, comme lors de la sortie (précoce ou non) de la maternité. Ce rôle pourrait être endossé par une sage-femme, un obstétricien ou un médecin généraliste actif dans les soins postnatals.

Ainsi, il semble nécessaire d'introduire une préparation du suivi postnatal dès les consultations de début de grossesse. Cette préparation pourrait aboutir à un plan de suivi postnatal qui serait intégré au dossier de maternité et qui pourrait être supervisé par le coordinateur de soins périnataux.

Par exemple, en France, la planification des soins postnatals en amont lors de la grossesse pourrait être organisée au moment de l'entretien prénatal du 4ème mois, s'il était généralisé et rendu obligatoire à toutes les femmes.

Le plan de suivi postnatal pourrait comprendre un planning précisant au moins :

- Les dates prévues : celle de l'accouchement, celles de la période postnatale, les préférences formulées quant à un court séjour ou un séjour conventionnel, la date de la consultation pédiatrique entre le 7ème et le 10ème jour, la première visite à domicile de la sage-femme ou de l'assistante maternelle, la visite post-natale de 6 à 8 semaines après l'accouchement, etc. ;
- Les coordonnées des membres du réseau de soins périnataux : le coordinateur de soins, la maternité, la sage-femme qui fera le suivi postnatal à domicile, l'assistante à domicile, le médecin généraliste, etc. ;
- Les personnes à prévenir de la sortie de maternité ;
- S'il faut prévoir une assistance à domicile et une première estimation des besoins.

Le plan de suivi postnatal n'est jamais définitif, il évolue tout au long de la grossesse et du post-partum. Il est de toute évidence susceptible de modifications à tout moment. Outil de communication, il garde les traces du dialogue constant entre les futurs parents et les intervenants du réseau multidisciplinaire mis en place autour d'eux et notifie automatiquement d'éventuels changements aux prestataires de soins concernés.

Globalement, si la France veut s'inspirer de la prise en charge postnatale des Pays-Bas, cela implique qu'après un accouchement par voie basse physiologique, les soins postnatals en milieu hospitalier doivent être prodigués pendant un maximum de 72 heures. Après ce séjour, il est nécessaire d'assurer le transfert vers le domicile sans interruption de la continuité des soins en s'appuyant sur un itinéraire clinique, et garantir ensuite un suivi à domicile pendant au moins la première semaine ou idéalement les 10 premiers jours. La continuité des soins doit être organisée avant la sortie de la maternité, en accord avec les besoins individuels de la mère et du nouveau-né comme vu précédemment.

Des analyses réalisées sur les séjours en maternité indiquent que 50 % du temps de nursing est concentré sur les premières 48 heures qui suivent l'accouchement. Cela signifie que, à part les conseils sur la parentalité et le soutien à l'allaitement – qui peuvent également être prodigués à domicile –, la maternité prend de plus en plus une fonction d'hôtellerie à partir de 72 heures après l'accouchement.

Il est important de garantir un suivi à domicile au moins durant la première semaine. Il n'existe pas, dans la littérature, de preuves d'une association entre fréquence, durée, intensité ou modalités des visites de suivi postnatal à domicile et d'éventuelles conséquences négatives pour la santé de la mère ou de l'enfant, ou encore sur les taux de réhospitalisation de l'enfant. Cependant, les visites à domicile avant les 72 heures permettraient de diminuer significativement le risque de réadmission du nouveau-né et le risque de dépression postnatale.

La littérature scientifique souligne également que les séjours de moins de 48 ou 72 heures peuvent constituer un obstacle au dépistage de l'ictère néonatal ou d'autres affections pouvant être évitées.

Les dépistages néonataux comme le test de dépistage des maladies néonatales ou les tests auditifs doivent donc faire l'objet d'une attention particulière et être intégrés dans le programme de soins postnatals. Il est nécessaire de s'assurer que chaque nouveau-né bénéficie de tous les dépistages prévus, que ce soit à l'hôpital ou à domicile et d'assurer la traçabilité [17].

Le Conseil de Belgique s'associe aux analyses du KCE concernant la nécessaire organisation d'un « itinéraire clinique » qui coordonnerait l'ensemble des soins avant et après l'accouchement. Il demande que cette coordination de soins et de services intégrés soit mise en place avant toute mise en œuvre de raccourcissement de la durée d'hospitalisation après l'accouchement, ce qui pourrait être envisageable en France.

CONCLUSION

L'objectif de cette recherche est de comprendre quels programmes ont permis l'évolution du séjour en suites de naissance en France mais surtout ce que nous devons adapter dans notre prise en charge pour pouvoir prétendre à un retour précoce à domicile efficace comme aux Pays-Bas.

