

État des lieux des maternités privées **Une tendance baissière sur de nombreux indicateurs** PAGE 3

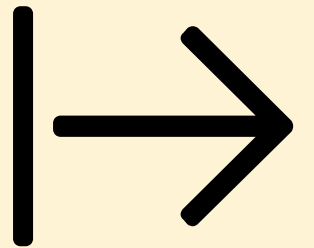
Ressources humaines **Retrouver l'attractivité des métiers de la périnatalité** PAGES 4, 5

Démarche qualité **Naître autrement, l'allaitement et les « 1000 jours »** PAGES 6, 7

FHP-MCO
Syndicat national
des 540 établissements
de santé privés
exerçant une activité
en Médecine, Chirurgie,
Obstétrique (MCO).
FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr

Politique de santé Quel avenir pour les maternités privées ?

NOTRE
DOSSIER



Baisse de la natalité, pénurie des ressources humaines, normes de fonctionnement et financement inadaptés, les maternités font face à des difficultés croissantes. Elles ferment, fusionnent, survivent... le paysage périnatal connaît une révolution.

☞ LIRE PAGES 2 À 8 LES POINTS DE VUE D'EXPERTS

Garantir un accès aux maternités

La France traverse une crise démographique sans précédent. Elle enregistre en cette fin d'année, son plus faible taux de natalité depuis 1944, selon l'Insee. Cette diminution de 6,6 % en 2024 marque une accélération d'une tendance amorcée depuis 2010.

Parallèlement, la naissance est la seule activité de soin dont le cadre de fonctionnement (décret de 1998) n'a pas été revu, en dépit d'une pénurie croissante des ressources humaines — obstétricien, sage-femme, anesthésiste. Ensuite, face à la baisse sans précédent de la natalité, il est urgent de revoir le modèle de financement des établissements qui assurent la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés.

Et pourtant, les maternités prennent en charge 24 heures sur 24 toutes les mamans qui se présentent pour un examen, un contrôle, une naissance, en toute sécurité.

107 maternités privées, tenues à bout de bras par des équipes et des directions remarquables, poursuivent leur noble mission sur leur territoire... jusqu'à quand ?

Frédérique Gama
Présidente de la FHP-MCO

Nous vous souhaitons tous nos vœux pour cette nouvelle année 2025 !



DS
data

18,2%

Les 107 maternités privées prennent en charge 18,2 % des grossesses et des accouchements.

Le secteur privé a perdu près de 47 % de son activité obstétricale depuis 2007.

45 départements en métropole et outre-mer ne disposent plus de maternités privées.

LES PLANS DE PÉRINATALITÉ

- Décrets de périnatalité de 1998 et de 2000
- Plan ministériel 1995-2000
- Plan 2005-2007
- Instruction 2022. Hébergement non médicalisé en proximité des maternités et à la prise en charge des transports correspondants ; expérimentation permettant la réalisation de soins de néonatalogie au domicile des patients par des unités de néonatalogie
- Instruction 2023. Actualisation des missions des dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité

CADRAGE

Jongler avec les contraintes

Pour rester viables, les maternités doivent s'adapter aux besoins des patientes et aux réalités du système de santé.

Les derniers chiffres attestent d'une poursuite de la baisse de la natalité en France. Les Français, comme les Européens, font moins de bébés. Cependant, cette baisse touche particulièrement les maternités des établissements de santé privés (voir page 2).

Un financement devenu inadapté avec des normes rigides datant de 1998 sont un défi, en particulier pour les petites structures. De nombreuses maternités de tout statut ont fermé leurs portes ces dernières années, en raison d'un manque de rentabilité. À titre d'exemple, une maternité effectuant 500 accouchements par an génère un déficit annuel d'un million d'euros, selon le rapport 2023 de l'Académie nationale de médecine (voir page 2).

Cette accélération des fermetures trouve aussi sa source dans la pénurie des ressources humaines car trop peu de professionnels ont été formés et les maternités ne sont plus attractives. La charge de travail, les horaires contraignants, le manque de reconnaissance, les honoraires pour les praticiens libéraux, obstétriciens, pédiatres notamment, jugés insuffisants au regard d'études longues, le risque assurantiel, conduisent ces derniers à interrompre ou modifier leur carrière, ou freinent de nouveaux acteurs à embrasser cette profession.

Cela conduit à concentrer des activités dans des structures plus grandes. Cette évolution qui a la faveur de l'Académie de médecine, est renforcée par la gradation des maternités de type 1 à 3 mise en place par la réforme des autorisations en 1998.

Pourtant, plus de la moitié des femmes choisissent leur maternité tout d'abord sur un critère de proximité de leur domicile, et à égalité, sur un critère de qualité des soins, puis ensuite, sur leur réputation, selon l'étude sur la périnatalité réalisée par le Sénat en mai 2024 (voir page 3).

Certaines maternités privées adoptent des approches innovantes (accompagnement personnalisé, nouvelles techniques d'accouchement, prise en compte d'une santé environnementale), et répondent à des projets de naissance portés par le couple pour se différencier.

Les maternités privées en France doivent jongler entre des contraintes économiques croissantes, des exigences médicales strictes, et des attentes sociales élevées. Pour rester viables, elles doivent continuer à évoluer en s'adaptant aux besoins des

patientes et aux réalités du système de santé. Elles doivent aussi être accompagnées par des politiques de santé publique adaptées en matière de prévision des besoins de formation et des nécessaires évolutions du modèle de financement des maternités.



État des lieux et perspectives

Sociologie de la naissance. Sommes-nous à l'écoute des femmes du 21^e siècle ?

JEAN-LOUP DUROUSSET, PILOTE DU GROUPE EXPERT NAISSANCE DE LA FHP-MCO

Notre pays subit une baisse drastique des naissances cette année. Nous aurions pu l'anticiper, fort d'une telle expérience déjà dans les années 80. Mais le plus impactant pour l'avenir est l'évolution de la sociologie de la naissance, qu'il est très difficile d'influer. Avec le taux de fécondité des Sud-Coréennes, nous aurions 200 000 naissances par an en France, ou 500 000 avec celui des Allemandes. Cela signifierait cent maternités, ou davantage, en plus ou en moins.



mères porteuses, assistance médicale à la procréation, il nous faut comprendre cette évolution et ne pas camper sur un schéma traditionnel.

