

ETATS GENERAUX DE LA NAISSANCE
06 JUIN 2003

PLATE FORME DE PROPOSITIONS en 40 POINTS
du
COLLECTIF INTERASSOCIATIF Autour de la NAISSANCE
(C.I.A.N.E.)

pour la participation aux
ETATS GENERAUX DE LA NAISSANCE

version III

Les Etats Généraux de la Naissance affichent la volonté de tous les acteurs du milieu de la naissance - représentants des professionnels, des organismes institutionnels mais aussi citoyens - afin de débattre publiquement et de rechercher des solutions harmonieuses d'accompagnement des personnes les plus concernées : les parents.

Selon cette approche, la plate forme de propositions du C.I.A.N.E. a pour ambition d'apporter une contribution citoyenne à la réflexion collective en élargissant et en précisant les points développés dans le texte de consensus, et de défendre des axes de progrès clairs et concrets. Les 38 associations composant le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance ont été consultées et ont contribué à l'élaboration de ce document :

AFAR, BEBE-Causette, BIEN-NAÎTRE, BIEN-NAÎTRE et GRANDIR, C.A.L.I.N., FEDERATION NAISSANCE et LIBERTES (13 Associations), FEDERATION AVIAM (14 Associations d'aide aux victimes d'accidents médicaux), INFO ALLAITEMENT, NAISSANCE & CITOYENNETE, NAÎTRE en BOURGOGNE, Centre NASCITA du NORD, La CAUSE des PARENTS, PATIENTS-IMPATIENTS, UFCS ;

Avec le concours technique de : l'**Observatoire des Usagers sur la Périnatalité de Bourgogne**, du **D.I.E.S.** et du **C.R.E.G.A.S.**,

1/ RETOUR A L'ESSENTIEL : LA NAISSANCE

La majeure partie des pathologies liées à la grossesse et l'accouchement sont prise en compte, grâce à des améliorations techniques. Il faut veiller à ce que ces techniques ne comportent pas en elles-mêmes des composantes anxigènes, vecteurs de pathologies induites. Dans cette perspective, quels sont les besoins d'une femme qui enfante, d'un bébé qui naît ?

- sécurités émotionnelle, affective, psychologique, garantes de la sécurité physique,
- confiance : en soi, en l'enfant, en l'autre
- être respectée, confortée, valorisée
- être sujet de la naissance de son enfant, et non objet de l'accouchement effectué par les soignants

Le respect de ces besoins est la condition d'un enfantement bien vécu, de l'établissement du lien avec le bébé, d'un allaitement qui démarre bien.

1.1. Principes généraux :

La naissance n'est pas une maladie, dit-on couramment avec pertinence. Elle constitue aussi, assurément, un des événements les plus forts de la vie d'un être humain. La première pathologie qui guette une femme qui enfante est le stress induit. En conséquence, nous demandons que les parents et leur bébé :

1 - soient mis AU CENTRE du système, sujets et non objets de soins ou d'accompagnement, et que leurs droits soient reconnus et respectés : information, consentement éclairé, participation aux choix médicaux, respect de la dignité et de l'intimité

Un des points faisant entorse au droit du consentement est le caractère obligatoire des visites prénatales. Il est compréhensible qu'elles soient obligatoires pour être remboursées par le système de protection sociale, mais porte atteinte aux libertés individuelles en dehors de ce contexte. Nous demandons que cette obligation soit supprimée (sauf en vue d'un remboursement) et soit remplacée par des modalités d'information, d'éducation et d'incitation plus conforme aux règles démocratiques. De plus, la capacité d'effectuer la première visite prénatale doit être étendue aux sages-femmes.

2 - soient encouragés à l'autonomie et non à la dépendance, à la responsabilité et non à la soumission, par un accompagnement singulier mettant en valeur leurs propres ressources psychiques et physiques,

3 - reçoivent une information réellement FONDEE, HONNÊTE, LOYALE ET APPROPRIÉE (ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui) suivant le Code de Déontologie Médicales et les recommandations pour la Pratique Clinique sur l'Information des Patients émises par l'ANAES.

