



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

**Les sages-femmes
libérales et
l'accompagnement global...
Pourquoi pas ?**

Mémoire présenté et soutenu par
Coralie Marton
née le 6 septembre 1986

Promotion 2005-2009

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur...

Un grand merci...

A Mme Caroline Mazal, ma directrice de mémoire, et Mme Valérie Desjours

*Pour m'avoir fait découvrir les joies de l'accompagnement global et
pour leur aide précieuse tout au long de ces derniers mois.*

A ma formatrice, Mme Marie-Madeleine Spyckerelle,

Pour avoir été présente à chaque étape de ce mémoire.

A mon cocon familial,

Pour m'avoir soutenue pendant ces quatre années d'études

A mes amis de promotion 2005-2008,

*Pour tous les bons moments passés ensemble, pour leur soutien pendant
les moments difficiles*

A Mathieu, mon homme Sage-Femme

Pour m'avoir accompagnée jour après jour...



Sommaire

INTRODUCTION.....	2
--------------------------	----------

PREMIERE PARTIE : LA SAGE-FEMME, DE L'ACTIVITE LIBERALE A L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL	5
--	----------

1.LA PROFESSION DE SAGE-FEMME	6
--	----------

1.1.	Historique de la prise en charge des grossesses	6
1.2.	Quelle place a la sage-femme aujourd'hui?	8
1.2.1.	Définitions	8
1.2.2.	La profession en quelques chiffres... ..	9
1.2.3.	Quelles sont les responsabilités médico-légales de la sage-femme ?.....	10
1.2.4.	Les sages-femmes en Europe.....	15

2.L'ACTIVITE LIBERALE	15
------------------------------------	-----------

2.1.	L'installation en libéral	15
2.1.1.	L'ouverture d'un cabinet	195
2.1.2.	L'obligation d'assurance en responsabilité civile.....	16
2.1.3.	Les tarifs conventionnels	17
2.1.4.	Les honoraires	17
2.2.	L'Accompagnement global en France	18
2.2.1.	Les modalités de l'accompagnement global.....	20
2.2.2.	Les Règles encadrant l'accompagnement global	23

DEUXIEME PARTIE: A LA RENCONTRE DES SAGES-FEMMES LIBERALES DE FRANCE.....	25
--	-----------

1.DEMARCHE DE RECHERCHE.....	26
-------------------------------------	-----------

1.1.	Problématique, objectifs et hypothèses	26
1.2.	Méthodologie de l'étude	26
1.2.1.	Période.....	26
1.2.2.	Population.....	27
1.2.3.	Outil de l'enquête	27
1.2.4.	Limite de l'étude.....	28

2. RESULTATS OBTENUS.....	29
----------------------------------	-----------

2.1	Les sages-femmes libérales proposant l'AG ? Qui sont-elles, que font-elles ?	29
2.1.1.	Profil et activité	29
2.1.2.	L'Accompagnement global	34
2.1.3.	L'accès aux plateaux techniques.....	36
2.1.4.	Satisfaction et propositions.....	40
2.2.	Les autres sages-femmes libérales, qu'en pensent-elles ?	41
2.2.1.	Profil et activité	41
2.2.2.	Leur position par rapport à l'accompagnement global	44
2.2.3.	Dans l'avenir	45

TROISIEME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION.....47

1.ETAT DES LIEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ET ANALYSE DES FREINS FACE A CETTE PRATIQUE.....48

1.1.	Le profil des sages-femmes interrogées	48
1.1.1.	Ancienneté au moment de l'installation en libéral	48
1.1.2.	Le motif d'installation en libéral	49
1.1.3.	Le désir de pratiquer l'AG chez les SFL	49
1.2.	La pratique de l'accompagnement global	50
1.2.1.	Répartition géographique des SFL proposant l'AG.....	50
1.2.2.	Le lieu d'accouchement : la surprise de l'étude.....	50
1.2.3.	L'accès aux PT	51
1.3.	Les freins face à la pratique de l'accompagnement global.....	56
1.3.1.	La sollicitation de la part des couples	56
1.3.2.	La rentabilité et le coût des assurances professionnelles	57
1.3.3.	La charge de travail	54
1.3.4.	L'accès aux plateaux techniques.....	55