Doit-on changer le prisme de notre vision et repenser le modèle d'implantation de nos maternités ?

Les choix des pays voisins sont instructifs, par exemple : 80 % des naissances en Hollande se font à domicile, la Suisse prend en compte le difficile accès à certaines vallées... Je regrette que la France décline le modèle de 1998 avec ses règles standardisées de fonctionnement et ne prenne pas le temps de regarder autour d'elle.

De même, est-on prêt à casser d'autres tabous concernant la formation ? Revoir la maquette des formations (sage-femme, obstétricien), serait remettre de la compétence et donc des effectifs aujourd'hui en pénurie.

Quelle sera la maternité de demain ? Certaines seront de très grande taille, fruit de la fusion de maternités proches. L'expertise y sera très élevée pour prendre en charge des grossesses pathologiques. Dans les déserts médicaux créés autour de ces sites, les parcours des parturientes devront être revus. Les maternités pratiqueront probablement plus de césariennes. On observe que le taux de césarienne augmente quand le nombre de maternités baisse. Des maisons de naissance pratiqueront plus de naissances avec des sages-femmes encore davantage formées.

Quelles solutions propose-t-on aux personnes depuis le départ de leur envie de concevoir jusqu'à un an de l'enfant ? Comment entrer en résonance avec les désirs des femmes du 21^e siècle ? C'est le défi qui est devant nous.

QUELLE TERRITORIALITÉ POUR QUELLE NAISSANCE ?

Par ailleurs, la façon de concevoir un enfant connaît une révolution. Recomposition des couples, parents homosexuels,

Politique de périnatalité. Le verdict de l'Académie nationale de médecine et de la Cour des comptes

Le constat des académiciens est sans appel, ils observent une saturation des maternités de type 2 et 3 ; une raréfaction de l'offre privée à but lucratif ; une crise d'attractivité des métiers de la périnatalité ; une accélération de la fermeture des plus petites structures, voire des structures moyennes (de 1000 à 2000 accouchements) ; une prédominance des réseaux interhospitaliers au détriment des collaborations ville-hôpital ; la suppression de l'activité chirurgicale par certains établissements ; des indicateurs de santé maternelle et périnatale en France parmi les moins bons en Europe.

« L'organisation des structures est à repenser », notent-ils. « Les structures effectuant moins de 1000 accouchements sont les plus fragiles, en ce qu'elles recourent abondamment à l'intérim et peinent à organiser un service de garde avec des praticiens de la structure. Les structures de type 2 effectuant moins de 1000 accouchements devraient être renforcées en priorité. Seules de grandes structures seront à même de proposer une offre et une qualité de soins exigées par les usagers comme par les professionnels. »

LES SAGES DE LA COUR DES COMPTES INTERROGENT L'EFFICACITÉ DES MOYENS ALLOUÉS

« Alors que les moyens consacrés à la politique de périnatalité sont toujours plus importants (9,3 Md€ en 2021, + 9% par rapport à 2016), que la natalité recule (-5,3% sur la même période), et que des résultats médiocres au plan sanitaire sont observés », les sages posent la question de l'efficacité des moyens alloués.

Le rapport de la Cour des comptes indique que le taux de mortinatalité¹ en France est depuis vingt ans parmi les plus élevés d'Europe (3,8 % pour la période allant de 2015 à 2020). En outre, la France est l'un des seuls pays dans lesquels il ne s'est pas amélioré depuis 2000.

Pour la mortalité néonatale², la France se situe au 22^e rang sur 34 pays européens, avec un taux de 2,7 ‰. La trajectoire est défavorable depuis 2012, après une amélioration constatée entre 2001 et 2011. Si le taux de mortalité néonatale français avait été identique à celui des meilleurs pays européens, le décès de 2 079 enfants aurait pu être évité entre 2015 et 2017.

Enfin, le taux de décès maternels³ (90 chaque année) est comparable à la moyenne des pays européens. 60 % des décès maternels sont néanmoins considérés comme potentiellement évitables. Dans les deux tiers des cas, ils sont intervenus après des soins non-optimaux, en raison notamment de dysfonctionnements dans le système de prise en charge et dans les parcours de soins périnataux.

1. La mortinatalité correspondant au rapport entre le nombre d'enfants nés sans vie et le nombre total de naissances.
2. La mortalité néonatale correspondant au décès d'enfants intervenus au cours du premier mois de vie.
3. Le taux de décès maternels correspond à un décès pendant la grossesse et jusqu'au 42^e jour après la naissance.

DÉPENSES DE MATERNITÉ REMBOURSÉES PAR L'ASSURANCE MALADIE

Dépenses relatives à la politique de périnatalité (en Md€) selon la Cnam, cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance maladie (tous régimes confondus) et ATIH.	8,3 Md€ en 2016, 2017
	8,4 Md€ en 2018
	8,5 Md€ en 2019, 2020
	9,1 Md€ en 2021

L'ACCÈS À L'IVG RESTE INÉGAL EN FRANCE SELON LE SÉNAT

En France, une femme sur trois avorte au cours de sa vie. En 2022, 234 000 IVG ont été réalisées, un chiffre en hausse. En mars 2024, le Parlement a adopté l'inscription de l'IVG dans la Constitution. « Si les chiffres montrent que le droit à l'avortement est acquis, ils cachent une réalité plus sombre. Déserts médicaux, allongement des délais de consultation, manque de personnel formé et soignants qui invoquent leur clause de conscience, l'accès à l'IVG est un vrai parcours de la combattante », souligne le Sénat.

SAUVER LES MATERNITÉS PRIVÉES : LES ACTIONS DE LA FHP-MCO

2010, création d'un groupe expert Naissance. Il travaille sur la réforme des autorisations, le financement, les 1 000 jours, l'attractivité des maternités privées. Il mène des enquêtes et organise des ateliers. Il échange avec le ministère, les représentants des obstétriciens et des sages-femmes, avec les organismes assurantiels, etc.

2015, lancement d'un plan de sauvegarde : campagnes tarifaires successives donnant la priorité aux maternités.

2016, publication d'un *Data maternités privées* : état des lieux.

