



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

NOTE DE CADRAGE

Maisons de naissance

Cahier des charges de l'expérimentation

Mars 2014

L'équipe

Ce document a été réalisé par le Dr Valérie Ertel-Pau, chef de projet au Service Bonnes Pratiques Professionnelles et complété par Mme Caroline Abelmann, juriste, chef de projet à la Mission Juridique.

La recherche documentaire a été effectuée par M. Aurélien Dancoisne documentaliste, avec l'aide de Mme Renée Cardoso.

L'organisation logistique et le travail de secrétariat ont été réalisés par Mme Catherine Solomon.

Pour tout contact au sujet de ce document :

Tél. : 01 55 93 71 51

Fax : 01 55 93 74 37

Courriel : contact.sbpp@has-sante.fr

Document n'ayant pas fait l'objet d'une relecture
orthographique et typographique

Sommaire [🔗 Cliquez droit sur la table ci-dessous puis sur « Mettre à jour les champs »](#)

1. Présentation du thème	4
1.1 Saisine	4
1.2 Contexte du thème	4
1.3 Enjeux.....	6
2. Cadrage du thème de travail et des questions à traiter	7
2.1 Données disponibles (états des lieux documentaire)	7
2.2 Délimitation du thème.....	8
2.3 Personnes concernées par le thème	8
2.4 Professionnels concernés par le thème	8
3. Modalités de réalisation	9
3.1 Modalités de mise en œuvre	9
3.2 Méthode de travail envisagée	9
3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes.....	9
3.4 Productions prévues et évaluation	9
3.5 Calendrier prévisionnel.....	10
4. Calendrier de l'expérimentation des maisons de naissance	11
Annexe 1. Loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance	12
Annexe 2. Les différents niveaux de maternité.....	14
Annexe 3. Liste des parties prenantes sollicitées lors de la phase de consultation.....	15
Références	17

1. Présentation du thème

1.1 Saisine

La loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013 (cf annexe 1) autorise l'expérimentation des maisons de naissance et précise dans son article 3 que « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé et après avis conforme de celle-ci, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental. » {2013 188}

Selon l'article 1er de cette loi, les maisons de naissance sont des structures où des « sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse, dans les conditions prévues aux articles L.4151-1 et L.4151-3 du code de la santé publique. [...]. La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure. » {2013 188}

1.2 Contexte du thème

En 2013, le nombre de naissances était de 810 000.

1.2.1 Une restructuration de l'offre de soins en obstétrique et une concentration des naissances dans des maternités à forte activité

Selon l'enquête nationale périnatale 2010, il existe 526 maternités en France métropolitaine. Elles sont réparties de la façon suivante selon le niveau de soins du nouveau-né {DGS 2011 30} (cf annexe 2) :

- 49 % d'entre elles disposent d'une unité d'obstétrique uniquement (type I) ;
- 39 % disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie (type II) : 23 % sans soins intensifs (type IIA) et 16 % avec soins intensifs (type IIB) ;
- 12 % disposent d'une unité d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale (type III).

Avec la poursuite du mouvement de concentration et de réorganisation des maternités, la part des maternités de niveau IIB et III a légèrement progressé par rapport à 2003¹, du fait de la baisse du nombre de maternités de niveau I (-64 entre 2003 et 2010) et de l'augmentation du nombre des maternités de niveau III (+7 entre 2003 et 2010).

Les accouchements ont lieu plus souvent dans des maternités de plus de 2 000 accouchements par an (de 35,8% en 2003 à 48,0% en 2010).

1.2.2 Une plus grande médicalisation de l'accouchement

Le nombre d'interventions médicales pendant la grossesse et l'accouchement a progressé selon les résultats de l'enquête périnatale 2010 (par rapport à la précédente enquête de 2003) {DGS 2011 102} :

- le pourcentage de femmes qui ont un déclenchement du travail augmente également, passant de 19,7 % à 22,7 %, alors que cette pratique était très stable antérieurement.

