

COURS des COMPTES – suite visite du 08 septembre 2010

Gilles Gaebel/FR/GROUPE/GROUPE-
CARREFOUR

Alassous@ccomptes.fr

09/09/2010 18:12

ccb.si@aliceadsl.fr, bernarbel@gmail.com,
cecile.loup@gmail.com, makrich2@free.fr
ObjetTr : Réunion du 08 septembre - envoi 3

A l'attention de Mme Laurence ASSOUS

Bonjour Madame,

Nous vous remercions pour l'excellent accueil que vous nous avez réservé avec le Dr Dominique DOLLE.

Comme convenu, vous trouverez en annexe un certain nombre de documents en appui de nos échanges.

La CNAMTS prétend que le coût du suivi d'une grossesse physiologique dans le cadre d'un accompagnement global est plus élevé qu'un suivi classique en maternité niveau 1, ce qui est faux.

Cette position est déclarative. La notre est étayée par des documents comptables

Je vous renvoi la copie de la facture de la MdN allemande (1096,72 €) vs Maternité d'un CH, ainsi qu'une autre facture d'une MdN de Saarbruck (565,74 €) pour un accouchement uniquement. Les chiffres sont concordants avec ceux communiqués par Eudes GEISLER lors de ce procès au TASS de la Moselle en janvier 2009 (1046,58 €), dont copie vous est jointe :



Cout_MdNvsMater_AllemagneOct07_V2.PDF



CoutMdN_NaissanceACB_Allemagne_Mai2007.pdf

Je vous saurè gré de préserver l'anonymat de la facture concernant Mme Anne Catherine BUCHER.



JugementTASS_Janv09.pdf

Le jugement du TASS a été cassé suite à un pourvoi en cassation déposé le 09 mars 2009 :



Affaire Eudes Geisler.doc

Les fichiers suivants étant trop lourds, je vous les envoie séparément.

Cordialement,

Gilles GAEBEL

Pour le CIANE

Tel: 00 33 (0) 1 58 63 32 61

Mob: 00 33 (0) 6 86 26 17 18

gilles_gaebel@carrefour.com

A l'attention de Mme Laurence ASSOUS

Rebonjour Madame,

Envoi N° 2 :

Concernant **Bernadette de Gasquet**, voici la liste des membres du Conseil Scientifique du CIANE, où vous trouverez ses coordonnées :



06_Groupe_Multidiscip_Réflexion&Conseil.pdf

Enfin, voici copies de **4 documents** attestant de l'implication du CIANE dans l'amélioration des pratiques professionnelles (initialement par l'ANAES et reprises par la HAS à sa création) :



Cadrage_RPC_ExpressionAbdo.pdf



CIANE_RPCepisio_vfinale.pdf



T21_version CESS130207.doc



Note cadrage déclenchement nov05.doc

Et dans beaucoup d'autres, comme le résume la présentation ci-dessous :



CIANE.pdf

Cordialement,

Gilles GAEBEL

Pour le CIANE

Tel: 00 33 (0) 1 58 63 32 61

Mob: 00 33 (0) 6 86 26 17 18

gilles_gaebel@carrefour.com

A l'attention de Mme Laurence ASSOUS

Rebonjour Madame,

Envoi N° 3 :

Dernier document concernant un point que nous avons évoqué : l'arrêté du 21/12/2001 sur le minimum d'épisio que doivent faire les élèves SF.



Arrete211201_etudes_SF.doc.doc

"11. Pratiquer les accouchements eutociques (au moins 80 accouchements)".

"15. Pratiquer les épisiotomies et leurs réfections immédiates ou celles de déchirures simples (30 cas minimum)."

Cette politique non restrictive de la pratique de l'épisiotomie peut amener une élève SF à couper le périnée de plus 1/3 des femmes qu'elle suit.

Rien ne justifie scientifiquement un tel taux (la Suède est à 7 %, l'UK à 13 % et l'OMS préconise moins de 10 %).



CIANE_RPCepisio_vfinale.pdf

Sur le plan déontologique, tout acte médical doit être fait dans l'intérêt de la personne. Ici, pour partie, nous sommes dans une configuration d'épisiotomies pédagogiques.

Suite à la sortie de la RPC en 2005, préconisant une politique restrictive de l'épisiotomie, nous avons demandé la modification de cet arrêté. Sans succès, ni réponse à ce jour.



Lettre_DGS_Amnio_Episia_sept05.doc

Merci d'avance pour l'attention que vous porterez à ces courriers.

Cordialement,

Gilles GAEBEL
Pour le CIANE

Tel : 00 33 (0) 1 58 63 32 61
Mob : 00 33 (0) 6 86 26 17 18
gilles_gaebel@carrefour.com

A l'attention de Madame Laurence ASSOUS

Bonjour Madame,

Suite à notre rencontre et en complément de ce que vous a déjà envoyé mon collègue, vous trouverez ci-dessous les informations qui je l'espère vous permettra de compléter votre audit.

