



L'IMPACT DE LA COVID-19 SUR LE SECTEUR DE LA **NAISSANCE** EN **FRANCE**

Le rapport produit par le collectif AlterMater, intégré au sein du think tank UC2m – Université du Change Management en Médecine, propose une analyse approfondie de l'impact de la crise de la Covid-19 sur le secteur de la naissance en France. Le rapport est composé d'une note sur « Les effets de Covid-19 sur le secteur et les acteurs de la naissance » (I) et de l'étude « Les naissances en France à l'ère de la Covid-19 » (II).

A - LES EFFETS DE LA COVID-19 SUR LE SECTEUR ET LES ACTEURS DE LA NAISSANCE

Propos recueillis par Victoire Maurel

Le collectif AlterMater a mené, de janvier à février 2021, des entretiens avec plusieurs professionnels du secteur de la naissance en France. Ces derniers racontent comment les maternités se sont organisées, entre mars 2020 et février 2021, pour continuer à fonctionner le plus normalement possible tout en assurant la sécurité des patientes, des bébés et du personnel soignant. Cette note tente également d'analyser le ressenti et le vécu des soignants, des patientes et de leurs familles face à la crise et aux nouvelles organisations mises en place dans les maternités. Enfin, le collectif AlterMater propose de tirer des enseignements de cette crise, pour continuer à perfectionner le fonctionnement du secteur de la naissance en France.

N.B: Les entretiens ont été menés avant le troisième confinement de mars 2021. Depuis, des organisations ont parfois été transformées, comme par exemple au CHI André Grégoire – Montreuil où un test PCR est désormais systématiquement effectué sur toutes les patientes hospitalisées ou en travail. Un service COVID dédié aux patientes positives a également été créé.

Les personnes interrogées lors des entretiens sont :

Emmanuel BOLZINGER, gynécologue-obstétricien, Hôpital privé Natecia

Valérie COURTIN, directrice du Département Universitaire de Maïeutique, Faculté de Médecine de Montpellier

Jean-Loup DUROUSSET, président du groupe Noalys

Pr Olivier GRAESSLIN, PU-PH, chef du service de gynécologie-obstétrique, CHU de Reims

Sophie LAUB, pédopsychiatre, responsable de l'unité pédopsychiatrique à l'Hôpital privé Natecia depuis septembre 2020

Pr Pierre MARÈS, gynécologue-obstétricien, CHU de Nîmes

Justine MAUREL, gynécologue-obstétricien, CHI André Grégoire – Montreuil, Interne de dernière année en gynécologie-obstétrique au Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne pendant le premier confinement

Maud PIBAROT, étudiante en 4^e année du site nîmois du département de maïeutique de l'université de Montpellier

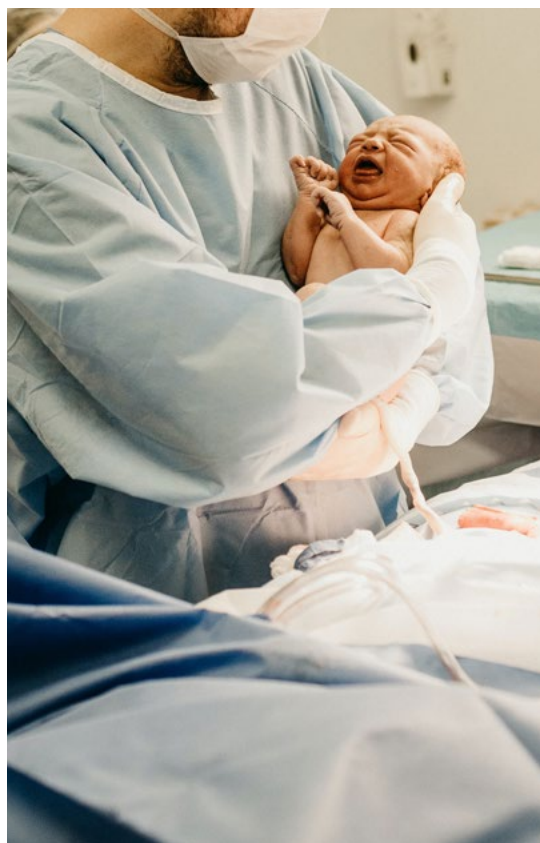


I - L'adaptation du secteur de la naissance à la crise épidémique débutée en mars 2020

1. Le maintien de la maternité et l'arrêt temporaire des activités programmées et non urgentes

En mars 2020, lors du premier confinement, partout en France les hôpitaux publics et privés ont pris la décision de maintenir leur maternité et d'arrêter les activités programmées et non urgentes.

Jean-Loup DUROUSSET, président du groupe de cliniques privées Noalys, explique ainsi que : « dès le 15 mars 2020, l'ordre a été donné aux établissements de santé d'arrêter toutes les activités programmées et non urgentes, excepté la maternité qui devait continuer de manière régulière, c'est-à-dire sans modifier la durée de séjour ni le type d'accueil des femmes. Dans le même temps, l'activité chirurgicale a été arrêtée et les chirurgiens gynécologiques qui ne pratiquent pas l'obstétrique ont donc vu leur activité cesser ». Mais, ces chirurgiens gynécologiques ne pouvaient pas pour autant s'éloigner de la maternité. En effet, « ces personnes sont indispensables à la bonne marche et à la sécurité de la maternité, en cas d'une éventuelle hémorragie de la délivrance par exemple ». À l'époque, a également été prise la dure décision d'arrêter les processus de PMA (procréation médicalement assistée), comme le souligne **Jean-Loup DUROUSSET** : « malheureusement, nous avons décidé de fermer la FIV, partout, brutalement. Les femmes qui voulaient devenir mères, celles qui étaient déjà insérées dans un parcours, ont vu tout s'arrêter et ont dû attendre trois mois pour reprendre leur parcours. Nous constatons une baisse de 30 % du nombre de FIV en 2020, et de nombreuses femmes qui auraient pu débuter une grossesse en 2020 en ont été « empêchées » ».



Justine MAUREL, interne de dernière année en gynécologie obstétrique au Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne pendant le premier confinement, revient aussi sur cette période : « pendant le premier confinement, les consultations et les blocs programmés de gynécologie ont été annulés, mais nous avons bien sûr maintenu toute l'activité obstétricale, les suivis de grossesse, les échographies. En revanche, les consultations post-natales en présentiel ont été annulées, sauf en cas de souci particulier ». Et **Pierre MARÈS**, gynécologue obstétricien au CHU de Nîmes, confirme : « nous avons eu des contraintes qui ont réduit l'accès aux consultations et presque arrêté les programmes opératoires ». **Emmanuel BOLZINGER**, gynécologue obstétricien à l'Hôpital privé Natecia, explique aussi : « nous n'avons pas été classés comme « centre de référence Covid », mais nous avons arrêté les activités programmées de chirurgie, ce qui a été en quelque sorte un non-sens car nos médecins auraient pu apporter leur aide d'une autre manière. L'obstétrique a bien sûr continué ». **Sophie LAUB**, responsable de l'unité pédopsychiatrique à l'Hôpital privé Natecia, précise quant à elle que l'unité de pédopsychiatrie de Natecia, qui accueille les enfants de 0 à 3 ans, a été fermée pendant le premier confinement.

Depuis mai 2020, et ce malgré les nouveaux confinements, toutes les activités ont repris. **Sophie LAUB** explique ainsi que l'activité de l'unité pédopsychiatrique qu'elle dirige « a repris « normalement », avec bien sûr de nouveaux dispositifs : masques, vitres transparentes, distances de sécurité, etc ». **Olivier GRAESSLIN**, chef du service de gynécologie-obstétrique au CHU de Reims, précise aussi : « lors du deuxième confinement, nous avons réduit de 50 % notre capacité opératoire, mais en termes de consultations nous n'avons rien modifié car nous n'avons pas voulu reproduire les effets du premier confinement ». Enfin, au CHU de Nîmes, pendant le deuxième confinement, « on nous a demandé de remettre en place une organisation pour éventuellement accueillir plus de cas positifs. Nous avons mis en place plus ou moins les mêmes parcours qu'en mars 2020, mais avec des organisations différentes, pour maintenir l'activité chirurgicale régulée et les consultations de suivi des patientes » (**Pierre MARÈS**).

2. Des décisions prises à plusieurs niveaux

Jean-Loup DUROUSSET explique comment s'est organisée la chaîne de prise de décision pendant le premier confinement : « on a donné les pleins pouvoirs aux directeurs des agences régionales de santé (ARS) pour décider les fermetures d'activités, les réquisitions de personnel et de matériel, etc. Certains directeurs d'agence ont ensuite décidé de déléguer certains de leurs pouvoirs à des établissements. Cela a par exemple été le cas à Lyon, où le directeur de l'ARS a délégué l'organisation du territoire aux Hospices civils de Lyon, en tant que tête de hub. Dans cette organisation, l'établissement Natecia a, quant à lui, été placé en niveau 3 « réserve Covid ». Nous avons eu du mal à accepter une telle décision car nous nous sommes sentis marginalisés. De plus, nous avons peur de voir notre matériel et notre personnel réquisitionnés par les établissements de niveau 1 en première ligne Covid ».

Jean-Loup DUROUSSET note que le premier confinement a été marqué par le « tâtonnement » lors des prises de décision : « dès le 15 mars 2020, nous avons tâtonné pour tenter de trouver les meilleures solutions et organisations possibles en pleine crise. Nous avons parfois eu des débats tendus avec l'ARS et notre réseau, par exemple sur l'arrêt brutal de la chirurgie qu'on a finalement accepté, ou encore concernant la présence des conjoints pendant les accouchements.

Sur le sujet des visites et de la présence du conjoint pendant l'accouchement, il y a eu de nombreux débats entre les différents réseaux, entre les académies de médecine et le collège d'obstétrique. De notre côté, nous avons décidé de les maintenir. Par la suite, lors du deuxième confinement notamment, les débats sur la présence du conjoint et le maintien de la chirurgie ne se sont plus posés. Nous n'étions plus dans le tâtonnement, nous étions déjà « expérimentés ».

