

# ETATS GENERAUX DE LA NAISSANCE

6 juin 2003

## CONCLUSIONS

A la suite des premiers Etats Généraux de la Naissance, un groupe représentatif des différents participants a réalisé un texte de synthèse, à partir des contributions et des débats du 6 juin. Ce texte est le fruit d'un compromis entre les différentes sensibilités présentes à cette journée : de ce fait, toutes les nuances exprimées ne sont pas reprises ici dans leur intégralité. Le contenu cherche à refléter un équilibre entre ces nuances, en essayant de construire une cohérence autour de propositions et de notions essentielles communes.

L'importance de la participation, la qualité des débats, et les efforts d'implication des différents groupes représentés ont permis une mise à plat et une prise de conscience de points de vue spécifiques, et ont conduit à une démarche convergente autour d'un texte commun. Cette démarche, où chacun accepte un compromis, n'a toute sa légitimité que si elle s'inscrit dans une perspective de poursuite des travaux et de reconnaissance du rôle des différents acteurs dans la définition et la mise en oeuvre de la politique de naissance. Ce document est donc une plate-forme de travail représentative des thèmes que ces différents acteurs souhaitent traiter et faire évoluer, en faisant le pari de parvenir à des approches suffisamment convergentes.

### **I. ETAT DES LIEUX. COMMENT NAÎT-ON EN FRANCE ?**

#### **1. Satisfactions/insatisfactions, difficultés de communication**

Malgré la satisfaction globale manifestée par les femmes dans les sondages<sup>1</sup> présentés lors des Etats Généraux, il ressort de cet état des lieux des difficultés majeures de communication entre les différents professionnels de la naissance et entre les professionnels et les usagers.

Le vécu de la grossesse et de l'accouchement est fortement conditionné par le discours médiatique, principal relais entre les femmes et les professionnels. Ceci engendre une augmentation de la demande de certaines pratiques considérées comme normales et nécessaires sans véritable fondement. Ce « cercle vicieux », qui peut engendrer chez certains professionnels et certains usagers un sentiment d'insatisfaction, ne peut être brisé que par un changement d'attitude de part et d'autre : plus de temps consacré à la communication et à l'information du côté des professionnels, plus de responsabilisation du côté des parents qui souhaitent pouvoir faire des choix et décider avec ceux qui les accompagnent.

Mais ces changements seuls seront insuffisants voire impossibles à mettre en oeuvre sans l'attribution de moyens humains complémentaires et la redéfinition du rôle respectif des différents professionnels. Le nombre d'obstétriciens, d'anesthésistes et surtout de sages-femmes doit être augmenté (doublement des effectifs pour les sages-femmes). Les pédiatres de maternité et les pédiatres des unités de néonatalogie doivent être en nombre suffisant. Ceci permettra d'envisager une meilleure organisation de l'accompagnement tant pour les professionnels que pour les usagers.

Une collaboration entre les professionnels et les associations d'usagers doit se développer pour des réflexions sur les procédures, les modalités d'accueil, l'organisation des réseaux...

---

<sup>1</sup> Etudes réalisées par Parents et l'Institut des Mamans pour Enfant Magazine

## 2. Insuffisance de l'offre et de l'organisation des soins

- \_ L'augmentation de la natalité, de la prématurité et de la prise en charge des grands prématurés ;
- \_ Les fermetures de cliniques à moyens constants voire diminués pour l'hôpital public en maternité et en néonatalogie ;
- \_ La non mise à niveau des structures depuis les décrets de 1998 ;
- \_ Les problèmes de recrutement de tous les professionnels de la périnatalité et en particulier des infirmières en maternité et en néonatalogie responsables de fermetures de lits, des sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens, des anesthésistes et des pédiatres pour lesquels les débits actuels de formation sont insuffisants pour remplacer les départs ;
- \_ La réduction du temps de travail et le repos de sécurité après les gardes de nuit...

Sont responsables :

- D'un blocage de la mise en place de la politique de régionalisation avec de grandes difficultés à réaliser les transferts *in utero*, de très fréquentes inadéquations des lieux de soins des nouveaux-nés et de situations inacceptables de séparations mère-enfant ;
- Des difficultés de prise en charge des grossesses dans des maternités très surchargées. Ces difficultés sont particulièrement importantes pour les femmes en situation de grande précarité dont le nombre augmente rapidement dans les grands centres urbains ;
- D'une insatisfaction des professionnels et en particulier des infirmières puéricultrices et sages-femmes, obligées de recentrer leur activité sur les soins techniques au détriment de l'accompagnement ;
- D'une insatisfaction des usagers tant dans l'accès aux lieux de soins que dans l'accès à des pratiques respectueuses du déroulement physiologique de l'accouchement.
- D'une médicalisation parfois excessive et systématique, ne s'appuyant pas toujours sur une légitimité scientifique.