En ce qui concerne l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes :

- La première loi étant celle d'août 1991, parue dans le Code de Santé Publique, il s'agit d'une réforme hospitalière (ancien article L.711-5 du CSP abrogé en juin 2000, et remplacé par l'article L.6112-4) permettant l'accès aux plateaux techniques pour les sages-femmes libérales : « Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation ».

- L'article L-6146-10 du CSP complète cette loi :« [...] les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement.

Par dérogation aux dispositions de l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale, les intéressés perçoivent leurs honoraires, minorés d'une redevance, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

[...] la création ou l'extension d'une telle structure est soumise à l'autorisation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire. L'autorisation est accordée pour une durée déterminée. Elle peut être suspendue ou retirée en cas de non-respect par l'établissement de la réglementation applicable à ces structures.

Pour chaque discipline ou spécialité, l'établissement ne peut réserver à cette structure plus du tiers de la capacité d'accueil, en lits et places, dont il dispose pour ladite discipline ou spécialité. »

- A noter qu'une modification de cet article a eu lieu récemment dans le cadre de l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST). En effet le Sénat a adopté une disposition étendant l'exercice des professionnels de santé libéraux aux CHU sous condition d'avoir obtenu l'autorisation du président du directoire après avis du président de la CME. [20]L'article L6141-2 du Code de santé publique rappelle la différence entre les centres hospitaliers régionaux (CHR) qui sont des centres hospitaliers à haute spécialisation et les centres hospitaliers

universitaires (CHU) qui sont des CHR ayant passé une convention avec une université. Ces derniers sont des lieux de formation.
L'article R.714-30 du CSP précise entre autre que « l'autorisation de création [...] peut-être accordée ou renouvelée pour une durée de cinq ans ».

- Je me permets de vous signaler ce document sur lequel un diaporama fait par le CASSF a le mérite de bien exposer l'historique de l'accès des sages-femmes aux plateaux techniques.

http://www.unssf.org/uploads/ACCES_DES%20SAGES-FEMMES%20LIBERALES_AUX%20PLATEAUX_TECHNIQUES2.pdf

- ainsi que celui-ci expliquant la difficulté des sages-femmes à avoir accès à ces plateaux :

http://www.profession-sage-femme.com/archive_pdf/PSF115-DOSSIER_Web_05_05.pdf

Nous avons aussi évoqué les taux d'épisiotomie, voici le lien qui confirme nos propos par rapport au CHU de Besançon :

- <http://www.chu-besancon.fr/smfc/sep2008/08-09-07.pdf>

Merci encore pour votre écoute et n'hésitez pas à nous recontacter si besoin est.

Bien cordialement

Chantal Ducroux-Schouwey
Présidente du CIANE

04.74.08.16.24
b.si@aliceadsl.fr

Re-bonjour Madame,

Meilleur espoir ? Non, pas vraiment. Nous avons maintenu notre position par rapport à la dernière mouture du décret qui n'est pas sortie. Et il nous a été faite

aucune promesse quant à la continuation du projet d'expérimentation. Devant cette léthargie, nous avons confirmé que dorénavant, notre action se fera au niveau de la communication et la politique.

- D'autre part, je me suis souvenue que vous souhaitiez des éléments quant aux aides auxquelles peuvent prétendre les jeunes mères qui viennent d'accoucher :

Dans certaines régions, le Conseil général participait (voir offrait) pour une aide-ménagère dès lors que la demande était faite par la sage-femme de la PMI (c'était encore le cas en 2008).

Actuellement, il faut s'adresser à la CAF de laquelle la famille dépend. La CAF la met en relation avec une association (en général ADMR ou autre) avec qui elle travaille. Le nombre d'heures auquel la famille a le droit dépend des besoins et circonstances et le montant à payer dépend du quotient familial.

<http://www.admr.org/pages/services/fiche.php?id=22>

- Enfin, pour information, je vous copie ci-dessous la réponse que nous avons faite le 14 mars 2008 à la DHOS en ce qui concerne le cahier des charges de l'expérimentation des pôles physiologiques. Depuis, nous n'avons eu aucun retour en ce qui concerne ce dossier.

Mme Anne-Noëlle MACHU

DHOS

Bureau de l'organisation générale de l'offre régionale de soins

Madame,

Vous nous avez demandé de formuler un avis quant à la dernière mouture du cahier des charges et de ses annexes techniques en vue de l'expérimentation des maisons de naissance.