Olivier GRAESSLIN raconte également : « les décisions ont été prises à différents niveaux. Nous avons d'abord reçu un certain nombre de recommandations institutionnelles, de la HAS et des sociétés savantes, et puis au sein du CHU chaque département a eu la possibilité de s'adapter en fonction de l'architecture de ses locaux, de ses moyens, de sa capacité ou non à développer la téléconsultation ou des moyens alternatifs de prise en charge. Nous avons aussi pris des décisions d'équipe, avec les cadres, les sages-femmes, les anesthésistes, les pédiatres. Et, très rapidement, j'ai rédigé un protocole qui spécifiait toutes les particularités des prises en charge, aussi bien en externe (consultations) que pour les hospitalisations (chirurgie programmée, obstétrique, obstétrique programmée) ».

Emmanuel BOLZINGER ajoute : « dès le début de la crise, nous avons mis en place des protocoles en concertation avec le président du Comité de lutte contre les infections nosocomiales, très investi dans la stratégie et qui ne voulait pas avoir d'attitude dogmatique dans les prises en charge. Il voulait qu'on réfléchisse au cas par cas selon la situation des patientes, et au fur et à mesure nous avons affiné les protocoles et les pratiques. Nous avons aussi activé le plan blanc, pour être en mesure de pouvoir accueillir des afflux massifs de patients même si cela n'a pas été le cas, et nous avons une cellule de crise et un médecin référent qui correspondait avec le « hub » et nous renvoyait les informations. Cela a assez bien fonctionné.

La difficulté résidait tout de même dans le fait que les recommandations changeaient toutes les semaines. Nous sommes donc restés sur notre ligne d'adapter les prises en charge au cas par cas et en fonction de la clinique ».

Pierre MARÈS précise quant à lui :

« dans les hôpitaux, nous sommes habitués à gérer des périodes de crise qui mettent la structure et les urgences en tension (épidémies de grippe, bronchiolites chez les tous petits, etc.). Au début de la crise, les consignes sont donc passées par « les voies classiques » : direction générale, commission médicale d'établissement, et services. Puis, nous avons rapidement organisé des réunions de service pour nous organiser car, bien évidemment, nous nous sommes retrouvés face à des choix et à des organisations auxquels nous n'étions pas habitués sur le plan organisationnel.



Il a notamment été difficile de faire face à la rigueur des contraintes, à la vitesse de la réorganisation, et parfois aux injonctions contradictoires. Nous avons mené un très gros travail, dans des conditions difficiles, mais nous avons répondu aux difficultés ».

Valérie COURTIN, directrice du Département Universitaire de Maïeutique de la Faculté de Médecine de Montpellier, revient également sur le problème des injonctions contradictoires :

« au moment du premier confinement, la fermeture de l'Université s'est faite très rapidement et a pu être ressentie de façon brutale par les étudiants. L'organisation à revoir concernait les enseignements mais aussi les stages. Fallait-il laisser tous les étudiants en stage ? Ou seulement ceux qui étaient les plus avancés dans leur cursus ? Le temps de la réorganisation, nous recevions des injonctions, du jour au lendemain, et parfois contradictoires. Pour les étudiants c'était compliqué, ils avaient du mal à l'accepter ».

3. Assurer la viabilité financière des établissements

Dès le début du premier confinement s'est posée la question de la viabilité financière des établissements, aussi bien pour les hôpitaux publics que pour les cliniques privées.

Ainsi, comme l'explique **Jean-Loup DUROUSSET** : « nous étions en dépôt de bilan potentiel. Heureusement, rapidement le gouvernement a décidé de nous accorder une avance sur trésorerie pour assurer notre fonctionnement. Ainsi, le 27 mars 2020, nous avons reçu une avance sur trésorerie calculée sur la base du 12^e mois de l'année 2019. En tant qu'institution, nous avons donc été couverts, contrairement aux médecins qui ont dû arrêter leur activité. Ces derniers ont subi une perte sèche de leur activité sans contrepartie avant la mise en place de l'aide des 1500 euros ». À propos de cette aide financière pour les médecins, **Emmanuel BOLZINGER** complète : « cette aide est restée toute fois très insuffisante pour couvrir les charges fixes, même si certains organismes ont effectué des échelonnements de certains prélèvements. La CNAM a mis en place, par la suite, un dispositif de compensation des pertes d'activité qui restait là encore très en-dessous des besoins effectifs, comme pour toutes les autres professions contraintes à l'arrêt de leur activité ».

4. Continuer à former les futures sages-femmes :

Valérie COURTIN, revient sur la manière dont s'est organisé le Département Universitaire de Maïeutique de la Faculté de Médecine de Montpellier pour continuer à assurer la formation de ses étudiants en toute sécurité. **Valérie COURTIN** précise, dans un premier temps, que l'Université de Montpellier était « privilégiée » pour faire face à la situation : « au moment de l'annonce du confinement, nous avons déjà une habitude des nouvelles technologies. En effet, ces dernières années, nous avons beaucoup développé l'environnement numérique de travail, les examens sur tablette via la plateforme SIDES, etc. À Nîmes, nous sommes habitués aux nouvelles technologies car nous sommes un centre de simulation où l'on manipule des mannequins à haute-fidélité. Nous avons donc les outils, les idées et les habitudes pour continuer les cours et suivre les étudiants à distance. Et nous avons profité de cette période pour continuer à développer ces outils et pratiques, car nous ne savions pas comment allait évoluer l'épidémie ».

Concernant les stages, elle explique : « nous avons décidé d'arrêter complètement les stages du premier cycle d'études (2^e et 3^e années), pour ne pas surcharger les professionnels dans les maternités avec des étudiants encore peu autonomes. Ces mois de stage annulés seront lissés sur le reste des études. » En revanche, les étudiants de 4^e et 5^e année ont continué les stages : « nous avons maintenu les stages préprofessionnels des 5^e année, car sinon ils n'auraient pas pu se diplômer en juin, et cela aurait été terrible pour eux et pour les équipes déjà en poste dans les maternités. Les structures ont absolument voulu les garder, et je pense que les étudiants ont énormément appris de cette situation de crise. Certains étudiants de 4^e année ont été retirés de leur stage de sage-femme libérale ou sage-femme PMI, car il n'y avait pas assez de matériel de protection pour eux. Ils ont été rapatriés dans les CHU et hôpitaux périphériques ». Bien évidemment, les stages ont été réorganisés pour assurer la sécurité des étudiants : « quand nous avons réorganisé la maternité avec les cadres, nous avons décidé de ne pas mettre les étudiants en première ligne Covid. Et pour chaque étudiant, en fonction de sa situation personnelle et familiale, nous avons adapté les stages quand c'était nécessaire. Nous avons aussi tout fait pour les rassurer ».

Valérie COURTIN explique aussi comment les responsables des différentes structures de formation en maïeutique ont collaboré à distance pendant cette période : « les responsables des structures de formation n'ont pas tous suivi la même ligne de conduite, tout simplement parce que les structures de maïeutique n'ont pas toutes les mêmes statuts. Certaines sont hospitalières, tandis que d'autres sont des départements de l'UFR de médecine à l'université. En revanche, nous avons organisé des réunions à distance, une à deux fois par semaine, pour nous soutenir mutuellement et échanger sur nos expériences en termes de logistique dans les maternités et dans les structures de formation. »



II - Les mesures spécifiques mises en place dans les maternités pour prendre en charge les patientes et leurs bébés

1. La mise en place de parcours différenciés adaptés

Depuis le premier confinement, des parcours différenciés ont été mis en place dans les maternités pour prendre en charge les patientes « négatives » et les patientes « positives » en toute sécurité.

Justine MAUREL actuellement gynécologue-obstétricienne au CHI André Grégoire – Montreuil et interne de dernière année en gynécologie obstétrique au Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne pendant le premier confinement, explique ainsi que : « pendant le premier confinement, à Châlons-en-Champagne, nous avons une double liste de garde avec un personnel dédié pour les patientes « positives » et un personnel dédié pour les patientes « négatives ».

Aujourd'hui, à Montreuil, il n'y a pas de distinction de personnel, mais le soignant doit se changer et consulter les patientes « positives » dans des salles à part. En revanche, toujours à Montreuil, nous pratiquons des tests PCR sur les patientes qui vont subir une césarienne. Cela permet de s'assurer qu'elles puissent être surveillées en salle de réveil (SSPI). Dans le cas où elles sont « positives », elles sont surveillées dans une salle d'accouchement. Bien évidemment, ce test n'a aucun effet sur le degré d'urgence de la prise en charge. Dans tous les cas, quand c'est nécessaire, la césarienne est pratiquée ».

Emmanuel BOLZINGER revient aussi sur cette organisation chez Natecia : « tous les établissements n'ont peut-être pas une architecture permettant de filtrer parfaitement les entrées, mais je pense que dans toutes les maternités il y a la possibilité d'organiser des filières spécifiques Covid et non Covid. Chez Natecia, nous avons sanctuarisé les locaux de la maternité pour prévenir tout risque d'infection. Dès le premier confinement, dès qu'il y avait une suspicion de Covid, nous faisons un prélèvement PCR grâce à notre laboratoire en interne. Si le test s'avérait positif, nous mettions en place un circuit dédié pour les patientes et une salle dédiée avec des procédures d'habillage et de déshabillage très strictes pour les personnels. Au plus fort de la crise, nous avons même réservé une salle d'opération dédiée en pression négative pour pratiquer les césariennes. Dans le service de néonatalogie, où les règles de visite et de soins sont déjà très strictes, nous avons appliqué les mêmes procédures que celles appliquées pour la prise en charge des mères en autorisant seulement les parents à venir visiter le bébé, s'ils n'étaient pas porteurs du virus. Nous avons organisé ces parcours tout en maintenant le plus possible le lien parents-enfant, et nous n'avons à déplorer aucun cluster, ni pendant la première vague, ni pendant la deuxième vague ».

Au CHU de Reims, deux circuits différenciés ont également été mis en place, comme l'explique **Olivier GRAESSLIN** : « lors du premier confinement, nous avons mis en place deux circuits au sein du service pour différencier les patientes lors des consultations et des hospitalisations. Et, notre activité chirurgicale ayant été fortement ralentie et relocalisée sur un bloc commun, notre bloc opératoire a notamment servi à la réalisation d'accouchements de patientes « suspectes » ou « positives » avérées. Aujourd'hui, on pratique un test PCR sur les patientes qui arrivent pour le travail, et nous avons un secteur dans le bloc d'accouchement dédié à celles qui sont positives. Quand une patiente est positive au moment de son accouchement, le personnel prend aussi un certain nombre de précautions (heaume, masque FFP2, sur-blouse, bottes) et les anesthésistes ont des prises en charge spécifique s'ils doivent réaliser une césarienne avec anesthésie générale. Enfin, pour ces patientes, nous sommes en lien en permanence avec les infectiologues qui nous donnent des recommandations concernant d'éventuels traitements si besoin ».