2020, webinaire sur les « 1 000 premiers jours ».

2021, webinaire sur l'évolution des métiers de la naissance.

2022, appui du cabinet Ernst & Young : établissement d'un swot, benchmark international, proposition d'un modèle de financement.

2024, publication d'un *Data maternités privées* : état des lieux, deuxième itération.



Sources :

« Planification d'une politique en matière de périnatalité en France : organiser la continuité des soins est une nécessité et une urgence », Académie nationale de médecine, février 2023.

« La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier », Cour des comptes, mai 2024.

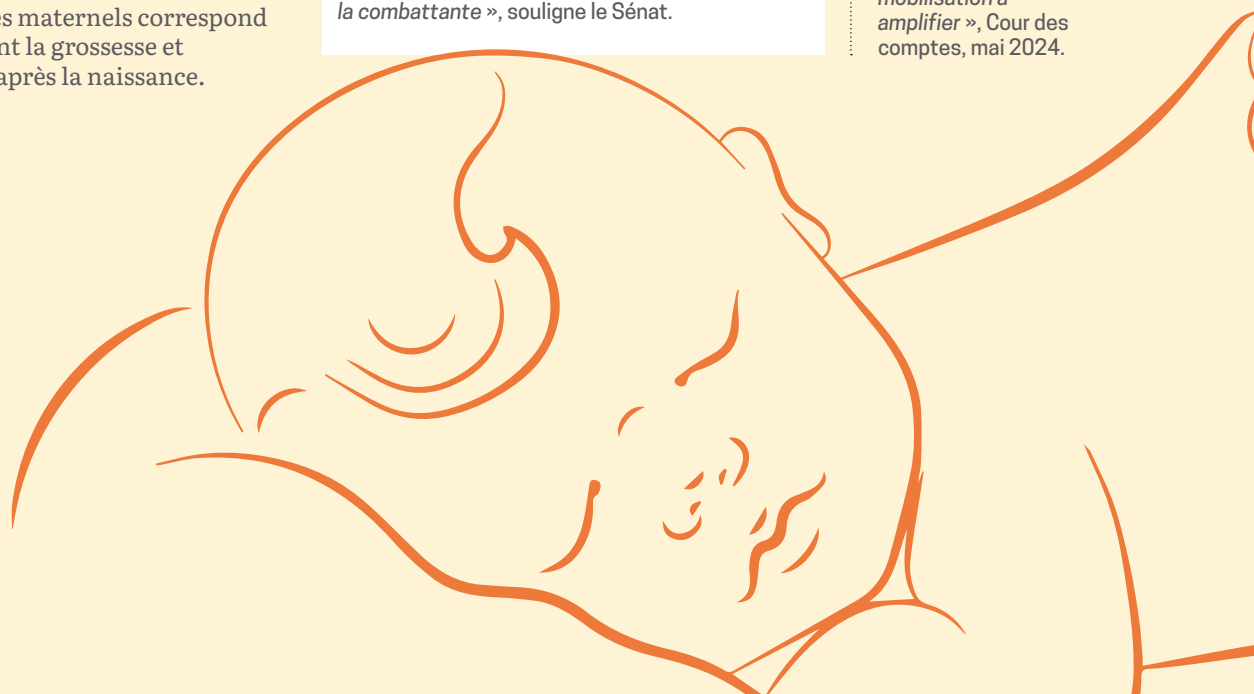


FIG. 1. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE NAISSANCES

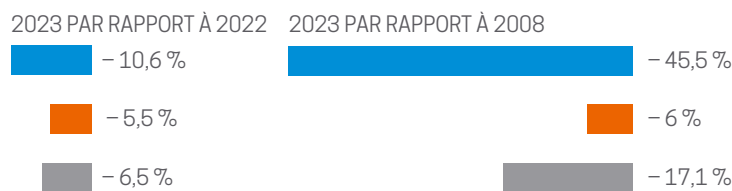


FIG. 2. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE MATERNITÉS

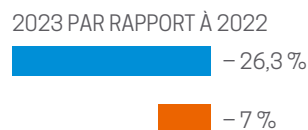
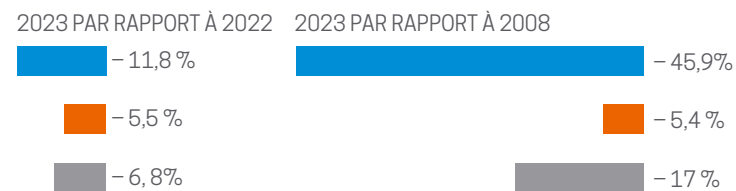


FIG. 3. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SÉJOURS



● PRIVÉ ● PUBLIC ● NATIONAL

FIG. 4. DISTRIBUTION DES ACCOUCHEMENTS ENTRE PUBLIC ET PRIVÉ EN 2022 (BASE PMSI)



Maternités privées. Une tendance baissière sur de nombreux indicateurs

UNE CHUTE DE L'ACTIVITÉ

Sur 669 449 naissances enregistrées en 2023, 125 439 se sont déroulées dans les établissements de santé privés. Un chiffre en baisse. En 16 ans, le secteur privé a perdu près de 46 % de son activité obstétricale (Fig. 1).

UNE BAISSÉ DU NOMBRE D'ÉTABLISSEMENTS

Entre 2013 et 2022, une baisse de l'activité est observée : 26,3 % pour les maternités privées et 7 % pour les maternités publiques. En 2023, le territoire français compte 107 établissements privés et 339 établissements publics. Sur cette même période le nombre de maternités privées de type 1 est passé de 97 à 57 et les maternités de type 2 de 47 à 52. Il est à noter que le nombre de maternités publiques de type 2 est resté identique (Fig. 2).

UNE BAISSÉ DU NOMBRE DE SÉJOURS

Au niveau national, l'activité obstétricale a baissé de 6,8 % et de 11,8 % dans le secteur privé (versus 5,5 % dans le public). Le taux de césarienne en France demeure en deçà de la moyenne des pays européens. (Fig. 3)

UNE BAISSÉ DE LA DURÉE MOYENNE DU SÉJOUR

Entre 2022 et 2024, la durée moyenne du séjour pour un accouchement par voie basse ou césarienne baisse de manière similaire dans les établissements de santé privés et publics. Il demeure plus long pour des césariennes et les primipares.