Il a été constaté que la structuration des réseaux de périnatalité est très hétérogène avec des difficultés majeures de financement pour la plupart d'entre eux, alors que le fonctionnement en réseau pourrait considérablement améliorer la coordination des différents professionnels dans l'accompagnement des femmes enceintes.

## 3. Démographie des professionnels

La démographie déclinante des médecins gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs et pédiatres est une réalité connue depuis fort longtemps. Elle tient essentiellement à un *numerus clausus* figé pendant de nombreuses années. Malgré la pénibilité, le travail nocturne et la poussée médico-légale, les médecins en formation ne boudent pas ces spécialités. Pour ces trois catégories, la moyenne d'âge est élevée.

- Pour les gynécologues-obstétriciens, l'impossibilité d'augmenter le débit de formation après une très importante augmentation du nombre des DES, la féminisation de la profession, le fait que de nombreux gynécologues-obstétriciens arrêtent leur activité obstétricale à partir d'un certain âge ;
- Pour les anesthésistes-réanimateurs, il s'agit essentiellement d'un problème de répartition sur le territoire national et de problèmes liés à l'éparpillement des plateaux techniques, qui peuvent engendrer des difficultés de fonctionnement.

- Pour les pédiatres, malgré l'augmentation encore insuffisante du nombre de DES formés, la faible attractivité de la périnatalogie, en partie liée à la médiocrité des statuts des pédiatres de maternité dont les tâches ont beaucoup augmenté.

La démographie des sages-femmes est très insuffisante pour assurer les missions qui leur incombent. Les effectifs de formation doivent être révisés d'urgence, bien au-delà des normes prescrites par les décrets de 1998 qui ne tiennent compte que des nécessités de la salle de travail et des activités consacrées aux grossesses pathologiques.

***Propositions concernant l'état des lieux :***

*1) Il existe une forte demande de diversification de l'offre dont l'absence risque de générer une radicalisation des pratiques de certaines femmes et de certains praticiens. Les solutions alternatives doivent donner lieu à des évaluations et / ou expérimentations et tenir compte de l'expérience des structures déjà opérationnelles.*

*2) La crise démographique – indépendamment des impératifs de sécurité – imposera des regroupements de plateaux techniques à élaborer à l'échelon régional. Il faut veiller à ce que la couverture du territoire tienne compte des situations particulières d'accessibilité limitée des maternités dans certaines régions.*

*3) L'offre de soins en périnatalité, globalement insuffisante, nécessite un plan de soutien ciblé, particulièrement en termes de postes de sages-femmes, d'infirmières puéricultrices en néonatalogie et de médecins. Les Agences Régionales d'Hospitalisation doivent être incitées à prioriser le secteur de la périnatalité.*

## **II. SÉCURITÉ / PROXIMITÉ : L'IMPOSSIBLE ÉQUILIBRE ?**

La signification des mots sécurité et proximité est souvent perçue de manière différente pour les professionnels et les usagers.

Le terme de sécurité correspond pour les professionnels à la sécurité physique et se mesure en termes médicaux. Pour les parents, il est important de se sentir en sécurité pour garantir le bon déroulement de l'accouchement. La sécurité demande des compétences, une vigilance des personnes et des outils de surveillance. Les parents ont toute leur place dans la recherche de cette sécurité globale et une amélioration du dialogue serait vraisemblablement la meilleure prévention de l'élévation du contentieux, qui peut prendre des formes judiciaires, entre usagers et soignants.

La proximité peut également s'entendre selon deux perspectives : géographique (ne pas aller trop loin de son domicile) et relationnelle (être près de la famille au moment de l'accouchement,...).

### **Constats**

L'analyse concernant les causes et circonstances de la mortalité maternelle n'est pas connue du grand public. Elle a pourtant permis de montrer qu'une part importante des décès maternels aurait pu être évitée et ainsi de proposer de meilleures règles de fonctionnement.

En matière de mortalité péri-natale (mort des enfants en cours de grossesse ou pendant l'accouchement ou juste après), les analyses de fonctionnement sont souvent réalisées par les réseaux de professionnels qui se sont organisés dans toutes les régions de France depuis la réglementation de 1998. Il n'existe malheureusement pas de recueil national de ces accidents.