Maud PIBAROT, étudiante en 4^e année du site nîmois du département de maïeutique de l'université de Montpellier, revient aussi sur les règles mises en place dans les différents services où elle a travaillé : « en gynécologie, à Nîmes, on fait très attention à la distanciation sociale en réorganisant notamment la salle d'attente, on aère les salles de consultation entre chaque patiente, on désinfecte encore plus que d'habitude, et on réduit la circulation des documents en privilégiant le numérique. En réanimation néonatale, les visites des parents sont encore plus contrôlées et on restreint leurs entrées et sorties. Enfin, dans le service de grossesse à risque, à Avignon, les entrées et sorties sont contrôlées, mais les conjoints peuvent plus facilement venir rendre visite aux patientes hospitalisés ».

2. Le développement de la téléconsultation

Dans tous les établissements, la téléconsultation s'est développée avec la crise du Covid-19, avec plus ou moins de succès.

À l'Hôpital Privé Natecia, « des téléconsultations de gynécologie ont été mises en place à partir de Doctolib pour les patientes qui le souhaitent, tandis que les consultations d'obstétrique ont continué à être organisées en « présentiel » », comme l'explique **Jean-Loup DUROUSSET**. Au Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne, « des téléconsultations ont été organisées pour des patientes sans pathologie sous-jacente mais, dans le cadre d'un suivi de grossesse, ce n'est pas optimal car les téléconsultations ne permettent pas de prendre la tension ou d'écouter les battements de cœur » (**Justine MAUREL**).

Olivier GRAESSLIN revient aussi sur la téléconsultation : « nous avons organisé des téléconsultations pour certaines patientes à niveau de risque faible. Pour nous c'était complètement nouveau, et le bilan est mitigé. Bien sûr, cela a permis de maintenir le lien avec les patientes, mais cela a présenté aussi beaucoup d'inconvénients. Premièrement, notre logiciel technique n'était pas assez fonctionnel et opérationnel. Et, surtout, quand le confinement a été levé nous nous sommes rendu compte que nous n'avions pas pu observer correctement la dégradation de l'état de santé de certaines patientes. Nous sommes passés à côté de certaines complications mineures. Si nous avions consulté physiquement la patiente, nous n'aurions pas laissé évoluer certaines situations et nous aurions pu prescrire certains examens. La téléconsultation entraîne la sous-évaluation de certaines complications ».

Pierre MARÈS, au contraire, s'avère satisfait du développement de la téléconsultation pendant la crise : « nous avons mis en place la téléconsultation au CHU de Nîmes pendant le premier confinement, et j'en suis ravi. C'est un effet très positif de la Covid-19. Cela fait 20 ans que je fais de la téléconsultation avec des médecins, de manière gratuite et bénévole. Avec la crise, en deux mois, nous avons enfin obtenu la reconnaissance et la rémunération nécessaire pour pratiquer la téléconsultation. Aujourd'hui, nous avons repris l'activité réglée et programmée, et nous continuons à faire quelques téléconsultations. La téléconsultation ne remplacera bien sûr jamais la consultation en présentiel, en particulier en gynécologie-obstétrique.



Mais sur le plan pratique, beaucoup de consultations peuvent être assurées sous forme de suivi en téléconsultation, en complément ou en amont de consultations physiques, pour des patientes qui vivent loin par exemple ».

Sophie LAUB explique également qu'elle a bien travaillé grâce à la téléconsultation pendant le premier confinement : « dans mon cabinet, j'ai très vite transformé toutes mes consultations en téléconsultations sur mon site Doctolib. Cela a très bien fonctionné et cela a même été une belle découverte, même avec les bébés. La tranche d'âge la plus compliquée à suivre en téléconsultation est en revanche celle des enfants âgés entre deux et quatre ans qui ont une autonomie de mouvements et très peu d'appétence pour l'intermédiation visuelle via internet ».

3. La place de l'accompagnant et les visites à la maternité

Dans l'ensemble des maternités, depuis mars 2020, les visites des familles et des proches sont interdites. En revanche, les conjoints sont désormais admis partout, pendant et après l'accouchement.

Justine MAUREL explique que, même pendant le premier confinement, les conjoints étaient admis durant l'accouchement au CH de Châlons-en-Champagne : « pendant le premier confinement, les conjoints pouvaient venir assister à l'accouchement au moment de la phase active du travail, c'est à dire à partir de 6cm de dilatation. Les patientes étaient donc seules au début du travail, et plusieurs heures – voire plusieurs jours – pouvaient passer avant que le conjoint ne soit appelé. Une fois entré en salle d'accouchement, le conjoint ne pouvait plus en sortir. Et, après l'accouchement, il pouvait passer deux heures avec la mère et le bébé, avant de devoir les quitter. En cas de césarienne, les conjoints n'étaient pas admis. Aujourd'hui, les pères sont présents tout le long de l'accouchement, ils refont partie intégrante de la prise en charge ». Avant d'ajouter : « pendant le premier confinement, les patientes devaient également venir seules aux consultations et aux échographies ».

Emmanuel BOLZINGER revient sur la procédure mise en place chez Natecia pendant le premier confinement : « contrairement à d'autres établissements, nous avons toujours autorisé les conjoints à être présents en salle d'accouchement, si bien sûr ils n'étaient pas des porteurs avérés du virus au moment de l'accouchement ». **Jean-Loup DUROUSSET** ajoute : « dès le début, nous avons décidé de maintenir les visites du conjoint. Nous pensons en effet que le lien qui se constitue dès le début entre les parents et l'enfant doit être privilégié et non sacrifié ».

Olivier GRAESSLIN explique aussi que dans sa maternité « il n'a jamais été question d'interdire à l'accompagnant d'être présent, sous couvert d'un certain nombre de précautions. Ainsi, l'accompagnant ne devait pas être positif et la patiente devait être en phase active du travail à 6cm de dilatation. Là aussi, après l'accouchement, le conjoint pouvait rester deux heures en salle de naissance. Enfin, les sorties précoces, quand c'était possible, ont été favorisées. Aujourd'hui, aussi bien en gynécologie qu'en obstétrique, les visites sont autorisées pendant deux heures, pour une seule personne par jour, quelle qu'elle soit ».

À Nîmes aussi, « les conjoints ont toujours été admis pendant l'accouchement, malgré l'interdiction des visites. Et les sorties rapides, déjà en place dans le service depuis 6 ans, ont été accélérées pour que la femme et son enfant se retrouvent dans les meilleures conditions possibles » (**Pierre MARÈS**).

4. La question des masques pendant l'accouchement

S'il est en théorie demandé et recommandé, le port du masque ne peut pas être imposé dans toutes les situations et à toutes les patientes. En témoignent les propos des professionnels interrogés :

Jean-Loup DUROUSSET : « nous n'avons pas forcé les patientes à être masquées pendant l'accouchement, mais on sait que certains établissements l'ont fait ». Et **Emmanuel BOLZINGER** ajoute : « pour les soignants le port du masque est déjà obligatoire, et cela ne se discute pas. Pour les patientes, c'est simplement recommandé. Faire des efforts de poussée avec un masque c'est très difficile et oppressant : il faut donc l'entendre et s'adapter ».

Justine MAUREL confirme cette nécessité de devoir s'adapter : « en théorie, la patiente doit porter le masque. Le masque sert aussi à la protéger. Mais, il faut bien sûr savoir s'adapter. Si ce n'est pas possible, on fait sans ». Et comme l'explique **Olivier GRAESSLIN**, « si la patiente n'est pas capable de porter le masque, si ce n'est pas tenable pendant le travail ou les efforts expulsifs, c'est au personnel d'assurer une protection vis-à-vis du risque en mettant un masque FFP2, une visière, une charlotte et une sur-blouse. Le masque est souhaitable dans la mesure du possible mais on ne l'impose pas ».

Maud PIBAROT confirme que dans toutes les structures où elle a exercé, « une des priorités est bien sûr de préserver le confort des patientes ».

5. Les moyens à disposition

Malgré le manque de masques au début de la crise, la maternité semble avoir été bien protégée et même « sanctuarisée » en ce qui concerne les moyens et le matériel à sa disposition.

Chez Natecia, comme le raconte **Jean-Loup DUROUSSET**, « face à l'absence de tests au début du premier confinement, des questionnaires ont été mis en place pour établir des diagnostics cliniques et identifier les éventuelles patientes « positives ». Nous avons également acheté des masques venant de Chine et d'Allemagne, et des visières produites par une entreprise lyonnaise ». **Emmanuel BOLZINGER** précise que la maternité n'a jamais manqué de masques, ni de matériel : « le fait d'être une maternité a empêché que certains produits – en particulier les anesthésiques – soient réquisitionnés ».

Justine MAUREL confirme qu'au CH de Châlons-en-Champagne également « la maternité a été en quelques sortes « sanctuarisée », et nous n'avons jamais manqué de matériel ou de personnel ». Tout comme au CHU de Nîmes : « nous avons répondu à la situation, et il n'y a plus de soucis de masques, de gel, etc. Les hôpitaux et les cliniques sont très efficaces sur cette question. Si nous excluons les quelques difficultés et erreurs de communication, cette organisation est bien rodée » (**Pierre MARÈS**).

Enfin, **Valérie COURTIN** insiste sur le fait que la problématique de la disponibilité du matériel de protection pour ses étudiants a toujours été au cœur de ses préoccupations : « dès le début de la crise, nous avons dit aux établissements qui accueillaient nos étudiants en stage que ces derniers ne pourraient rester qu'à condition de recevoir du matériel de protection (masques, etc.). Au final, malgré la rareté des masques, ils ont été distribués de la même manière aux sages-femmes et aux étudiants ».