De toute évidence, l'expansion du nombre de sages-femmes libérales et la mise en place du PRADO ont permis une première réduction de la durée moyenne de séjour en maternité ces dernières années. Cependant, l'application du PRADO reste encore très « région-dépendante », puisque dans certaines zones géographiques, le faible nombre de sages-femmes ne permet pas son application stricte.

En effet, il existe une disparité au sein même du territoire français. De plus en plus de maternités parisiennes proposent des sorties à J2.

La Protection Maternelle et Infantile quant à elle ne joue qu'un rôle restreint dans l'accompagnement du retour à domicile des mères et de leur nouveau-né, tant leurs services sont déjà sollicités, notamment pour les familles en situation de précarité ou vulnérables.

La situation française s'inscrit dans une tendance internationale de voir les femmes quitter l'hôpital avec leur nouveau-né de plus en plus tôt après la naissance, notamment dans le cadre des économies de santé. D'après le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), un tel modèle est effectivement possible en Belgique mais cela implique une réorganisation fondamentale des soins postnatals, applicable également en France.

Le principe des travailleuses familiales en France pourrait être le parallèle des assistantes à domicile ou « *kraamverzorgster* » flammandes et néerlandaises.

De plus, l'expérimentation des maisons de naissance en France depuis le décret du 30 juillet 2015 [annexe 3] pourrait permettre de s'aligner sur le modèle des Pays-Bas et de la Belgique, même si l'expansion de l'accouchement à domicile n'est pas encore d'actualité au niveau des professionnels de la périnatalité.

Il est important d'organiser une continuité des soins avec un déplacement du centre de gravité des soins postnatals de l'hôpital vers le domicile, puisque telle est la volonté des pouvoirs publics. Un itinéraire de soins concernant l'organisation de la sortie et du suivi à domicile doit être mis en place, avec une attention particulière concernant les dépistages néonataux pour l'enfant et le diagnostic d'éventuels troubles psychiques du post-partum chez la mère. Les différentes études réalisées relatives au vécu des femmes sortant précocément ou non, montrent bien que les mères sont parfois inquiètes, voire angoissées à l'idée de quitter la maternité.

En se basant sur l'avis des couples, des acteurs de terrain et sur l'exemple de quelques pays pionniers comme les Pays-Bas, il est possible de repenser l'ensemble de la période du post-partum afin de garantir un suivi à domicile avec une qualité comparable à celle de la maternité.

Une réflexion plusdisciplinaire entre les professionnels et les pouvoirs publics doit être menée sur la façon dont ces couples mère-enfant doivent être accompagnés à la sortie, donc sur le mode de fonctionnement d'un réseau de périnatalité ville-hôpital sécurisé et efficient.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Consulté le 05/12/14. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations__sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
- [2] OCDE (2015), *Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris. Consulté le 12/11/2015. Disponible sur : http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015_health_glance-2015-fr#page5
- [3] OCDE (2013), *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris. Consulté le 17/09/2015. Disponible sur : <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>
- [4] Institut National d'Études Démographiques. Population, naissances et décès en Europe et autres pays développés. Consulté le 17/09/2015. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpes/population-naissances-deces/>
- [5] Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Population totale par sexe et par âge au 1er janvier 2016, France. Consulté le 17/09/2015. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo®_id=0&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age2b.htm
- [6] Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Natalité – Fécondité. Consulté le 17/09/2015. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T15F035
- [7] Dossier de presse, euro-péristat. Rapport européen sur la santé périnatale, 27 mai 2013. Consulté le 30/03/2015. Disponible sur : http://www.euoperistat.com/images/EURO-PERISTAT_Communicu%C3%A9%20France-1.pdf

[8] Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Rapport européen sur la santé périnatale. Consulté le 17/09/2015. Disponible sur : <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale>

[9] L'assurance maladie. Professionnels de santé. Exercer au quotidien, formalités, la maternité. Consulté le 30/03/2015. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/formalites/la-maternite/les-modalites-de-prise-en-charge.php>

[10] Belgium.be. Informations et services officiels. Population. Consulté le 17/09/2015. Disponible sur : http://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/Population/

[11] Banque de Données Médico-Sociales, données statistiques, chapitre 2 : les données de naissances, données relatives à la mère au moment de l'accouchement p. 54 à 61.