Le « risque zéro » n'existe pas. L'action des sages-femmes et des médecins ne peut que diminuer les risques mais non les supprimer.

## **1. Rôle des décrets**

Les décrets sur la sécurité anesthésique datant de 1994 et les décrets périnataux de 1998 ont contribué à la diminution des accidents par l'établissement de conduites à tenir réglées et par l'introduction de normes de surveillance.

Les normes établies par ces décrets, notamment en termes de garantie de présence de personnel, ne peuvent être appliquées que s'il y a réorganisation des structures et des professionnels.

## **2. Arguments pour et contre les restructurations/regroupements de maternités**

Les arguments favorables à l'augmentation du volume d'activité d'une maternité (nombre d'accouchements/an) sont de nature « ergonomique » (regroupement des moyens matériels et professionnels, organisation du travail...), et de nature sécuritaire : en cas de complications, les performances de la structure sont meilleures dans les cas où il y a un grand volume d'activité, chacun effectuant des actes plus souvent, étant plus expérimenté, disposant d'un meilleur équipement et de collaborations plus faciles en cas de difficultés.

De plus, le travail en groupe permet un auto-contrôle de qualité des soins par l'équipe. La définition écrite des conduites à tenir permet d'homogénéiser les pratiques et garantit une qualité égale et correspondante au niveau des connaissances établies.

Les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) considèrent que les regroupements sont nécessaires mais qu'ils sont difficiles à réaliser. Ils nécessitent un travail de préparation préalable capital pour réussir la restructuration sur le plan humain. C'est le seul modèle économiquement viable évalué à ce jour. Une étude des solutions alternatives mises en place dans d'autres pays d'Europe reste à faire.

En revanche, concernant les grossesses et les accouchements normaux, les grosses maternités ont actuellement du mal à sortir du modèle de la pathologie et à offrir des soins personnalisés correspondant aux attentes des parents qui se demandent comment ils vont pouvoir maintenir leur projet personnel face à ce type de fonctionnement normatif.

Certains risques liés aux regroupements des naissances ne doivent pas être sous-estimés : moindre accessibilité, coût et organisation du transport, multiplication anxigène des intervenants et des lieux, médicalisation accrue du fait de l'éloignement (demandes de déclenchement du travail...).

Il est indispensable que les regroupements ne se fassent pas au détriment de l'humanité et de l'accompagnement des couples. Les regroupements de maternités doivent s'accompagner d'une réorganisation des soins donnant à chaque professionnel la possibilité d'exercer dans le champ de ses compétences et faire des effectifs – en particulier de sages-femmes – une priorité. Seul un accompagnement de qualité, par un personnel en nombre suffisant pour ne pas travailler constamment dans l'urgence, peut permettre d'éviter la réputation « d'accouchoir » des structures ayant une activité importante.

Sur l'ensemble de ce sujet, les usagers de la santé émettent de fortes réserves. Ils contestent toute politique de concentration des accouchements sans mise en place de solutions alternatives et s'inquiètent de la disparition de certaines maternités de proximité.

### **3. Maisons de naissance, accouchement à domicile**

L'organisation de maisons de naissance doit faire l'objet d'une évaluation stricte après mise en place de structures expérimentales accolées à une maternité. Dans les structures de type « maison de naissance », il existe une tendance à la diminution des interventions (césariennes...) et une tendance à l'augmentation de la mortalité périnatale qui ne sont pas statistiquement significatives. Pour les femmes qui souhaiteraient avoir la possibilité d'accoucher dans ce type de structures, gérées de manière autonome par les sages-femmes et juxtaposées à une maternité, une information spécifique doit être parfaitement diffusée et comprise.

L'organisation de l'accouchement à domicile doit faire l'objet d'une réflexion spécifique concernant les conditions de sécurité, de possibles recours à une équipe médicale, les conditions juridiques et d'assurance professionnelle nécessaires à sa réalisation dans les meilleures conditions de sérénité.

### **4. Réglementation européenne, réduction du temps de travail**

La réglementation nouvelle a introduit le repos de sécurité et la réduction du temps de travail pour les médecins (maximum 48 hrs/semaine et repos après une garde). Cette amélioration des conditions de travail des médecins a pour objectifs la réduction de la pénibilité et l'amélioration du niveau de sécurité. L'ensemble améliore la qualité de l'offre de soins et est approuvé par les professionnels.