Les établissements de santé privés réalisent 42,5 % des accouchements primipares (contre 40,6 % pour le public) et 57,5 % des accouchements multipares (versus 59,4 % pour le public). (Fig. 4)

LE TAUX DE TRANSFERTS

Le poids moyen des enfants transférés est de 2 685 grammes. En 2022 tous les établissements de santé réalisant des accouchements ont au moins réalisé un transfert. Le taux de transfert « global » est de plus du double dans le secteur public (3,6 % contre 1,7 %) alors que le taux de transfert précoce est quasi identique dans les deux secteurs (1,6 % contre 1,4 %).

LE TAUX D'ÉPISIOTOMIE

En 15 ans, il est passé de 25 à 5 %. Cependant, les sutures immédiates suite à une déchirure obstétricale du périnée augmentent de 54 % dans le public, contre 25 % dans le privé en 2022.

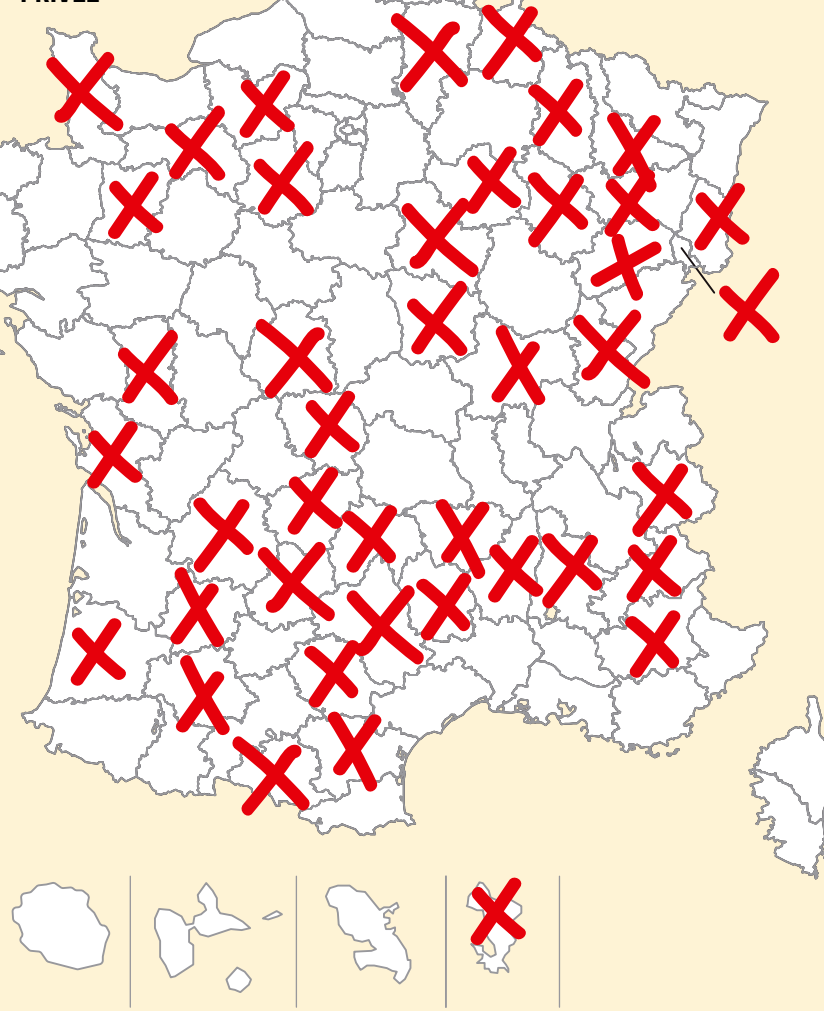
PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE

Le secteur privé qui assurait la moitié de l'activité nationale en matière de PMA avant 2008, en produit toujours 42 %. Sur l'ensemble de l'activité obstétricale, la diminution de part de marché du secteur privé est beaucoup moins importante que pour le secteur public.

Source : Data maternité FHP-MCO n°9, 2024

45

DÉPARTEMENTS SANS MATERNITÉ PRIVÉE



Accouchement. Le choix des femmes

54 %

des femmes choisissent leur maternité tout d'abord sur un critère de proximité de leur domicile, et à égalité, sur un critère de qualité des soins, puis ensuite sur la réputation (40 %).

40 MIN

Les femmes seraient prêtes à faire jusqu'à 40 minutes de trajet en moyenne pour se rendre sur le lieu de leur accouchement. 65 % seraient d'accord avec la proposition de l'Académie de médecine de regroupement des maternités de type 1 avec celles de type 2 et 3 mieux équipées, même si elles se trouvaient jusqu'à 1 heure de trajet de leur domicile.

62 %

des femmes interrogées n'ont jamais entendu parler des 4 types de maternités ou ne voient pas de quoi il s'agit. Un quart des femmes ne connaissent pas le type de maternité dans laquelle elles ont accouché.

30 %

en moyenne des femmes déclarent un problème lors de leur accouchement : 32 % après un accouchement dans une maternité de type 1, 34 % dans une maternité de type 2a ou 2b, et 35 % de type 3. 21 % déclarent ne pas avoir bénéficié d'un suivi post-natal une fois à leur domicile, et 50 % à avoir ressenti une dégradation de leur santé mentale.

Source : Étude sur la santé périnatale, Sénat, juin 2024. Cette enquête a été réalisée par le Sénat avec l'institut CSA Research auprès de 1 013 femmes.



Profession.

« Si rien ne change, la France va concentrer l'offre et fermer des sites »

Depuis 15 ans, le Syngof alerte les organismes de tutelle sur la rupture d'attractivité des métiers de la naissance.

DR BERTRAND DE ROCHAMBEAU, PRÉSIDENT DU SYNDICAT DES GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS DE FRANCE (SYNGOF)

En France, 25 000 sages-femmes, majoritairement en exercice libéral, et 5 260 gynécologues-obstétriciens exerçant dans les établissements sanitaires publics et privés, maillent le territoire.

La moitié des gynécologues-obstétriciens exercent dans les maternités publiques qui recourent aussi à des praticiens diplômés à l'étranger. Côté maternités privées, 943 accoucheurs libéraux assurent la permanence de soins (2023). Ce chiffre baisse de 10 % chaque année.

