



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Rapport au Parlement relatif à l'expérimentation des maisons de naissance

Article 1^{er} et 4 de la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance :

« Les autorisations portent sur une durée maximale de cinq ans. » (...) « 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 du Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance :

« Il fixe 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 ».

Janvier 2020

Sommaire

1. Introduction	3
1.1. Le concept de maison de naissance	3
1.2. Le cadre de l'expérimentation	4
1.3. Les établissements expérimentateurs	5
1.4. Le cadre de l'évaluation de cette expérimentation	6
2. Le cadre posé par l'expérimentation et son respect	8
2.1 L'adossement de la maison de naissance et son conventionnement obligatoire avec une maternité partenaire ainsi qu'avec le réseau de santé en périnatalité	8
2.2 L'organisation de la « permanence » SF et des binômes	9
2.3 La formation des professionnels SF aux gestes d'urgence	10
3. Le parcours proposé	11
3.1 Un suivi de grossesse marqué par une continuité forte et un effort de « personnalisation » des prises en charge	11
3.2 Une phase courte de prise en charge lors de l'accouchement, sans hébergement	12
3.3 Une très faible médicalisation de l'accouchement	13
3.4 Une continuité de suivi de la mère et du nouveau-né à l'issue de l'accouchement	14
4. L'activité réalisée dans le cadre de l'expérimentation et l'attractivité des structures	14
4.1 Un démarrage progressif mais désormais effectif pour 8 sites expérimentateurs sur les 9 retenus	14
4.2 Un niveau global d'activité atteint qui témoigne que le dispositif a trouvé son public ..	15
4.3 Un niveau d'activité par structure qui demeure toutefois variable et est le reflet d'une diversité de facteurs	16
5. Les résultats en termes de sécurité des prises en charge pour la mère et le nouveau-né	17
5.1 La fréquence de survenue des évènements indésirables	17
5.2 Les complications maternelles, fœtales et néonatales	18
5.3 Les conditions de réalisation des transferts vers la maternité partenaire	19
6. L'équilibre médico-économique des structures	21
6.1 Un modèle économique qui a permis le lancement de l'expérimentation	21
6.2...Mais qui semble présenter des limites dans l'éventualité d'une pérennisation	23
6.3 L'appréciation de l'efficacité comparée des financements mobilisés au titre d'un accouchement en maison de naissance vs. en maternité	24
4 Synthèse et conclusion	25

1. Introduction

1.1. Le concept de maison de naissance

Les maisons de naissance répondent au contexte relativement récent¹ de remise en cause de la médicalisation de la grossesse² et de recherche de modes de prise en charge alternatifs à ceux développés dans les structures hospitalières.

C'est à l'étranger, bien avant leur diffusion en France, que les maisons de naissance ont été développées. Au-delà de certaines différences (telle que notamment l'adossement ou non à une structure hospitalière), ces modèles étrangers recouvrent de nombreux points communs et correspondent à la définition commune de structures offrant des soins obstétricaux aux femmes en bonne santé ayant une grossesse unique dans laquelle les sages-femmes assument la responsabilité des soins prodigués³.

L'objectif de constituer en France des maisons de naissance a été porté en France par le plan périnatalité dès 2005 puis réellement mis en œuvre à la faveur de la loi de financement de la sécurité sociale de 2013.

A l'instar des modèles étrangers, les maisons de naissance « à la française » ont vocation à proposer aux femmes une prise en charge « alternative », dont les caractéristiques principales sont les suivantes :

- Elle est centrée sur la parturiente et s'adapte à ses besoins particuliers tout au long de la grossesse;
- Elle offre à la parturiente un (ou plusieurs) interlocuteur(s) référent(s) qui demeurent identiques tout au long de la grossesse ;
- Elle donne une place essentielle aux préoccupations de prévention, promotion de la santé et limitation des interventions médicales.

Ce mode de prise en charge doit être distingué des filières dites « physiologiques », intégrées aux prises en charge hospitalières quoique répondant à une approche moins médicalisée et reposant sur une prise en charge prédominante par des sages-femmes. A contrario, la maison de naissance est juridiquement distincte de la maternité partenaire avec laquelle elle passe convention.

Le modèle expérimenté en France témoigne de la préoccupation de sécurité des parturientes et nouveau-nés, puisqu'il fixe comme règle l'adossement des maisons de naissance à des établissements de santé autorisés à réaliser les accouchements et qu'il organise le conventionnement des deux structures pour répondre aux transferts des parturientes et des nouveau-nés.

¹ On peut le situer à la fin des années 1990 lorsque sont apparues les premières associations de patientes et de professionnels ayant pour but de défendre une naissance plus respectueuse et physiologique. Ces préoccupations ont été portées par les premiers états généraux de la naissance (2003), la mission Périnatalité en 2003, puis le plan périnatalité 2005-2007.

² La médicalisation de la prise en charge de la grossesse a été développée à partir des années 1990 pour réduire la morbi mortalité périnatale. Celle-ci a porté ses fruits puisque la mortalité maternelle, qui était encore de 20/100 000 en 1980, a été réduite de moitié de 1980 à 2012, s'établissant à un taux de 10,3/100 000 en 2012, selon un niveau comparable à celui des autres pays développés (Royaume Uni, Californie). La cause la plus fréquente de mortalité maternelle, l'hémorragie du post-partum, a été fortement réduite.

³ Selon la définition donnée par le Midwifery Unit Network (MUNet).

Ce modèle doit permettre:

- Une « moindre médicalisation » des grossesses et des accouchements qui se déroulent dans un cadre physiologique, conformément aux demandes d'une partie des parturientes ;
- Un retour plus précoce au domicile de la mère et du nouveau-né qui ne sont pas hébergés dans la maison de naissance ;
- Tout en apportant des garanties de recours à la maternité en cas de situation complexe en *pre, per et post partum*, de prise en charge du nouveau-né à la naissance (avec notamment la réalisation notamment des dépistages néonataux obligatoires), etc.

L'expérimentation poursuit également l'objectif d'optimiser les dépenses de santé liées au suivi des grossesses et à la prise en charge des accouchements. Les maisons de naissance sont en effet associées à la perspective de potentielles économies pour le système de santé par rapport aux accouchements en maternité, eu égard à la moindre médicalisation des prises en charge qu'elles assurent. L'expérimentation française intègre par ailleurs une préoccupation d'équilibre économique des structures, permettant d'envisager leur éventuel déploiement ultérieur, hors contexte expérimental.

1.2. Le cadre de l'expérimentation

C'est assez tardivement par rapport aux premières expériences étrangères⁴ et dans un cadre expérimental, que le modèle des maisons de naissance a été introduit en France.

- **Sur le plan juridique et organisationnel :**

Des travaux préparatoires ont été conduits de 2006 à 2008, associant les professionnels, les usagers, la Haute Autorité de santé (HAS), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), en vue de l'élaboration d'un cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance et de l'évaluation de l'expérimentation.

Après une première tentative de donner une base législative à cette expérimentation⁵, la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 a autorisé la création pour cinq ans de maisons de naissance expérimentales.

La Haute Autorité de santé a publié en septembre 2014 un cahier des charges définissant un cadre de nature à assurer la qualité et la sécurité des soins pour la mère et l'enfant. En complément, a été publié un décret en conseil d'Etat⁶ fixant « *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* ». En application de ces textes et après appel à candidature, neuf sites expérimentateurs ont été retenus⁷, dont huit ont débuté de façon effective leur activité. Le délai d'expérimentation fixé par la loi⁸ est de cinq ans.

⁴ La première « maison de naissance » comparable à celles que nous connaissons actuellement en France, a ouvert ses portes à New York en 1975.

⁵ Un article 67 a été introduit au PLFSS pour 2011 mais a été censuré par le conseil constitutionnel au motif qu'il avait « un effet trop indirect sur les dépenses » de l'assurance maladie, objet du PLFSS.

⁶ Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

⁷ Arrêté du 23 novembre 2015.

⁸ Délai de 5 ans faisant suite au démarrage de l'expérimentation.

- **Sur le plan financier :**

L'expérimentation a bénéficié d'un accompagnement financier national reposant sur deux voies de financement :