2.COMMENT INCITER PLUS DE SAGES-FEMMES A PRATIQUER UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ?56

2.1.	En enseignant les modalités de l'AG dans les écoles de sage-femme.....	56
2.2.	En permettant une reconnaissance des sages-femmes par leur statut.....	57
2.3.		57

3.QUELLES POSSIBILITES POUR LA NAISSANCE DE DEMAIN ?59

3.1.	Favoriser l'accès des SFL aux PT	59
3.2.	La clé : les maisons de naissance ?	60
3.2.1.	Qu'en pense le C.N.O.S.F ?.....	60
3.2.2.	Mais alors, quel est le problème?.....	61

CONCLUSION.....63

BIBLIOGRAPHIE.....65

ANNEXES.....68



Introduction

Grâce à la volonté des couples de vivre la naissance de leur enfant différemment, dans le respect de la physiologie, dans un climat plus intimiste et personnalisé, un groupe de sages-femmes a mis au point dans les années 70, un suivi continu : l'accompagnement global à la naissance.

Aujourd'hui, même si la surveillance de la grossesse s'effectue encore de façon très médicalisée, l'accompagnement global fait de plus en plus d'adeptes en France mais les sages-femmes qui le proposent, restent peu nombreuses. Le parlement européen a rappelé le droit de choisir librement son praticien et son lieu d'accouchement, mais dans certaines régions où aucune sage-femme ne pratique l'accompagnement global, ce principe ne s'applique pas.

Pourquoi, compte tenu de la demande croissante de la part des couples, les sages-femmes libérales ne sont-elles pas plus nombreuses à proposer un tel suivi ? Elles se trouvent confrontées à de multiples conflits, comme la polémique sur l'accouchement à domicile ou le problème de la responsabilité civile. L'accouchement en plateau technique paraît offrir plus de sécurité pour les sages-femmes qui ne veulent pas prendre le risque de pratiquer des accouchements à domicile. En effet, la proximité du bloc obstétrical, la présence d'un médecin permet de minimiser les risques. Pourquoi l'accouchement en plateau technique ne s'est-il pas d'avantage développé ?

Même si beaucoup sont convaincus de son bien fondé, l'accompagnement global ne fait pas l'unanimité au sein de notre profession et au sein du corps médical, encore une fois, pourquoi ?

Lors de mon stage dans un cabinet libéral qui proposait l'accompagnement global, j'ai été enthousiasmée par la relation que pouvait avoir la sage-femme avec les couples, une relation de confiance, d'intimité... J'ai vécu des moments forts en accompagnant des femmes, que j'avais vu pendant les derniers mois de leur grossesse, lors de leur accouchement et ce la m'a donné envie de travailler sur ce sujet pour peut-être, proposer moi aussi ce suivi dans quelques années.

C'est pourquoi je me suis demandé qui étaient ces sages-femmes qui proposaient un accompagnement global de la naissance ? Que faisaient-elles ? Et pourquoi les sages-libérales, qui ne pratiquent pas cet accompagnement, ne le proposent-elles pas ?

Ainsi après avoir présenté la profession de sage-femme et les différentes pratiques en Europe, nous aborderons l'exercice libéral puis ciblerons l'accompagnement global tel qu'il est proposé aujourd'hui en France.

Dans une seconde partie, grâce à une double enquête, auprès de sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global et des sages-femmes libérales ne le proposant pas, nous tenterons de faire un état des lieux de la pratique et d'identifier quels sont les freins à l'exercice de cette pratique.



*Première partie : La sage-femme,
de l'activité libérale à
l'accompagnement global*

1. LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

1.1. Historique de la prise en charge des grossesses

La profession de sage-femme est l'une des plus vieilles du monde. Depuis toujours les femmes donnent la vie et l'accouchement restera pendant longtemps une affaire de femmes.