Pour l'application du droit à l'information, nous demandons l'obligation réglementaire pour chaque maternité d'afficher dans le hall d'entrée du public, les informations chiffrées de l'année précédente concernant le nombre d'accouchements et en rapport les pourcentages d'infections nosocomiales, de déclenchements (médicales et de complaisance), de césariennes, d'épisiotomies, d'expulsions instrumentales, d'analgésie péridurale et de femmes présentant un périnée intact (excluant donc les épisiotomies).

4 - soient encouragés à exprimer un projet de naissance :

parce qu'il ne devrait JAMAIS y avoir d'accouchement standardisé : chaque personne étant unique, bébé comme femme devenant mère, elle a des besoins spécifiques, une histoire singulière et vit une expérience qui lui appartient en premier. Un projet de naissance, écrit noir sur blanc, répond au droit qu'à toute personne de participer aux choix thérapeutiques la concernant, et permet aux parents et à l'équipe médicale d'établir une relation de confiance et de s'entendre sur les rôles de chacun. Pratiqué intelligemment, le projet de naissance est sûrement un bon antidote à la montée des contentieux médecin-patient, en prévenant les conflits et permettant à chacun de prendre ses responsabilités.

5 - soient respectés au niveau des comportements, des attitudes, du langage, afin de ne pas créer des relations anxigènes :

Ex : des mots comme "médecin", "docteur", "professeur", "spécialiste" ... sont valorisants et valorisés à juste titre, alors que les noms tels que "malade", "patiente", "gestante", "parturiente", "primipare", "multipare", "accouchée", "césarisées" sont réducteurs car ils expriment des états et non des personnes. Ils sont non seulement réducteurs, mais ils renforcent le déséquilibre dans le rapport dominant/dominé au sein de la relation médicale. L'emploi de tels mots doit être proscrit, au profit de termes plus respectueux et gratifiants : personne, mère, femme, être humain, enfantement, accompagnement (au lieu de prise en charge, comme si une personne donnant la vie pouvait être une "charge" pour une personne payée pour cela)

6 - bénéficient de pratiques actualisées, en réelle adéquation avec les études internationales :

(résultats de recherches avérées et reconnues par l'OMS) : Quand de nombreuses recherches mettent en avant la nocivité de telle ou telle pratique, le manque d'efficacité de telle autre, ou un bien moindre bénéfice comparés aux inconvénients, il est impératif d'utiliser ces recherches pour améliorer la sécurité et le bien-être des mères et des bébés ... ce qui n'est pas fait systématiquement en France, où perdurent des pratiques infondées à caractères culturels ou organisationnels (position imposée en décubitus dorsal, épisiotomies injustifiées, perfusions "préventives", RCF en continu ...)

1.2. Gros plans sur l'enfantement eutocique :

Chaque femme doit pouvoir faire de véritable choix concernant la naissance de son enfant.
Nous demandons donc :

7 - la possibilité de choisir le lieu de naissance, conformément aux lois en vigueur,
(structure hospitalière, maison de naissance, domicile)

8 - le respect des modalités d'accouchement exprimées par les parents,
(suivant le projet de naissance établi durant la grossesse - système du « birth plan » anglais).
Si un tel accord n'a pas été passé, la femme doit pouvoir malgré tout refuser certains aspects des protocoles si elle estime qu'ils lui portent atteinte :

* que les besoins d'isolement, d'intimité et de sécurité affective des femmes soient préservés :

La naissance est un moment de sensibilité extrême aux situations anxiogènes. C'est un événement qui requière de l'intimité, de la « sécurité » sur le plan psycho-affectif. Il devrait donc être possible :

- . de garder ses vêtements personnels durant la naissance (car ce n'est pas une maladie),
- . de pouvoir consentir OU NON (suivant "la charte du patient hospitalisé") ; à la présence de personnes non indispensables (la présence d'étudiants sans avertissement préalable a été souvent signalée lors de naissances en maternité ou lors de consultations prénatales), et l'insertion de ces dispositions dans les protocoles nationaux à l'acte,
- . de ne pas avoir à subir des situations stressantes générées par l'activité médicale (ostentation de matériels, allées et venues, présences parasites, aménagements des salles, ...).