De manière générale, sur le sujet des moyens, **Olivier GRAESSLIN** souligne la forte capacité d'adaptation des structures de santé en France : « à l'échelle de mon service, je vois que le système hospitalier a su s'adapter, s'organiser et répondre aux inquiétudes quant au manque de matériel. Il y a eu des initiatives incroyables dans l'établissement, avec notamment la blanchisserie qui s'est mise à produire des blouses avec des draps. Nous avons réussi à assumer tous les besoins au plus fort de la crise. Nous devons garder cette capacité permanente à nous adapter ». **Pierre MARÈS** ajoute : « les structures de santé sont capables de s'adapter, et le corps soignant dans son ensemble a une forte capacité à s'adapter dans des délais courts ».



III - Les effets de la crise sur les professionnels de la naissance et les patientes

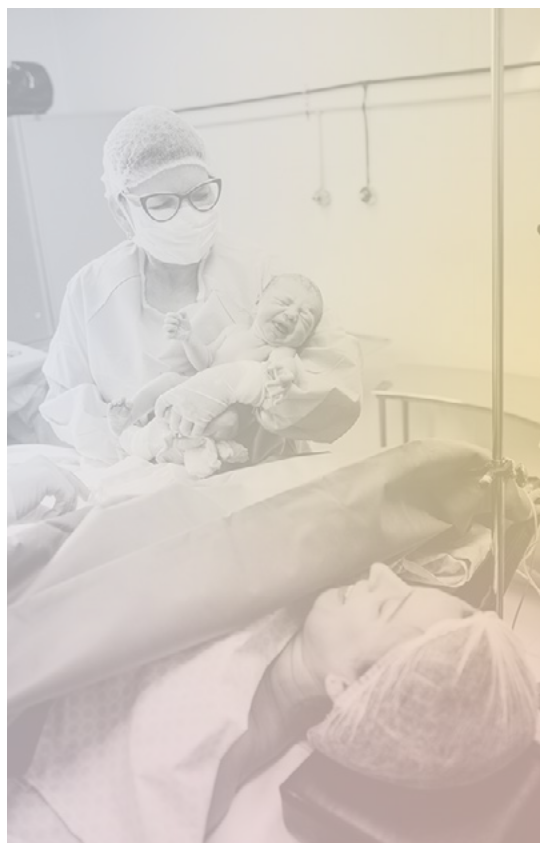
1. Les effets de la crise sur le travail et l'état d'esprit des professionnels

Jean-Loup DUROUSSET observe que trois éléments en particulier ont perturbé le personnel de la maternité Natecia pendant le premier confinement : le stress de ne pas savoir si les patientes étaient contaminées ou non ; la situation à l'extérieur de la maternité avec le confinement total et les situations personnelles parfois dures ; et enfin les applaudissements en l'honneur des soignants. À propos des applaudissements, **Jean-Loup DUROUSSET** précise : « tous les soignants étaient applaudis, alors qu'une grande partie d'entre eux ne pouvaient plus travailler. Dans mon personnel, certains étaient gênés de cette situation ».

Pierre MARÈS déclare quant à lui que, pendant le premier confinement, le plus difficile à vivre et à gérer était d'annoncer aux patients les déprogrammations, les arrêts de soins. **Olivier GRAESSLIN** ajoute : « le plus compliqué était d'adapter et de modifier nos organisations au jour le jour, pour pouvoir répondre au risque et assurer la sécurité de tous, tout en accueillant dans les meilleures conditions possibles les patientes. Nous avons des réunions de crise toutes les semaines et nous passons beaucoup de temps sur ces questions d'organisation. Et, dans le même temps, nous devons gérer l'inquiétude des personnels soignants vis-à-vis d'un risque nouveau et répondre à l'impact du stress lié au confinement ».

Ce confinement a imposé de vivre en cercle fermé, créant de la souffrance et de l'épuisement. En tant que responsable d'équipe, il faut aussi gérer cette situation et sentir ceux qui sont fragilisés ». **Emmanuel BOLZINGER** revient aussi sur la difficulté d'appréhender et de gérer les messages contradictoires arrivant des ministères, des sociétés savantes : « tous avaient des recommandations différentes et nous devons jongler avec ».

Concernant la situation des étudiants en maïeutique, **Valérie COURTIN** constate que leur mal-être semble moins grand que celui observé chez les étudiants d'autres facultés : « les étudiants en 4^e et 5^e années ont pu continuer leur stage pendant le premier confinement. Et, depuis la rentrée de septembre 2020, nous avons maintenu les stages de tous les étudiants. De plus, le nombre d'étudiants dans nos promotions étant raisonnable, nous avons maintenu en présentiel les examens, les travaux pratiques et les enseignements par travaux dirigés et par simulation. Nos étudiants sont donc moins isolés, même si les cours magistraux se font à distance ». Ce qui ne l'empêche pas de constater aussi des situations préoccupantes : « nous avons eu quelques étudiants qui se trouvaient dans des situations difficiles. Mais nous connaissons bien nos étudiants et ceux qui sont plus fragiles, et nous avons pu « rattraper » ceux qui pouvaient décompenser. Nous avons aussi mis en place un référent pour chaque promotion qui appelle toutes les semaines ses collègues. Et l'Université de Montpellier a été très réactive pour aider matériellement les étudiants qui, par exemple, n'avaient pas d'ordinateur pour suivre les cours à distance ». Avant de conclure : « le plus dur a été de rassurer les étudiants et de conserver le lien et la confiance avec ceux qui à la fois avaient peur du Covid, mais aussi de voir leur année gâchée et leurs études interrompues ».



Mais, la crise du Covid-19 n'a pas eu que des effets négatifs sur l'organisation et le travail des professionnels. Ainsi, **Justine MAUREL** déclare :

« je ne me suis pas sentie particulièrement perturbée dans mon travail pendant le premier confinement. Le métier reste le même et nous devons juste être encore plus attentifs et respecter les gestes barrières. De manière générale, la maternité a été très protégée, et il régnait un vrai climat d'entraide ».

Olivier GRAESSLIN ajoute : « la première vague a été un moment de très forte cohésion au sein de l'équipe. Il y a eu une grande solidarité entre les « juniors » mis en responsabilité et les « seniors » ». Sur ce point, **Maud PIBAROT** confirme : « on a laissé plus d'autonomie aux étudiants, et il y a eu plus de soutien, de solidarité et de communication dans les équipes, même entre les encadrants et les étudiants venus en renfort.

Les étudiants ont été davantage pris en considération, on s'est intéressé à notre ressenti, à notre vécu ». Avant d'ajouter : « et cette crise a aussi eu un effet positif sur la relation entre les soignants et les patientes. Nous communiquons davantage avec elles, nous avons plus d'empathie pour elles... notamment pour celles qui, dans les services de grossesses à haut risque, ne peuvent pas recevoir de visites et ont pour seul contact l'équipe soignante ».

2. Les effets de la crise sur les patients et leurs familles

Justine MAUREL constate que, pendant le premier confinement, les patientes étaient stressées à l'idée de venir à l'hôpital : « à l'époque, les dangers spécifiques ou non du virus sur les femmes enceintes n'étaient pas clairs, et ces dernières faisaient donc très attention et sortaient très peu de chez elles. Leur première angoisse était également de savoir si leur conjoint allait pouvoir assister à l'accouchement, et de manière générale cela a été très dur de devoir empêcher les visites des conjoints pendant l'hospitalisation ». Le fait que le conjoint soit admis dans la salle d'accouchement seulement en phase active du travail a également pu s'avérer brutal pour certains, notamment pour ceux qui vivaient leur premier accouchement : « le travail est normalement une période d'adaptation progressive qui dure plusieurs heures pour que la femme se mette dans l'idée qu'elle va accoucher. Le corps se modifie vraiment, les futurs parents se familiarisent avec l'équipe et avec la salle d'accouchement qui peut être impressionnante. Pour un père qui attend depuis des heures ou des jours, séparé de sa conjointe, cela peut être violent d'être plongé dans ce contexte d'un coup. Il manque de temps pour se préparer. Dans l'ensemble, cela a été plutôt bien accepté, mais on a pu vivre des situations délicates ».

Emmanuel BOLZINGER complète : « au début de la crise, nous découvrons la maladie et nous tentions de comprendre ce qui pouvait se passer pour la maman et le bébé. Cela a forcément été angoissant. J'ai aussi eu quelques patientes qui ont accouché dans des établissements où la présence du conjoint était interdite, et je pense que cela a eu un impact psychologique fort sur les mamans. De manière générale, la crise leur est tombée dessus, alors que, au bout de 9 mois de grossesse, elles attendaient un beau moment qui leur a été « volé ». Je ne pense pas qu'elles en garderont des traces indélébiles, mais ce n'est pas neutre sur le moment, surtout pour les femmes dont c'était le premier accouchement ».

Selon **Pierre MARÈS**, « le premier confinement a certainement eu des conséquences psychologiques plus importantes que ce qu'on veut bien dire. Et, moi qui ai travaillé sur certaines questions d'éthique, j'ai été très surpris d'entendre certains discours interdisant à tout prix les visites. Quand on sait que dans certains cas et pour certaines pathologies, l'outil thérapeutique le plus important est de garder un lien, des relations humaines ».

Durant ses consultations, **Sophie LAUB** a quant à elle observé une grande anxiété chez les conjoints qui n'étaient pas sûrs de pouvoir accoucher à l'accouchement. De plus, « la situation s'est aggravée pour les familles qui allaient déjà mal avant la crise et qui n'ont pas pu consulter pendant le confinement ni recevoir les visites de la Protection maternelle infantile. Je vois aussi beaucoup de couples qui se séparent, parfois avec des bébés et des enfants en bas âge. Et on constate des troubles anxieux qui se développent chez les enfants ».

Pour **Maud PIBAROT**, en service de réanimation néonatale, où les enfants sont déjà très protégés, la crise a pu accentuer la distance avec les parents, très anxieux vis-à-vis des risques de contamination. De manière plus générale, même si elle ne constate pas une augmentation des accouchements à domicile pendant la crise, **Maud PIBAROT** pense que « certaines patientes ont pu avoir peur des plus grands établissements de niveau 3 en se disant qu'il y avait plus de risques de contagion. Elles ont donc peut-être eu plus tendance à se tourner vers des plus petites maternités, où elles se sont senties rassurées. Ce phénomène suit une tendance plus globale qui voit, depuis quelques années, les accouchements naturels et les maisons de naissance se développer ».