Cette réglementation rencontre néanmoins de grandes difficultés d'application car elle augmente le nombre de praticiens nécessaires par unité. Appliquée avec les effectifs existants, elle ne peut être mise en place que par des regroupements et par des mutualisations de moyens, tant en équipements qu'en personnels. Un travail d'équipe et la cohésion ne sont possibles que si du temps est disponible pour le travail en commun (réunions, staffs...).

### **5. Travail en réseau**

Le travail en réseau contribue à améliorer la sécurité en définissant les situations justifiant un transfert, en améliorant les conditions et l'organisation de ces transferts, en facilitant la communication et en évitant l'isolement des professionnels participant au réseau. Tous les professionnels impliqués dans l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement doivent être intégrés au réseau, y compris les professionnels exerçant hors des établissements de soins (médecins généralistes, gynécologues exerçant en cabinet de ville, échographistes obstétricaux, sages-femmes libérales...). Les usagers doivent être partie prenante dans l'organisation et les orientations du réseau. Le fonctionnement doit permettre la mobilité des professionnels au sein du réseau. Il doit aussi permettre d'offrir une diversité de choix pour les parents à chaque fois qu'aucun impératif médical n'impose un type d'établissement.

### ***Propositions concernant l'équilibre sécurité / proximité :***

*1) Face à la nécessité de restructurations, il est important d'humaniser les grosses structures et de garantir la communication entre les parents et l'équipe médicale. Quelle que soit la dimension des établissements, la personnalisation des soins doit être une priorité.*

*2) Ceci est essentiellement une question d'effectifs. Il serait inacceptable d'utiliser les restructurations dans le seul but d'économiser du personnel, ce qui diminuerait inévitablement l'offre relationnelle et d'accompagnement.*

*3) Le concept de maisons de naissances gérées par des sages-femmes, est possible dans la mesure où la sécurité est assurée. Ceci implique une phase d'évaluation dans des structures à proximité immédiate d'un plateau technique complet et la possibilité de recours à un médecin anesthésiste, un gynécologue-obstétricien et un pédiatre.*

*4) Il est important de renforcer les réseaux inter-établissements et de leur confier avec clarté leur rôle de contrôle de qualité pour l'évaluation des pratiques, en y associant les professionnels et les usagers. Il faut développer les réseaux locaux – ville-hôpital – permettant un meilleur travail en commun.*

### **III. LA PLACE DES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DE LA NAISSANCE**

#### **1. Difficultés liées aux effectifs**

Quelles que soient les réorganisations ou propositions de nouvelle répartition des tâches entre les différents professionnels de la naissance, on se heurte à une difficulté démographique majeure touchant toutes ces professions (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres de néonatalogie, anesthésistes, puéricultrices...) :

- Il existe une nécessité urgente de recensement régulier des professionnels de la naissance et de prospective à long terme des effectifs nécessaires ;
- Il existe un besoin de sages-femmes diplômées. A terme, un doublement de leur nombre de façon à tendre vers un ratio accouchement/sage-femme de 1/1 est nécessaire : augmentation de 50 % en 5 ans et doublement en 10 ans ;
- Les besoins de formation des pédiatres néonatalogistes sont de même ampleur.

#### **2. Responsabilisation des sages-femmes au sein des maternités publiques**

L'activité obstétricale en secteur public doit permettre de faire une plus large part au respect de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement.

Cette prise en charge débute dès la première consultation périnatale, jusqu'à l'accouchement et au post-partum.

Cet accompagnement des femmes enceintes tout au long de leur grossesse et de leur préparation à l'accouchement revient en priorité aux sages-femmes. Leurs effectifs doivent être adaptés au-delà des normes prescrites par les décrets de 1998 qui ne tiennent compte que des nécessités de la salle de travail et des activités consacrées aux grossesses pathologiques.

Les modalités d'organisation des pratiques revenant aux sages-femmes doivent être définies au sein de chaque service grâce à la collaboration entre médecins et sages-femmes.

### **3. L'activité libérale des sages-femmes**

Le principe de libre choix par les patient(e)s de leur praticien doit être respecté, conformément à la loi du 4 mars 2002. Dans cette optique, la possibilité de prise en charge des grossesses et des accouchements par les sages-femmes dans le secteur libéral doit être effective.