* que tout recours, en routine et sans consentement, aux gestes invasifs touchant à l'intimité et vecteurs de stress soient proscrits :

Lavement, rasage pubien, sondage, touchers vaginal ou rectal, sonde échographique intra vaginale, lavages et révision utérine, et création de protocoles nationaux à l'acte et modification de l'enseignement dans ce sens.
Que ces pratiques, constituant une violence systémique, fasse l'objet d'études par rapport aux pratiques internationales et d'évaluations sur le principe bénéfiques/risques pour la personne et son enfant (Evidence Based Medicine).

* que toute intervention fasse l'objet d'une information, d'un consentement éclairé (conformément à la loi) et soit justifiée dans le dossier médical :

Ex. : le décollement des membranes, geste couramment pratiqué au cours de la visite du 9ème mois, correspond à une tentative de déclenchement de l'accouchement (non dite le plus souvent), doit être soumis à l'obligation légale d'information loyale sur les risques iatrogènes et du consentement éclairé.

9 - l'arrêt des poses systématiques d'abord veineux :

Cette pratique n'a pas cours dans d'autres pays européens, comparables au notre.
Création de protocoles nationaux à l'acte dans ce sens et modification de l'enseignement dans ce sens.
Certaines femmes témoignent à ce sujet d'une attitude intransigeante, autoritaire et non négociable de la part de soignants (cf. "contrat d'accouchement", Génésis n°55, 04.2000). Au delà de l'aspect prophylactique officiel, cette attitude traduit surtout un souci de couverture médico-légale et un palliatif organisationnel dû à un manque de personnel disponible.
De nombreux pays européens n'imposent pas cette pratique, et connaissent des résultats en terme de morbidité et de mortalité équivalents ou meilleurs qu'en France.

10 - Concernant les épisiotomies, la modification de l'enseignement, la suspension des protocoles médicaux "maison", et l'arrêt de cet acte médical de routine :

L'épisiotomie est un acte pratiqué selon des critères plus culturels ou économiques que scientifiques. Pourtant, de nombreuses études mettent en relief son manque d'efficacité notoire dans la protection du périnée, les lésions surajoutées qu'elle occasionne, la perte de sang conséquente qu'elle provoque, les douleurs durables et complications

fréquentes qu'elle peut induire. L'épisiotomie n'a aucune incidence sur l'état du nouveau né à la naissance, et n'améliore pas son pronostic vital.

En conséquence de quoi :

- * elle doit faire l'objet d'études approfondies, et prenant en compte nombre de critères ignorés habituellement (position de la femme qui enfante par exemple)
 - * elle doit être encadrée par la création de protocoles nationaux à l'acte dans ce sens
 - * elle doit être soumise à l'obligation légale d'information préalable et de consentement éclairé, et notifiée dans le dossier médical (avec son indication exacte)
 - * elle doit être dûment justifiée, par rapport aux indications définies par les conférences de consensus et les recommandations de bonne pratique internationales
- "Réduire la mortalité maternelle" - Déclaration commune OMS, FNUAP, UNI CEF et Banque Mondiale, en 1999 - WHO international
- Voir site : http://www.who.int/reproductive-health/publications/mortalite_morbidiite_abstract.fr.html

A ce jour, en France, l'épisiotomie est imposée à 72 % des femmes enfantant pour la première fois, et ce pour une incidence d'environ 0,4% pour les déchirures du 3ème degré.

L'OMS considère qu'au dessus de 15% d'épisiotomies, il y a dérive culturelle ... Pour information, certains pays scandinaves se situent à moins de 10% d'épisiotomies.

Voir aussi : d'après BOUVI ER-COLLE M.H. 'Mortalité maternelle en France et dans le monde'. Réalités en Gynécologie Obstétrique 2002;74;14-18

11 - L'arrêt pendant le travail des injections intraveineuses de produits augmentant les contractions (accouchement dirigé) et donc la douleur (d'autant plus si la femme est couchée en décubitus dorsal), sauf justification précise, documentée et soumise à consentement :

La pratique quasi institutionnelle (enseignée dans les écoles d'obstétrique) de recours aux injections d'hormones de synthèse a pour effet d'augmenter la fréquence des contractions (or leur efficacité est due non à la quantité mais à la qualité ...), ce qui décuple inmanquablement la souffrance. Injecter de tels produits, sans prévenir de l'accroissement de la douleur qui en résulte relève de la maltraitance. La douleur devient tellement insupportable que le recours à l'analgésie péridurale ou autre technique équivalente devient incontournable et de fait imposé. Cette pratique de routine a pour conséquences soit d'accroître la souffrance, soit d'imposer une analgésie, ce qui est, dans les deux cas, inacceptable. De plus, en dehors d'indications thérapeutiques précises, le bénéfice pour la mère et son enfant n'est pas démontré. En cas de complication et d'aléa médical, cette intervention dans un processus physiologique, si elle n'est pas dûment justifiée par des impératifs thérapeutiques, implique la responsabilité directe du professionnel.