¹ 643 maternités en 2003 versus 526 en 2010

- plus de la moitié des femmes ont eu une rupture artificielle de la poche des eaux et des ocytociques pendant le travail. Ces ocytociques ont été plus souvent administrés pendant le travail en cas de déclenchement (82 %) qu'en cas de début de travail spontané (58 %) ;
- parmi les femmes qui ont eu un début de travail spontané ou déclenché, 79,3 % ont eu une analgésie péridurale ou une rachianalgésie. La prise en charge de la douleur pendant le travail s'est accrue puisque, en sept ans, les accouchements avec péridurale ou rachianesthésie sont passés de 74,9 % à 81,4 %.
- les accouchements par voie basse spontanée ont tendance à légèrement diminuer, alors que les accouchements par voie basse instrumentale et les césariennes ont tendance à légèrement augmenter.

A ce double constat (restructuration de l'offre de soins et médicalisation de l'accouchement), s'ajoute une demande minoritaire de certaines femmes enceintes d'accoucher dans des structures moins médicalisées que les unités de gynécologie-obstétriques traditionnelles. Selon le rapport de la Cour des comptes de 2011, une enquête IPSOS effectuée en décembre 2010 a retrouvé que l'hôpital est le lieu d'accouchement préféré des femmes enceintes (64%), suivi de la clinique (25%) et 2% des femmes enceintes préféreraient accoucher chez elles {2011 184}.

1.2.3 Des tentatives pour offrir des alternatives aux maternités traditionnelles : l'expérimentation des maisons de naissances

La création de maisons de naissance a été envisagée plusieurs fois ces dernières années.

En 1998, l'idée d'expérimentation de maison de naissance est proposée tandis que les décrets de réorganisation de l'offre des soins obstétriques paraissent. Un groupe de travail est constitué qui aboutit à une définition de la maison de naissance. Des projets sont lancés, tels que celui de la maison de naissance de la maternité des Bluets.

En 2004, le plan Périnatalité 2005-2007 recommande de mettre en œuvre cette expérimentation, Les travaux du groupe de travail pluridisciplinaire mis en place pour définir le cahier des charges de l'expérimentation n'ont pas abouti.

En 2010, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 le Gouvernement a présenté un dispositif visant à organiser une expérimentation des maisons de naissance afin de répondre aux attentes des familles et des professionnels de santé. Le Conseil constitutionnel a décidé de déclarer inconstitutionnelles ces dispositions au titre de cavalier social.

Le dépôt d'une proposition de loi a donc été effectué et a abouti à la promulgation de la loi le 6 décembre 2013.

1.2.4 De nombreuses expériences étrangères

Depuis les années 1970, suite au constat de la surmédicalisation de l'accouchement, les structures type « maisons de naissance » se sont développées à l'étranger. Les États-Unis ont vu leurs « free-standing birthing centers » émerger dès 1975 puis l'Allemagne en 1987, le Royaume-Uni, la Belgique, l'Australie, la Suède, les Pays-Bas ont suivi.

Une revue de la littérature {Viossat 2001 189} a comparé les maisons de naissance à des structures conventionnelles, et avait comme critère de jugement l'efficacité et la sécurité des soins dans ces structures. Neuf études ont été retenues, les principaux résultats sont que la mortalité périnatale varie de 0 à 15‰ mais est significativement inférieure au groupe témoin (variable selon les études), aucune mortalité maternelle n'est rapportée. Le taux de césariennes varie de 0,4 à 10% et le taux d'extraction instrumentale de 0 à 11%. Les taux de transferts (ante et per-partum) varient de 15,8 à 34,2%, ces taux semblent liés à la proportion de nullipares dans le groupe « maisons de naissance ». Une étude a retrouvé une grande satisfaction des femmes ayant accouché dans ces structures.

Les organisations des structures sont hétérogènes selon les pays.