De manière plus positive, loin des polémiques des réseaux sociaux, **Olivier GRAESSLIN** souligne toutefois « les nombreux témoignages de patientes qui saluent la bienveillance avec laquelle elles ont été prises en charge dans cette période ». Avant d'ajouter : « elles se rendent compte de la difficulté de cette période pour les soignants, et très peu d'entre elles ont été mécontentes de leur prise en charge ou ont refusé les mesures mises en place pour les protéger et protéger les soignants. Elles ont compris la logique des mesures ».

Emmanuel BOLZINGER déclare également : « je dirais que, chez nous, les patientes semblent avoir bien vécu la situation. Les visites de la famille étaient interdites et on demandait aux conjoints de limiter les allers-retours. Mais cela a été bien vécu, et cela a même permis de créer du lien entre le bébé et les parents, à trois. Les auxiliaires de puériculture indiquent même que les mises en place des allaitements se passaient beaucoup mieux. C'est l'effet paradoxal de la crise... ». Sur ce point, **Justine MAUREL** confirme : « Beaucoup de patientes, même si elles ne l'avouent pas ouvertement, semblent en fait « soulagées » de ne pas avoir de visites de leurs familles et amis. Les parents se retrouvent seuls avec leur enfant, et ce n'est pas plus mal. Les femmes peuvent se reposer, et l'allaitement se passe souvent mieux ». Ainsi que **Maud PIBAROT** : « l'interdiction des visites a été difficile pour les femmes hospitalisées longtemps. Mais beaucoup de patientes ont finalement été satisfaites de pouvoir se reposer, sans recevoir de visites ».

3. Les retards de prise en charge

Tous les professionnels le disent : pendant le premier confinement, les urgences gynécologiques étaient « particulièrement calmes ». Les patientes semblent avoir fait preuve d'un sens civique et du service public certain, et ne se sont rendues aux urgences que pour de « réelles » urgences. Mais, malheureusement, le confinement a aussi entraîné des retards de prise en charge, en particulier en gynécologie.

Justine MAUREL explique : « concernant les suivis de grossesse, je n'ai pas constaté de retards de prise en charge. En revanche, cela a été le cas pour les urgences gynécologiques, les tubo-ovariens ou les grossesses extra-utérines prises en charge un peu tard, etc. ». Et **Emmanuel BOLZINGER** confirme : « il y a eu des retards de prise en charge, surtout sur les contrôles de frottis, les mammographies, etc. Et nous n'avons pas fini de voir les conséquences des retards de prise en charge et de dépistage ».

Selon **Maud PIBAROT**, ces retards de prise en charge n'existent pas que dans les hôpitaux publics et privés, mais aussi dans le libéral, même si certaines sages-femmes libérales se sont organisées en télétravail pour essayer de maintenir des consultations. Et, bien sûr, cela concerne beaucoup les publics précaires : « les centres de PMI ont fermé, les solutions de transport se sont réduites, et beaucoup de patientes en situation précaire n'ont eu aucun suivi ».

Pierre MARÈS ajoute : « pendant le premier confinement, nous avons mis des verrous un peu partout. Les femmes en tentative de fécondation in vitro, les femmes en programme pour la chirurgie du cancer, les femmes avec des douleurs très invalidantes, les femmes prises en charge pour de la rééducation ont toutes été mises en « stand-by ». Sur le plan pratique, nous avons perdu deux à trois mois de suivi complet, ce qui a parfois mis les gens dans des situations d'angoisse et de désespoir. Heureusement, aujourd'hui, on a rattrapé tous les retards. En revanche, il y a encore des personnes qui ont peur de venir à l'hôpital à cause du virus. Il faut faire passer ce message : les hôpitaux et cliniques sont très bien organisés, donc venez faire votre suivi ! ».

Enfin, **Sophie LAUB** confirme que les retards de prise en charge ont été nombreux en pédopsychiatrie, avec notamment les PMI qui n'ont pas pu se rendre dans les domiciles pendant le premier confinement.



IV - Les enseignements à tirer de la crise

1. Continuer à développer la relation entre le public et le privé

Durant la crise, des collaborations et des solidarités se sont développées entre les établissements privés et publics, comme l'explique **Jean-Loup DUROUSSET** : « Nous avons appris à mieux nous connaître et à travailler ensemble ».

2. Réviser le plan blanc

Comme l'explique **Jean-Loup DUROUSSET** : « Nous n'avons pas encore tiré de leçon des difficultés et ruptures rencontrées pendant le premier confinement. En particulier, nous n'avons pas revu le plan blanc de mise en route des activités en cas de situation d'urgence, établi en 1974. La mise en route du plan, lors du premier confinement, a montré qu'il y avait eu un relâchement ces dernières années et que nous n'avons pas été assez vigilants sur les stocks. Nous devons absolument le réviser ».

3. « Sanctuariser » la procréation médicalement assistée

Durant le premier confinement, les processus de procréation médicalement assistée ont été arrêtés brutalement : « La maternité, c'est aussi les femmes qui souhaitent devenir mères. On a brutalement arrêté la FIV pendant le premier confinement, ce qui a pu être traumatisant. À l'avenir, on devrait plus sérieusement s'occuper de cette question » (**Jean-Loup DUROUSSET**).

4. Mieux encadrer les visites à la maternité

De nombreux professionnels interrogés parlent de l'aspect positif de la limitation des visites à la maternité :

Justine MAUREL : « La limitation des visites de la famille est positive ».

Emmanuel BOLZINGER : « L'interdiction des visites de la famille a eu des effets positifs sur le repos des mères, l'allaitement et la construction du lien parents-enfant. Il faudrait donc y réfléchir pour notre pratique hors crise, pour préserver cet échange. Nous pourrions restreindre les horaires de visite, ou les autoriser qu'au bout de trois jours ».

Valérie COURTIN : « J'entends mes étudiants dire : « finalement les patientes sont contentes de ne pas avoir de visites de leur famille, elles sont beaucoup moins dérangées ». Les sages-femmes disent également : « dans les services en suite de couches, pendant le premier confinement, nous n'avions pas de visiteurs et nous étions donc beaucoup moins interrompues dans nos tâches » ».

Maud PIBAROT : « En suite de couches, la seule visite du conjoint semble favoriser le repos, la construction du lien mère-enfant. Ce retour au cercle familial resserré est peut-être nécessaire pour les premiers jours de vie de l'enfant ».

5. « Sacraliser » la place des pères

Les tâtonnements du premier confinement sur la place des pères pendant l'accouchement et l'hospitalisation montrent bien « qu'il ne faut pas éliminer les pères, ils doivent être là tout le long de l'accouchement et pendant l'hospitalisation » (**Justine MAUREL**).



6. Raccourcir le séjour à l'hôpital après l'accouchement

Pendant le premier confinement, certaines maternités ont réduit les séjours en suites de couche quand c'était possible : « Raccourcir les séjours après l'accouchement, quand c'est possible, est une bonne chose » (**Justine MAUREL**).

7. Développer les téléconsultations en complément des consultations physiques

Sophie LAUB : « L'aspect positif de la crise est le développement des téléconsultations et des vidéoconférences pour les réunions professionnelles. Mais il ne faut pas non plus en abuser ».

Emmanuel BOLZINGER : « Le développement de la téléconsultation et la digitalisation des pratiques sont des éléments positifs, même si la consultation en présentiel reste nécessaire sur certains aspects ».

Pierre MARÈS : « La téléconsultation ne remplacera jamais la consultation en présentiel en particulier en gynéco-obstétrique. Mais sur le plan pratique, bon nombre de consultations peuvent être assurées sous forme de suivi en téléconsultation, par exemple pour les patientes qui vivent loin ou se déplacent difficilement, pour des compléments. Et si on l'estime nécessaire à l'issue de la téléconsultation, on peut organiser une consultation en présentiel. La téléconsultation a été reconnue, remboursée et mise en place pendant la crise : la Cnam ne doit pas faire marche arrière sur ce point, cela serait une erreur ».

Maud PIBAROT : « La téléconsultation n'est pas possible pour tout, mais elle est parfois une alternative non négligeable et peut faciliter le suivi ».

8. Se reconcentrer sur l'hygiène

La crise a montré que certaines règles d'hygiène de base avaient peut-être été parfois négligées dans le passé. Il faut se reconcentrer sur ce point essentiel :

Emmanuel BOLZINGER : « Nous avons renforcé les précautions d'hygiène, sur lesquelles nous étions peut-être moins vigilants avant. On le voit d'ailleurs bien avec la baisse des cas de grippe cette année : les précautions et les gestes barrières y sont pour beaucoup ».

Olivier GRAESSLIN : « En termes d'hygiène, nous avons fait un bon. Et nous avons rappelé à certaines personnes, surtout les patientes et les familles, que certains risques étaient liés à la transmission par les mains. Ce niveau d'hygiène renforcé par la pandémie doit être conservé ».

Pierre MARÈS : « Nous avons eu très peu de cas de grippe et de bronchiolite cette année, car les gens respectent les règles d'hygiène : mettre un masque quand on est malade, se laver les mains, etc. On a appris ces règles, et c'est important pour l'avenir. Il faut à la fois rentrer dans la modernité et garder ces règles de base ».

9. Repenser la relation étudiants - professionnels

Valérie COURTIN : « Nous avons redécouvert une proximité étudiants-professionnels durant la crise. Nous avons aussi pu mettre en place des maîtres de stage sur les terrains de stage, avec des sages-femmes référentes, ce qui n'existe pas en théorie dans notre profession contrairement à la profession médicale. Nous avons envie de continuer cela : nous avons dit à la Région qui nous finance que nous souhaitons maintenir ce lien entre les étudiants et les maîtres de stage. Cela fait un tiers lieu supplémentaire ».

10. Revaloriser les petites maternités

Au plus fort de la crise, les petites maternités ont pu davantage rassurer les patientes, comme le dit **Maud PIBAROT** : « pendant la crise, on a réévalué la place et les avantages des maternités plus petites ».

B - LES NAISSANCES EN FRANCE À L'ÈRE DE LA COVID-19

Laëtitia Guenezan, Etienne Pot, MD, MPH

UN « BABY-CRASH » ?