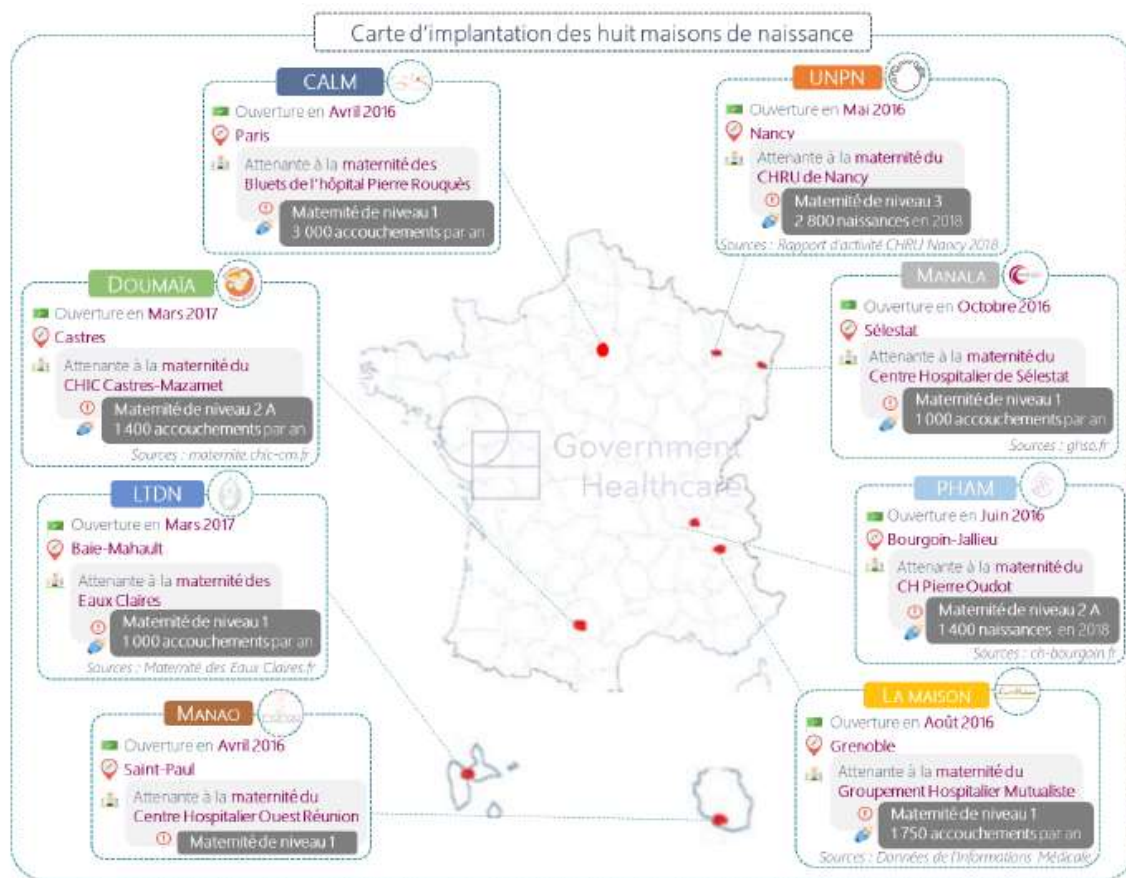
- La facturation des actes réalisés par les sages-femmes libérales qui y exercent (consultations, accouchements) selon la nomenclature en vigueur ;
- La délégation d'une enveloppe spécifique, issue du fonds d'intervention régionale (FIR), celle-ci étant dimensionnée pour financer les surcoûts issus de la participation des structures à l'expérimentation et à son évaluation. L'enveloppe a été évaluée initialement à 150 000€ par site expérimentateur, auxquels 20 000€ ont été ajoutés ultérieurement pour couvrir une partie des frais d'assurance des sages-femmes pour leur activité d'accouchement en maison de naissance.

1.3. Les établissements expérimentateurs

Neuf structures réparties sur l'ensemble du territoire national ont été retenues par l'arrêté en date du 23 novembre 2015 pour participer à l'expérimentation dans le cadre de l'appel à projets national. Huit d'entre elles ont démarré de façon effective leur activité au cours des deux années qui ont suivi (à l'exception du projet « Le premier cri » à Vitry sur Seine, qui est donc sorti de l'expérimentation). Chaque structure est adossée, selon le critère posé par le cahier des charges national, à un établissement de santé autorisé à l'activité de gynécologie-obstétrique.

Les huit sites en fonctionnement dans ce cadre et leurs établissements de santé de rattachement sont les suivants :

- Manao, Saint Paul (La Réunion) - Centre hospitalier Ouest Réunion
- Le Calm, Paris (Ile de France) – Hôpital Pierre Rouques, Maternité des Bluets
- Un nid pour naître, Nancy (Grand Est) – CHRU de Nancy
- Doumaia, Castres (Nouvelle Aquitaine) – CHIC Castres-Mazamet
- Le temps de naître, Baie-Mahault (Guadeloupe) – Maternité des eaux claires
- Manala, Sélestat (Grand Est) – CH de Sélestat
- Premières heures au monde, Bourgoin-Jallieu (Rhône Alpes) – CH Pierre Oudot
- La maison, Grenoble (Rhône-Alpes) – GH Mutualiste de Grenoble



*Répartition par région et caractéristiques générales des huit sites expérimentateurs
(Source : rapport remis par Government Healthcare, décembre 2019)*

1.4. Le cadre de l'évaluation de cette expérimentation

Conformément aux dispositions réglementaires, un arrêté en date du 9 décembre 2016, établi en étroite cohérence avec le cahier des charges de l'expérimentation établi par la HAS, a précisé le processus d'évaluation de l'expérimentation ainsi que la trame du rapport annuel d'activité attendu de chaque structure.

Quatre socles complémentaires d'évaluation ont été prévus et ont permis de suivre précisément la montée en charge et les résultats atteints par l'expérimentation :

- Les structures sont tout d'abord tenues de produire à intervalle régulier un rapport d'évaluation composé de deux volets:
 - Un 1^{er} volet relatif au fonctionnement de la maison de naissance, remis chaque année à l'ARS et au ministère chargé de la santé dans un délai de 3 mois suivant la fin de l'année civile ;
 - Un 2nd volet relatif à l'évaluation de la maison de naissance, remis à l'ARS et au ministère chargé de la santé pour la 2nde et 4^{ème} année d'exercice.
- Les maisons de naissance doivent donner lieu par ailleurs à une visite de l'ARS dans les trois mois suivant la publication de l'arrêté.
- En cas d'évènement indésirable grave se produisant dans les 30 jours ayant suivi l'accouchement en maison de naissance, la maison de naissance transmet dans les 24 heures suivantes un signalement à l'ARS.

Ces différents éléments ont permis de produire de premiers éléments d'analyse de l'expérimentation.

Ils ont été complétés par deux démarches :

1) Une évaluation médico-économique des structures :

En effet, l'expérimentation intègre une préoccupation d'équilibre économique des structures, dans le but notamment d'évaluer les conditions d'un éventuel déploiement ultérieur hors contexte expérimental. La Cour des comptes a d'ailleurs rappelé dans son rapport sur la situation des maternités en France de décembre 2014 que « *l'évaluation [des maisons de naissance] ne devra pas porter exclusivement sur la prise en charge qualitative et médicale des naissances, mais constituer une évaluation médico- économique établie dans des conditions méthodologiquement rigoureuses* ». Dans cet objectif, une mission a été confiée à la société GOVHE visant à :

- Etablir un état des lieux précis de l'activité des maisons de naissance en place et de leur situation financière ;
- Analyser le ou les différent(s) modèle(s) médico-économique(s) de ces structures ;
- Evaluer leur efficacité comparativement aux accouchements en contexte hospitalier ;
- Identifier les conditions, les leviers et limites de leur efficacité et de leur soutenabilité médico-économique ainsi que les perspectives d'évolution du ou des modèle(s) économique(s).

L'analyse produite présente l'intérêt de s'appuyer non seulement sur les documents financiers et les rapports d'évaluation des maisons de naissance mais également sur des observations faites lors d'entretiens réalisés avec les sages-femmes des maisons de naissance, les trésoriers et les comptables des associations porteuses de ces structures, ainsi qu'avec les directions financières et d'information médicale et les équipes soignantes des maternités partenaires. Les pistes de travail avancées par le rapport quant au modèle économique à promouvoir doivent néanmoins faire l'objet d'approfondissements et d'ajustements complémentaires pour être opérationnelles.

2) Une étude des résultats atteints par les maisons de naissance, dans une perspective de comparaison internationale, a été produite de façon indépendante par l'INSERM, à partir des données d'activité annuelle des structures.

Le rapport fournit une vue d'ensemble globale sur la qualité des soins prodigués en maison de naissance en abordant à la fois leur pertinence, leur efficacité et leur sécurité, de façon complémentaire aux évaluations « plus administratives » prévues par les ARS. Cette étude présente toutefois plusieurs limites, rappelées par les auteurs du rapport : elle a été réalisée à partir d'une base de données collectées par les équipes (base AUDIPOG) qui permettent d'approcher assez globalement les indicateurs de sécurité des soins mais de façon plus limitée les soins de prévention qui sont prodigués par les maisons de naissance et poursuivent l'objectif de maintenir les femmes dans une situation de bas risque obstétrical. Enfin, l'analyse des données de résultats porte sur la seule année 2018 et non sur l'ensemble de la période d'activité des maisons de naissance.

Ces deux documents sont joints en annexe au présent rapport.

Le cadre posé par l'expérimentation et son respect

Les textes de l'expérimentation ont posé des principes fondamentaux régissant l'implantation et le fonctionnement des maisons de naissance, afin de garantir la sécurité de prise en charge des parturientes et des nouveau-nés ainsi que d'assurer la spécificité de ce segment de l'offre et sa distinction claire de l'offre proposée en milieu hospitalier. Ces différents principes, précisés dans les textes constitutifs de l'expérimentation, et à l'application desquels les ARS ont été vigilantes lors de leurs évaluations, ont été globalement bien respectés. Cela témoigne de leur bonne compréhension par les professionnels et de leur faisabilité concrète.

2.1 L'adossement de la maison de naissance et son conventionnement obligatoire avec une maternité partenaire ainsi qu'avec le réseau de santé en périnatalité

L'article 8 du décret du 30 juillet 2015 pose le principe de contiguïté des locaux entre la maison de naissance et la maternité partenaire, afin d'assurer la réactivité de la réponse aux situations de complexité et/ou d'urgence et du transfert en maternité voire en unité spécialisée. Un accès direct est ainsi requis à 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* ». Il faut noter que ce n'est pas une exigence formulée dans l'ensemble des « modèles étrangers », puisqu'existent à la fois des unités adjacentes aux services d'obstétrique et des unités localisées à distance de ceux-ci⁹.