12 - concernant la péridurale, il doit être possible d'y recourir, à toute heure du jour et de la nuit, et à la demande ...

et seulement à la demande explicite de la future mère, après qu'elle ait été informée de façon claire, loyale et honnête sur les enjeux de cette anesthésie et sur ses répercussions éventuelles (physiques : immobilisation, baisse de la tonicité utérine et recours possible aux injections d'ocytociques, accroissement des risques d'extractions instrumentales ou de recours à la césarienne - et psychologiques, sur la mère ET sur le bébé(apathie, baisse de la tonicité, ...). Une péridurale ne doit pas être imposée de façon directe ou détournée, pour des raisons organisationnelles, de protocole ou de manque de personnel.

13 - la limitation au strict nécessaire des protocoles et des gestes invasifs sur les nouveaux nés,

que ces gestes soient faits après que les parents et l'enfant aient eu tout le temps de faire connaissance :

- * clamber le cordon après qu'il ait cessé de battre,
- * laisser le nouveau né ramper jusqu'au sein de sa mère et le laisser seul trouver et prendre le sein,
- * ne pas imposer de séparation en couveuse, sous prétexte de "réchauffer le bébé" ... Il se réchauffera d'autant mieux qu'il n'aura pas été refroidi par des manipulations inutiles, et qu'il restera, couvert si besoin est, sur sa mère,
- * arrêter les injections de vitamine K faites par intramusculaire, alors qu'il existe une possibilité d'ingestion par gouttes

- * grouper les prélèvements sanguins, et les faire dans des endroits moins sensibles que les doigts ou le talon, avec emploi systématique de crème analgésique locale, et de préférence pendant l'allaitement,
- * ne pratiquer le sondage et l'aspiration qu'en cas de nécessités ; ces gestes, douloureux, sont susceptibles de provoquer des malaises graves parfois jusqu'au décès, et de perturber durablement la succion,
- * créer des protocoles nationaux, pour éviter les "pratiques locales" hétérogènes et parfois nocives (telles que vaccination systématique par le BCG à la naissance, biberon de glucose donné de façon autoritaire sans information, prélèvements réguliers (toutes les deux heures) de sang au talon sans nécessité avérée ...) etc ...

14 – que tous les ACTES PORTES sur le CORPS de la FEMME, du FOETUS ou du BEBE, SOIENT PRATIQUES dans leur INTERET DIRECT :

Et ce, dûment en réponse à un trouble, une anomalie, une pathologie avérée et non supposée, et non comme une mesure médico-légale, comme un protocole à appliquer systématiquement en routine, comme pratique culturelle ou comme solution à un problème d'organisation, dont le déclenchement dit de « décollement des membranes » est un bon exemple,

2./ NAISSANCE ET PATHOLOGIE

Dans le domaine de la naissance, même pathologique, pourquoi augmente-t-on la souffrance des femmes par des gestes et des procédures institutionnelles, sans réelles études scientifiques nationales et/ou internationales qui en valident l'intérêt exclusif pour la femme et son enfant ? Dans l'attente de ces validations, outre les points précités en 1./,

nous demandons :

15 - en cas de césarienne sous analgésie péridurale, l'acceptation de la présence du père ou d'une personne de confiance si elle est souhaitée par la future mère

Certains établissements acceptent cette présence, d'autres la refusent ... Dans l'attente d'une étude scientifique prouvant un réel risque, cette présence ne devrait pas être refusée.
Création de protocoles nationaux à l'acte.