Alors que la crise sanitaire qui frappe le monde depuis plus d'un an se poursuit, de premières hypothèses relatives à son impact sur le nombre de naissances peuvent désormais être formulées. Le mois de mars 2020 ayant marqué, en France, le début de la pandémie, c'est naturellement plus de 9 mois plus tard qu'il devient possible de mesurer son éventuel effet. Bien que certains présageaient un nouveau « baby-boom » - la première phase de confinement pouvant être propice à un repli sur la sphère familiale et à la volonté, disait-on, de l'élargir - la réalité est toute autre : le nombre de naissances en France a, selon les premières estimations, baissé. Cette nouvelle diminution serait telle que l'expression de « baby-crash », de plus en plus utilisée, suffirait à elle seule à résumer la situation.

Pourtant, l'année 2021 ne fait pas exception à celles qui l'ont précédée, puisque l'on sait que le nombre de naissances, en France et dans la plupart des pays développés, chute de façon tendancielle depuis quelques années. Ainsi, cette énième diminution résulte-t-elle uniquement de la crise sanitaire et économique, et des craintes que cette dernière engendre, ou bien est-elle la suite logique d'une diminution structurelle de la fécondité ? Quelle part de responsabilité peut être imputée à la Covid-19 dans cette nouvelle baisse annoncée du nombre de naissances en France ?

Enfin, quels liens de cause à effet la diminution du nombre de naissances et l'organisation française de l'offre de maternités entretiennent-elles ?

Afin de tenter d'expliquer ce phénomène, et d'étudier les naissances en France à l'ère de la Covid-19, nous analyserons la situation épidémiologique en France et dans les pays développés, tout en formulant de premières hypothèses quant aux conséquences éventuelles de la crise sanitaire et économique dans la baisse des naissances constatée sur décembre 2020 et janvier et février 2021, et prévue pour le reste de l'année. Cette baisse structurelle, mais aussi conjoncturelle, du nombre de naissances, pourrait, à terme, avoir des conséquences sur l'offre de soins française, et en particulier sur l'offre des maternités qui sera contrainte de s'adapter. Ainsi, tout en nous attachant à observer l'impact qu'une baisse trop importante de naissances pourrait avoir sur ces établissements, nous observerons que l'organisation de l'offre de soins pendant la crise sanitaire et notamment durant le premier confinement a pu également contribuer à cette diminution du nombre de nouveau-nés.

NAISSANCES ET FÉCONDITÉ : SITUATION EN FRANCE ET DANS LES PAYS DEVELOPPÉS

Une diminution structurelle et conjoncturelle de la fécondité

Les dernières années ont été marquées, dans les pays développés, par une baisse de la natalité. Afin d'observer cette situation épidémiologique, nous avons choisi de nous baser sur l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF). L'indicateur conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés (2). L'INSEE précise que celui-ci permet de « caractériser d'une façon synthétique la situation démographique au cours d'une année donnée, sans qu'on puisse en tirer des conclusions certaines sur l'avenir de la population. »

Aux Etats-Unis, par exemple, alors que l'ICF était de 2,06 en 2000, il a chuté, en 2018, à 1,77 (3). Cette même tendance existe en Australie, au Canada, ou bien encore au Chili. De leur côté, les États membres de l'Union européenne n'échappent pas à ce mouvement. Ainsi, dans son rapport de 2018, la Commission européenne met en lumière une légère baisse de l'ICF, passant de 1,57 enfant par femme en 2008, à 1,55, 10 ans plus tard. Qu'il s'agisse de l'Italie, de la Suède, ou bien encore du Portugal, tous enregistrent une baisse de l'ICF, entre 2008 et 2018. De fortes disparités sont toutefois à noter entre les États membres : certains États, comme l'Allemagne, ont vu sur cette même période croître leur fécondité. De même, les données enregistrées varient fortement d'un État à l'autre. Ainsi, alors que l'ICF en Suède était de 1,76 en 2018, l'Espagne, sur cette même année, enregistrait un ICF de 1,26. De façon générale, on note un fort taux de fécondité dans le Nord de l'Europe, et un taux plus faible dans le Sud.

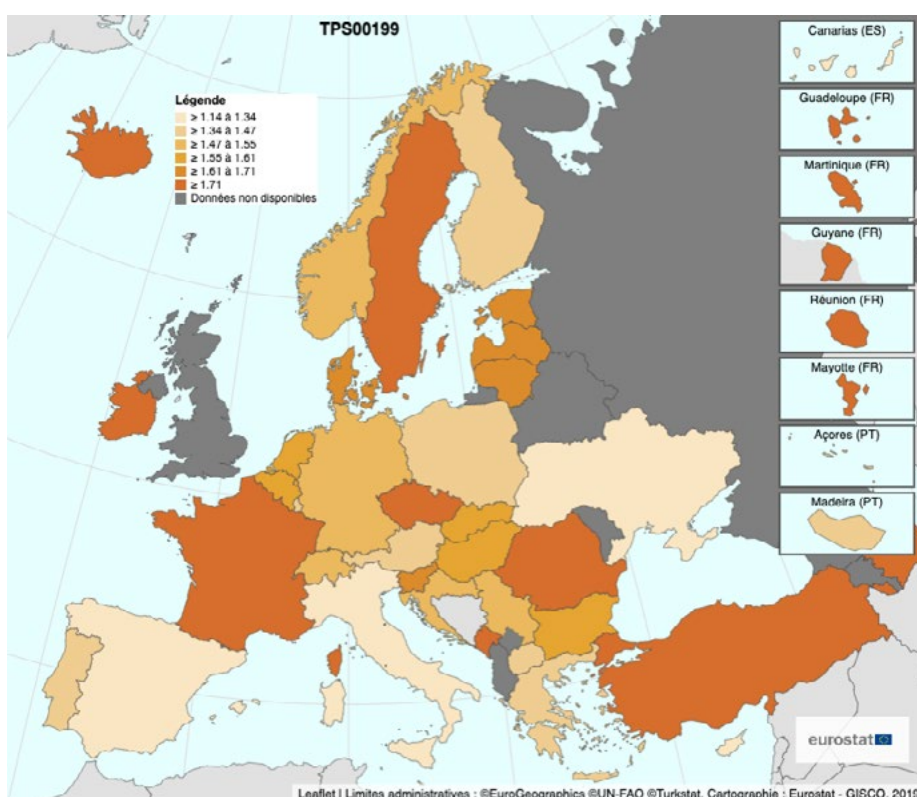
¹ https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/commission-report-impact-demographic-change-17june2020_fr.pdf

² [https://www.touteurope.eu/actualite/le-nombre-d-enfants-par-femme-dans-les-pays-de-l-union-europeenne.html#:~:text=En%202018%2C%20le%20taux%20de,population%20\(2%2C1\).](https://www.touteurope.eu/actualite/le-nombre-d-enfants-par-femme-dans-les-pays-de-l-union-europeenne.html#:~:text=En%202018%2C%20le%20taux%20de,population%20(2%2C1).)

³ Insee Première • n° 1834 • Janvier 2021

La France tire quant à elle son épingle du jeu puisqu'elle note, en 2018, un ICF de 1,88 et demeure ainsi l'État membre de l'Union européenne ayant le nombre d'enfant par femme en âge de procréer le plus élevé.

En dépit de cette première place sur le podium, notre pays, comme ses voisins européens, n'échappe pas à la baisse tendancielle de son taux de fécondité. En effet, depuis 1950, une baisse quasi constante des naissances est notée, avec quelques fluctuations dans les années 2010 : alors qu'en 1950, l'ICF était de 2,95, il s'est effondré, en 2020, à 1,84. Et la crise sanitaire et économique que nous traversons n'a pas joué en la faveur d'une augmentation du nombre de naissances entre 2020 et 2021. Afin d'étudier la situation épidémiologique actuelle, à l'aune des données disponibles, nous prendrons ici comme indicateur le nombre de naissances, afin de le comparer avec les données N-1.



Indice conjoncturel de fécondité en Europe, 2019 ; données et visuel Eurostat (4)

Alors que le groupe bancaire HSBC avance un recul de la natalité pouvant atteindre 10 voire 15 % en 2020 et 2021 (soit au moins une quinzaine de millions de naissances en moins), les premiers constats d'une diminution du nombre de naissances depuis le mois de décembre 2020 sont réalisés, et l'année 2021 promet d'être celle d'une importante baisse de la natalité. Ainsi, des économistes Américains prédisent une décroissance de 8 % des naissances aux Etats-Unis(5), soit 300 000 naissances en moins en 2021 liées à la crise sanitaire, mais aussi à la crise économique qu'elle a entraînée. Il en va de même dans de nombreux autres pays développés, tels que l'Italie, Singapour ou le Japon, qui se montrent inquiets concernant cette nouvelle diminution.

^{5/} Italie, Allemagne, France, Espagne et Royaume-Uni.

En France, en 2020, 735 000 naissances ont été enregistrées, soit 18 000 de moins qu'en 2019, et le nombre annuel de naissances est le plus faible depuis la fin de la seconde guerre mondiale(6). En comparant les mois de décembre 2019 et de décembre 2020, l'Insee observe une baisse de 7 % du nombre de nouveau-nés. Cette même dynamique se produit de façon plus accentuée encore en janvier 2021, avec une baisse de 13 % par rapport au mois de janvier 2020. Pour février 2021, les estimations provisoires indiquent une diminution de 5 %, en notant un nombre moyen de naissances par jour de 1860, contre 1950 l'année dernière (7).

Une diminution du nombre de naissances multifactorielle

Au commencement de la crise sanitaire, des chercheurs italiens ont tenté de préciser l'impact de celle-ci sur la population des 18-34 ans prévoyant d'avoir des enfants en 2020 (8). Leur rapport met en lumière que le nombre de projets d'enfants a été revu à la baisse dans l'ensemble des pays étudiés, mais de façon différente. En effet, alors qu'en Espagne et en Italie le nombre de personnes ayant décidé d'abandonner purement et simplement leur volonté d'avoir un enfant semble élevé (9), les Allemands (55 %) et les Français (50,5 %) prévoient plutôt de reporter leur projet. Au sein des États étudiés, des disparités territoriales ou sociales sont également notées par les chercheurs. Ainsi, au Royaume-Uni, les personnes abandonnant leur souhait d'avoir un enfant sont plutôt celles qui pensent que la crise sanitaire pourrait avoir un effet négatif sur leurs revenus professionnels. En Italie, les personnes ayant davantage mis fin à leur projet de devenir parents sont, d'une part, celles ayant moins de 30 ans, et, d'autre part, celles n'ayant pas suivi d'études supérieures.