Cette exigence a été respectée par l'ensemble des structures expérimentatrices, même si cet accès direct donne lieu à des configurations diverses (bâtiments de plain-pied ou non, ascenseur à emprunter ou non, etc.). Lors de leur contrôle obligatoire, les ARS ont porté une attention particulière à ce point, contribuant par leurs observations à améliorer les organisations en place pour que la sécurité lors des transferts soit assurée y compris lorsque la maison de naissance n'est pas directement attenante mais distante de quelques minutes de la maternité.

Zoom sur la région Grand Est :

A l'occasion de la visite à deux ans du dispositif, l'ARS a préconisé d'adapter les effectifs d'agents de sécurité de la maternité, présents lors du transfert, pour qu'aucun retard ne soit pris dans le transfert des parturientes et/ou nouveau-nés.

L'article 2 du décret précité prévoit par ailleurs que 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 par ailleurs être membre du même réseau de santé en périnatalité que celui de cet établissement.* ». Cette collaboration requise de la maison de naissance et de l'établissement partenaire a effectivement été instaurée dans chacune des structures expérimentales et formalisée dans le cadre de conventions *ad hoc*. Elle a concerné les différents sujets prévus par le décret : modalités de transfert, modalités de transmission des informations médicales, modalités d'approvisionnement en médicaments par la pharmacie

⁹ « Alongside midwifery units » vs. « freestanding midwifery units ».

à usage intérieur et relations financières. La survenue d'évènements indésirables a conduit, pour certaines structures, à reconsidérer ce cadre de travail en cours d'expérimentation et à l'adapter dans le sens d'une plus grande sécurité de prise en charge.

Le décret prévoit l'adhésion obligatoire des maisons de naissance au réseau de santé périnatale du territoire concerné. Il faut noter en outre, que les réseaux se sont fortement investis dans plusieurs champs du fonctionnement des maisons de naissance tels que la formation des équipes ou la réalisation de revues de morbi mortalité, apportant une contribution réelle à la qualité et sécurité des pratiques en maison de naissance.

Zoom sur Un nid pour naître :

Des réunions tripartites de la maison de naissance, de la maternité de référence et du réseau de santé périnatal sont régulièrement organisées pour analyser les dysfonctionnements de l'organisation en place.

Le réseau de santé périnatal intervient également pour adapter la communication entre les sages-femmes et l'établissement partenaire, préparer des documents d'information aux parturientes et analyser les séjours en maison de naissance de plus de 12h.

2.2 L'organisation de la « permanence » sage-femme et des binômes

Pour assurer une réponse aux situations d'accouchement, les maisons de naissance sont tenues, en vertu du décret de 2015, de prévoir une organisation adaptée en termes d'effectifs de sages-femmes présentes¹⁰. Elles doivent en particulier organiser la présence d'une seconde sage-femme dans les locaux lors de l'accouchement. Cette contrainte est bien intégrée et donne lieu à l'organisation, par les maisons de naissance, de systèmes d'astreintes de sages-femmes. Celles-ci sont, dans la majeure partie des structures, en binôme et, pour l'une d'entre elles, en trinôme. Les organisations en place semblent globalement efficaces pour permettre la mobilisation rapide des sages-femmes et l'ouverture des locaux de la maison de naissance. Un seul cas de dysfonctionnement, ayant conduit à l'orientation de la parturiente vers l'hôpital de référence, a été noté en 2017, faute de réactivité d'intervention suffisante des sages-femmes référentes au moment de l'accouchement.

Zoom sur les particularités d'organisation des maisons de naissance sur ce point :

Pour assurer la continuité des horaires d'astreinte, différentes organisations ont émergé au fur et à mesure de l'expérimentation. La répartition du rôle de sage-femme d'accompagnement global et de sage-femme d'appui entre les professionnelles des maisons de naissance varie :

1) Les rôles sont distinctement distribués : chaque sage-femme n'endosse qu'un seul des rôles, comme au CALM (Paris), à Un nid pour naître (Nancy), à Le temps de naître (Baie-Mahault), à Doumaïa (Castres) ou à Manala (Sélestat) à l'heure actuelle. Ainsi, les binômes / trinômes sont secondés par un pool distinct de sages-femmes d'appui pour les accouchements.

2) Chaque sage-femme endosse un double rôle : une seule maison de naissance a choisi ce mode d'organisation. À La maison (Grenoble), les quatre sages-femmes organisées en deux binômes sont, lors de

¹⁰ Article 7 du décret du 30 juillet 2015 : « 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 ».

leurs astreintes, à la fois sage-femme référente d'astreinte pour les femmes de leur binôme susceptibles d'accoucher et sage-femme d'appui pour les femmes accompagnées par l'autre binôme.

3) Les sages-femmes d'accompagnement global font des astreintes en tant que sages-femmes d'appui, sans que ces dernières jouent le rôle de sage-femme d'accompagnement global. C'est le cas à Premières heures au monde (Bourgoin-Jallieu), ou à Manao (Saint-Paul). Il s'agit ici de binômes soutenus par un pool de sages-femmes d'appui, dont font aussi partie les sages-femmes d'accompagnement global.

4) La maison de naissance Manala prend en charge en trinôme ses patientes. La sage-femme référente, issue de ce trinôme est accompagnée par une sage-femme d'appui lors de l'accouchement.

Tableau 5 : Synthèse des organisations des sages-femmes.

	Nombre de SF1 (ETP)	Nombre de SF2	Statut	Organisation	Les SF1 assurent des astreintes SF2	Organisation de l'astreinte SF1	Organisation de l'astreinte SF2
UNPN	3	5	Libéral	Binômes	✗	1 semaine	12 heures
MANALA	6 (2,9 ETP)	3	Libéral	Trinômes	✗	24h	24 heures
PHAM	4	8	Libéral	Binômes	✓	1 semaine	12 heures
LA MAISON	4 SF1 qui sont aussi SF2*		Mises à disposition	Binômes	✓	1 semaine*	
DOLMAIA	4 (2 ETP)	3	Libéral	Binômes	✗	1 semaine sur 2, une pause toutes les 10 semaines	24 heures
CALM	6 (5,44 ETP)	8	Libéral	Binômes	✗	1 jour sur 2	12 heures
LTDN	3	7	Libéral	Binômes	✗	1 semaine sur 2	1 semaine
MANAO	4 (3,5)	4 - 1 exclusivement SF2	Libéral 1 mise à disposition	Binômes	✓	1 semaine sur 2 + 1/6 des semaines en astreinte SF2	1 semaine

2.3 La formation des sages-femmes aux gestes d'urgence

La participation annuelle des professionnels de santé de la maison de naissance à des formations, notamment des mises en situation d'urgence maternelle, fœtale ou pédiatrique néonatale, est l'une des obligations fixées par le décret du 30 juillet 2015 et est globalement bien respectée. La plupart des structures signalent en effet un effort important engagé en faveur de ces formations, quoique variable en termes de régularité et complétude.

Zoom sur Un nid pour naître:

« Un nid pour naître » a organisé en 2017 la formation de chaque sage-femme de l'équipe aux gestes et soins urgents ; à la simulation de réanimation néonatale ; aux gestes obstétricaux urgents en structure extra hospitalière ainsi qu'à la lecture du rythme cardio-fœtal.

3. Le parcours proposé

Les données recueillies au cours de la phase expérimentale témoignent d'un respect des principes posés à la prise en charge en maisons de naissance, tant en termes d'éligibilité des parturientes¹¹ que de conditions de prise en charge des parturientes et des nouveau-nés. Les parcours observés témoignent en effet d'un suivi de grossesse personnalisé, d'une prise en charge de l'accouchement dépourvu d'hébergement et faiblement médicalisée, complétée d'un suivi organisé à domicile de la mère et du nouveau-né dans le cadre d'une continuité de parcours. Ces données confirment ainsi que les prises en charge proposées en maison de naissance représentent une réelle alternative aux parcours « classiques » des grossesses physiologiques, reposant sur un suivi partagé ville-hôpital et un accouchement en structure hospitalière.

3.1 Un suivi de grossesse marqué par une continuité forte et un effort de « personnalisation » des prises en charge

Le suivi de grossesse des femmes incluses dans l'expérimentation apparaît très complet, conforme aux consultations obligatoires prévues en phase prénatale et complété d'un suivi rapproché en fin de grossesse. Une consultation pré anesthésique au sein de la maternité partenaire est obligatoire.

Le suivi des parturientes intègre une attention particulière à la prévention et à la promotion de la santé, ainsi qu'à l'accompagnement à la parentalité (l'entretien prénatal précoce est présenté comme systématique, alors qu'il s'établit à 28% des parcours en population générale¹²), autant d'axes que la politique actuelle en périnatalité souhaite développer.

Plusieurs maisons de naissance proposent des prises en charge complémentaires en sus du socle commun, comme précisé dans le schéma ci-dessous.

¹¹ Selon l'analyse de l'INSERM, 99% des femmes pour lesquelles l'accouchement était planifié en maison de naissance respectaient les critères d'éligibilité.

¹² Données issues de l'enquête nationale périnatale de 2016.



Figure 5 : Récapitulatif de la composition du parcours type en maison de naissance et des propositions supplémentaires.

(Source : rapport remis par Government Healthcare, décembre 2019)

L'identification, pour chaque parturiente, d'une « référente » sage-femme tout au long de son parcours, apporte une continuité et un sentiment de sécurité et de confort aux parturientes, qui singularise ce parcours par rapport au parcours « classique » qui est très partagé entre une pluralité d'acteurs libéraux et hospitaliers¹³.