Le CIANE ne peut définitivement plus souscrire à ce cahier des charges de l'expérimentation des Maisons de Naissances pour une raison principale - l'absence de toute expérimentation réelle - que l'on peut spécifier de la façon suivante :

1- Lieu

Le lieu possible de la MdN a été restreint aux conditions suivantes : proximité immédiate ne nécessitant pas de transport motorisé, ni de voie de publique à traverser. C'est plus que de mettre la MdN dans l'enceinte des hôpitaux, qui rappelons-le comporte des voies publiques. C'est vouloir la coller au service d'obstétrique, c'est à dire à finalement utiliser le terme « attenant » dans le sens le plus restrictif qu'il soit. Cette clause disqualifie une bonne partie des

projets en cours.

Certains, dont les collèges de gynécologues-obstétriciens ou de pédiatres, avancent toujours des arguments sécuritaires pour justifier ces restrictions, sans pour autant les étayer d'études sérieuses et alors que l'exemple d'autres pays montre que l'attenance n'est pas une condition à la sécurité. Nous souhaiterions pour notre part que la réflexion se concentre sur la situation alarmante de la distribution géographique des maternités en France. Est-il plus sûr d'accoucher dans sa voiture entre la Mure et Grenoble, que d'accoucher dans une MdN à 200 mètres du CHU ? Qu'il soit permis d'en douter.

2- Structure juridique

Le cahier des charges prévoit qu'une MdN soit un établissement de santé. Un tel statut implique des contraintes très spécifiques qui n'ont pas leur place dans une MdN. Par exemple, une prise d'oxygène serait vraisemblablement obligatoire dans la pièce où aurait lieu l'accouchement.

À l'intérieur du statut ES, il est prévu trois possibilités : (a) structure juridique autonome de droit privé en association loi 1901, (b) clinique ouverte, (c) structure interne au sein de la maternité. Le (b) est équivalent à l'accès au plateau technique, déjà prévu par les textes. Le (c) est équivalent aux pôles physiologiques, qui existent déjà et n'ont pas besoin de ce cahier des charges. Quant au (a), il ne définit rien en pratique. C'était pourtant l'une des missions de cette commission que de définir un nouveau statut juridique spécifique aux MdNs. Tout cela ressemble à un mauvais bricolage qui risque d'être très préjudiciable en pratique. Pour l'éviter, il est vraisemblable que seuls les projets répondants à (b) et (c) se mettront en place, or ils n'ont rien de nouveau et ne permettront donc aucune expérimentation.

3- Support financier et assurances

Un cadre assurantiel en responsabilité civile médicale n'est pas proposé systématiquement aux sages-femmes dans ce cahier des charges. Le financement de 50.000 euros est insuffisant pour couvrir les frais de structure. Autrement dit pour ouvrir une MdN dans de telles conditions il faudrait trouver des mécènes pour la financer.

4- Excès de précautions

On se serait attendu à ce qu'un cahier des charges de MdN assurant les accouchements eutociques soit centré sur la normalité, et centré sur les nouvelles structures juridiques et administratives.

Il n'en est rien, ce texte est centré sur la dangerosité et structuré comme si il s'agissait d'ouvrir un établissement hospitalier. Comme si le fait d'avoir imposé l'attenance dès le début du document était insuffisant, on voit encore

l'expression « dans un délai compatible avec l'urgence » apparaît 4 fois dans 4 paragraphes différents. Qu'un paragraphe traite spécifiquement des procédures d'urgence et de la rapidité de leur mise en œuvre est indispensable, mais que le terme « urgence » apparaisse 7 fois partout dans le texte dénote un certain état d'esprit. De même, un paragraphe dédié à la convention entre la MdN et la maternité hospitalière est indispensable, mais encore une fois on retrouve cette notion dans de nombreux paragraphes tout au long du texte.

La dernière mouture exige que deux sages-femmes soient présentes dans la MdN lors d'un accouchement pour des raisons de sécurité. Cette exigence n'existe pas dans les MdN d'autres pays, et les systèmes de santé anglais, hollandais, ou suédois, ne prévoient qu'une sage-femme lorsqu'il s'agit d'un accouchement à domicile. La présence d'un gynécologue-obstétricien de garde dans un couloir ou une autre pièce aurait-elle donc une influence magique permettant à une sage-femme d'être seule avec une parturiente dans les CHU ? Le financement de cette seconde sage-femme n'est bien entendu pas prévu. Par contre, il n'est spécifié nulle part que la sage-femme référente doit être présente en quasi permanence pendant toute la durée du travail et de l'accouchement. Cela n'arrive jamais dans les maternités, or ce sont cette présence et cette attention permanentes qui assurent la sécurité de la femme et de son bébé.