En particulier, des solutions doivent être trouvées pour permettre, dans les faits, l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

Cette activité libérale en établissement privé doit être régie par contrat entre les sages-femmes concernées et l'établissement, garantissant l'autonomie de la sage-femme dans sa pratique libérale et attestant sa responsabilité.

### **4. Préserver le choix du praticien par les usagers**

Selon le même principe de libre choix du praticien par les patient(e)s, la possibilité de bénéficier d'un suivi de grossesse et d'un accouchement en secteur public ou libéral, par une sage-femme ou un obstétricien, de bénéficier d'un suivi par un médecin généraliste, doit être préservée.

Il doit être possible pour les sages-femmes salariées des établissements privés d'effectuer des accouchements normaux. Ce fonctionnement implique en particulier de réformer les modes de rémunération des gynécologues-obstétriciens, pédiatres et sages-femmes du secteur libéral.

L'objectif de sécurité est garanti par la participation obligatoire de tous les intervenants de santé à un réseau périnatal (cf. sécurité / proximité).

### **5. Maisons périnatales, centres périnataux de proximité (CPP)**

Le rôle des maisons périnatales tel qu'il a été présenté jusqu'à présent semble réducteur et ne doit pas se résumer à l'hospitalisation des femmes qui ont accouché dans un centre de référence.

Les missions et moyens des maisons périnatales doivent être clairement définis. Nous sollicitons la création d'un groupe de réflexion sur ces maisons, comprenant la participation des professionnels et des usagers.

En attendant qu'un tel groupe de travail soit réuni, il semble indispensable d'envisager dès à présent que le CPP puisse offrir les services suivants :

- Surveillance prénatale
  - consultations prénatales
  - échographies obstétricales
  - préparation à l'accouchement

- Post-partum :
  - plusieurs possibilités doivent pouvoir être offertes aux jeunes mères. Seule une grande souplesse d'organisation peut permettre de répondre aux attentes et au caractère individuel de chaque cas ;
  - l'hospitalisation en suites de couches dans le CPP devrait rester une situation rare. Elle peut toutefois être utile pour les femmes confrontées à des situations de précarité ou qui demandent à pouvoir bénéficier de ce service ;
  - le séjour en suites de couches dans l'établissement où l'accouchement a eu lieu doit rester possible ;
  - le retour précoce à domicile doit être privilégié, le CPP pouvant alors assurer une coordination de type « ville-hôpital » des différents acteurs de santé :
    - sages-femmes libérales
    - sages-femmes d'hospitalisation à domicile
    - médecins généralistes
    - pédiatres
    - infirmières libérales
    - aides ménagères
    - travailleurs sociaux
    - professionnels de psychiatrie

- L'organisation des maisons périnatales doit s'inscrire au sein d'un réseau avec des partenariats clairement identifiés.
- Les personnels participant au réseau doivent avoir de la mobilité, permettant aux professionnels des maisons périnatales de participer aux activités du centre de référence (activités cliniques et réunions de formation) et vice-versa.
- Les maisons périnatales ne pourront être acceptées par les professionnels et les usagers que si elles permettent une grande souplesse de fonctionnement et ne correspondent pas à un système figé.

## **6. Accompagnement en suites de couches**

La prise de conscience de la fréquence et de la gravité des troubles de l'installation de la relation parents-enfants doit inciter à un effort particulier sur l'accompagnement du post-partum. Cet effort doit porter sur le dépistage, la prise en charge mais aussi la prévention de ces troubles.

Cet effort implique la participation de différents professionnels, en particulier sages-femmes et professionnels de la pédopsychiatrie et médecins généralistes.

L'allaitement maternel est un droit fondamental. Tous les efforts doivent être faits pour le favoriser (participation de toute l'équipe, protocoles détaillés pour les sages-femmes, infirmières, puéricultrices...).



## **7. Réseaux**

Quel que soit leur mode d'exercice, tous les professionnels impliqués dans l'accompagnement des femmes enceintes et la prise en charge de l'accouchement doivent faire partie d'un réseau de soins périnataux.

Les professionnels doivent pouvoir être mobiles au sein du réseau afin de favoriser les relations entre les équipes et la formation médicale continue. La mobilité doit permettre aux professionnels du secteur public de participer à l'activité des différentes structures du réseau et aux professionnels du secteur libéral de participer à l'activité des maternités publiques selon des modalités propres à chaque service ou chaque réseau, régies une charte de fonctionnement.

Une représentation des usagers est nécessaire au niveau des instances coordinatrices du réseau (comité de pilotage, conseil d'administration..., selon la forme juridique de celui-ci).