16 - l'obligation légale de proposer , au minimum :

* une analgésie locale en cas de ponction veineuse, et de suture cutanée,

* une anesthésie locale et une sédation vigile légère en cas :

A - de ponction artérielle ou lombaire, de biopsie, de pose de voie centrale (en interdisant la fixation du cathéter par fil cousu à même la peau), sauf impossibilité liée à une urgence vitale. Cette prévention doit systématiquement s'appliquer en néonatalogie et en pédiatrie pour tous les gestes douloureux (drain, cathéter, prélèvement sanguin, biopsie, exploration, ventilation mécanique, circoncisions ...) et lors d'actes invasifs sur le fœtus in utero.

Création de protocoles nationaux à l'acte dans ce sens.

Voir les travaux de K.J.S.Anand, de D. Annequin, D.Mathieu et Coll. Hôpital Necker Paris, T.Dubillon et coll. Pavillon Mère et Enfant, CHU de Nantes, V.Zupan et Coll. Hôpital A.Beclere, Clamart, J.Sizun et coll. Unité Pédiatrique CHU de Brest.

B - d'examen invasifs douloureux et/ou touchant l'intimité (fibroscopie, cystoscopie, hystérocopie sauf en cas d'urgence vitale.

Dans les fiches "informations aux patients" (voir : www.e-santé.fr), les phrases du style "désagréable mais pas douloureux", "peu ou rarement douloureux" relèvent de l'interprétation, ce qui facilite la pratique des professionnels. Or de droit, c'est au patient d'en décider, d'où l'importance de PROPOSER des mesures analgésiques et sédatives.

17 - la prévention systématique de la douleur des suites opératoires :

Information, évaluation, protocoles, pompes à analgésie réglables par les intéressés eux mêmes, patch ... et des soins qui y sont liés (pansements, drains ...)
Création de protocoles nationaux à l'acte dans ce sens.

18 - l'application de la circulaire n°83-24 du 01.08.1983, concernant l'hospitalisation des bébés et des enfants :

Notamment privilégier les soins à domicile ou une hospitalisation courte, accepter la présence de la mère ou du père au côté de l'enfant, et rendre illégaux les obstacles et les refus de leur présence à ses côtés. De telles entraves, non justifiées par l'intérêt direct de l'enfant, doivent pouvoir faire l'objet de sanctions.

19 - la création de protocoles médicaux à l'échelle nationale, selon la "classification commune des actes médicaux" (CCAM) :

Cette classification commune des actes médicaux a fait l'objet d'une signature entre la CNAM et 4 syndicats professionnels. Elle porte sur la nature de l'acte médical et son contenu, et non plus sur la spécialité liée à la pathologie. Cette classification devrait servir de base à l'établissement de protocoles techniques et cliniques au niveau national et interdisciplinaire (en incluant la participation des usagers). A ce jour, chaque spécialité (via leurs Sociétés Savantes), chaque hôpital ou groupe hospitalier édite ses propres protocoles, d'où une hétérogénéité des approches, des pratiques et des réponses, notamment en terme de respect des droits de la personnes.

20 - l'accentuation des efforts de recherche et la mise rapide sur le marché de nouveaux tests sanguins (recherches de cellules fœtales dans le sang maternel), et de moyens d'imagerie médicale :

Afin de limiter le nombre des actes invasifs (fibroscopies, biopsies, amniocentèses)
Voir Gynéweb "Le test sanguin au 2ème trimestre détecte 70% des trisomies 21", Dr. J.M.Brideron le 21.02.02. Site : <http://www.gyneweb.fr/portail>
En matière de développement, voir aussi "Sciences et Vie" n°1015 de mars 2002, page 40 : test développé par l'équipe INSERM 370 du Dr. Patrizia Paterlini -Brecht - CHU Necker -Enfants Malades. Ce test non invasif et évitant les amniocentèses tarde à s'implanter. Il est urgent de promouvoir cette méthode, car outre l'anxiété et la souffrance psychique liées à la ponction amniotique, il faut déplorer la mort d'environ 300 futurs enfants sains pour 700 découvertes de trisomie 21.