Selon le rapport de la Cour des Comptes sur le rôle des sages-femmes dans le système de soins, dans les pays où elles existent, les maisons de naissance sont gérées de façon autonome par des sages-femmes en liaison et à proximité du plateau technique d'une maternité, de façon, selon leurs promoteurs, à concilier sécurité et approche plus physiologique de la naissance. Le nombre d'accouchements est limité (350 au plus par an), les femmes restent le plus souvent 24 heures au maximum après l'accouchement et sont ensuite suivies à domicile. Aucun accouchement n'est déclenché et il n'est pas possible de bénéficier d'une péridurale {2011 184}.

1.2.5 Une prise en charge croissante par les sages-femmes

Une prise en charge croissante par les sages-femmes {DGS 2011 102}

- Déclaration de grossesse

Les personnes qui ont fait la déclaration de grossesse sont essentiellement un gynécologue obstétricien en cabinet de ville (47,6 % des femmes) ou en maternité (26,5 %). Un généraliste a fait la déclaration pour 22,4 % des femmes et en 2010, 5,4 % des femmes ont consulté une sage-femme au moment de la déclaration de grossesse.

- Surveillance de la grossesse

Les femmes ont souvent consulté un gynécologue obstétricien, en maternité (63,4 %) et un peu moins souvent en cabinet de ville (47,2 %). De plus 39,4 % des femmes ont eu au moins une consultation par une sage-femme en maternité et 19,8 % par une sage-femme libérale ou de PMI hors maternité. Lors de l'enquête périnatale 2010, une question sur la qualification de la personne consultée principalement a été posée : 66,8 % des femmes ont consulté principalement un gynécologue-obstétricien, 11,7 % une sage-femme et 4,7 % un généraliste. Par rapport à 2003, on constate une augmentation des consultations chez un généraliste, un gynécologue obstétricien de ville et surtout par une sage-femme, puisque le pourcentage de femmes qui ont consulté une sage-femme en maternité est passé de 26,6 % à 39,4 % et une sage-femme hors maternité de 5,0 % à 19,8 %.

- Accouchement

Selon l'enquête périnatale 2010, les accouchements ont eu lieu dans plus de la moitié des cas par une sage-femme, et ceci est en très nette augmentation de 47,5 % à 55,8 % par rapport à 2003. En cas d'accouchement par voie basse non opératoire, le pourcentage d'accouchements par sage-femme est passé de 69,1 % à 79,7 %.

- Suivi post partum

Il n'y a pas de donnée disponible dans l'enquête périnatale sur le suivi des enfants lorsque l'accouchement est physiologique.

1.3 Enjeux

L'enjeu de santé publique est de permettre l'expérimentation des maisons de naissance dans un cadre remplissant des critères de qualité et de sécurité des soins pour la mère et l'enfant.

L'enjeu pour les femmes est d'avoir une offre de soins diversifiée pour l'accouchement et, pour celles qui le souhaitent, de bénéficier de structure moins médicalisée.

L'enjeu pour l'enfant est d'avoir une prise en charge assurant une qualité et une sécurité des soins.