La formation médicale continue des participants au réseau est à la fois un devoir et un droit. Les moyens financiers afférents doivent être prévus dans le financement des réseaux.

L'information sur le fonctionnement en réseau est également un droit essentiel des usagers et un devoir de la part des professionnels. Elle doit être homogène au sein d'un même réseau. Tous les supports favorisant la diffusion de l'information doivent être favorisés.

## **8. La place du pédiatre de maternité**

Le rôle du pédiatre néonatalogiste ne doit pas se résumer à l'examen et à l'éventuelle réanimation des nouveaux-nés en salle de naissance/ou la mise en condition avant transfert de l'enfant, ni à la consultation de la première semaine.

Ils doivent participer aux discussions anténatales de médecine foetale, à la transmission des informations concernant le nouveau-né aux professionnels de ville concernés, au dépistage des troubles de mise en place de la relation parent-enfant et à l'éducation pour la santé (conseils d'allaitement, puériculture, prévention des accidents domestiques et du tabagisme...) aux soins des nouveaux-nés auprès de leur mère soit en suites de couches, soit en unité mère-enfant (« unité kangourou ») dans certains centres périnataux.

## **9. La place du médecin généraliste**

Les médecins généralistes peuvent exercer leurs compétences dans les domaines du suivi de grossesse, et de la surveillance du post-partum.

Leur participation ne peut se faire que sur la base du volontariat des médecins omnipraticiens impliqués. Elle suppose une formation initiale de qualité en gynécologie obstétrique et une formation continue.

Les médecins généralistes participant à cette activité doivent être recensés auprès d'un réseau périnatal, évitant ainsi leur isolement et permettant leur participation aux formations initiées au sein du réseau.

## 10. L'implication et les devoirs des usagers

Les usagers sont amenés à être de vrais interlocuteurs des structures de santé, des professionnels de la naissance et des décideurs politiques. La politique périnatale ne pourra pas évoluer positivement, dans le sens d'une plus grande satisfaction de tous les acteurs, si l'on persiste à ne pas considérer que les usagers sont détenteurs de projets personnels de naissance et que ces projets sont porteurs de solutions efficaces en vue du bon déroulement de ces naissances.

### ***Propositions concernant la place des différents professionnels et acteurs de la naissance***

- 1) *La place des sages femmes doit être réaffirmée, tant au sein des maternités publiques, où doivent être créées les conditions matérielles, organisationnelles et réglementaires pour qu'elles puissent prendre en charge l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement normaux, qu'en secteur libéral où l'accès aux plateaux techniques doit être effectif.*
- 2) *Le libre choix par les usagers du praticien (obstétricien ou sage-femme) et du secteur d'exercice (libéral ou public) doit être respecté selon les termes de la loi du 4 mars 2002. Il ne saurait être question d'un système unique d'accompagnement des femmes enceintes et des accouchements.*
- 3) *L'intégration dans les structures hospitalières publiques des gynécologues-obstétriciens libéraux ayant perdu leur outil de travail du fait de fermetures ou restructurations doit se faire avec un statut décent prenant en compte l'ancienneté de leur activité professionnelle.*
- 4) *Les missions et moyens des maisons périnatales doivent être mieux définis en collaboration avec les professionnels et les usagers. Un effort particulier d'amélioration et de diversification de l'offre de soins et de l'accompagnement en suites de couches est indispensable.*
- 5) *Tous les professionnels de la naissance doivent être identifiés au sein d'un réseau pour éviter l'isolement et les insuffisances de communication actuelles. L'évaluation du dispositif et la diffusion des résultats du système de soins périnatal doivent être davantage assurées.*
- 6) *Les usagers sont amenés à être de vrais interlocuteurs des structures de santé, des professionnels de la naissance et des décideurs politiques, conformément à l'idée de démocratie sanitaire. La politique périnatale ne pourra évoluer positivement si les usagers sont tenus en lisière des décisions les concernant au premier chef.*

## **CONCLUSION**

Les Etats Généraux de la Naissance ont révélé des discours et des opinions très contrastés de la part des différents professionnels de la naissance et des usagers.

Malgré des approches parfois divergentes, le débat public suscité par ces Etats Généraux a permis de faire émerger de nombreuses propositions validées par tous les participants en réponse à leurs difficultés communes.

L'acceptation des décisions à venir en matière de politique de santé périnatale dépendra en grande partie de la conformité de ces choix aux souhaits des professionnels et des usagers.