Dans les villages, au XVI^e siècle, les visites prénatales sont rares et la matrone, au courant de toutes les grossesses du village, est appelée au moment de l'accouchement. Dans les demeures, la matrone est souvent confrontée à l'indigence : l'eau, le bois pour cuire l'eau et réchauffer la chambre de l'accouchée, le linge propre et un bon éclairage font souvent défaut. Ce manque de préparation matérielle et morale à la venue de l'enfant est une caractéristique de l'accouchement de l'Ancien Régime. (1) La matrone du village, souvent âgée, était désignée par l'ensemble des femmes de la paroisse. Aucun certificat d'apprentissage n'était demandé. (2) On assiste à cette époque à des accouchements souvent longs et difficiles. Jusque là, il n'y avait pas de texte qui régissait la profession. Quiconque pouvait faire office de matrone.

Ce n'est qu'en 1630, que quelques sages-femmes constituèrent un corps de métier reconnu officiellement (à la maternité de l'Hôtel Dieu) (3). Mais jusqu'à la fin de l'Ancien Régime, il n'y eut que très peu de sages-femmes dans les provinces de France. La plupart des sages-femmes diplômées se trouvent dans les régions urbaines à la fin du XVII^e siècle. (2) Il faudra attendre Mme Boursier du Coudray au XVIII^e siècle, qui grâce à son mannequin va former des sages-femmes dans toutes les provinces de France. La sage-femme devient alors maîtresse dans l'art des accouchements.

Jusque lors, les accouchements se faisaient au domicile de la patiente avec une matrone ou une sage-femme. En effet, l'hôpital n'était à cette époque qu'un lieu qui accueillait les pauvres, les vieillards, les vagabonds, les orphelins. Il n'avait pas encore vocation de soins médicaux. Il faut attendre la loi du 21 décembre 1941 pour que l'hôpital fasse de l'activité de soins sa mission prioritaire.

Mais trop de femmes mouraient encore des suites de l'accouchement, du manque d'hygiène, c'est pourquoi P. Strauss dans sa circulaire du 28 décembre 1927 préconise de : « *poursuivre dans chaque département la création des institutions et des œuvres d'hospitalisation pour les femmes enceintes, pour les mères convalescentes de couches, pour les mères nourrices sans abri* ». De même, dans un rapport au Comité national de l'enfance, L. Devraigne demandait la généralisation des consultations prénatales, la création d'une maternité par ville de plus de 10 000 habitants, une action dans les campagnes pour lutter contre les matrones, multiplier les postes de sages-femmes instruites, créer de petites maternités, et agrandir les dortoirs pour femmes enceintes malades, mais précisait-il, « *en aucun cas, ces dortoirs ne doivent se transformer en refuges ou asiles de femmes enceintes saines* ». La maternité ne saurait être un lieu de charité, en même temps qu'un mouvoir sans pitié. (3)

Dans l'entre-deux guerres, on observe une progression du nombre d'obstétriciens en clinique, les sages-femmes libérales se font progressivement employer comme salariées dans les cliniques et se retrouvent de fait sous la responsabilité des médecins. La mise en place de la Sécurité sociale a été une innovation fondamentale qui donnait à toutes les femmes un accès gratuit à la surveillance de la maternité. Cette surveillance, organisée et rendue obligatoire pour l'obtention des allocations familiales, fût le point de départ d'un suivi des grossesses plus médicalisé, réalisé par les médecins, puisque la déclaration de la grossesse devait se faire après un examen obstétrical et général que la sage-femme ne pouvait pratiquer. La prise en charge à 100 % de l'accouchement et d'un séjour de 12 jours à la maternité entraîna un nombre de plus en plus important de femmes vers les maternités. Le nombre de sages-femmes hospitalières se multiplia avec le développement des maternités et cela aux dépens des sages-femmes libérales. En 1950, il n'y a plus que 50% des femmes qui accouchent à domicile. (4)

Dans les années 80-90, l'analgésie péridurale vient bouleverser la prise en charge de l'accouchement. On sait par ailleurs que 80% des femmes accouchent normalement. Pourtant 95% d'entre elles iront donner naissances à leurs enfants dans les grands centres médicalisés à la fin des années 90. (2)

La fin du XX^e siècle assiste à une prise en charge de la grossesse plus médicalisée entre la procréation médicalement assistée, le diagnostic préimplantatoire, le développement de la génétique, l'échographie, l'analgésie péridurale, la prise en charge des grands prématurés. Seul 1% des femmes accouchent à domicile. (5)

1.2. Quelle place a la sage-femme aujourd'hui?

1.2.1. Définitions

La définition de la sage-femme a été ratifiée par la Confédération internationale des sages-femmes, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) et la Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens (F.I.G.O). Cette définition est la suivante :

Une sage-femme est une personne qui a suivi un programme de formation de sage-femme reconnu dans son pays, a réussi avec succès les études afférentes et a acquis les qualifications nécessaires pour être reconnue en tant que sage-femme.