2. Cadrage du thème de travail et des questions à traiter

2.1 Données disponibles (états des lieux documentaire)

Données disponibles	Recherche préliminaire (à adapter en fonction du thème) : recommandations nationales et internationales, revues systématiques de la littérature, méta-analyses, études de haut niveau de preuve
Cadre législatif et réglementaire	<ul style="list-style-type: none"> • Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance • Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires <p><u>Et notamment les articles</u> du code de la santé publique suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L. 4151-1 et suivants ainsi que D.4151-1 et suivants: Conditions d'exercice des sages-femmes • L. 4153-1 et suivants ainsi que R. 4153-1 et suivants: Développement professionnel continu • L. 2131-1 et suivants ainsi que R. 2131-1 et suivants: Diagnostics anténataux • L. 2122-1 et suivants ainsi que R. 2122-1 et suivants: Examens de prévention durant et après la grossesse
Travaux HAS	<ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé • Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement • Comment mieux informer les femmes enceintes ? • Préparation à la naissance et à la parentalité • Sortie de maternité après accouchement : conditions optimales pour proposer un retour à domicile - Note de cadrage • Indications de la césarienne programmée à terme • Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées • Hémorragies du post-partum immédiat
Recommandations existantes	<p>Recommandations françaises et internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> • NICE : Intrapartum care /care of healthy women and their babies during childbirth <p>Champs abordés dans les recommandations identifiées : grossesse physiologique</p>
Publications	<ul style="list-style-type: none"> • P. Viossat, J-C Pons : maisons de naissance : revue de la littérature • Travaux à l'étranger sur les maisons de naissance : Australie, Royaume-Uni, Canada

2.2 Délimitation du thème

► Objectif du cahier des charges

L'objectif d'élaboration de ce cahier des charges est de permettre l'expérimentation de maisons de naissance dans un cadre défini respectant des critères de qualité et de sécurité des soins pour la mère et l'enfant.

Cette expérimentation sera évaluée à son terme tel que défini préalablement dans le cahier des charges.

► Axes retenus

Le cahier des charges permettra de définir le cadre de l'expérimentation des maisons de naissance selon 3 axes :

- Modalités d'organisation
 - Définition des maisons de naissance – Aspect juridique (dont statut, conditions assurantielles)
 - Lieu (salle de travail, salle de naissance)
 - Matériel (dont chariot d'urgence)
 - Dossier patient
 - Système d'information
 - Information de la femme enceinte
- Modalités de fonctionnement
 - Règlement intérieur
 - Convention avec le (ou les) établissement(s) partenaire(s) (dont transfert)
 - Recueil d'activité
 - Analyse des pratiques
 - Recueil des événements indésirables associés aux soins
- Modalités de prise en charge
 - Pre partum
 - Per partum
 - Post partum
 - Suivi du nouveau-né
- Modalités d'évaluation de l'expérimentation : certains points fondamentaux des 3 axes précédents feront l'objet de l'évaluation

Au préalable, les critères cliniques des femmes susceptibles d'accoucher en maisons de naissance seront établis.

La DGOS établira les conditions techniques de fonctionnement.

2.3 Personnes concernées par le thème

Femme enceinte avec grossesse physiologique souhaitant accoucher en maison de naissance

Exclusion : femme enceinte avec grossesse à risque ou compliquée

2.4 Professionnels concernés par le thème

Sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, pédiatres, anesthésiste-réanimateurs

3. Modalités de réalisation

3.1 Modalités de mise en œuvre

Promoteur : HAS

3.2 Méthode de travail envisagée

Analyse de la littérature

Groupe de travail

Consultation des parties prenantes

De plus, une visite des préfigurations de maisons de naissance (CALM et Pontoise) +/- maison de naissance étrangère sera effectuée.

3.3 Composition qualitative et quantitative des groupes

► Groupe de travail

6 Sages-femmes dont association nationale des sages-femmes libérales (n= 2), Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (n= 2), Collège national des sages-femmes (CNSF) (n= 2)

2 gynécologues-obstétriciens du Collège national des gynécologues et obstétriciens français,

2 Pédiatre dont Société française de pédiatrie (n= 1) et Association française de pédiatrie ambulatoire (n= 1),

1 anesthésiste-réanimateur de la société française d'anesthésie-réanimation,

1 médecin généraliste du collège de médecine générale,

2 représentants du Collectif maisons de naissance (1 usager et 1 sage-femme),

2 représentants d'usagers dont CIANE (n= 1) et UNAF (n= 1)

► Consultation des parties prenantes

La liste des parties prenantes sollicitées pour la phase de consultation est en annexe et regroupe les structures :

Professionnelles : Sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatre, anesthésiste-réanimateur, gynécologues médicaux, médecins généralistes, puériculteurs

Organisant les soins : fédérations hospitalières, réseaux de santé et de dépistage, collectif maisons de naissance

Institutionnelles : DGOS, DGS, DSS, assurance maladie

Associations d'usagers

3.4 Productions prévues et évaluation

► Productions prévues

- Rapport d'élaboration
- Cahier des charges

► Évaluation

Une évaluation est prévue dans la loi, elle devra notamment s'attacher à mesurer la qualité et la sécurité des soins du dispositif, sa viabilité économique et la satisfaction des usagers et des professionnels (maisons de naissance et établissement partenaire).