21 - la recherche et le développement de techniques alternatives non médicamenteuses en leur donnant une reconnaissance dans les nomenclatures officielles d'actes médicaux (CCAM)

Parmi les exemples, nous pourrions citer l'anesthésie par acupuncture en chirurgie viscérale. Cette technique, couramment utilisée en Chine, a fait l'objet d'essais cliniques en France depuis trente ans, et a confirmé sa faisabilité et son efficacité. Moins risquée, moins éprouvante que l'anesthésie générale ou la péridurale, en terme d'effets secondaires (réactions aux produits, lésions par intubation ...)
Aucun programme de formation et de déploiement de cette méthode n'a été mis en place en France. Voir la revue "La Recherche" - n°358 - Novembre 2002 page 108 ... et n°28 - novembre 1972, page 941

22 - dans le cadre des IMG, au delà de 15 SA, la mise en oeuvre d'une anesthésie péridurale pour la patiente pendant l'accouchement, et d'une anesthésie pour le fœtus vivant avant tout geste fœticide :

L'arrêt des injections intracardiaques au profit des injections intracordiales.
Création de protocoles à l'acte.
Cela nous semble une attitude de compassion minimum.

3./ CONSTATS

La mise en pratique des décrets de périnatalité de 1998 a contribué à une diminution drastique du nombre de maternités, et à la répartition en trois niveaux des établissements, niveaux adaptés à la capacité technique et humaine d'accueil des nouveaux nés normaux, en détresse légère, en détresse vitale.

Force est de constater que les objectifs de ce plan ne sont pas atteints puisque les chiffres et les situations que ce plan devait corriger suivent toujours la tendance entamée voici quelques dix ans :

- stagnation des chiffres de la mortalité maternelle en couches (et surtout de leur causes), de la morbidité périnatale, à un niveau injustifié pour un pays développé, nous interpelle sur la pertinence des choix français,

- augmentation continue de la prématurité, entraînée en partie par la croissance des traitements contre l'infertilité (traitements de plus en plus lourds pratiqués sur des femmes de plus en plus jeunes, avec de moins en moins de tolérance à l'attente de la grossesse espérée), sachant de surcroît qu'au moins 35% des prématurités sont induites par la pratique médicale,

(source réseau Audipog)

- recours de plus en plus fréquent à la césarienne (avec tous les risques qu'une intervention chirurgicale lourde peut entraîner), recours subséquent à :

- * l'utilisation banalisée des techniques de déclenchement et de stimulation utérine,

- * la crainte du médico-légal, qui fait qu'on « préfère ouvrir, même si c'est pour rien », sans que des études scientifiques reconnues mesurent à moyen et long terme l'incidence sur la santé (physique et psychique) de la mère, de l'enfant et sur les grossesses ultérieures, et sans qu'il y ait en contre partie une amélioration des chiffres en terme de morbidité mortalité.

- demandes contradictoires dans la population,

écartelée entre les "promesses" de « l'hyper technicité » (conception "maîtrisée", sécurité "absolue", douleurs supprimées, enfant "parfait" ...) et un sentiment de dépossession à l'égard de la naissance (absence de choix du lieu et des modalités, d'implication personnelle, morcellement de l'accompagnement, application de protocoles standards centrés sur le "risque" et non pas le « bien-être », ...)

CETTE POLITIQUE PERINATALE A CONDUIT :

- à la fermeture de nombreuses maternités petites et moyennes, donc à une restriction de l'offre de soins et une atteinte à la liberté de choix des futures mères, et ce au moment où le nombre des naissances remonte. L'équité d'accès au sein de la population en est compromise, avec des durées d'accès aux maternités qui s'allongent

(et son cortège de conséquences prévisibles : augmentation des déclenchements programmés par exemple),

- au gel des projets de maisons de naissance ou centres de naissance physiologiques (en dépit des expériences réussies et moins coûteuses constatées chez nombre de nos voisins européens),
- à l'impossibilité financière pour les professionnels libéraux de s'assurer pour accompagner les naissances à domicile, en maison de naissance ou en plateau technique,
- à la démission de nombreuses sages femmes (2000 depuis le début de l'année 2003) qui ne peuvent plus pratiquer leur art dans les conditions qui leurs sont imposées,
- à la difficultés pour tous les professionnels à exercer leur activité de façon sereine.