La continuité d'activité 24 heures sur 24 repose sur les épaules des médecins alors qu'après dix ans de pratique professionnelle, nombre d'entre eux se détournent de l'obstétrique pour s'orienter vers la gynécologie médicale ou chirurgicale. Cette tendance est accentuée par une rémunération des gardes et astreintes très insuffisante pour être incitative en contrepartie de la sujétion induite. La réévaluation en 2024 de la consultation des gynécologues médicaux à 40 euros constitue un signal supplémentaire pour abandonner la salle de naissance. De plus, l'aide à la prime d'assurance, qui est très élevée pour l'activité de salle de naissance, n'est plus octroyée quand l'activité technique de

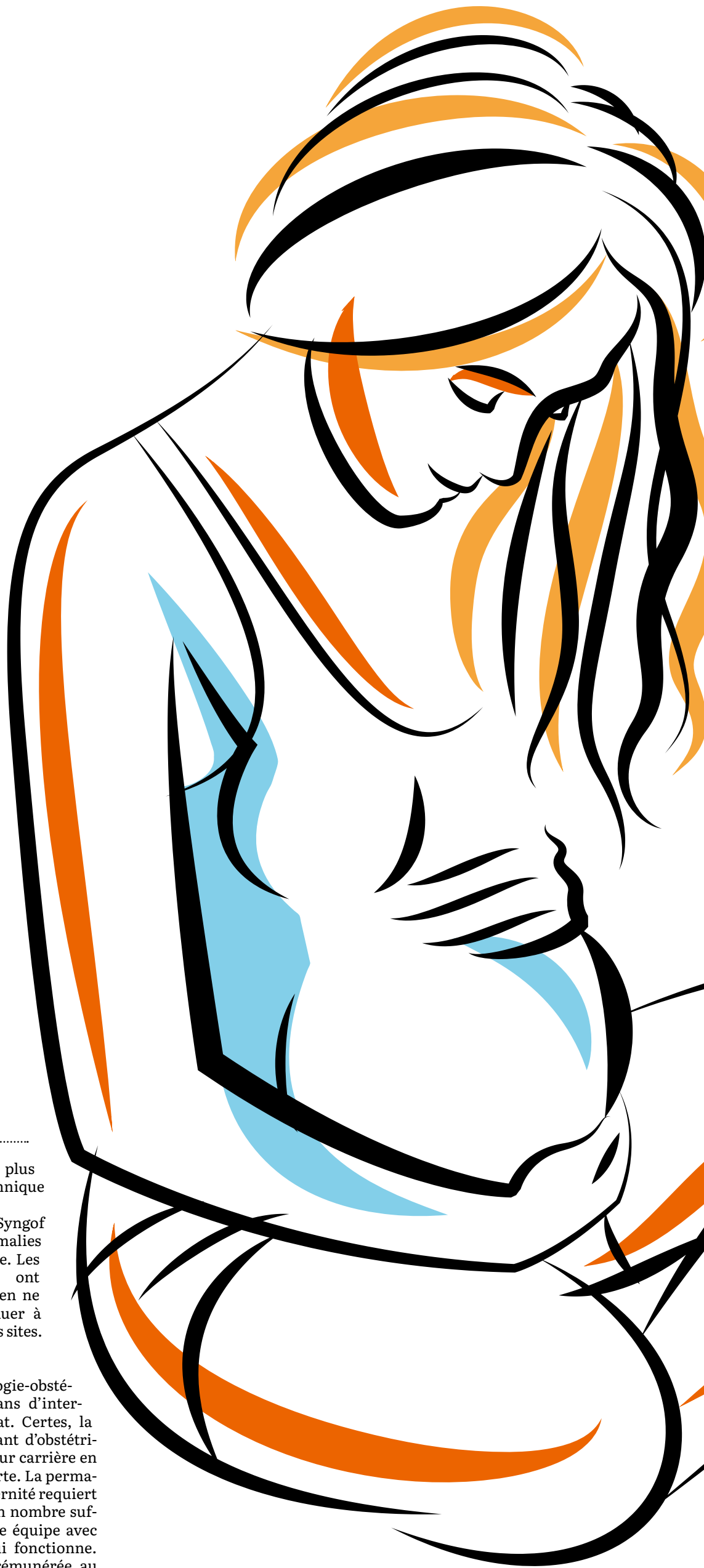


consultation représente plus de 50 % de l'activité technique totale.

Depuis 15 ans, le Syngof fait part de ces anomalies aux organismes de tutelle. Les gynécologues-obstétriciens ont perdu toute motivation. Si rien ne change, la France va continuer à concentrer l'offre et fermer des sites.

UNE CARRIÈRE TRÈS COURTE

Le diplôme de gynécologie-obstétrique s'obtient après cinq ans d'internat et un an de post internat. Certes, la France n'a jamais formé autant d'obstétriciens mais nous savons que leur carrière en salle de naissance est très courte. La permanence des soins dans une maternité requiert a minima six obstétriciens, un nombre suffisant de sages-femmes et une équipe avec pédiatres et anesthésistes qui fonctionne. Cette équipe pourrait être rémunérée au forfait selon les compétences de chacun, et les coûts induits par cette activité, comme la prime d'assurance. Nous aurions alors en salle de naissance des équipes solidaires, et nous maintiendrions une activité d'obstétrique dans les établissements de santé privés.



Formation.

Les sages-femmes retrouveront-elles le goût pour la salle d'accouchement ?

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes tire le signal d'alarme sur la pénurie des ressources humaines et souligne « l'invisibilisation récurrente » des sages-femmes.

ISABELLE DERRENDINGER, PRÉSIDENTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

Les professionnels de la périnatalité sont unanimes à dénoncer la caducité des décrets de périnatalité de 1998. Le morcellement et le cloisonnement des stratégies de gouvernance en santé de la femme sont aussi un constat partagé. Pour exemple, la commission nationale de la naissance créée en 2008, a été supprimée en 2021 sans être relayée alors qu'elle était force de proposition.