[12] Alternatives pour une naissances respectée. Fiches-infos. Lieux d'accouchements. Consulté le 20/10/2015. Disponible sur : <http://www.alternatives.be/Fiches/Lieux-daccouchement>

[13] Akrich M. Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas, Dossier « Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? ». INPES, La santé de l'homme, 2007 ; 391 : p45-47. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/391/05.htm>

[14] Conseil de L'Egalité des Chances entre Hommes et Femmes. Avis n°145, du 13 février 2015, relatif à la réduction de la durée d'hospitalisation après un accouchement. Consulté le 05/12/2014. Disponible sur : <http://www.conseildelegalite.be/media/products/437/710/145durehospitalisationpouraccouchementFR.pdf>

[15] Organisation Mondiale de la Santé

[16] *Retour précoce à domicile après l'accouchement : Étude prospective à la maternité Port-Royal* (Marina SALOME, Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme, 2014) Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01058433/document>

- [17] Benahmed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, Vankelst L, Lauwerier E, Verschueren M, Obyn C Paulus D, Christiaens W. L'organisation des soins après l'accouchement – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2014. KCE Reports 232Bs. D/2014/10.273/80. Consulté le 06/10/2015. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_232Bs_soins_postnatal_Synthese.pdf
- [18] Royal Dutch Organisation of Midwives, First edition, KNOV, October 2012. Consulté le 16/02/2015. Disponible sur : <http://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/489/midwifery-in-the-netherlands/>
- [19] Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. Consulté le 18/12/2015. Disponible sur : <http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/la-situation-en-france/>
- [20] Le monde, économie. Article du 29/10/2013. Consulté le 15/01/2016. Disponible sur : http://www.lemonde.fr/economie/article/2013/10/29/l-accouchement-a-domicile-proche-du-trepas_3498228_3234.html
- [21] Haute Autorité de Santé. Cahier des charges de l'expérimentation – Maisons de naissances. Consulté le 08/12/2015. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/HAS-Cahier-des-charges-maisons-de-naissance.pdf>
- [22] Sénat n°368. Session ordinaire de 2012-2013. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, Par Mme Muguette DINI, Sénatrice. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/112-368/112-3681.pdf>
- [23] Périnatalité, les maisons de naissance. Consulté le 08/12/2015. Disponible sur : <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/maisons-de-naissance/maisons-de-naissance-791.html>
- [24] Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2011, chapitre VI : le rôle des sages-femmes dans le système de soin. Consulté le 15/01/2015. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Securite-sociale-2011>

[25] DREES, satisfaction des usagères des maternités concernant le suivi de grossesse et le déroulement de l'accouchement, Études et résultats n°660, septembre 2008. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>

[26] Assurance maladie. PROgramme d'Accompagnement du retour à DOmicile des patients hospitalisés : Le champ de la Maternité, 2012. Consulté le 08/12/2015. Disponible sur : http://www.cpam40.com/infoslettre/documents/iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2.pdf

[27] Réseau de périnatalité de Basse-Normandie, PRADO. Consulté le 08/12/2015. Disponible sur : <http://www.perinatbn.org/index.php/accouchement/postpartum/prado>

[28] Assurance maladie, un accompagnement à domicile après l'accouchement. Consulté le 08/12/2015. Disponible sur : http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-grossesse/un-accompagnement-a-domicile-apres-l-accouchement_tarn.php

[29] Assurance maladie, suivi à domicile après l'accouchement. Consulté le 08/12/2015. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/exercer-au-quotidien/suivi-a-domicile-apres-accouchement.php>

[30] Le portail de la Fonction Publique, intervention des travailleuses familiales, 08/08/2011. Consulté le 25/02/2016. Disponible sur : <http://www.fonction-publique.gouv.fr/intervention-des-travailleuses-familiales>

[31] Caisse d'Allocations Familiales, le soutien au domicile des familles. Consulté le 25/02/2016. Disponible sur : <https://www.caf.fr/ma-caf/caf-d-ille-et-vilaine/offre-de-service/enfance-et-jeunesse/le-soutien-au-domicile-des-familles>

[32] J.-M. Hascoët, P. Vert, Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né, Masson 2010

[33] Périnatalité, protection maternelle et infantile. Consulté le 10/12/2014. Disponible sur : <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/pmi-protection-maternelle-et-infantile/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi-568.html>