On voit aussi apparaître qu'un appareil « de monitoring permanent » doit être présent dans la MdN. Pourquoi faire ? La présence constante de la sage-femme rend inutile le monitoring continu. Celle-ci est censée faire des auscultations intermittentes. A partir du moment où le monitoring doit être utilisé en permanence, c'est que la situation n'est plus eutocique, auquel cas il doit y avoir transfert.

De même il est prévu qu'un pédiatre puisse intervenir au sein de la MdN. Là aussi ce serait une première, bien française. Pourquoi faire ? Si il y a une difficulté avec le nouveau-né, la sage-femme a les compétences pour le dépister et organise immédiatement le transfert vers la maternité partenaire selon les procédures d'urgence qui auraient dû être traitées dans un paragraphe dédié. Il apparaît aussi que la visite des 8 jours doit être faite par un pédiatre. Aucun texte ne prévoit qu'un nouveau-né en bonne santé doive être examiné par un pédiatre. Cette consultation peut être réalisée par un généraliste. Un bébé en bonne santé né en MdN serait-il plus à risque qu'un bébé né en bonne santé dans une maternité hospitalière ? C'est jeter la suspicion sur la compétence des sages-femmes des MdN que d'imposer la visite à un pédiatre en dépit des textes légaux préexistants.

En cumulant tous ces points, on en revient finalement au concept de « salle nature » ou pôle physiologique, ou bien à l'accès au plateau technique par des sages-femmes libérales.

Les salles « nature » existent déjà. L'accès aux plateaux technique est déjà possible (loi 91-748 du 31/07/1991 complété par le décret 97-371 articles 714 34-35-36-37). Il n'y a plus aucune expérimentation réelle. Il ne reste qu'une peur irraisonnée de l'urgence due à une incompréhension profonde de l'eutocie et du travail des sages-femmes qui travaillent et réfléchissent à l'accouchement physiologique.

Fallait-il autant de réunions et deux ans de travaux pour réinventer deux concepts déjà existants ? Ou bien fallait-il autant de réunions pour parvenir à saboter le projet jusqu'à en arriver là et à la déclaration du CNGOF ? Notre sentiment est que la procédure suivie était vouée à l'échec. Comme sa récente prise de position l'a montré, le CNGOF n'est pas simplement contre le cahier des charges ; il s'affirme explicitement contre les maisons de naissance telles qu'elles existent ailleurs, c'est-à-dire comme lieux d'accouchement autonomes, séparés des maternités et gérés exclusivement par des sages-femmes. Sans même faire l'hypothèse que son président, qui siégeait dans le groupe de travail, ait sciemment voulu saboter le processus, il a eu des exigences telles quant à l'attenance qu'elles revenaient à condamner la plupart des projets en cours. La conclusion est claire : on ne peut pas entrer dans un processus d'expérimentation dès lors que le groupe censé définir les conditions de l'expérimentation fait une place importante à des personnes qui sont foncièrement opposées à cette expérimentation.

Conclusion

Le concept de Maison de Naissance tel que vu par les usagers aurait dû correspondre à une nouvelle filière périnatale à part entière et non un aménagement ou un bricolage des filières actuelles, sous le contrôle plus ou moins direct de la « profession dominante » des gynécologues-obstétriciens. Nous ne pouvons nous satisfaire d'un simulacre d'expérimentation qui continue de faire de la France une « exception de l'Europe » en périnatalité.

In fine, nous rappelons notre position qui est celui de défendre aussi bien les pôles physiologiques déjà existants que les vraies Maisons de Naissance encore absentes du paysage français. Notre position est motivée par le respect de la liberté de choix des patients et s'inscrit en conformité avec les données de médecine factuelle (evidence-based) sur les expériences de filières physiologiques.

Nous prenons acte de la volonté des pouvoirs publics et de certains lobbies professionnels de maintenir la situation de la périnatalité en France dans un retard abyssal par rapport aux pratiques de pays du Nord de l'Europe. À titre d'exemple, les membres de la commission seraient bien avisés de réfléchir à partir du document de consensus sur la « naissance normale » récemment publié au Royaume-Uni par le Royal College of Midwives, le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

et de nombreux groupes d'usagers ou de professionnels
de santé : [http://wiki.naissance.asso.fr/index.php?
pagename=NormalBirthConsensus](http://wiki.naissance.asso.fr/index.php?pagename=NormalBirthConsensus) Collectif interassociatif autour
de la naissance

Cordialement

Chantal Ducroux-Schouwey
Présidente du Ciane

Assous Laurence a écrit :

Bonjour,

Merci beaucoup pour vos quatre messages très clairs et pour les nombreux documents attachés. Avez-vous meilleur espoir sur la parution des décrets pour l'expérimentation des maisons de naissance ?

Bien cordialement,

Laurence Assous

Rapporteur

Cour des comptes (sixième chambre)

Tel : 01 42 98 99 35

Fax : 01 42 98 59 72