Les sages-femmes se détournent de la salle de naissance pour des raisons liées aux problèmes démographiques, à la situation des maternités, aux décrets de périnatalité, et du fait de l'absence de reconnaissance du statut médical de la profession. Nous observons une perte de sens dans l'exercice de la profession ainsi que le sentiment croissant pour nos consœurs de ne plus être en mesure d'assurer la sécurité physique et psychique des femmes.

Ainsi en France, si 30 000 sages-femmes sont inscrites à l'Ordre, seules 25 000 exercent, dont deux tiers à l'hôpital public. Parmi les 5 000 sages-femmes qui n'exercent plus, la majorité ne veut plus travailler en salle de naissance ni en structure hospitalière, du fait de la détérioration des conditions de travail. Parmi les 6 480 sages-femmes qui exercent en libéral en assurant l'amont et l'aval de l'accouchement, seules 2 500 exercent en activité mixte du fait des contraintes statutaires.

FAIRE ÉVOLUER LE MÉTIER

Concernant l'exercice territorial tout autant fragilisé, les 1 000 sages-femmes qui exercent en PMI vont finir par disparaître si rien n'est fait pour corriger les difficultés rencontrées en matière de protection maternelle et infantile.

Par ailleurs, la cotation de l'activité de sage-femme dans la nomenclature Insee pose problème. Celle-ci nous définit comme une profession intermédiaire et le métier est catégorisé dans les professions paramédicales.

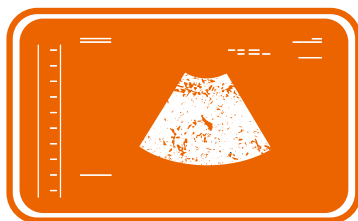
La loi Chapelier de janvier 2023, visant à faire évoluer le métier de sage-femme, préconise la création d'une sixième année d'études, le statut de maître de stage universitaire, l'intégration des écoles de sages-femmes à l'université à l'horizon 2027, et enfin le reclassement de l'activité de sage-femme dans la grille des professions médicales de l'Insee. Mais les directives européennes relatives à la nomenclature Insee le permettent-elles ?

L'invisibilisation récurrente des sages-femmes par les pouvoirs politiques, majorée lors du Ségur de la santé, a accéléré le taux de radiation. Parallèlement, constat plus préoccupant : 27 % des places en école de sages-femmes sont restées vacantes en 2022 et 9 % en 2023. Gardons à l'esprit que 2028 sera une année blanche du fait de la réforme de la formation, et de l'allongement nécessaire des études mais qui, malheureusement, n'ont pas été accompagnées d'une reconnaissance statutaire, ni d'un accès facilité à la formation continue.

Sans sursaut politique, la situation devrait donc irrémédiablement s'aggraver dans un avenir proche. Penser résoudre le problème démographique français des sages-femmes par des recrutements de candidates à diplôme étranger serait une erreur, l'écart de formation et de compétence ne cessant de se creuser.

L'enquête nationale de périnatalité fournit des jalons tous les cinq ans. Les indicateurs publiés doivent nous préoccuper, tout comme les résultats de l'enquête confidentielle sur la mortalité maternelle. Selon les chiffres de 2016-2018 publiés en 2024, 150 parturientes décèdent chaque année, dont la moitié serait évitable. Qu'est-il advenu des objectifs de sécurité, d'humanité et de proximité fixés par le plan périnatalité de 2005 à 2007 ?

Les résultats de l'étude sur les services de la protection maternelle et infantile (PMI) de la députée Michèle Peyron, réalisée à la demande du Premier ministre en 2018, sont dramatiques. La PMI n'est plus en mesure d'assurer sa mission première - la prévention - et de transmettre par exemple des données des huit premiers jours de l'enfant.



Assurances

Le Bureau central de tarification statuant en matière d'assurance de responsabilité médicale enregistre un nombre de décisions concernant les obstétriciens en baisse significative et régulière, passant de 53 en 2013 à 8 en 2022. Source : Rapport d'activité 2022 du Bureau central de tarification



Enjeux. Les « 1000 premiers jours » : les fondations de la santé pour toute la vie

La France bénéficie depuis 2021 d'une nouvelle politique publique conçue autour des besoins de l'enfant et de ses parents durant la période clé des 1 000 premiers jours. Quels en sont les enjeux ?

A peine les gamètes ont-elles fusionnées, que les cellules commencent à se multiplier : le milieu intervient déjà, raconte le Pr Boris Cyrulnik. L'acquisition ou la modification du milieu agissent sur le bébé qui n'est pas encore né.

Le Pr Cyrulnik rappelle un raisonnement simple : « Lorsque la femme enceinte est sécurisée, qu'elle met au monde un enfant, entourée d'un mari, de sa famille et d'une culture sécurisante, le bébé se débrouille. Cette manière de poser le problème nous responsabilise. Nous devons mettre en place beaucoup plus tôt que ce qu'on croyait des facteurs de protection maternelle qui seront des plans de protection des enfants, et le père y participe. »

Ainsi, le neuropsychiatre plaide pour la mise en place d'entretiens prénatals pour sécuriser la mère et lutter contre les inégalités sociales. Outre dépister les maladies comme le diabète, l'hypertension, etc., il faut aussi dépister la relation avec le mari, avec la famille et l'environnement social.

POURQUOI 1 000 JOURS ?

Durant les 300 jours de la grossesse, le façonnement du cerveau et du tempérament du bébé démarre, influencé par le milieu. Le maître mot est la sécurisation également au moment de l'accouchement. « Dès les premiers travaux sur l'accouchement sans douleur, une transformation d'ambiance dans les salles de travail était observée. Les femmes

étaient pareillement mises à l'épreuve mais elles retrouvaient confiance en elles et devenaient maîtresses de leur accouchement. La famille, la culture et les personnels de la maternité ont une manière d'interagir avec les femmes enceintes qui les sécurise ou les angoisse. Les professionnels peuvent être de très bons sécurisants. Fournir des connaissances modernes sur les théories de l'attachement donne une autre manière pour les accoucheurs de penser l'accouchement. »

Durant les 300 premiers jours de sa vie, le bébé sera dans les bras de la mère. « Si la mère le regarde et lui parle, le bébé dispose de tout ce qu'il faut pour se développer. Si la mère ne regarde pas le bébé, et s'en désintéresse parce qu'elle ne voulait pas le mettre au monde, parce qu'elle est dépressive, que son mari est violent, le bébé cesse de téter, ou tête au ralenti. » Dès les premiers jours, le bébé est déjà relationnel.

