

# Maisons de Naissances

Février 2021

## SOMMAIRE

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>I. Glossaire</b>                 | <b>3</b>  |
| <b>II. Introduction</b>             | <b>3</b>  |
| <b>III. Définitions</b>             | <b>4</b>  |
| <b>II. Contexte</b>                 | <b>5</b>  |
| <b>III. Les MDN à améliorer</b>     | <b>6</b>  |
| <b>A. Libre choix des femmes</b>    | <b>6</b>  |
| <b>B. Accompagnement global</b>     | <b>7</b>  |
| <b>B. Statut des Sages-femmes</b>   | <b>8</b>  |
| <b>C. A l'international</b>         | <b>8</b>  |
| <b>D. Etudiant·e·s sages-femmes</b> | <b>9</b>  |
| <b>IV. Conclusion</b>               | <b>9</b>  |
| <b>V. Bibliographie</b>             | <b>10</b> |

## I. Glossaire

**AAD** : Accouchement Accompagné à domicile

**ANESF** : Association Nationale des Étudiant·e·s Sages-femmes

**CA** : Conseil d'Administration

**CIANE** : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France

**CSP** : Code de la Santé Publique

**ESF** : Etudiant·e sage-femme

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**MDN** : Maison de Naissance

**MU** : Midwives Unit

**LFSS21** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2021

## II. Introduction

Un **mouvement de médicalisation** de la grossesse et de l'accouchement a eu lieu durant l'après-guerre (1950), menant peu à peu à la disparition de l'accouchement accompagné à domicile (AAD). Mais à partir des années 1990, **des associations de patient·e·s et de professionnel·le·s de santé** se sont créées pour **revendiquer et défendre une naissance plus respectueuse du souhait des couples et physiologique**.

Le Conseil d'Administration (CA) de l'Association Nationale des Étudiant·e·s Sages-femmes (ANESF) s'est **positionné au sujet des maisons de naissances** (MDN) en mai 2020.

### III. Définitions

Les MDN sont des **structures autonomes** sous **l'unique responsabilité des sages-femmes**. Elles accueillent des couples, dans une approche personnalisée du suivi de grossesse jusqu'à l'accouchement.

Elles offrent aux femmes une **prise en charge moins technicisée** qu'à l'hôpital, du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum ; en revanche, elles n'assurent ni l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés ni la prise en charge des urgences obstétricales : souvent les femmes retournent chez elles dans les quelques heures qui suivent l'accouchement. Seules les femmes enceintes **à bas risque obstétrical** sont concernées par ces structures [1]. Ceux sont des lieux à taille humaine : avec des cabinets de consultations, des chambres de naissance et une pièce de vie plus conviviale.

Une MDN ne fonctionne pas de manière isolée, mais dans un réseau de périnatalité permettant de solliciter l'avis d'autres professionnel·le·s. Les MDN passent des **conventions avec les établissements de soins de proximité**, pour permettre une **meilleure qualité de soins et une sécurité** en cas de complications et de besoin de transfert de la patiente.

## II. Contexte

Les MDN sont largement répandues dans d'autres pays du monde. En France, les femmes sont à la recherche de structures moins médicalisées pour leur accouchement.

La création des MDN en France a été rendue possible à titre expérimental grâce à la loi du 6 décembre 2013 [2], ainsi qu'au décret du 30 juillet 2015 fixant les conditions de l'expérimentation [1].

Afin de garantir une prise en charge optimale et sécurisée des femmes et des nouveau-nés, la **Haute Autorité de Santé (HAS) a participé à la mise en œuvre de cette expérimentation** en publiant, en septembre 2014, un cahier des charges définissant le cadre des futures maisons de naissance. **8 maisons de naissance** ont ainsi vu le jour en 2014. Ces MDN ont été autorisées à fonctionner à titre expérimental pour **une durée de 5 ans**.