- [34] de Jonge, A., van der Goes, B., Ravelli, A., Amelink-Verburg, M., Mol, B., Nijhuis, J., Gravenhorst, J. B. and Buitendijk, S. (2009), Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116: 1177–1184. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02175.x
- [35] *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* Volume 37, n° 7 pages 634-636 (novembre 2008)
- [36] Angloinfo, post-natal care in the Netherlands. Consulté le 01/03/2016. Disponible sur : <http://netherlands.angloinfo.com/healthcare/pregnancy-birth/post-natal-care/>
- [37] Site web de la municipalité de La Haye, soins postnataux. Consulté le 16/01/2016. Disponible sur : <http://www.denhaag.nl/fr/residents/sante/to/Soins-postnataux-kraamzorg.htm>
- [38] Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. *Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque*. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63. Consulté le 20/02/2016. Disponible sur : <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/accouchement-normal-conseils-scientifiques-traduits-en-langage-courant-a-%CC%80-inte%CC%81gr#.VurlVeLhDIV>
- [39] Union professionnelle des sages-femmes belges, donner naissance en maisons de naissance. Consulté le 30/01/2016. Disponible sur : <http://www.sage-femme.be/parents/lieux-de-naissance/en-maison-de-naissance/>
- [40] Maison de naissance de Namur. Consulté le 30/01/2016. Disponible sur : <http://www.maison-de-naissance.be/accouchement-maison-de-naissance.htm#apres>
- [41] Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, *Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité*, 2013. Consulté le 15/12/2014. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_organisation_continuite_soins_sortie_maternite.pdf
- [42] Enquête périnatalité, « *Regards de femmes sur leur maternité* », 2010. Consulté le 01/03/2016. Disponible sur : http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf

[43] Enquête CIANE réalisée sur 5417 naissances, novembre 2012. Consulté le 01/03/2016. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-/uploads/2012/11/DossierSortieMaterniteNov2012.pdf>

[44] Cour des Comptes, les maternités. Consulté le 28/11/2015. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/Actualites/Archives/Les-maternites>

[45] Centre Fédéral d'Expertise des Soins en Santé (KCE), étude 2015-19 (HSR) *L'offre de sages-femmes en Belgique. Situation actuelle et défis*. Consulté le 20/02/2015. Disponible sur : <https://kce.fgov.be/fr/study-program/etude-2015-19-hsr-1%E2%80%99offre-de-sages-femmes-en-belgique-situation-actuelle-et-d%C3%A9fis>

ANNEXES

Annexe 1 : La charte de l'accouchement à domicile

I - La démarche initiale provient du désir du couple. Les parents souhaitant mettre au monde à domicile doivent en avoir fait la demande, ils peuvent expliquer leurs motivations et sont conscients de la part de responsabilité qu'ils prennent. Toute sage-femme doit avant de s'engager dans une naissance à domicile avoir analysé l'ensemble de la situation dans ses composantes médicales (physique et psychique), familiale et sociale. Il est essentiel qu'elle puisse s'établir une relation de confiance partagée.

II - A chaque couple qui en fait la demande, la sage-femme doit donner une information impartiale et claire sur leur choix. Elle définit son champ de compétence et indique les limites de son exercice (code de déontologie des sages-femmes). Ces éléments sont précisés sur un document écrit signé par les parents. Ce document peut être la charte ANSFL de l'AAD enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme.

III - Accompagnement global : L'accouchement et le suivi postnatal doivent être pratiqués par la ou les sages-femmes ayant effectué le suivi de la grossesse (ou leur remplaçante désignée).

IV - La préparation de la naissance doit tenir compte du climat relationnel et affectif qui entourent les futurs parents et envisage les aspects matériels de l'AAD. Elle vise à créer un climat serein et confiant sans lequel l'accouchement à domicile deviendrait contre-indiqué.

V - L'accouchement à domicile ne peut être envisagé qu'après une grossesse normale (c'est-à-dire sans pathologie telle que hypertension, diabète, toxémie, etc) chez une femme en bonne santé. Toute pathologie au cours de la grossesse doit entraîner une consultation ou un transfert vers un autre professionnel, lorsque le problème est réglé la SF peut reprendre le suivi médical de cette grossesse.

VI - Les circonstances de la naissance doivent être physiologiques et ne pas présenter de risque majoré de complication (siège, gémellaire). L'accouchement doit avoir lieu entre 37 et 42 SA. Les moyens utilisés pour apporter de l'aide à chaque femme pendant son accouchement sont avant tout la mise en valeur de ses propres capacités, ainsi que les savoir-faire liés à l'expérience de chaque SF. L'enfant surveillé régulièrement pendant la travail et l'expulsion ne montre pas de signes de souffrance.

L'indication d'ocytociques au cours de la dilatation et avant que l'enfant ne soit engagé, ou de morphiniques pendant le travail impose le transfert, en raison des effets secondaires qu'ils peuvent provoquer.