Il ne faut pas médicaliser un développement normal. Ce travail relationnel, éducatif, social, n'est pas forcément celui d'un professionnel, mais celui de la famille, des amis, mais aussi des centres culturels, sportifs, explique le Pr Cyrulnik. Le rapport des 1000 jours propose de créer des « maisons 1000 jours », où des familles peuvent venir bavarder avec d'autres familles.

Cependant, cette politique des 1000 jours a besoin d'actions pérennes et fortement soutenues dans le temps. Avec regret, le groupe expert Naissance note un « flottement » qui s'est installé depuis le départ du secrétaire d'État, Adrien Taquet.

En 2019, une commission composée de 18 experts et présidée par le Pr Boris Cyrulnik, neuropsychiatre, a planché sur les enjeux des 1 000 jours. Le Pr Cyrulnik intervenait au sein du groupe expert Naissance de la FHP-MCO en 2020.



Neuf maisons de naissance en France

Ces structures autonomes sont sous la responsabilité exclusive de sages-femmes. Elles accueillent les femmes enceintes dans une approche personnalisée du suivi de grossesse jusqu'à leur accouchement, dès lors que celles-ci sont désireuses d'avoir un accouchement physiologique, moins médicalisé, et qu'elles ne présentent aucun facteur de risque connu. Ces structures sont contiguës à un établissement de santé avec lequel elles passent convention. La création des maisons de naissance en France est possible à titre expérimental depuis 2015.

Un appel à candidatures, lancé en juillet 2015 en lien avec la HAS, a permis de retenir 9 maisons de naissance :

- Calm - Maison de naissance à Paris
- Premier cri à Vitry sur Seine
- Maison de naissance Doumaia à Castres
- La Maison à Grenoble
- Le Temps de Naître à Baie-Mahault
- Joie de naître à Saint Paul
- Premières heures au monde à Bourgoin-Jallieu
- Manala, Maison de naissance Alsace à Sélestat
- Un nid pour Naître à Nancy

Les nouettes en plastique seront-elles autorisées ?

Les nouettes à destination des nouveau-nés font l'objet d'une dérogation (pour l'heure) dans le projet de décret de l'article 77 de la loi AGEC qui prévoit la suppression des contenants alimentaires de cuisson, réchauffage et de service en plastique pour les services de pédiatrie, d'obstétrique et de maternité, ainsi que pour les centres périnataux de proximité. La consultation publique qui s'achevait fin décembre en décidera-t-elle autrement ?

Naturel. Le lait maternel n'est pas juste un aliment

Les bénéfices de l'allaitement naturel sont connus et régulièrement rappelés par les autorités de la santé. Mais des blocages subsistent.

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (HCSP)

Sur la base des données de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'environnement, de l'alimentation et du travail (Anses), le HCSP rappelle les bénéfices de l'allaitement maternel. Chez l'enfant, l'allaitement maternel prévient des infections, des caries et de l'obésité, réduit la mort subite du nourrisson et la mortalité infantile globale, et permet un meilleur développement cognitif. Pour les prématurés, il est primordial. Pour la mère, outre encourager l'attachement entre la mère et l'enfant, l'allaitement diminue le risque de cancer, de dépression post partum et de diabète de type 2. L'allaitement maternel présente des intérêts écologiques et économiques. L'OMS recommande l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois.

« La France ne soutient pas suffisamment les femmes qui allaitent. Elles sont exposées à des injonctions contradictoires, un manque de formation des professionnels, un soutien hétérogène et souvent insuffisant une fois rentrées à domicile. Trop peu de maternités sont engagées dans la labellisation Initiative hôpital ami des bébés et les consultations allaitement ne sont pas remboursées. Lors de la reprise de

l'activité professionnelle, rien n'est proposé pour conserver l'allaitement maternel. Bien que les bénéfices de l'allaitement soient démontrés, il progresse très faiblement et reste l'un des plus faibles en Europe. Une politique nationale coordonnée est nécessaire pour promouvoir un environnement protecteur et aidant, aux femmes qui souhaitent allaiter », souligne le HCSP. Le Haut conseil ajoute que les femmes enceintes et allaitantes, comme la population générale, « sont exposées à des contaminants environnementaux plus ou moins persistants qui peuvent être transmis au fœtus pendant la grossesse et se retrouver aussi dans le lait maternel. Mais les laits artificiels et l'eau de reconstitution ne sont pas exempts de contaminants chimiques. »

Source : Rapport sur l'allaitement maternel, Haut conseil de la santé publique, septembre 2024

Le label « Très haute qualité sociale et environnementale »

Les maternités labellisées Très haute qualité sociale et environnementale (THQSE), suite à un audit et un scoring, identifient et réduisent leur impact environnemental néfaste à l'homme ou l'environnement. Par leur exemplarité, elles sensibilisent les parents. La labellisation THQSE est vérifiée par un organisme de certification indépendant. C'est un gage de prise en charge de la grossesse et de la naissance, sous l'angle de la prévention et de la santé environnementale. « Nous avons été positivement surpris de l'intérêt de certains membres de notre équipe qui se sont spontanément mobilisés pour la démarche RSE. C'est avec eux que nous avons initié cette conduite du changement, qui reste un exercice difficile. Il faut continuellement expliquer, auditer, sensibiliser (...) Cette démarche a été un véritable moteur qui a contribué à renforcer l'esprit d'équipe », explique le Dr Sophie De Butler, pédiatre, directrice médicale de la Clinique Victor Pauchet (80). L'établissement est labellisé THQSE. Ce label est développé par l'agence Primum Non Nocere.

Le label Maternys

Imaginé par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) ce label est délivré aux maternités qui s'engagent à ce que la bienveillance de la mère soit au centre de leurs préoccupations. Tout au long de sa prise en charge, la parturiente est assurée de recevoir une information transparente, de qualité, avant l'obtention de son consentement, dans la limite des recommandations médicales. Le label s'obtient suite à un audit. Il suppose le déploiement des douze recommandations, la formation initiale et continue des personnels, ainsi qu'un suivi propre au label. En 2023, 11 des 39 maternités labellisées, sont des maternités privées.