4./ RECRUTEMENT, FORMATION ET STRUCTURES PROFESSIONNELLES :

La sélection des personnes et leur formation ont une incidence directe sur la qualité des relations et des actes de soin. L'amélioration de l'accompagnement à la naissance dépend essentiellement d'un changement d'état d'esprit et de mentalités. En tant que personnes qui payons, bénéficions et parfois subissons les prestations accompagnant la naissance, et partant du principe, reconnu de tous, qu'un acte médical est le déploiement d'un acte technique dans le cadre d'une relation humaine,

nous demandons :

23 - la valorisation de la profession de sage-femme auprès du public et des médias comme les spécialistes de la grossesse et de la naissance normales, professionnelle à part entière autonome, responsable et indépendante,

24 - l'incitation pour les sages-femmes déjà formées à revenir à leur profession,
(2000 désaffections depuis le début de l'année 2002),

25 - l'augmentation du recrutement et au doublement de l'effectif des sages-femmes :
dans un délai de 10 ans, afin de répondre aux futurs besoins. Que leur formation d'accompagnement psycho-affectif soit maintenue et reconnue pour assurer un niveau suffisant de compétence et d'expertise en matière de naissance physiologique. Faut-il rappeler que la France n'a que 13.000 sages-femmes opérationnelles hors dom-tom, contre plus de 30.000 en Angleterre,

26 - la confirmation des gynécologues obstétriciens dans leur spécialité : la pathologie obstétricale, en réponse du déficit démographique que connaît cette profession,

et sauf demande particulière, qu'ils n'empiètent pas sur le domaine des grossesses et accouchements physiologiques, ne relevant pas de leur formation (2 heures de formation sur l'accouchement physiologique sur les milliers que constituent leur cursus universitaire).

27 - le changement des critères de sélection des candidats aux concours pour les professionnels de la naissance

Aujourd'hui, les décisions d'aptitude s'appuient essentiellement sur des compétences scientifiques. Les exigences en matière d'aptitude aux Sciences Humaines et Sociales doivent être renforcées, et la sélection doit prendre en compte le profil psychologique et les facultés relationnelles des lauréats. En effet, en médecine opérationnelle, les relations humaines sont parmi les facteurs essentiels à la qualité des soins.

28 - Durant le cursus médical, l'accentuation de la formation des spécialistes dans les matières relevant des sciences humaines et psychologiques :

Formation à la relation de soins, à la communication, l'éthique ... pour une meilleure prise en compte de la dimension psychologique de la naissance

29 - la mise en place d'une Loi Programme sur dix ans, définissant des objectifs et des moyens en matière de démographie médicale pour satisfaire aux futurs besoins :

La priorité doit être donnée à la formation de professionnels nationaux ou de l'U.E. La modification des mécanismes de décision, et la fixation du "numerus clausus", des quotas par spécialité et de programmation de la formation médicale (décision paritaire incluant des associations d'usagers, des professionnels, la CNAM ...) en sera l'objectif principal, visant à accroître le nombre des praticiens compétents, notamment dans le domaine de la naissance.

Numerus clausus :

* nombre 1972-73 : 8.652, 1980-81 : 6.409, 1990-91 : 4.000, 1992-93 : 3.500, 1994-95 : 3.750, 1996 - 97 : 3.576, 1997-98 : 3.583

Les chiffres de formation nationale ont diminué de plus de la moitié en 25 ans, mais le plus important n'est pas tant leur nombre mais leur répartition sur le territoire en fonction des besoins des populations. Il faudra avoir le courage de revenir sur le sacro-saint principe de la liberté d'installation afin que les professionnels officient là où le besoin se fait ressentir, même si les petits établissements "de campagne" sont moins attractifs que les gros centres, même si la Côte d'Azur est plus agréable que le Nord Pas de Calais, et ce peut être plus par des mesures incitatives que par affectation autoritaire qui serait refusée par la profession

30 - Le maintien de l'accès à des maternités de proximité :

que leur fermeture de façon antidémocratique, CONTRE l'avis des usagers, des professionnels, des élus ... cesse. Ces fermetures :

* n'ont absolument pas démontré leur efficacité en terme de santé publique. Notamment, il n'y a pas eu de redéploiement des équipes médicales vers les maternités toujours ouvertes : au contraire, de nombreuses personnes ont quitté leur profession, ou se sont reconverties.

* ont créé de larges régions "vides" de structures médicales, pouvant accueillir les femmes.

A l'instar de certains de nos voisins, ces structures peuvent fonctionner en toute sécurité, si le suivi des grossesses, l'orientation des grossesses à risque et la gestion des urgences obstétricales sont planifiés et organisés (système réseau).