3.2 Une phase courte de prise en charge lors de l'accouchement, sans hébergement

L'article 1er du décret du 30 juillet 2015 pose le principe selon lequel les maisons de naissance « n'assurent [pas] l'hébergement des parturientes et de leur nouveau-nés (...) ». Les temps de séjour des femmes observés pour l'accouchement dans les différentes maisons de naissance expérimentales, sont tout à fait cohérents avec ce principe. Les parturientes restent en moyenne douze heures au sein de la maison de naissance pour l'accouchement, soit une durée nettement inférieure à une journée d'hospitalisation complète et a fortiori de la durée moyenne de séjour en maternité constatée pour les grossesses à bas risque¹⁴, ce qui est un élément important de singularité de cette prise en charge.

Ce temps moyen masque d'importantes variations entre structures qui peuvent témoigner de pratiques différentes de prise en charge. Face à cette hétérogénéité, les maisons de naissance

¹³ Selon les données de l'enquête nationale périnatale de 2016, les professionnels principalement responsables du suivi durant les six premiers mois s'agissant des ménages avec au moins une personne en situation active, sont les suivants : généraliste (6,4), gynécologue-obstétricien libéral (52,2), gynécologue-obstétricien hospitalier public (15,2), sage-femme libérale (8,9), sage-femme en maternité publique (13,5), PMI (1,7).

¹⁴ S'agissant des grossesses à bas risque, la HAS préconise que les sorties précoces s'effectuent au cours des 72 premières heures après l'accouchement par voie basse, tandis que pour les sorties standard, elles s'effectuent entre 72 et 96 heures après l'accouchement.

ont toutefois engagé, en lien avec les réseaux de santé en périnatalité, une réflexion commune pour analyser les situations auxquelles correspondent les hospitalisations de plus de 12h et identifier des pistes de rapprochement de leurs pratiques.

Tableau 4 : Temps moyen de prise en charge pour la période en pre-, en per- et en post-partum.

	LTDN	MANAD	UNPN	MANALA	DIGUMBA	LA MASOH	PHAM	CALM
TEMPS MOYEN DU PARCOURS PRÉ-PARTUM	19 h	16 h	17 h	13 h	16 h	13 h	15 h	13 h
DURÉE MOYENNE DU SÉJOUR À LA MDN POUR L'ACCOUCHEMENT	9 h 16	9 h 6*	12 h 45	11 h 54	15 h 25	13 h 27	9 h 12	15 h
TEMPS MOYEN DU PARCOURS POST-PARTUM	4 h	10 h	5 h	4 h 30	5 h	6 h	6	4 h 30
TEMPS TOTAL DU PARCOURS	32 h	31 h	35 h	30 h	37 h	32 h	30 h	30 h

*Temps de travail et de la délivrance + temps de repos
 Source : rapports d'activité 2018 et durées moyennes des consultations, des séances de préparation, de séjours à la maison de naissance pour l'accouchement et des visites post-partum déclarées lors des visites

(Source : rapport remis par Government Healthcare, décembre 2019)

3.3 Une très faible médicalisation de l'accouchement

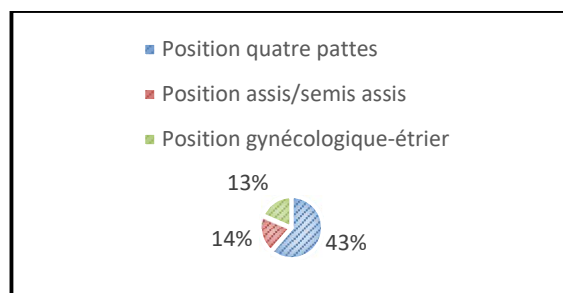
Les interventions techniques réalisées en maison de naissance sont significativement plus limitées qu'en maternité, représentant une réponse aux attentes d'une partie de la population souhaitant un environnement et des conditions d'accouchement peu voire pas médicalisées.

En amont du travail, il n'est procédé ni à déclenchement du travail ni à l'analgésie péridurale (par comparaison, en maternité, le déclenchement représente 22% des modes de début du travail et l'analgésie péridurale est utilisée pour 81% des femmes pendant le travail).

La prise en charge est par ailleurs assortie d'un taux d'intervention très faible en cours de travail et d'une plus grande diversité des conditions d'accouchement que pour les accouchements en maternité. S'agissant du taux d'intervention en cours de travail, le rapport de l'INSERM fait état d'un taux de rupture artificielle de la poche des eaux inférieure à 3% (alors qu'il avoisine 54% parmi les tentatives d'accouchement par voie basse en maternité¹⁵) ainsi que d'un taux d'épisiotomie inférieur à 2% (alors qu'il est supérieur à 20% en métropole chez les femmes ayant accouché par voie basse en maternité¹⁶). Pour la moitié des femmes, aucun ou seulement un seul toucher vaginal serait intervenu au total pendant le travail. S'agissant des conditions d'accouchement, le rapport de l'INSERM relève que la position est librement choisie au moment de l'accouchement avec seulement 6% des femmes dans la position « classique » d'accouchement, à savoir allongées sur le dos. Les deux positions les plus souvent adoptées étaient la position « à quatre pattes » (31%) et celle « accroupie/à genoux » (28%). Par ailleurs, 31% des femmes ont accouché dans l'eau.

¹⁵ Données de l'enquête nationale périnatale, 2016.

¹⁶ Données de l'enquête nationale périnatale, 2016.



Répartition des positions d'accouchement – maison de naissance Calm

3.4 Une continuité de suivi de la mère et du nouveau-né à l'issue de l'accouchement

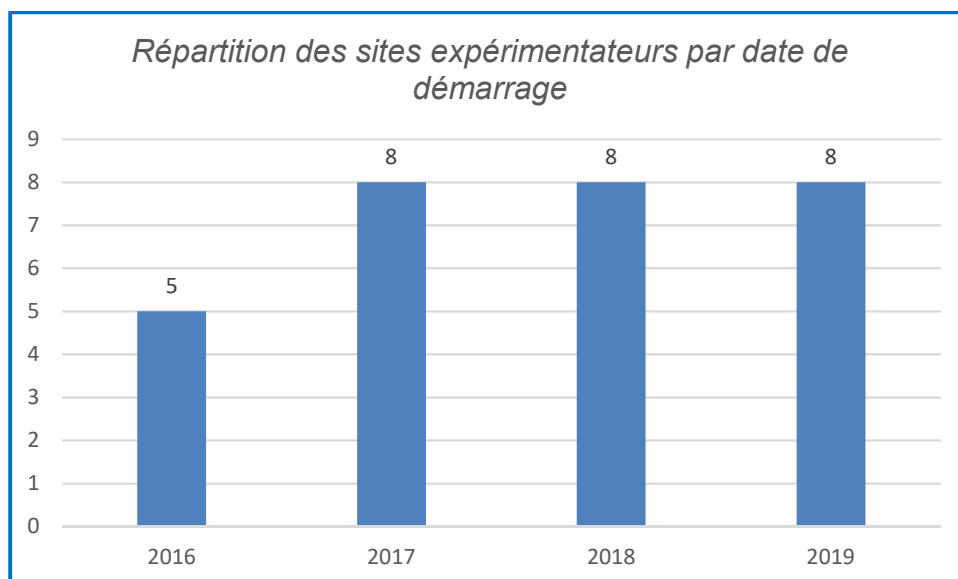
Un suivi à domicile de la femme et de son nouveau-né après l'accouchement est organisé autour du même principe que pendant la phase prénatale, avec un interlocuteur référent (le binôme sage-femme de la phase prénatale ou une sage-femme choisie en proximité) assurant une continuité de suivi. Au-delà des exigences du cahier des charges, au moins quatre visites post-partum sont réalisées : trois sont systématiquement réalisées à domicile, et la quatrième quasi-systématiquement. Au-delà de ce socle, certaines maisons de naissance proposent des prestations complémentaires, en lien avec les besoins des parturientes mais également avec des ressources humaines plus étoffées. S'agissant du dépistage néonatal, la maison de naissance est chargée d'organiser les dépistages des cinq maladies génétiques dépistées dans le cadre du programme national du dépistage néonatal, dans le cadre d'une collaboration organisée avec la maternité partenaire.

4. L'activité réalisée dans le cadre de l'expérimentation et l'attractivité des structures

4.1 Un démarrage progressif mais désormais effectif pour 8 sites expérimentateurs sur les 9 retenus

Le démarrage de l'activité des huit maisons de naissance finalement créées s'est étalé de 2016, pour six d'entre elles, à janvier, mars et avril 2017 pour les trois structures les plus récentes¹⁷. La montée en charge du dispositif a été très rapide de 2016 à 2017 et a continué dans une moindre mesure à augmenter de 2017 à 2018 pour se stabiliser ensuite. Trois maisons de naissance paraissent parvenues à « maturité » en termes d'activité : Le Calm, Manala et La maison de Grenoble, avec respectivement 112, 89 et 76 accouchements réalisés en 2018.

¹⁷ Il s'agit des structures Manala, Doumaia et Le temps de naître.