VII - La sage-femme peut être amenée à transférer la femme vers une maternité pendant le travail, l'accouchement ou pendant les suites de couche, à chaque fois que la situation n'est plus de sa compétence (définie et listée dans le code de déontologie), lorsque l'accouchement requiert une technique telle que la pose d'une analgésie, la stimulation des contractions, l'utilisation d'un forceps, ventouse etc, ou si le couple en fait la demande en cours d'accouchement. Pour le confort de la femme, et une continuité correcte des soins, le transfert doit toujours être préparé :

En sachant vers quelle maternité ce transfert aura lieu et, si possible, en ayant informé cette maternité de cette éventualité (au moins une consultation dans la structure du transfert éventuel, pour constitution du dossier médical et présentation du projet d'AAD). En ayant prévu le moyen de transport (voiture personnelle, pompier, SAMU...).

VIII - Les soins que nous prodiguons à la mère et au nouveau-né s'appuient sur des preuves scientifiques.

IX - La sage-femme s'engage à participer à l'évaluation de sa pratique par l'utilisation des dossiers ANSFL-AUDIPOG. Ce dossier comprend la surveillance de la grossesse ainsi que celle du travail à l'aide d'un partogramme, et contient le résumé du suivi des suites de couches. Cette évaluation permet une analyse des situations qui ont posé problème, pour une évolution et une remise en question permanente des pratiques.

Disponible sur :

<http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/la-charte-de-laad/>

Annexe 2 : Loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance

L'Assemblée Nationale et le Sénat ont adopté, Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

A titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance », 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 autorisations portent sur une durée maximale de cinq ans. La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure.

Article 2

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il est dérogé aux articles L. 1434-2, L. 1434-7 et L. 6122-1 du code de la santé publique. Les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 du même code et ne sont pas soumises au chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie dudit code.

Il peut être dérogé aux dispositions du code de ma sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce même code.

Par dérogation à l'article L. 162-22-13 dudit code, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge, en tout ou partie, par la dotation annuelle prévue à l'article L. 162-22-14 du même code.

Article 3

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé et après avis conforme de celle-ci, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental.

La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévus à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.

Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

Article 4

Un an avant le terme de la dernière autorisation attribuée à une maison de naissance, le Gouvernement adresse au Parlement une évaluation de l'expérimentation.

Article 5

Les conditions de l'expérimentation, et notamment les conditions d'établissement de la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels et les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret en Conseil d'État. La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 6 décembre 2013.

Par le Président de la République : François Hollande

Le Premier ministre, Jean-Marc Ayrault

La ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine.

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2013/12/6/AFSX1316565L/jo/texte>

Annexe 3 : Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance

Le Premier ministre, sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, vu le code de la santé publique ; vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-1-7 ; vu la loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance ; vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés du 16 juin 2015 ; vu l'avis du conseil central de la Mutualité sociale agricole du 17 juin 2015 ; vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurances maladie du 2 juillet 2015 ; le Conseil d'Etat (section sociale) entendu, Décrète :

Article 1

I.-Les maisons de naissance sont des structures au sein desquelles des sages-femmes assurent, dans le cadre des articles L. 4151-1 à L. 4151-4 du code de la santé publique relatif à l'exercice de leur profession, notamment :

1° La surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement définie à l'article L. 2122-1 du même code ;

2° La préparation à la naissance et à la parentalité définie par les recommandations de la Haute Autorité de santé ;

3° L'accouchement et les soins postnataux concernant la mère et l'enfant.

II.-Les maisons de naissance n'assurent ni l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés, ni la prise en charge des urgences obstétricales au sens de la permanence d'accueil mentionnée à l'article R. 6123-43 du même code.

III.-Les maisons de naissance sont des personnes morales juridiquement distinctes des établissements de santé, notamment ceux autorisés au titre de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique à exercer l'activité de soins de gynécologie-obstétrique.

Article 2

L'autorisation d'ouverture d'une maison de naissance ne peut être accordée à titre expérimental, selon la procédure mentionnée au premier alinéa de l'article 3 de la loi du 6 décembre 2013 susvisée qu'à une personne morale au sein de laquelle exercent des sages-femmes auxquelles est confiée la direction médicale et dont le projet est conforme aux recommandations du cahier des charges de l'expérimentation adopté, en application de l'article 3 de la même loi, par la Haute Autorité de Santé.

Article 3

La maison de naissance conclut une convention avec un établissement de santé autorisé à l'activité de soins de gynécologie-obstétrique dont elle est contiguë. Elle doit être membre du même réseau de santé en périnatalité que celui de cet établissement.