3.5 Calendrier prévisionnel

Validation note de cadrage : mars 2014

1^{er} GT : semaine 13-14 (début avril 2014)

2^{ème} GT : semaine 20-21 (mi-mai 2014)

Parties prenantes : semaine 22-24 (fin mai – mi-juin 2014)

3^{ème} GT : semaine 26 (fin juin 2014)

Validation finale : semaine 27-28 (mi-juillet 2014)

4. Calendrier de l'expérimentation des maisons de naissance

Selon l'article 1^{er} de la loi du 6 décembre 2013 relative à l'expérimentation des maisons de naissance, « à titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance ». Ces autorisations portent sur une durée maximale de cinq ans. »

Par ailleurs l'article 4 précise qu' « 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. »

Inscription sur la liste des maisons de naissance : jusqu'à fin 2015

Évaluation de l'expérimentation : avant fin 2019

Fin de l'expérimentation : fin 2020

Annexe 1. Loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance

Loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance {2013 188}

NOR: AFSX1316565L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Article 1

A titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance », où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du code de la santé publique. Ces autorisations portent sur une durée maximale de cinq ans.

La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure.

Article 2

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il est dérogé aux articles L. 1434-2, L. 1434-7 et L. 6122-1 du code de la santé publique.

Les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 du même code et ne sont pas soumises au chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie dudit code.

Il peut être dérogé aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce même code.

Par dérogation à l'article L. 162-22-13 dudit code, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge, en tout ou partie, par la dotation annuelle prévue à l'article L. 162-22-14 du même code.

Article 3

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé et après avis conforme de celle-ci, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental.

La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévus à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique. Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

Article 4

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

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 sont fixées par décret en Conseil d'État.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'État.

Fait à Paris, le 6 décembre 2013.

François Hollande

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

Jean-Marc Ayrault

La ministre des affaires sociales

et de la santé,

Marisol Touraine

(1) Travaux préparatoires : loi n° 2013-1118. Sénat : Proposition de loi n° 548 (2011-2012) ; Rapport de Mme Muguet Dini, au nom de la commission des affaires sociales, n° 368 (2012-2013) ; Texte de la commission n° 369 (2012-2013) ; Discussion les 28 février et 13 juin 2013 et adoption le 13 juin 2013 (TA n° 168, 2012-2013). Assemblée nationale : Proposition de loi, adoptée par le Sénat, n° 1157 ; Rapport de M. Yannick Favennec, au nom de la commission des affaires sociales, n° 1560 ; Discussion et adoption le 28 novembre 2013 (TA n° 249).

Annexe 2. Les différents niveaux de maternité

L'organisation de l'offre de soins en obstétrique est structurée autour de 3 niveaux de maternité définis de façon consensuelle et centrés sur le risque de l'enfant {Pierre 2008 185}:

- Maternités de niveau I : possibilité d'accouchement dits à bas risque au cours du 9^{ème} mois de grossesse, 24heures/24; ainsi que les consultations de surveillance de grossesse et la prise en charge des urgences obstétricales (fausses couches, grossesses extra-utérines, césariennes, hémorragies de la délivrance). Elles disposent d'au moins une sage-femme présente 24 heures/24 et d'un obstétricien (et d'un chirurgien si l'obstétricien n'est pas titulaire de la compétence chirurgicale), d'un anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre présents ou rapidement joignables (liste d'astreinte).
- Maternités de niveau II : disposent en plus d'un service de néonatalogie permettant la prise en charge des enfants nés prématurément pendant le 8^{ème} mois de grossesse (32–36 SA), pesant entre 1500 et 2500 g, et/ou nécessitant des soins spécifiques. Au sein de l'établissement existent de plus un service de soins intensifs en néonatalogie (niveau II b) et certains établissements d'un service de réanimation adulte, leur permettant de prendre en charge les grossesses à risques maternels.
- Maternités de niveau III : disposent en plus d'un service de réanimation néonatale permettant la prise en charge des enfants nés très prématurément (pendant le 6^{ème} ou le 7^{ème} mois de grossesse) ou présentant des maladies ou des malformations graves. Ils disposent de plus d'un service d'hospitalisation des grossesses à risque maternel et/ou fœtal, de services de réanimation adulte, de soins intensifs et de radiologie interventionnelle permettant la prise en charge des grossesses à haut risque maternel.

Annexe 3. Liste des parties prenantes sollicitées lors de la phase de consultation

Parties prenantes concernées		
Professionnels concernés	sages-femmes	<ul style="list-style-type: none"> • Association nationale des sages-femmes cadres (ANSFC) • Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) • Association nationale des sages-femmes territoriales (ANSFT) • Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) • Collège national des sages-femmes (CNSF)
	gynécologues obstétriciens et médicaux	<ul style="list-style-type: none"> • Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) • Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale
	pédiatres	<ul style="list-style-type: none"> • Société française de néonatalogie (SFN) • Société française de pédiatrie (SFP) • Association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA)
	puéricultrices	<ul style="list-style-type: none"> • Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes (ANPDE)
	Anesthésiste-réanimateur	<ul style="list-style-type: none"> • Société française d'anesthésie-réanimation
	MG	<ul style="list-style-type: none"> • Collège de médecine générale
	PMI	<ul style="list-style-type: none"> • Syndicat des médecins de PMI
Structures organisant les soins	Maternités publiques et ESPIC	<ul style="list-style-type: none"> • Fédération hospitalière de France (FHF) • Fédération des établissements hospitaliers & d'aide à la personne (FEHAP)
	Maternités privées	<ul style="list-style-type: none"> • Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
	Hospitalisation à domicile	<ul style="list-style-type: none"> • Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD)
Réseau de santé et de dépistage		<ul style="list-style-type: none"> • Réseau sécurité naissance • Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) • Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant (AFDPHE)
Institutionnels	Assurance Maladie	<ul style="list-style-type: none"> • CNAMTS • MSA

		<ul style="list-style-type: none"> • RSI
	Ministère de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • DGOS • DGS • DSS
Usagers concernés	Association familiale	<ul style="list-style-type: none"> • Union nationale des associations familiales (UNAF)
	Association spécialisée autour de la naissance	<ul style="list-style-type: none"> • Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE)
Maisons de naissance		<ul style="list-style-type: none"> • Collectif de maison de naissance

Références

Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. Chapitre VI. In: Cours des comptes, ed. La Sécurité sociale - Septembre 2011. Cours des comptes ed. Paris: 2011. p. 173-98.

Ref ID: 184

Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Journal Officiel 2013;7 décembre 2013.

Ref ID : 188

Direction générale de la santé, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Vilain A. Enquête nationale périnatale 2010. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Ministère du travail de l'emploi et de la santé; 2011.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf

Ref ID: 30

Direction générale de la santé, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Blondel,B, Kermarrec,M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Ministère du travail de l'emploi et de la santé; INSERM; 2011.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

Ref ID: 102

Pierre F. Les maternités au sein du réseau périnatal : organisation actuelle et enjeu à venir. Actu Dossier Santé Publique 2008;(61-62):53-7.

Ref ID : 185

Viossat P, Pons JC. Maisons de naissance : revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001;30:680-7.

Ref ID : 189