4.2 Un niveau global d'activité constaté qui témoigne que le dispositif a trouvé son public

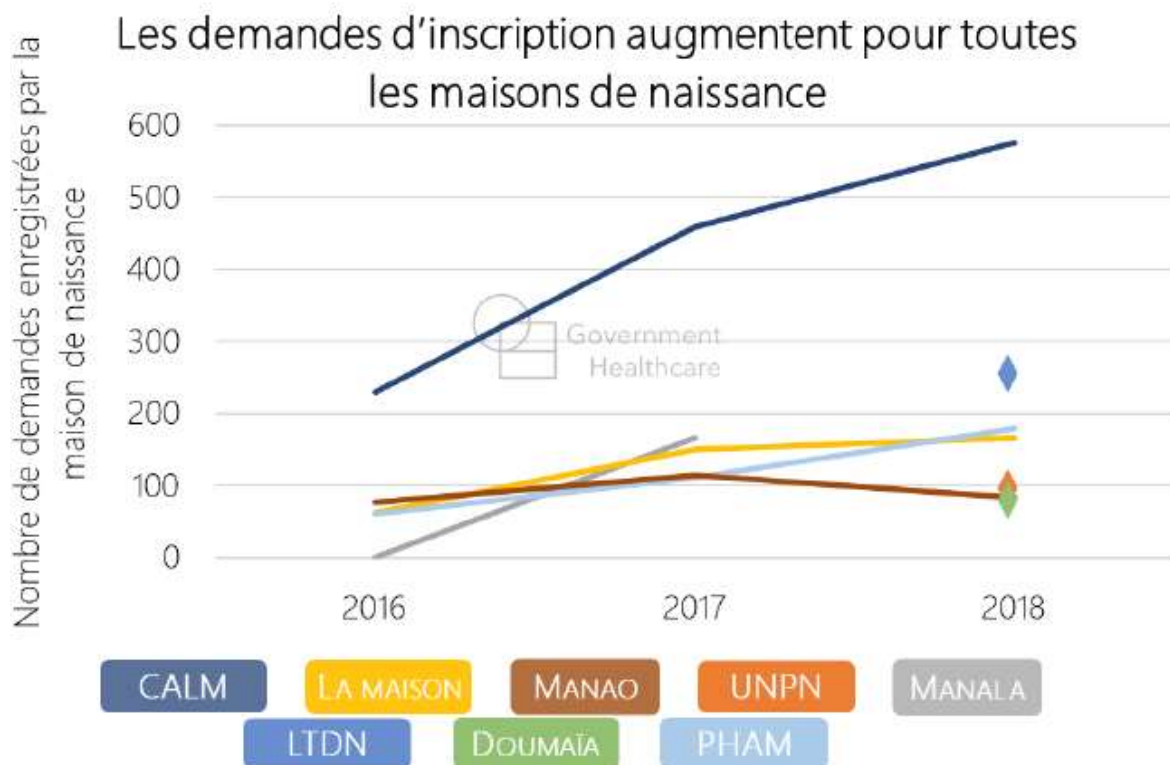
Au total, l'expérimentation a conduit à la réalisation de plus de 1700 accouchements en maison de naissance en France au cours de la période 2016-2019¹⁸. C'est sensiblement moins que dans d'autres pays étrangers mais cette appréciation doit être mise en regard du nombre aujourd'hui encore restreint de ces structures.

Les accouchements réalisés en 2018 ont représenté moins de 0,1% des naissances vivantes ayant eu lieu en France. Dans certains territoires, eu égard à la dynamique d'activité des maisons de naissance concernées, la part d'activité concernée dans le total des accouchements est néanmoins plus importante (elle représente ainsi 3% des accouchements en région Guadeloupe) et constitue d'ores et déjà une alternative intéressante d'accouchement pour les femmes à « bas risque ».

L'intérêt de la population pour ce type de prise en charge se mesure également au travers des demandes d'inscription adressées aux maisons de naissance, qui augmentent au cours de la période pour l'ensemble des structures¹⁹.

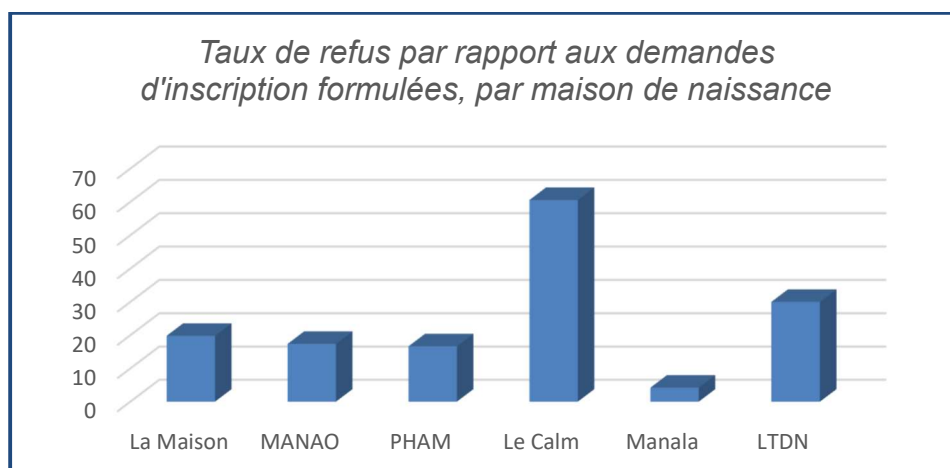
¹⁸ Les données d'activité 2019 n'étant pas disponibles au moment de l'élaboration de ce rapport, il a été considéré par convention que l'activité de 2019 restait au même niveau que celle de 2018.

¹⁹ Selon les données des rapports d'activité 2016 à 2018 des maisons de naissances et en considérant les demandes acceptées et les demandes refusées.



(Source : rapport remis par Government Healthcare, décembre 2019)

Le taux de refus²⁰ est toutefois très variable selon les structures, s'échelonnant de moins de 5% à plus de 60%, le principal facteur explicatif du taux de refus opposé aux femmes éligibles au dispositif sur un plan médical étant l'exiguïté des locaux.



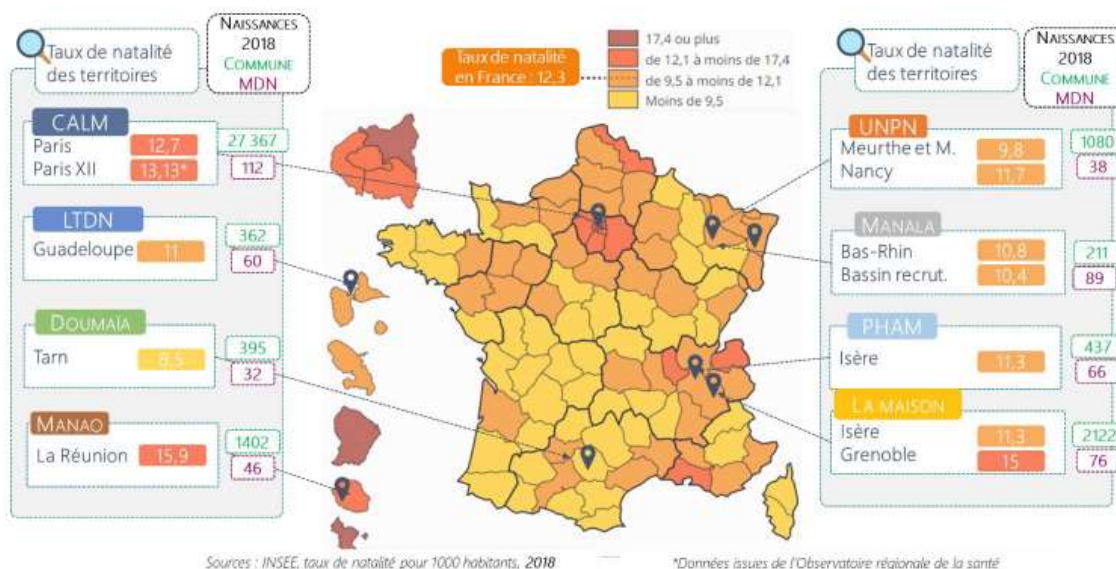
4.3 Un niveau d'activité par structure qui demeure toutefois variable et est le reflet d'une diversité de facteurs

L'activité des maisons de naissance est tout d'abord le reflet de leur degré d'attractivité, ce dernier étant logiquement corrélé au taux de natalité de leur bassin d'implantation. L'implantation dans un bassin de population où existe une dynamique importante de natalité

²⁰ Entendu comme le nombre de refus d'inscriptions opposés aux femmes (pour motif d'inéligibilité médicale et hors motif d'inéligibilité médicale) rapporté au nombre total de demandes formulées aux maisons de naissance.

est par conséquent un point qui devra être considéré prioritairement dans l'éventualité de la pérennisation de ce dispositif. L'expérimentation montre une corrélation entre le faible niveau de natalité des bassins d'implantation des maisons de naissance et les relativement faibles niveaux d'accouchements qui y sont réalisés par certaines structures.

Taux de natalité des territoires où sont implantées les maisons de naissance



(Source : rapport remis par Government Healthcare, décembre 2019)

Il n'y a pas d'effet par ailleurs repéré de concurrence entre les maisons de naissance et l'offre hospitalière locale, eu égard certainement au contexte de création des maisons de naissance mais c'est un aspect auquel il faudra veiller en cas de pérennisation et d'extension de ces structures.

La disponibilité de locaux de consultation est également un paramètre qui apparaît déterminant pour permettre et accompagner l'augmentation de l'activité en cohérence avec les besoins exprimés (l'exiguïté des locaux de plusieurs maisons de naissance étant repérée comme un facteur limitant important de leur activité).