Cette convention précise notamment :

1° Les modalités de transfert des femmes et des nouveau-nés à tout moment de la grossesse, au cours de l'accouchement et du post-partum ;

2° Les modalités de transmission des informations médicales mentionnées au 4° de l'article 5 du présent décret ;

3° Les modalités d'approvisionnement de la maison de naissance en médicaments par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé ;

4° Les relations financières entre les deux structures.

Cette convention est transmise dès signature au directeur général de l'agence régionale de santé compétente ainsi qu'au ministre chargé de la santé. Toute modification de la convention fait l'objet d'une information à ces mêmes autorités. Le règlement intérieur de la maison de naissance qui est élaboré conformément aux recommandations du cahier des charges de l'expérimentation leur est également transmis et toute modification substantielle leur en est signalée.

Article 4

Peuvent accoucher en maison de naissance les femmes enceintes, inscrites et suivies pour leur grossesse dans ce cadre et répondant aux critères d'éligibilité définis par le cahier des charges de l'expérimentation de la Haute Autorité de santé mentionné à l'article 2 du présent décret.

Article 5

La femme enceinte souhaitant s'inscrire en maison de naissance reçoit une information complète sur le fonctionnement de la maison de naissance, son caractère expérimental et la prise en charge proposée, notamment quant à la prise en charge de la douleur. Elle est informée de l'obligation de faire réaliser une consultation préanesthésique dans l'établissement partenaire dans les conditions prévues à l'article D. 6124-92 du code de la santé publique et du caractère obligatoire de l'examen médical de l'enfant mentionné à l'article R. 2132-1 du même code.

Le consentement exprès et éclairé de la femme est recueilli par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il porte sur :

1° L'entrée dans le dispositif expérimental de la maison de naissance et notamment sur la prise en charge proposée ;

2° La liste nominative des sages-femmes de la maison de naissance susceptibles d'accéder à son dossier médical et à celui de son enfant ;

3° La liste nominative des établissements de santé susceptibles d'être destinataires des informations prévues au 4° du présent article ;

4° La transmission, par les professionnels de santé de la maison de naissance aux professionnels de santé de l'établissement partenaire, des informations administratives et médicales strictement nécessaires aux éventuels transfert et prise en charge de la femme et de son enfant.

Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, dans la limite de l'expérimentation. Lorsque la transmission des informations mentionnées au 4° s'effectue par voie électronique, elle est réalisée, notamment par messagerie sécurisée, dans des conditions permettant l'identification certaine de l'émetteur et du destinataire.

Article 6

Si la consultation préanesthésique mentionnée au premier alinéa de l'article 5 du présent décret n'a pas lieu ou si les résultats des examens prescrits à cette occasion ne sont pas reçus par l'établissement de santé partenaire, l'accouchement ne peut avoir lieu au sein de la maison de naissance.

Article 7

L'effectif de sages-femmes de la maison de naissance est suffisant pour garantir la qualité et la sécurité de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes inscrites. Une sage-femme est en mesure de pouvoir intervenir à tout moment, tous les jours de l'année, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité. Lors des accouchements, l'organisation de la maison de naissance doit garantir la présence dans les locaux d'une seconde sage-femme. Celle-ci a pour mission d'assister la sage-femme réalisant l'accouchement, notamment lorsqu'une situation d'urgence survient et que le transfert de la parturiente ou de son enfant doit être organisé.

Article 8

La maison de naissance dispose d'un accès direct avec la structure de gynécologie-obstétrique de l'établissement de santé partenaire permettant d'assurer dans des conditions compatibles avec l'urgence le transport non motorisé et allongé des parturientes et des nouveau-nés, sans voie publique à traverser.

Article 9

La maison de naissance organise les dépistages mentionnés à l'article R.1131-21 du code de la santé publique dans le respect des recommandations professionnelles en vigueur. Elle informe et oriente la parturiente sur le dépistage précoce de la surdité permanente néonatale. La convention établie avec l'établissement de santé partenaire peut prévoir une organisation permettant aux enfants nés à la maison de naissance de bénéficier de ce dépistage au sein de cet établissement.

Article 10

Les professionnels de santé de la maison de naissance participent chaque année à des formations, notamment des mises en situation d'urgence maternelle, fœtale ou pédiatrique néonatale. Ces formations sont organisées, notamment par le réseau de santé en périnatalité dont la maison de naissance est membre, en lien avec l'établissement de santé partenaire.