Au regard de ces éléments, plusieurs hypothèses peuvent être formulées concernant l'impact direct de la crise sanitaire et économique sur ces reports et abandons de projets de natalité, et donc sur la baisse du nombre de naissances estimée pour 2021.

Tout d'abord, depuis le premier confinement, les français se disent inquiets voire très inquiets à l'égard de la Covid-19 et de ses potentiels effets sur leur famille et sur eux-mêmes. Ainsi, un sondage de l'Ifop met en avant un niveau d'angoisse important de la population à l'égard de la situation sanitaire, mais aussi de ses conséquences économiques (10). Une baisse générale du moral des Français est également notée par un sondage, révélant une augmentation de l'anxiété, des troubles du sommeil et des états dépressifs, 30 % des Français estimant ne pas avoir le moral en mars 2021 (11). Les impacts économiques de cette crise sanitaire sont également à prendre en compte : avenir professionnel incertain, chômage partiel, baisse de revenus, etc. Au regard de ce contexte d'angoisse et d'incertitude quant au futur, certaines personnes ont donc fait le choix de reporter ou d'abandonner leur souhait d'avoir un enfant ou d'agrandir leur famille.

Un second facteur ayant pu contribuer à cette nouvelle diminution du nombre de naissances est le report des mariages. En effet, en 2020, 148 000 mariages ont été célébrés, soit une baisse de 34 % par rapport à 2019(12). Ainsi, de nombreuses célébrations ont été reportées à 2021, voire à 2022, ce qui a pu impacter quelques projets parentaux pour les couples s'inscrivant dans cette chronologie. De même, les confinements successifs, les fermetures des bars et restaurants, et plus généralement l'ensemble des limitations sur la vie sociale sont autant de freins à la rencontre de nouvelles personnes, et donc, à se mettre en couple et à fonder une famille.

^{6/} Forte baisse des naissances en décembre 2020 et janvier 2021 | Insee ».

^{7/} Baisse des naissances de 4% entre août et novembre 2019 et août et novembre 2020

^{8/} Il atteint 30,8 ans en France en 2020, contre 29,3 ans vingt ans plus tôt : INSEE Bilan démographique 2020.

^{9/} L'expérimentation des maisons de naissance a été prévue par la loi du 6 décembre 2013

^{10/} Communiqué de presse du 9 novembre 2020

Pour l'Italie et l'Espagne, est également avancée l'idée que les restrictions imposées au soutien intergénérationnel ont pu influencer les reports de projets d'enfants, les grands-parents étant très souvent amenés à s'occuper et à prendre soin de leurs petits-enfants. Néanmoins, cette donnée semble, en France, moins impactante.

Mais, cette nouvelle diminution, qui voit le jour petit à petit, ne peut être imputée à la seule crise sanitaire, bien que celle-ci ait certainement joué, à plusieurs égards, un rôle important. Tout d'abord, des baisses sans lien avec la pandémie étaient déjà observées entre 2019 et 2020. De plus, le nombre de naissances dépend certes pour partie du contexte économique et social dans lequel les futurs parents évoluent et se projettent, mais aussi et surtout du nombre de femmes en âge de procréer, et de leur fécondité. Or, la France et plus largement l'ensemble des États membres de l'Union européenne enregistrent, depuis quelques années, un vieillissement de leur population. En 2019, les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient ainsi 20% de la population de l'Union européenne, contre 17,4 % en 2009(12). En France, depuis le milieu des années 1990, la population féminine en âge de procréer ne cesse de diminuer, alors que l'âge moyen à la maternité ne cesse, quant à lui, de croître. En 2020, d'après l'INSEE, l'âge moyen de la mère à l'accouchement atteignait 30,8 ans.

Une tendance à la diminution du nombre de naissances existe donc, et ce depuis de nombreuses années. Néanmoins, ce contexte particulier de crise sanitaire et économique a pu, selon nous, aggraver la situation déjà existante, pouvant peser, à moyen terme, sur l'organisation de l'offre des maternités.

NAISSANCES, FÉCONDITÉ ET ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS

Diminution du nombre de naissances : l'organisation de l'offre de soins pendant la crise sanitaire

L'organisation française de l'offre de soins pendant le premier confinement notamment a été, comme chacun le sait, malmenée : mise en œuvre des plans blancs dans les hôpitaux, services de réanimation saturés et transferts de patients, reprogrammation d'interventions chirurgicales, corps médical et paramédical à bout de souffle, etc. Les modalités d'organisation et de fonctionnement définies depuis mars 2020 ont également pu jouer un rôle dans la diminution du nombre de naissances.

Tout d'abord, dans le cadre des recommandations de l'Agence de la biomédecine rendues publiques dans un communiqué du 25 mars 2020(13), selon lesquelles « les données scientifiques ne permettent pas, à l'heure actuelle, de connaître l'impact du SARS-CoV-2 sur la grossesse au stade précoce. [...] Il est conseillé de reporter les activités cliniques et biologiques d'AMP, quelle que soit la technique », les centres français d'assistance médicale à la procréation ont fermé leurs portes pendant le premier confinement. Justifiant également ce choix au regard du déclenchement des plans blancs dans les hôpitaux, la fermeture de ces centres a induit une pause des projets d'enfants pour un certain nombre de couples, cet impact est mineur sur le nombre de naissances totale en France, mais mérite d'être notée, y compris sur l'impact psychologique qu'ont pu avoir ces fermetures sur les projets parentaux. Le 15 mai 2020 l'agence de la Biomédecine a publié ses recommandations pour la réouverture des centres d'AMP, en annonçant une reprise progressive et priorisée, répondant strictement aux protocoles sanitaires en vigueur. Les différents établissements devant s'adapter au regard de leur contexte sanitaire, l'annonce de cette réouverture n'a pas permis à l'ensemble des projets de reprendre de façon instantanée.

De même, il est possible de se demander si certaines personnes n'ont pas souhaité retarder leur projet d'avoir un enfant, au regard des protocoles sanitaires mis en place dans les maternités. On peut penser notamment au port du masque, vivement conseillé pendant l'accouchement, à la présence limitée du père après l'accouchement, ou bien encore à l'impossibilité pour les familles de se rendre à la maternité pour soutenir la mère et rencontrer le nouveau-né. Certains couples souhaitant faire de ce moment un instant magique, auraient pu en effet être rebutés par ces nouveaux protocoles et remettre ainsi leur projet d'enfant à plus tard. Des considérations relatives à la transmission du virus de la mère au nouveau-né ont également pu jouer, les futurs parents préférant tout simplement attendre un contexte plus « propice » à une meilleure venue au monde possible.

A l'inverse, l'organisation de l'offre de soins pendant le premier confinement et la tension hospitalière ont conduit à des complications concernant l'accès des femmes à la planification familiale, et aux recours à l'interruption volontaire de grossesse. Ainsi, au niveau mondial, l'agence directrice des Nations Unies en charge des questions de santé sexuelle et reproductive, l'UNFPA, estime à 1,4 million, le nombre de grossesses non désirées en raison de l'impact de la crise sanitaire sur l'accès des femmes à la planification familiale (12).

Ainsi, l'organisation de l'offre de soins en temps de crise sanitaire a joué un rôle sur le nombre de naissances. À l'inverse, on pourrait s'interroger dès maintenant pour savoir si cette crise et plus largement la baisse de la fécondité en France auront à moyen et long terme un impact sur l'organisation de l'offre de maternités.



Diminution du nombre de naissances : impacts potentiels sur l'offre obstétricale en France

En France, les maternités sont gérées soit par le secteur public, soit par le secteur privé (lucratif ou non). En 2017, 75 % des accouchements étaient réalisés dans un établissement public ou un établissement de santé public d'intérêt collectif.

Depuis les décrets du 9 octobre 1998, les maternités sont organisées en plusieurs niveaux (I, II et III), correspondant chacun à l'offre de soins que l'on peut y trouver. Organisée en réseau, cette offre de maternités vise deux objectifs : la sécurité des mères et des enfants, ainsi qu'un accompagnement de qualité, adapté aux souhaits et besoins des futures mères, et à leur contexte territorial(14). Ces textes ont également défini un seuil d'accouchement (300), en-dessous duquel les maternités ne peuvent plus pratiquer d'accouchements mais peuvent exercer des activités pré et postnatales, en étant alors dénommées « centre périnatal de proximité ».

Ce seuil pourrait être discuté, en effet, lorsqu'on échange avec les professionnels des établissements de différents niveaux, ceux-ci sont nombreux à évoquer une approche trop réductrice des seuils. « On fait bien ce que l'on fait souvent », sans doute faut-il avoir une approche centrée sur les ressources humaines, et leurs compétences avec une notion de fréquence et de nombre d'actes effectués permettant de justifier des compétences, au travers de protocoles partagés.

Cette réorganisation, qui date de la fin des années 1990, s'inscrit dans un contexte de restructuration et de diminution progressive du nombre de maternités en France. En effet, en 40 ans, deux tiers des maternités ont disparu. Ainsi, nous assistons à une baisse importante du nombre d'établissements de type I, avec une augmentation sensible du nombre d'accouchements dans les maternités de type II et III. Ces établissements nécessitent un nombre plus important de professionnels spécifiques et formés. La démographie médicale actuelle entraîne un manque de gynécologues-obstétriciens, d'anesthésistes réanimateurs et de pédiatres. Une difficulté qui touche aussi une autre profession médicale, les sages-femmes. Ainsi, même dans un contexte de baisse de la natalité, la continuité des soins requise dans un établissement de niveau III est de plus en plus difficile à assurer, entraînant des suspensions ou des arrêts d'activité, faute de ressources humaines suffisantes, y compris dans des maternités de niveau élevé. Ce constat entraîne mécaniquement une question centrale sur le recentrage de l'activité de certains établissements. Les établissements de type III ne devraient-ils pas se concentrer sur la prise en charge des grossesses à haut risque, et orienter les grossesses à bas risque vers les maternités de type I et II pour libérer des ressources humaines et matérielles ?

Au regard d'un contexte général de diminution du nombre de naissances, auquel s'ajoute une conjoncture peu propice à la natalité, l'offre de maternités en France ne peut-elle pas craindre d'être à nouveau réduite ? Ces interrogations renvoient à celle du « seuil critique » de naissances à ne pas atteindre, sous peine de voir le réseau de maternités se dissoudre.