Enfin, les facteurs de ressources humaines sont un paramètre majeur : l'indisponibilité temporaire des ressources (congrés maternités) et, de façon plus durable, la « frilosité » des sages-femmes libérales à s'engager dans une activité expérimentale, potentiellement non pérenne, ont été identifiés comme posant difficulté pour la montée en charge de l'activité de plusieurs structures en cours d'expérimentation. Ils appellent à minima à la clarification du statut, expérimental ou pérenne, des maisons de naissance.

5. Les résultats en termes de sécurité des prises en charge pour la mère et le nouveau-né

5.1 La fréquence de survenue des évènements indésirables

Aucun résultat de l'expérimentation ne conduit à considérer que la sécurité des parturientes et des nouveau-nés est insuffisamment assurée dans ce modèle de prise en charge.

Si 10 évènements indésirables avaient été notés par les maisons de naissances dans leurs rapports d'activité pour l'année 2017, ce nombre tombe à 3 en 2018. Les maisons de naissance concernées par ces évènements en 2017 ont procédé à l'analyse détaillée de ces évènements, avec dans certains cas l'appui du réseau de santé périnatal. Les points identifiés ont donné lieu à des ajustements des organisations et des pratiques et ils devront continuer de faire l'objet de la vigilance des acteurs dans l'éventualité de la pérennisation du dispositif. Plusieurs points d'attention ressortent :

- L'application des protocoles de transfert (le défaut de suivi a donné lieu à plusieurs rappels des réseaux de santé périnataux à l'occasion de revues de morbi mortalité) ;
- L'importance du suivi post accouchement (et notamment la quantification des pertes sanguines par rapport à l'hémorragie du *post partum*) ;
- Les conditions d'organisation des transferts (au-delà de l'obligation de contiguïté des locaux, l'équipement mobilisé apparaît important pour assurer la sécurité du transfert).

5.2 Les complications maternelles, fœtales et néonatales

Selon l'INSERM, les complications maternelles observées dans la patientèle des maisons de naissance²¹ se sont situées à des taux très faibles et dans la moyenne des résultats observés dans les maisons de naissance européennes. Il n'est rapporté aucune situation particulièrement « critique » en 2018 (tracée par un transfert en unité de réanimation/soins intensifs ou par un décès maternel), alors que le nombre total de parturientes prises en charge l'année considérée aurait pu y conduire, selon les taux habituellement constatés²².

S'agissant de la principale cause de morbi mortalité maternelle en population générale (l'hémorragie du *post partum*), on peut noter que les situations rencontrées pendant l'expérimentation n'ont pas excédé la fréquence habituelle. L'hémorragie sévère du *post-partum*²³ a concerné 1,4% des femmes accompagnées en maisons de naissance pendant le travail : même si les grossesses concernées sont uniquement des grossesses à bas risque, sans facteur prédisposant à l'hémorragie identifié, il est intéressant de noter que ce taux est inférieur à celui répertorié en population générale²⁴. Aucune n'a de surcroît nécessité d'acte de traitement de deuxième ligne, tels qu'une ligature vasculaire, hystérectomie ou embolisation.

Les mêmes constats sont posés concernant les nouveau-nés : seulement 6,2% d'entre eux ont nécessité un transfert immédiat ou secondaire en maternité ou néonatalogie, alors que le taux de transfert pour les bébés nés en maternité s'élève à 9,9%²⁵ (même s'il faut considérer qu'ils sont issus de grossesses physiologiques et pathologiques). Par ailleurs, 1,7% des enfants ont nécessité des gestes de réanimation néonatale et 0,3% des enfants au total ont présenté un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie : ces résultats sont plus favorables

²¹ Citant notamment moins de 0,5% de lésions sévères du périnée, 1,4% d'hémorragies sévères, 0,4% de ré-hospitalisation dans le mois suivant l'accouchement.

²² Les études (cf. *Journal International de Médecine / Dr B. Jourdain. Etude Chantry A et coll. : Pregnancy-Related ICU Admissions in France: Trends in Rate and Severity, 2006–2009*) font état d'environ 3,6 admissions en soins intensifs ou réanimation pour 1000 femmes enceintes et en *post-partum*. Or le nombre de parturientes ayant accouché en maison de naissance en 2018 était de 506.

²³ Caractérisée par des pertes sanguines supérieures ou égales à 1000 ml.

²⁴ Il est de 1,8% selon les données de l'enquête nationale périnatale de 2016.

²⁵ Toutes destinations confondues (réanimation néonatale, soins intensifs, unités kangourous), selon les données de l'enquête nationale périnatale de 2016.

que ceux répertoriés pour les nourrissons nés en maternités²⁶, même si là encore il faut nuancer cette analyse en considérant le type de population prise en charge en maison de naissance. L'analyse détaillée réalisée par l'INSERM des situations les plus critiques identifiées²⁷ ne conduit pas à mettre en cause un défaut d'organisation de la maison de naissance ou de pratique de ses professionnels.

En conséquence, même si ces données doivent être analysées en considérant que la population cible est une population à « bas risque », elles ne mettent pas en évidence un « sur risque » évident lié à la prise en charge en maison de naissance, ce qui est d'ailleurs conforme à ce qui est considéré à l'étranger par la littérature internationale²⁸.

5.3 Les conditions de réalisation des transferts vers la maternité partenaire

Le taux de transfert cumulé en pre, per et post partum s'élève à 44%²⁹ selon les données d'analyse de l'INSERM pour l'année 2018. L'INSERM le juge globalement conforme à celui constaté dans les pays étrangers et les conditions dans lesquelles il s'exerce, sans urgence dans la plupart des cas³⁰, sont rassurantes. L'organisation des transferts doit toutefois continuer d'être un point d'attention du fonctionnement des maisons de naissance si ces structures devaient perdurer dans l'avenir dans la mesure où plusieurs événements indésirables ont été notés en lien avec ces transferts.

Il faut considérer précisément ce que l'on entend par transfert : selon la période considérée, il faut distinguer les réorientations en *pre partum*³¹, les transferts en *per partum*³² et en *post partum*³³.

- Les réorientations du pre partum :

La répartition des « sorties » du circuit de prise en charge par les maisons de naissance est très nettement en faveur des réorientations du *pre partum*, (représentant 28% du total des femmes prises en charge en maison de naissance) en lien à la fois avec l'apparition d'éléments de complexité faisant sortir la grossesse du cadre des grossesses physiologiques ou avec l'évolution du projet des femmes. Par ailleurs, 3% des accouchements prévus en maison de naissance ont lieu de façon inopinée.

- Les transferts en per partum

²⁶ L'enquête nationale périnatale rapporte 4,8% des enfants ayant présenté un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie et 4,8% des enfants ayant nécessité des gestes de réanimation néonatale.

²⁷ L'INSERM note particulièrement la situation d'un enfant est décédé dans un contexte d'inhalation méconiale à la naissance malgré une aspiration à la naissance en maison de naissance et une réanimation débutée très rapidement (à 3 minutes) dans les locaux de la maternité partenaire.

²⁸ L'INSERM rapporte ainsi que la littérature internationale montre que les femmes prises en charge dans ces structures connaissent « moins de césariennes, moins d'hémorragies du postpartum, moins de lésions périnéales sévères, moins d'admissions maternelles en soins intensifs ou réanimation que lorsque les femmes sont prises en charge en maternité. Pour les issues néonatales, il n'existe pas de différence significative entre les résultats des maisons de naissance par rapport aux résultats en maternités. »

²⁹ Sur les 877 femmes ayant initié un suivi prénatal dans les 8 maisons de naissance en 2018, 389 transferts ont été réalisés en pré, per et post partum.

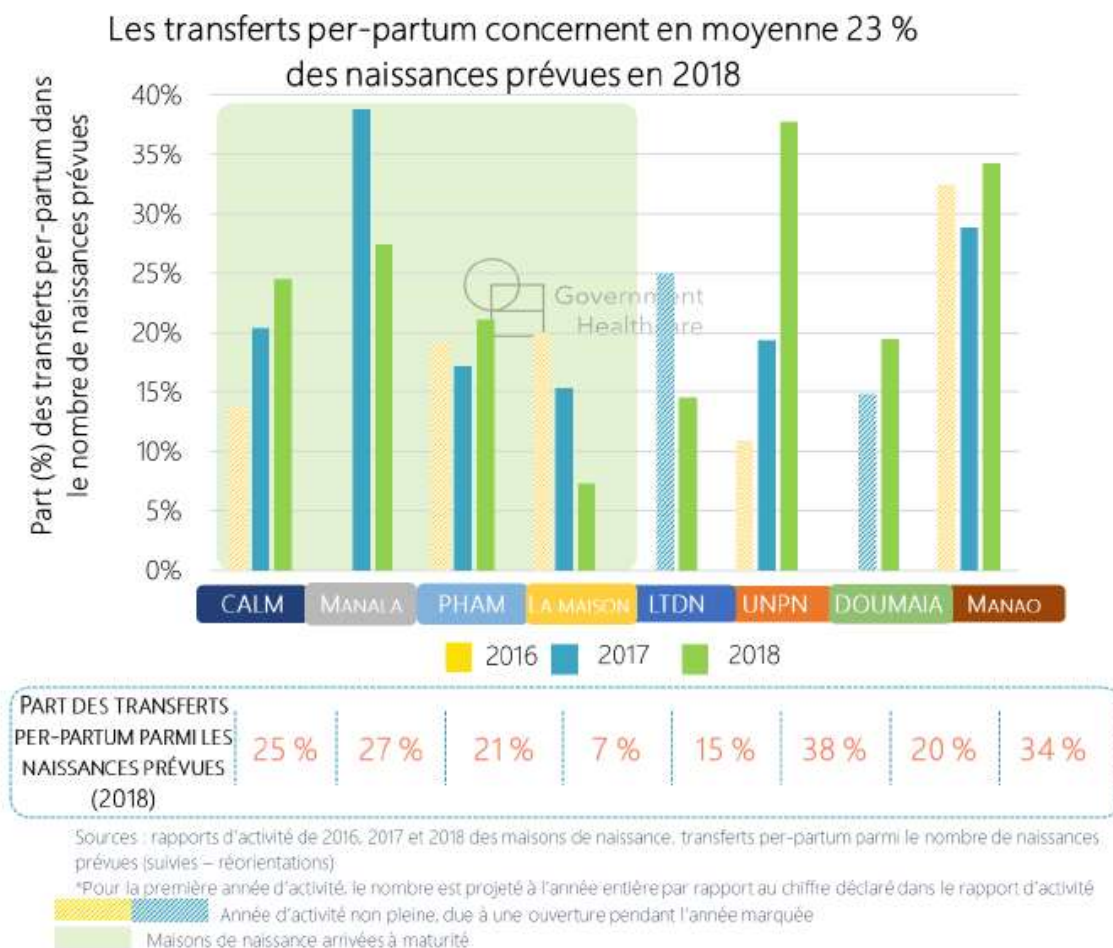
³⁰ Selon l'analyse approfondie réalisée par le Calm, les transferts en urgence représentent en effet seulement 7,5% des transferts totaux et 2,7% des patientes suivies par la structure.