Article 11

Les professionnels de santé de la maison de naissance s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques. A cet effet, ils élaborent des protocoles de prise en charge, organisent des réunions d'échanges notamment avec l'établissement de santé partenaire, le cas échéant pour y analyser les événements indésirables qui seraient survenus. Ils assurent également le suivi d'indicateurs selon des modalités fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 12

La traçabilité du bionettoyage des locaux destinés à la prise en charge des femmes et des nouveau-nés est assurée par la maison de naissance. L'entretien du matériel et du linge utilisés par la maison de naissance permet d'éliminer tout risque infectieux. L'élimination des déchets est effectuée conformément aux dispositions des articles R. 1335-1 à R. 1335-8 du code de la santé publique.

Article 13

Les actes effectués par les sages-femmes sont rémunérés dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Le fonds d'intervention régional mentionné aux articles L. 1435-8 et suivants du code de la santé publique participe au financement de la présente expérimentation en compensant notamment certains coûts inhérents au fonctionnement de la structure, incluant les conditions de qualité et de sécurité mentionnées à l'article 7 du présent décret. La périodicité et le montant des crédits alloués sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Article 14

Lorsqu'il est constaté, à l'occasion de l'exercice de l'activité de la maison de naissance, un manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins, ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes prises en charge ou du personnel, il est fait application des dispositions de l'article L. 6122-13 du code de la santé publique. En cas de manquement aux recommandations issues du cahier des charges de l'expérimentation adopté par la Haute Autorité de santé, il est fait application des mêmes dispositions.

Article 15

Le ministre chargé de la santé transmet à la Haute Autorité de santé, pour avis conforme rendu dans un délai de deux mois, le projet de liste des maisons de naissance accompagné des dossiers de candidature.

La composition du dossier et les modalités de candidature sont définies par arrêté du même ministre.

Article 16

L'évaluation de l'expérimentation est réalisée par l'agence régionale de santé compétente après deux années de fonctionnement de chaque maison de naissance et à l'échéance de l'autorisation. Les modalités d'évaluation de l'expérimentation, notamment quant à sa pertinence administrative et économique, ainsi qu'au contenu du rapport d'évaluation remis annuellement par chaque maison de naissance à l'agence régionale de santé compétente et au ministère chargé de la santé, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 17

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 30 juillet 2015.

Par le Premier ministre : Manuel Valls

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030959185&categorieLien=cid>

Annexe 4 : Arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4151-1, L. 6122-1, R. 6123-43 et D. 6124-92 ; Vu la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance ; Vu le décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance ; Vu l'arrêté du 30 juillet 2015 fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des maisons de naissance ; Vu les dossiers de candidatures transmis ; Vu l'avis du 4 novembre 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant sur la liste des maisons de naissance candidates pour fonctionner à titre expérimental, arrêtent :

Article 1

Sont autorisées fonctionner à titre expérimental les maisons de naissance ci-dessous mentionnées :

- société civile de moyens CALM - Maison de naissance, à Paris ;
- association Premier Cri, à Vitry sur-Seine ;
- association Maison de naissance DOUMAIA, à Castres ;
- association La Maison, à Grenoble ;
- association Le Temps de naître, à Baie-Mahault ;
- association Joie de naître, à Saint-Paul ;
- association Premières Heures au monde, à Bourgoin-Jallieu ;
- association MANALA, Maison de naissance Alsace, à Sélestat ;
- association Un Nid pour naître, à Nancy.

Article 2

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 23 novembre 2015.

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2015/11/23/AFSH1528580A/jo/texte>

Annexe 5 : La charte de l'accouchement en maison de naissance

I - La démarche initiale provient du désir du couple. Les parents souhaitant accoucher en MDN doivent en faire la demande, exposer leurs motivations et être conscients de ce que ce choix implique. Toute sage-femme doit, avant de s'engager dans un accompagnement en maison de naissance, avoir analysé l'ensemble de la situation dans ses composantes médicales (physique et psychique), familiale et sociale. Il est essentiel que puisse s'établir une relation de confiance partagée.

II - La sage-femme doit donner aux parents une information impartiale et claire. Elle définit son champ de compétence et indique les limites de son exercice (code de la santé publique). Ces éléments sont précisés sur un document écrit signé par les parents. (Ce document peut être la Charte ANSFL enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme).

III – Accompagnement global : L'accouchement et le suivi postnatal doivent être pratiqués par la ou les sages-femmes ayant effectué le suivi de la grossesse (ou leur remplaçante désignée).

IV - La préparation de la naissance doit tenir compte du climat relationnel et affectif qui entoure les futurs parents et envisage les aspects matériels de la naissance en maison de naissance. Elle vise à créer un climat serein et confiant sans lequel l'accouchement en maison de naissance deviendrait contre-indiqué.