31 - le soutien des pouvoirs publics aux maisons de naissance prêtes à ouvrir :

que l'expérience de certains pays voisins (Allemagne, Pays Bas, Suisse, Royaume Uni ...) soit étudiée et adaptée chez nous. Une coordination étroite avec les plateaux techniques des hôpitaux ou cliniques doit être établie, par voie réglementaire si nécessaire, pour gérer les urgences,

32 - la revalorisation de la pratique de sage femme libérale,

dans toutes ses compétences, y compris l'accouchement à domicile, et la possibilité pour elles de s'assurer sans être pénalisées par des primes indues et disproportionnées,

33 - l'amélioration par les pouvoirs publics du système d'orientation et de transfert des femmes enceintes avant la naissance, en fonction du niveau de risque

à l'instar de l'expérience réussie de certains pays européens voisins,

5./ PISTES DE REFLEXION :

Pour permettre d'atteindre ces différents objectifs, des mesures urgentes sont à prendre :

34 - Participation des représentants des patients et usagers :

- * aux conférences de consensus interdisciplinaires pour l'établissement de protocoles nationaux sur les actes médicaux et les règles de bonnes pratiques professionnelles,
- * aux instances internes des maternités publiques et privées, comme le prévoit la loi du 4 mars 2002 (attente du décret d'application), avec une véritable voix au chapitre sur l'organisation des structures

35 - l'application de sanctions disciplinaires et civiles, en cas de non-respect du consentement éclairé précédant toute intervention, examen ou soin portant atteinte à l'intimité, à l'intégrité physique et psychique d'une personne, selon la loi du 04 mars 2003.

36 - la mise en place d'un observatoire afin d'appréhender objectivement la mortalité et la morbidité obstétricale, et leurs éventuels prolongements judiciaires,

(en cours d'étude dans d'autres secteurs d'activité médicale, afin d'obtenir des données objectives, notamment pour l'établissement de bases fiables en matière de prime d'assurance civile professionnelle)

37 - la création d'une "Autorité de veille et d'évaluation de la pratique et de la performance clinique individuelle :

à l'instar de l'Angleterre avec le NCAA (the National Clinical Assessment Authority), cette autorité, à l'indépendance reconnue et administrée par des représentants de la Société Civile, aura pour mission d'évaluer la qualité de la pratique médicale individuelle, d'informer les autorités politiques en charge de la santé et d'apporter un support décisionnel en matière de formation continue et de régulation d'activité.

"La Recherche", en mars 2002, indique le projet de création d'une autorité régulatrice en Angleterre, "the National Clinical Assessment Authority" (effectivement créée un an après, en avril 2001). Cette décision fait suite à une série de scandales dont celui particulièrement grave du DR. H. Shipman, responsable de plus de 250 homicides en 24 ans de carrière.

Voir site "<http://www.ncaa.nhs.uk/>"

Voir aussi : colloque international de l'UNAFORMEC - 21 et 22 novembre 1998

38 - la création d'un Observatoire européen de la santé, indépendant et géré de façon paritaire,

permettant une évaluation des situations dans les différents pays membres selon des critères techniques mais aussi qualitatifs, dont entre autres, l'études des pratiques et des performances obstétricales,

39 - la diffusion grand public de toutes ces évaluations

par établissement et spécialité, via les médias, les associations, les organismes institutionnels, afin d'améliorer la transparence et la connaissance de l'activité en la matière dans notre pays,

40 - la création et le financement d'un "Observatoire de la Naissance" codirigés par les usagers, sur le modèle du projet pilote développé en Bourgogne.

- et, enfin :

qu'une VERI TABLE DEMOCRATIE SANI TAIRE (*) soit mise en place dans les FAI TS,
comme dans les DI SCOURS, d'autant plus que la grossesse, la naissance n'est pas dans
le principe une MALADI E.

(*) Conformément à la loi du 4 mars 2002, votée à l'unanimité par nos députés.

Contact => Porte-parole : Anne Dusart : 03 80 36 32 89 - anne.dusart@free.fr

Autres contacts : Anne EVRARD : 04 78 62 70 89 - Blandine POI TEL : 05 46 09 33 11 - Gilles Gaebel : 06 22 54 01 12.