³¹ Les réorientations en pre partum, c'est-à-dire avant le début du travail, recouvrent les principaux cas suivants : situations où la parturiente sort des critères d'éligibilité d'une grossesse à bas risque, en cas de dépassements de terme et du fait des évolutions de projet des femmes.

³² Ceux-ci ont lieu après le début du travail ou de la rupture prématurée des membranes.

³³ Après l'accouchement.

En 2018, 22% des femmes qui étaient accompagnées en maison de naissance pendant leur travail ont été transférées au cours de celui-ci vers la maternité partenaire. Les transferts en *per partum* soulèvent des enjeux particuliers au niveau de la sécurité assurée aux parturientes compte tenu des situations d'urgence susceptibles de se présenter et de la nécessité de transfert rapide en maternité si des éléments de complexité apparaissent pour la mère ou le fœtus. Si elle est en moyenne de 22%, la proportion des transferts en *per partum* rapportés aux femmes ayant initié un accompagnement de leur travail en maison de naissance connaît de fortes variations selon les structures (cf. diagramme *infra*). Il est difficile d'établir un taux de transferts en *per partum* qui serait « optimal », ne traduisant ni prise de risque ni excès de prudence des maisons de naissance dans leur gestion des situations, puisqu'il résulte d'un ensemble complexe de facteurs (en particulier le taux de primipares³⁴). On peut toutefois considérer que plus les relations de travail entre la maternité et la maison de naissance sont étroites, plus ce taux de transfert est optimal, ce qui constitue un argument supplémentaire pour que le modèle des maisons de naissance intègre cet impératif de collaboration.



(Source : rapport remis par Government Healthcare, décembre 2019)

- Les transferts en post partum :

Les transferts en *post partum* concernent en moyenne 6 % des femmes dont l'accouchement était planifié en maison de naissance, ce taux s'échelonnant entre 2 et 21% selon les

³⁴ Les données internationales montrent que le taux de transfert est quatre fois plus important pour les primipares. Ainsi, au Royaume-Uni, 13 % des femmes multipares accouchant dans des maisons de naissance attenantes à une maternité sont transférées alors que cette proportion est de 53% dans le cas des femmes primipares.

structures. Parmi les causes maternelles, l'hémorragie du post-partum immédiat apparaît comme la cause la plus fréquente de transfert et sa prévalence dans les causes de morbi mortalité maternelle en population générale justifie la prudence des maisons de naissance sur ce point.

Enfin, ce qui concerne les hospitalisations maternelles dans les 30 jours consécutifs à l'accouchement, qui permet d'apprécier les complications faisant suite aux soins, elles sont relativement peu nombreuses : l'INSERM recense deux situations pour l'année³⁵.

6. L'équilibre médico-économique des structures

6.1 Un modèle économique qui a permis le lancement de l'expérimentation...

L'expérimentation a bénéficié d'un accompagnement financier national reposant sur deux voies de financement :

- La facturation des actes réalisés par les sages-femmes libérales qui y exercent (consultations, accouchement) selon la nomenclature en vigueur ;
- La délégation d'une enveloppe spécifique, issue du fonds d'intervention régional (FIR), ayant vocation à financer les surcoûts issus de la participation des structures à l'expérimentation et à son évaluation. L'enveloppe a été évaluée initialement à 150 000€ par site expérimentateur. 20 000€ ont été ajoutés pour couvrir une partie des frais d'assurance des sages-femmes pour leur activité d'accouchement en maison de naissance.

Au total, 5,5 M€ ont été versés par les principaux payeurs (assurance maladie, ARS via le FIR et parturientes) aux maisons de naissance et aux sages-femmes pendant la période de l'expérimentation.

Il ressort des éléments d'évaluation médico-économique transmis par les établissements que l'accompagnement financier octroyé par le fonds d'intervention régional a bien facilité le lancement de l'expérimentation et pour des aspects qui n'étaient pas initialement prévus : ainsi 21% du montant du FIR a été consacré à l'investissement alors que cette enveloppe avait vocation à couvrir uniquement les dépenses de fonctionnement.

Le résultat comptable des maisons de naissance montre que si des excédents importants ont été constatés en première période, lors de la montée en charge de l'activité³⁶, ils ont eu tendance à se normaliser en fin de période³⁷ lorsque l'activité fonctionne « à plein ». Deux situations de déficit en 2018 sont notées : elles sont en lien avec des charges exceptionnelles (astreintes et frais de déplacement des sages-femmes de l'exercice précédent³⁸) et opérations conséquentes d'investissement (construction de nouveaux locaux et d'une 2ème chambre d'accouchement³⁹).

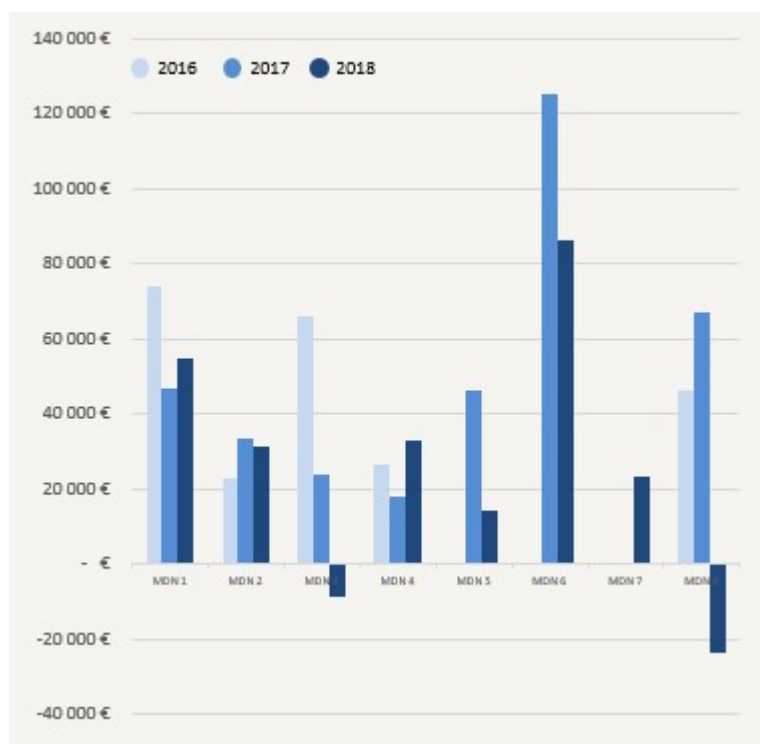
³⁵ En 2018 (période considérée par l'étude de l'INSERM), deux femmes ont été ré hospitalisées, l'une pour une endométrite et l'autre pour une aspiration à J8 du post-partum pour rétention de membranes placentaires.

³⁶ Ces excédents représentent respectivement 33% des produits en 2016 et 21% en 2017.

³⁷ Le résultat moyen passe ainsi de 47 K€ en 2016 à 26 K€ en 2018 (soit 13% des produits).

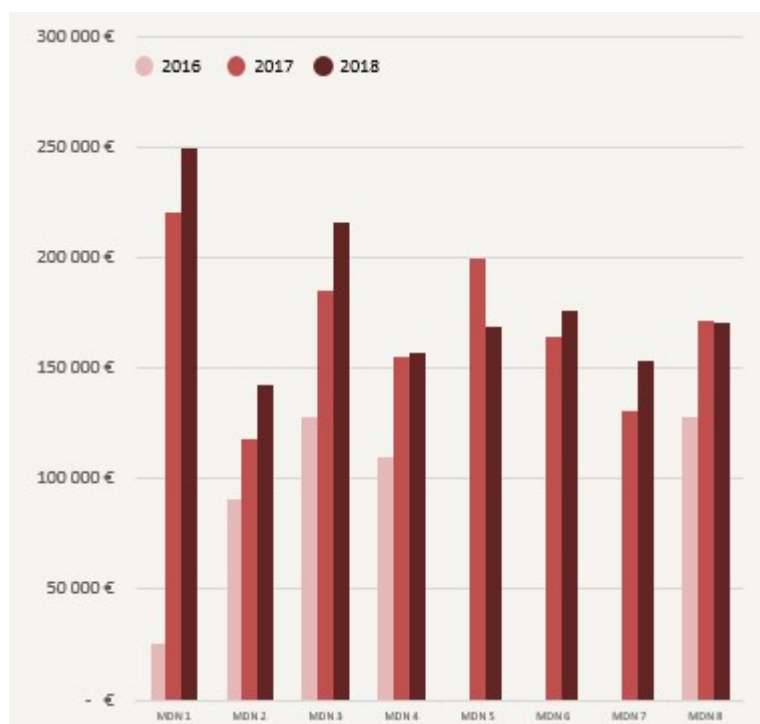
³⁸ Pour la structure Le Calm.