V - L'accouchement en maison de naissance ne peut s'envisager qu'après une grossesse normale (c'est-à-dire sans pathologie telle que hypertension, diabète, toxémie, etc) chez une femme en bonne santé. Toute pathologie au cours de la grossesse doit entraîner une consultation ou un transfert vers un autre professionnel, lorsque le problème est réglé la SF peut reprendre le suivi médical de cette grossesse.

VI - Les circonstances de la naissance doivent être physiologiques et ne pas présenter de risque majoré de complication (siège, gémellaire). L'accouchement doit avoir lieu entre 37et 42 SA. Les moyens utilisés pour apporter de l'aide à chaque femme pendant son accouchement sont avant tout la mise en valeur de ses propres compétences, ainsi que les savoir-faire liés à l'expérience de chaque SF. L'enfant surveillé régulièrement pendant le travail et l'expulsion ne montre pas de signes de souffrance. L'indication d'ocytociques au cours de la dilatation et avant que l'enfant ne soit engagé, ou de morphiniques pendant le travail impose le transfert, en raison des effets secondaires qu'ils peuvent provoquer.

VII - La sage-femme peut être amenée à transférer la femme vers la maternité de référence pendant le travail, l'accouchement ou pendant les suites de couche, à chaque fois que la situation n'est plus de sa compétence (définie par le code de santé publique) lorsque l'accouchement requiert une technique telle que l'utilisation d'une analgésie, d'une stimulation des contractions, d'un forceps, ventouse etc, ou si le couple en fait la demande en cours d'accouchement. Pour le confort de la femme, et une continuité correcte des soins, le transfert s'inscrit dans une démarche conventionnelle entre la maison de naissance et la maternité de référence.

VIII - Les soins qui sont prodigués à la mère et au nouveau-né s'appuient sur des preuves scientifiques et les recommandations de l'HAS.

IX - La sage-femme s'engage à participer à l'évaluation de sa pratique par l'utilisation des dossiers ANSFL-AUDIPOG. Ce dossier comprend la surveillance de la grossesse ainsi que celle du travail à l'aide d'un partogramme, et contient le résumé du suivi des suites de couches. Cette évaluation permet une analyse des situations qui ont posé problème, pour une évolution et une remise en question permanente des pratiques.

Disponible sur :

<http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/la-charte-de-laccouchement-en-maison-de-naissance/>

RESUME

Prise en charge du post-partum : Étude comparative entre la France, la Belgique et les Pays-Bas

Depuis plusieurs années en France, il est facile de constater une diminution significative de la durée de séjour en maternité. Alors que cette réduction nous paraît importante et flagrante, il est possible de remarquer qu'à l'échelle de l'Europe, la France se situe parmi les pays dont la durée moyenne de séjour en suites de naissance après un accouchement normal est la plus élevée.

Il s'agit d'une étude comparative rétrospective, à la fois qualitative et quantitative, visant à analyser les différents dispositifs permettant une coordination ville-hôpital satisfaisante, ayant prouvé leur efficacité dans certains pays. Afin de mieux appréhender la prise en charge du post-partum en France, elle sera comparée à la situation actuelle de deux de ses pays voisins : les Pays-Bas, précurseurs en la matière et la Belgique également en pleine mutation.

L'accouchement en maisons de naissance et à domicile, plus répandu aux Pays-Bas pourraient expliquer la possibilité d'organiser un suivi à domicile, avec notamment une organisation bien définie en amont, dès le début de grossesse.

Mots-clés : durée de séjour, maternité, soins postnatals, Pays-Bas, Belgique, post-partum

ABSTRACT

Postpartum care : Comparative study between France, Belgium and the Netherlands

For a certain number of years, we have been witnessing in France a real decrease in the length of stay in maternity wards. As this decrease seems major and obvious, it can be noted that compared to other European countries, France is among the countries where the average length of stay following a normal birth is the most extended.

This is a retrospective qualitative and quantitative comparative study aiming to analyse all means used for a good town-hospital collaboration which have proved efficient in some countries. In order to better understand the postpartum care in France, it will be compared to the present situation in two neighbouring countries : the Netherlands, pioneer in this area and Belgium currently undergoing many changes.

Giving birth in birthing centres and at home, which is more common in the Netherlands, could explain the possibility to organize a follow-up at home with a well-defined setup at an early stage, right from the beginning of the pregnancy.

Key words : length of stay, maternity ward, postnatal care, the Netherlands, Belgium, postpartum