De même, dans une époque où certaines femmes souhaitent un accompagnement plus personnalisé tout au long de leur grossesse et lors de l'accouchement, une énième baisse du nombre de structures ne pourrait-elle pas nuire à l'expression de ce besoin ? Les maisons de naissance peuvent-elles, à elles seules, y répondre ? N'est pas une équation difficile à résoudre que de faire coïncider les aspirations à des méthodes plus naturelles et physiologiques, le tout dans un contexte de sécurité maximal auquel tout le monde aspire également ? Ce mouvement de retour à des pratiques plus naturelles s'inscrit par ailleurs dans un environnement contraint de technicisation des naissances engendré par le respect des protocoles sanitaires plus nombreux, et exacerbés pendant une pandémie. En effet, tout en rappelant que « la naissance doit rester un moment privilégié même dans ce contexte d'épidémie », le Gouvernement précise que « le port du masque chez la femme qui accouche est souhaitable en présence des soignants ». Ces protocoles, nécessaires afin d'endiguer la pandémie, se sont évidemment multipliés dans les maternités et peuvent, face à des difficultés de recrutement et à un fort manque de personnels, jouer sur leurs modalités d'organisation et de fonctionnement, mais aussi impacter la volonté des couples de faire des enfants en période de crise sanitaire...

Enfin, la question des conséquences de la Covid-19 sur la fertilité, sur la grossesse, ou bien encore sur l'assistance médicale à la procréation est primordiale et pourrait, dans le pire des scénarios, accroître à terme l'impact de la crise sanitaire sur le nombre de naissances.

Néanmoins, les connaissances scientifiques sur le sujet demeurent aujourd’hui embryonnaires et en constante évolution.

Aujourd’hui, il est sans doute encore trop tôt pour affirmer de façon certaine que la crise sanitaire et économique impactera fortement, d’une part, la natalité et, d’autre part, l’organisation de l’offre des maternités en France, d’autant que le nombre de naissances communiqué à titre provisoire par l’Insee pour le mois de Février laisse entrevoir une augmentation sensible des nouveau-nés par rapport aux deux mois précédents.

Néanmoins, la problématique de la diminution de la natalité et de ses effets potentiels sur l’organisation de l’offre de soins en France ne doit pas être éludée ou placée au second plan en cette période de crise sanitaire. Elle est, bien au contraire, à inscrire au cœur des préoccupations des pouvoirs publics. La France, premier État membre de l’Union Européenne en termes de fécondité, voit son nombre de nouveau-nés et donc de futurs citoyens diminuer d’année en année, laissant la porte ouverte à de nombreux questionnements, démographiques, politiques, mais aussi économiques. Le système de santé, nous l’avons vu, n’est pas non plus insensible à ce phénomène, puisque la baisse des naissances a des impacts sur le nombre de maternités, leur organisation, mais aussi sur le nombre et la formation de nos soignants. La crise sanitaire ayant dévoilé les nombreuses lacunes de l’organisation de notre système de santé, il nous semble judicieux, à un an des élections présidentielles, de placer au cœur de nos préoccupations la question de l’offre de soins en général, mais aussi celle de l’organisation des maternités, en lien avec la mise en œuvre de stratégies favorables à l’augmentation du nombre des naissances. De nombreux pays, tel que l’Italie (15), montrent actuellement l’exemple, en replaçant au cœur des débats cette baisse constante du nombre d’enfants, et en proposant une nouvelle allocation destinée à favoriser la reprise de la natalité. La question des ressources des jeunes couples, de l’accès à un logement adapté, à un mode de garde, face à l’arrivée d’un enfant, reste une question d’actualité.



En effet, au sortir de cette crise sanitaire et économique, le pays tout entier devra s’unir pour se reconstruire. La relance économique du pays, les réorganisations imposées par cette crise, mais aussi et surtout le retour d’un climat plus serein et d’un avenir plus radieux, ne pourront se concrétiser sans un nombre suffisamment important de citoyens, et donc de nouveau-nés.

Aussi, il nous semble primordial que la question de la natalité et de l'organisation de l'offre obstétricale fasse partie intégrante des programmes des futurs candidats à la présidentielle. Nous identifions en particulier les pistes de travail et de réformes suivantes :

- Mise en œuvre d'une politique familiale ambitieuse, visant une augmentation de la natalité.
- Allocations de nouveaux moyens aux maternités permettant d'assurer des soins de qualité.
- Poursuite et élargissement de l'expérimentation des maisons de naissances avec des mesures de sécurisation optimales et renforcées.
- Allocations de moyens permettant de poursuivre les recherches scientifiques sur les impacts de la Covid-19 sur les nouveau-nés, les femmes enceintes et les couples souhaitant avoir des enfants.
- Renforcement des réseaux de périnatalité : la gradation de l'offre de soins de maternités en France, et les différences territoriales connues, doivent encourager les dispositifs innovants pour diffuser les bonnes pratiques visant à sanctuariser les standards de qualité, de sécurité et de formation des professionnels pour assurer les accouchements en France.

BIBLIOGRAPHIE

1. Natalité - Fécondité - Tableaux de l'Économie Française | Insee [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1906667?sommaire=1906743>
2. Définition - Indicateur conjoncturel de fécondité / Somme des naissances réduites / Somme des naissances réduites | Insee [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1963>
3. Indicateur conjoncturel de fécondité [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpees/indicateurs-fecondite/>
4. Statistics | Eurostat [Internet]. [cité 23 avr 2021]. Disponible sur: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00199/settings_1/map?lang=fr
5. Levine MSK and PB. The coming COVID-19 baby bust: Update [Internet]. Brookings. 2020 [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.brookings.edu/blog/up-front/2020/12/17/the-coming-covid-19-baby-bust-update/>
6. Forte baisse des naissances en décembre 2020 et janvier 2021 | Insee [Internet]. [cité 14 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/5227830>
7. Février 2021 - La baisse observée en janvier s'atténue en février - Les naissances en 2021 | Insee [Internet]. [cité 28 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5348624?sommaire=5348638>
8. Luppi F, Arpino B, Rosina A. The impact of COVID-19 on fertility plans in Italy, Germany, France, Spain, and the United Kingdom. *DemRes.* 1 déc 2020;43:1399-412.
9. Luppi F, Arpino B, Rosina A. The impact of COVID-19 on fertility plans in Italy, Germany, France, Spain, and the United Kingdom. *Demographic Research.* 1 déc 2020;43(47):1399-412.
10. Pratviel E. Les Français face à la persistance de l'épidémie de Covid-19. 2020;23.
11. Le bilan d'un an de crise sanitaire et son impact sur la vie sociale et la santé mentale des populations [Internet]. IFOP. [cité 22 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/le-bilan-dun-an-de-crise-sanitaire-et-son-impact-sur-la-vie-sociale-et-la-sante-mentale-des-populations/>
12. Bilan démographique 2020 - Insee Première - 1834 [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724>
13. Recommandations mises à jour concernant les activités (…) - Agence de la biomédecine [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/Recommandations-mises-a-jour-concernant-les-activites-d-assistance-medicale-a-1322>
14. La situation des maternités en France - Sénat [Internet]. [cité 1 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/notice-rapport/2014/r14-243-notice.html>
15. En Italie, le Sénat approuve une allocation de 250 euros mensuels par enfant https://www.lemonde.fr/international/article/2021/04/03/en-italie-le-senat-approuve-une-allocation-de-250-euros-mensuels-par-enfant_6075470_3210.html



PRÉSENTATION D'ALTERMATER

Un collectif fondé par l'UC2m - Université du Change Management en Médecine pour proposer des solutions alternatives aux problématiques des maternités et de l'accès à la naissance en France

Malgré une amélioration nette de la qualité et de la sécurité des prises en charge des mères, des enfants et des familles, l'accès à la naissance en France fait face à de nouvelles problématiques structurelles (démographie médicale insuffisante, restrictions budgétaires, inégalités territoriales d'accès aux soins, etc.) et parfois à des critiques de la part de la part de la société civile, des professionnels de santé et des acteurs politiques de terrain. Les acteurs concernés demandent des solutions alternatives qui ne remettent pas en question la sécurité des soins. Dans ce contexte de profondes transformations médicales, sociales et sociétales du secteur de la naissance, s'est donc constitué, en mai 2019, AlterMater.

LA RAISON D'ÊTRE D'ALTERMATER

AlterMater est un laboratoire de réflexion et de propositions créé en 2019 par l'UC2m - Université du Change Management en Médecine pour proposer et assurer la mise en place de solutions alternatives aux problématiques des maternités et de l'accès à la naissance en France. Il a pour but de réexaminer les critères d'organisation de la naissance et de compléter les politiques de santé par des actions originales et positives. AlterMater naît avec la volonté de questionner l'existant, d'imaginer de nouveaux schémas, et de travailler en collégialité, avec des experts des territoires, de la santé et des universités notamment pour organiser un accès équitable à la naissance. AlterMater est constitué de professionnels et d'acteurs de la santé engagés, concernés par l'organisation de la naissance en France et intéressés par les questions de santé et les sujets sociaux et sociétaux.



LE COMITÉ DE PILOTAGE D'ALTERMATER

Dr Emmanuel BOLZINGER, gynécologue-obstétricien

Valérie COURTIN, directrice du Département Universitaire de Maïeutique, Faculté de Médecine de Montpellier

Jean-Loup DUROUSSET, directeur d'établissement

Olivier GRAESSLIN, PUPH, chef du service de gynécologie-obstétrique, CHU de Reims

Dominique MAIGNE, responsable d'institution de santé

Dr Pierre MARÈS, gynécologue-obstétricien

Dr Pascal MAUREL, journaliste médical

Dr Etienne POT, médecin de santé publique

PRÉSENTATION

DE L'UC2m

UNIVERSITÉ DU CHANGE MANAGEMENT EN MÉDECINE

AlterMater est un groupe de travail dédié aux problématiques des maternités et de l'accès à la naissance. Il est constitué au sein du think tank UC2m – Université du Change Management en Médecine.

Le think tank UC2m s'organise autour d'échanges professionnels et élabore des propositions de transformation et d'adaptation des systèmes de santé aux enjeux sanitaires et sociaux.