En novembre 2019 au Sénat, le groupe de recherche **dirigé par Anne Chantry**, sage-femme chercheuse à l'Inserm, présentait les résultats de son étude effectuée sur 649 femmes prises en charge pendant l'expérimentation des MDN. Les résultats ont démontré la **sécurité et la salutogenèse des soins** qui y sont prodigués. Ces établissements ont un **niveau de sécurité satisfaisant au regard des patientes qu'ils accueillent et une très faible fréquence d'interventions**. De futurs travaux de recherche sont nécessaires pour **évaluer encore plus précisément** la qualité de prise en charge et le bien-être en MDN [3].

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2021 (LFSS21) instaure le **développement des MDN. 12 nouvelles MDN vont être ouvertes** « en tenant compte des besoins du local » d'ici la fin de l'année 2022 [4].

### III. Les MDN à améliorer

Malgré ces mesures encourageantes, il reste encore du chemin à parcourir pour **améliorer et pérenniser les MDN** en France.

#### A. Libre choix des femmes

Les MDN répondent, en premier lieu, à une **demande fondée sur l'insatisfaction que ressentent de nombreuses femmes** par rapport à la prise en charge hospitalière dont elles ont bénéficié lors de leur suivi de grossesse et accouchement.

Une étude du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE), conduite en 2012 révélait notamment que parmi les femmes ayant formulé des souhaits sur le déroulement de leur accouchement, **40% estimaient que leurs demandes n'avaient pas été respectées [5]**. Les souhaits exprimés, pourtant simples, portaient principalement sur la liberté de mouvements, un accompagnement personnalisé de la douleur et l'épisiotomie.

Nous savons que les MDN répondent aux souhaits de nombreux couples et qu'elles auront un impact plus large, démontrant que les **femmes ont le droit de formuler des choix libres**, quels qu'ils soient, pour la prise en charge de leur grossesse et de leur accouchement.

*Le CA de l'ANESF se positionne sur le développement des maisons de naissances à hauteur de la demande des patientes et des professionnel·le·s de santé.*

## B. Accompagnement global

Le suivi des femmes est dispersé, les futures mamans voient **en moyenne 10 à 15 personnes différentes tout au long de leur grossesse** avec une chance infime d'être accompagnée à l'accouchement par une sage-femme qu'elles connaissent déjà. Celle-ci, déjà surchargée par les impératifs des salles d'accouchement, n'aura pas toujours le temps de rester avec elle, de l'aider aux moments difficiles, de lui prendre la main pour la soutenir. La patiente verra **encore en moyenne 5 ou 6 sages-femmes et puéricultrices** pendant ses suites de couches, et encore au moins **4 autres personnes** pendant le premier mois de vie de son enfant.

A la différence d'une maternité classique, la MDN repose sur un suivi personnalisé de la patiente : **l'accompagnement global**. Ce concept permet d'associer une femme à une ou deux sages-femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post partum. Ainsi, le jour de l'accouchement, la sage-femme **connait parfaitement le dossier médical** de sa patiente, ce qui représente une **garantie supplémentaire de sécurité**. Elle est également parfaitement informée de son projet de naissance, ses attentes ou ses craintes et peut ainsi l'accompagner de façon très personnalisée.

La **proximité** qui s'est créée pendant la grossesse va favoriser le bien-être et le bon déroulé de l'accouchement. Les couples apprécient beaucoup cette **relation de confiance** qui se tisse avec la sage-femme et qui leur permet de vivre ces moments de façon très intime et respectueuse.

*Le CA de l'ANESF se positionne sur l'ouverture de nouvelles maisons de naissances pour pallier la demande des patientes, notamment à proximité des maternités, pour garantir la sécurité des usagers.*

## B. Statut des Sages-femmes

Le suivi des femmes enceintes est effectué par les sages-femmes, elles sont indépendantes sur l'aspect financier, technique, administratif mais surtout médical, conformément à leurs compétences car elles sont les garantes de la physiologie obstétricale.

Le statut des sages-femmes représente un **réel frein à l'émergence des MDN**. Malgré leurs compétences et le **caractère médical de leur profession** inscrit dans le Code de la Santé Publique (CSP), elles peinent à être reconnues. Certain·e·s regardent avec méfiance les MDN, structures où les médecins ne seront pas présents, alors que dans les salles de naissance des maternités, le principe est identique : la patiente ne voit un médecin qu'en cas de complication.

Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France (CNGOF) a exprimé sa **réticence au développement des MDN** car pour eux « *investir dans les MDN est un non-sens car les maternités ont déjà un manque de budget.* » [6]. Cet argument n'est pas entendable, car le coût d'un accouchement en MDN est significativement moins élevé que dans une maternité de niveau 1 : on compte en moyenne 300 euros de moins.

## C. A l'international

Les MDN à l'international, appelées « **Midwives Unit** » (MU), nous offrent un bel aperçu des avantages des MDN. Actuellement, on en compte 345 aux Etats-Unis, 16 au Québec, une centaine en Allemagne, et 23 aux Pays-Bas. Les données scientifique internationales dans les pays à hauts niveau de ressources, nous confirment que les pratiques de ces établissement permettent **moins d'accélération du travail** avec de l'ocytocine, **moins d'épisiotomie**, **moins d'extractions instrumentales**, de césariennes, d'hémorragies du post partum, de lésions périnéales sévères, et moins d'admissions maternelles en soins intensifs ou réanimation.

Ainsi, la littérature internationale nous apporte un nombre croissant de preuves sur la sécurité de ces structures [7].



## D. Etudiant·e·s sages-femmes

La physiologie et l'accompagnement de la douleur au moment de l'accouchement font partie **des compétences des sages-femmes**. Pourtant, la formation initiale des sages-femmes est peu centrée sur l'accompagnement global et la prise en charge physiologique.

Les MDN sont des lieux privilégiés pour l'apprentissage de ces compétences pour les étudiant·e·s sages-femmes. Le faible nombre de patientes est un cadre idéal pour l'apprentissage et la pédagogie. Mais les MDN ne font pas partie des lieux de stages obligatoires proposés lors de la formation initiale. De plus, le **faible nombre de MDN ne permet pas d'accueillir tou·te·s les étudiant·e·s** qui le souhaitent.

*Le CA se positionne pour faire des maisons de naissances des terrains de stages à part entière pour les étudiant·e·s sages-femmes de toute la France qui le souhaitent, sous forme de stages optionnels et/ou de stages d'observations ou de pratiques conventionnées.*

## IV. Conclusion

La naissance est un phénomène profondément **émotionnel et personnel**, spécifique d'un couple à un autre. La France est un pays où l'hospitalo-centrisme est très marqué, il faut du temps pour que ce système évolue et que l'on puisse concevoir la naissance hors de la maternité. Les MDN sont un moyen de répondre aux demandes des femmes qui recherchent un accompagnement et une prise en charge plus naturelle et physiologique. Pour pallier ce besoin, il est essentiel de continuer à développer au plus vite les MDN.

## V. Bibliographie

### [1] Décret n°1 relatif aux conditions d'expérimentation des MDN

[Décret no 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

### [2] Loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance

[LOI n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance \(1\) - Légifrance \(legifrance.gouv.fr\)](#)

### [3] Evaluation des MDN

[Evaluation des maisons de naissance en France : premiers résultats - EPOPé \(xn--epop-inserm-ebb.fr\)](#)

### [4] Article 30 et 31 du LFSS21

[Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 \(Dossier législatif en version repliée\) - Assemblée nationale \(assemblee-nationale.fr\)](#)

### [5] Etude CIANE – Souhait des femmes

[EtudeSouhaitsV3 \(ciane.net\)](#)

### [6] Position du CNGOF sur les MDN

[http://www.cngof.fr/images/cngof/presse/080310DHOS\\_Maisons%20de%20naissance.pdf](http://www.cngof.fr/images/cngof/presse/080310DHOS_Maisons%20de%20naissance.pdf)

### [7] Unité pour les femmes à bas risque obstétrical - NICE

[Providing a choice of a midwifery led unit \(Birth centre\) for women with low risk pregnancies | NICE](#)