Des interventions non médicamenteuses (INM) utilisées en maternité

Ces pratiques comme des régimes ciblés, des programmes de rééducation kinésithérapique, des programmes d'activité physique adaptée (APA), des psychothérapies, des protocoles d'hypnose, des programmes d'éducation thérapeutique (ETP)... dans un cadre médical, vont bénéficier d'un modèle standardisé d'évaluation pointant les invariants méthodologiques et éthiques adaptés aux INM. Ce cadre scientifique est porté par la Non-pharmacological intervention society.

L'Initiative hôpital ami des bébés (IHAB)

Créé par l'OMS et l'UNICEF pour encourager l'allaitement maternel, le programme IHAB composé de 10 recommandations est devenu un label international. Il favorise l'attachement parents/enfant, le respect du rythme des besoins du nouveau-né et de ses parents, s'assure que les parents sont informés et associés à chaque étape du parcours. En 2024, la France compte 78 maternités labellisées, dont 15 de statut privé.



Maternités en Europe.

Financement, formation organisation, on cherche des solutions...

Comment la formation de sage-femme est-elle organisée en Belgique ? De nombreux défis sont à relever.

Trois communautés linguistiques (francophone, néerlandophone et germanophone) sont autonomes en matière d'enseignement. L'État fédéral belge fixe cependant un cadre commun pour les titres professionnels : profil attendu, conditions d'accès et délivrance des agréments. De plus, ces titres doivent satisfaire aux directives européennes. La finalité de formation est commune, seuls les chemins pédagogiques pour y parvenir diffèrent, a expliqué Olivier Ballez, maître-assistant en droit, enseignant relais au service des relations internationales de la Haute École Provinciale de Hainaut - Condorcet à Mons, Belgique, à la Journée des métiers 2023 de la FHP-MCO.

FORMATION EN 4 ANS

En communauté française, la formation de sage-femme est organisée en 4 ans (240 ECTS) et répond au niveau 6 du cadre européen de certification, soit une formation théorique et pratique de 4600 heures, dont au minimum un tiers de pratique clinique. La directive européenne impose aussi aux futures sages-femmes de procéder, entre autres, au minimum à 40 accouchements, 100 surveillances prénatales, 40 suivis de gestantes exposées à des risques... Répondre à cette directive permet la libre circulation lors de l'obtention du diplôme.

« Durant les périodes de stages, les étudiants sont accompagnés par des maîtres de formation pratique, sages-femmes enseignantes de la Haute-Ecole, qui se rendent ponctuellement sur les lieux de stages pour superviser les étudiants en situation. Les sages-femmes de terrain encadrent aussi les étudiants. Nous utilisons comme outil un carnet de stage, basé sur le référentiel de compétences intégré interréseaux. Cet outil

d'accompagnement pédagogique vise, entre autres, à former des sages-femmes autonomes et responsables », explique Coralie Sofia, sage-femme, maître-assistant et maître de formation pratique à la Haute École Provinciale de Hainaut-Condorcet. « Nous avons pour philosophie de donner une chance à la mobilité internationale à tous nos étudiants, qu'ils soient ou non résidents belges. À l'aube de 2025, de nombreux défis sont à relever tant pour la formation que pour l'exercice de la profession de sage-femme en Belgique », ont-ils conclu.

Lire « The future of midwifery care and education in Belgium : A discussion paper », de Goemaes et al. publié en novembre 2024 dans la revue Midwifery.

« Nous avons pour philosophie de donner une chance à la mobilité internationale à tous nos étudiants, qu'ils soient ou non résidents belges. »

DS
bref

LES MAISONS DE NAISSANCE À L'ÉTRANGER

En Angleterre, plus de 75 % des maternités disposent d'une maison de naissance.

Les États-Unis bénéficient d'une maison de naissance pour 10 000 accouchements, le Canada 1 pour 17 000, 1 pour 7 500 en Allemagne, et 1 pour 90 000 accouchements en France.

Source : dossier de presse du Collectif français des maisons de naissance

Des congés maternité variables

Autant de formules que d'États membres : les mamans en France, en Autriche, en Espagne, en Lettonie, au Luxembourg et aux Pays-Bas disposent de 16 semaines de congé de maternité. 15 semaines sont accordées aux mamans en Belgique, au Portugal et en Slovénie. La Suède caracole loin en tête et offre 240 jours de congé parental à chacun des deux parents à la naissance d'un enfant. S'ajoutent à ces congés indemnisés à 100 %, des formules de congés de naissance. Selon la DREES, en France, environ 30 % des pères n'ont pas recours au congé paternité, et le congé parental concerne 0,8 % des pères, contre 13,7 % des mères.

UNE MORTALITÉ INFANTILE ÉLEVÉE EN FRANCE

Les données 2018 EUROSTAT ne placent pas la France en situation favorable pour la mortalité infantile. En comparaison

avec d'autres pays européens, il y a chaque année en France un excès d'environ 1 200 décès d'enfants âgés de moins d'un an.

QUEL MODÈLE DE FINANCEMENT ?

D'autres pays que la France s'interrogent aussi sur le dispositif de financement de la naissance et expérimentent des modèles. Trois principaux scénarios émergent :

- le paiement à la performance. Selon la conformité de la performance à des indicateurs de qualité, un bonus/malus est imputé au prestataire de soins. Ce modèle se rapproche du dispositif d'incitation au financement à la qualité (IFAQ) français.

- la variation de dépense entre le prix cible par épisode et le prix moyen réel par épisode est partagée entre le producteur de soins et le payeur, selon deux options : seuls les gains sont partagés ; les gains et les pertes sont partagés.
- le paiement à l'épisode de soins. Le paiement est défini pour un ensemble spécifique d'activités liées à un épisode de soins, incluant plus d'un prestataire ou d'une structure de soins.

La FHP-MCO a mené des travaux de benchmarking entre différents pays avec l'appui du cabinet Ernst & Young.

DS 51

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les trois mois. Janvier 2025. Directrice de publication : Frédérique Gama, présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos et illustrations : © Franck Dunouau, © iStock, URPS Île-de-France.