³⁹ Pour la structure MANAO.



Analyse de l'évolution des excédents au cours de la période 2016-2018

Les charges ont progressé de façon cohérente avec la structuration du dispositif et la montée en charge de l'activité au cours de la période 2016-2018⁴⁰. Même si ces charges sont de l'ordre de 170 – 180 K€ en moyenne en 2017 et 2018, elles sont variables selon les structures, comme le montre le diagramme ci-dessous.



Evolution 2016-2018 du niveau de charges des structures, par maison de naissance

⁴⁰ L'augmentation a été de 179% entre 2016 et 2017 et de 6% entre 2017 et 2018.

L'analyse du ratio des charges par naissance accroît ce constat d'hétérogénéité des situations.

Ce ratio est influencé par les différents « modèles » d'organisation des maisons de naissance ainsi que par le niveau d'activité des structures (ce qui peut laisser penser qu'au-delà de charges fixes, découlant des charges de locaux notamment, il y a un niveau d'activité « optimum » pour modérer les charges par naissance).

La répartition des dépenses entre les différents postes de charges est également très hétérogène selon les structures, soulignant la particularité des différents « modèles économiques » de maisons mis en place : modèle salarié vs. modèle libéral ; modèle de prestations « internalisé » vs. « externalisé », etc.

L'analyse des produits des maisons de naissance⁴¹ montre la part prédominante prise par le FIR et a contrario la part minoritaire aujourd'hui représentée par les produits de l'activité. Les recettes s'appuient en effet à plus de 75% sur le FIR, rendant indispensable de continuer de soutenir ce dispositif s'il venait à être pérennisé, par un vecteur *ad hoc* et en sus des recettes d'activité, dans l'intervalle en tout cas de l'intervention d'un modèle plus abouti de financement (du type financement au parcours).

On constate, s'agissant de ces produits, des pratiques relativement hétérogènes telles que des rétrocessions, le reversement des actes réalisés par les sages-femmes dans leur cabinet à la maison de naissance, et surtout l'existence de dépassements d'honoraires.

Ces derniers sont présents dans 6 maisons de naissance sur les 8 en fonctionnement, atteignant des niveaux variables, mais introduisant une inéquité avec les femmes prises en charge dans le secteur hospitalier public, renforçant la nécessité de revoir le modèle de financement des maisons de naissance dans le cas de leur pérennisation.

6.2...Mais qui semble présenter des limites dans l'éventualité d'une pérennisation

Les modalités de financement mises en œuvre au cours de l'expérimentation, qui étaient adaptées à ce cadre expérimental, ne sont pas à même d'assurer la soutenabilité organisationnelle et financière des structures dans la durée et devront être repensées en cas de pérennisation du dispositif.

Plusieurs limites de ce financement à deux volets (financement national spécifique issu du FIR et tarification des actes réalisés) ont été notées au cours de l'expérimentation :

- Ce financement n'est pas suffisamment incitatif à l'activité d'une part. En effet, l'augmentation des recettes d'assurance maladie générée par l'intégration d'une parturiente supplémentaire dans la file active des maisons de naissance ne couvre pas l'intégralité des coûts découlant de cette prise en charge, lorsqu'il y a au final accouchement dans la maison de naissance et a fortiori, lorsqu'il y a réorientation en pre partum ou transfert en per partum⁴². Le financement FIR reste par ailleurs identique quelle que soit l'activité réalisée par la maison de naissance. Ce mode de financement n'incite donc pas les maisons de naissance à augmenter leur activité et tend même à la modérer, pour faire face notamment aux coûts d'astreinte et de remboursement des assurances qui croissent avec l'activité.

⁴¹ Ils sont de l'ordre de 210 K€ en moyenne en 2017 et 2018.

⁴² Dans ce cas en effet, la maison de naissance n'ouvre pas droit à la tarification de l'accouchement.

- Deux postes de dépenses semblent particulièrement peser sur le budget des structures, alors qu'ils ne sont pas pris en compte par la facturation des actes : la rémunération des sages-femmes pour leur activité d'astreinte et le coût des assurances professionnelles requises pour assurer une activité d'accouchement (dont le poids relatif sur la structure est majoré du fait de l'exercice fréquent à temps partiel des sages-femmes, sans modulation du montant associé de l'assurance). On évalue le poids de ce dernier à 10 800€ en moyenne.

La pérennisation du dispositif pourrait être réalisée tout en demeurant dans le cadre du vecteur de financement actuel - le FIR, à la main des agences régionales de santé -, en cohérence avec l'option de confier l'autorisation des structures au niveau local.

A terme, il faut réfléchir à un modèle de tarification qui permette d'assurer un financement adéquat des différents coûts constatés, en particulier des astreintes et des assurances professionnelles des sages-femmes, et qui intègre une part de financement liée à l'activité.

6.3 L'appréciation de l'efficience comparée des financements mobilisés au titre d'un accouchement en maison de naissance vs. en maternité

Dans une perspective d'appréciation globale de l'impact qu'aurait le développement d'accouchements en maison de naissance (et donc la réorientation de financements au profit de ce type de structures plutôt qu'aux maternités), il a été demandé au prestataire extérieur en charge de l'évaluation médico-économique de conduire une évaluation comparative du coût d'un accouchement en maison de naissance vs. en maternité.

Il en ressort que selon les GHM concernés, le diagnostic est sensiblement différent : si l'on considère le GHM – « accouchement unique par voie basse chez une primipare de très courte durée », l'accouchement en maison de naissance présente un coût légèrement supérieur (12%). En revanche, si l'on se centre sur le GHM le plus fréquent chez les primipares, « accouchements uniques par voie basse chez une primipare sans complications significatives », le coût d'un accouchement en maison de naissance est 45% moins élevé qu'à la maternité.

On peut donc penser qu'un déport de l'activité d'accouchement des maternités vers les maisons de naissance n'aurait finalement, toutes situations confondues, qu'un impact économique limité, notamment si les durées moyennes de séjour en maternité continuent leur tendance à la baisse.

4 Synthèse et conclusion

Les maisons de naissance ont été autorisées dans un cadre expérimental et pour une période limitée de cinq ans.

L'évaluation issue de plusieurs sources du dispositif souligne tout l'intérêt que pourrait présenter la pérennisation de ces structures :

- La France est l'un des pays européens les plus en retard par rapport au déploiement de ce type d'offre⁴³ et la mise en place de l'expérimentation en 2013, sous l'impulsion notamment des associations (dont le CIANE), avait vocation à mettre fin à cette « exception française ».
- L'expérimentation a confirmé qu'un vivier non négligeable de femmes françaises était prêt à se tourner vers ce type de dispositif.
- La situation de la démographie des professionnels de santé, particulièrement sous tension pour les gynécologues-obstétriciens mais plus favorable pour les sages-femmes notamment libérales, plaide également pour le développement de prises en charge assurées par ces dernières (dans leur champ de compétence).
- Le coût d'un accouchement en maison de naissance, s'il n'est pas dans tous les cas de figure inférieur à celui constaté en maternité, n'est pas non plus supérieur, et représente donc une alternative crédible à ce type de prise en charge également du point de vue des coûts.

Il ne pourrait toutefois être envisagé à ce stade un déploiement trop large de ce dispositif, pour plusieurs motifs :

- La demande française est encore très limitée et on peut penser que l'accroissement de la demande sera certainement très progressif dans les années à venir.
- Le dispositif nécessite encore, eu égard aux enjeux de sécurité qu'il soulève s'agissant d'une activité « à risque », une évaluation précise avant d'envisager un très large déploiement.
- Il faut par ailleurs veiller à la soutenabilité médico-économique encore fragile des structures et assurer leur attractivité en limitant leur nombre.
- Enfin, une vigilance doit être exercée quant aux impacts locaux que pourrait présenter cette offre nouvelle sur les maternités alentour et, en particulier, celles de petite taille.

Compte tenu de ces éléments, les recommandations suivantes sont formulées :

- **Pérenniser les maisons de naissance et prévoir l'inscription dans le droit de ce nouveau modèle organisationnel ;**
- **Poursuivre les démarches menées en matière d'évaluation des résultats de prise en charge et d'équilibre médico-économique des structures ;**
- **Dans l'attente des approfondissements médico-économiques, maintenir, à titre transitoire, les modalités de financement actuelles.**

⁴³ Selon le rapport de l'INSERM, la première « maison de naissance » comparable à celles que nous connaissons actuellement en France, a ouvert ses portes à New York en 1975. Il en existe aujourd'hui plus de 150 aux Etats-Unis, 169 au Royaume-Uni, une centaine en Allemagne et 25 en Suisse.