Elle doit être en mesure d'assurer la supervision et de donner les soins et les conseils nécessaires à la femme enceinte, en travail et en période post-partum, aider lors d'un accouchement sous sa propre responsabilité et prodiguer les soins aux nouveau-né et au nourrisson. Ces soins incluent des mesures préventives, le dépistage des conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale en cas de besoin et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. La sage-femme joue un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les femmes mais aussi pour la famille et la communauté. Son travail doit inclure l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parent, et doit s'étendre dans certaines sphères de la gynécologie, de la planification familiale et des soins donnés à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou tout autre endroit où sa présence est requise. (6)

La profession de sage-femme est régie par les dispositions de l'article L.4151-1 du code de la santé publique. Le champ de compétence des sages-femmes est étendu grâce à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui précise que la déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Elles

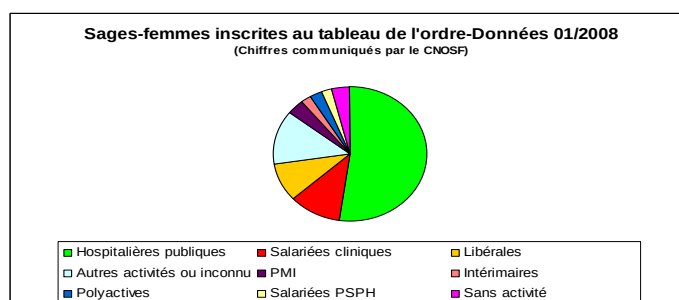
sont, en outre, habilitées à pratiquer l'examen postnatal si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique. (7)

De plus, la sage-femme possède un rôle primordial dans l'accompagnement psychologique de la femme durant sa grossesse. Elle est l'interlocutrice privilégiée de la femme. Les relations à la mère, à l'enfant et au père vont se trouver modifiées. La grossesse en lui procurant des sensations physiques inconnues, des modifications physiologiques hormonales et aussi des émotions nouvelles remet en cause l'équilibre de la mère et des angoisses peuvent apparaître. Cela peut s'exprimer dans les visites prénatales, au moment de l'accouchement, pendant le séjour à la maternité ou au retour à la maison. La sage-femme peut, dans ses moments, comprendre ses appréhensions, calmer son anxiété et aider la mère à faire connaissance avec son bébé. (8) L'entretien prénatal individuel, identifié comme prioritaire par le plan de périnatalité 2005-2007, doit maintenant être proposé à tous les couples au premier trimestre de la grossesse. C'est un temps d'échange entre le couple et le professionnel. Il permet d'identifier ensemble les vulnérabilités et les potentialités du couple.

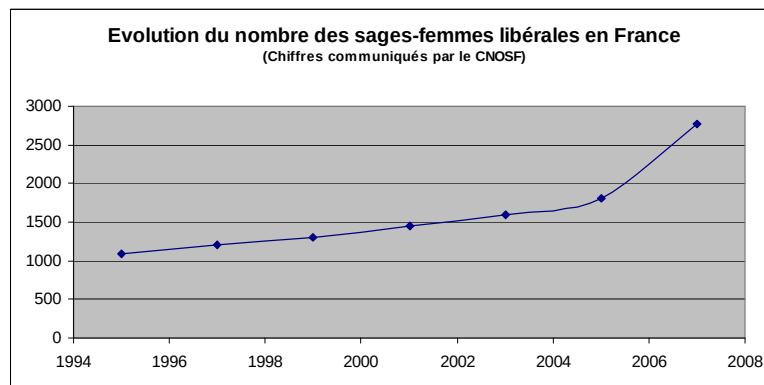
C'est dans une réelle proximité physique et psychologique avec la sage-femme, que les femmes retrouvent confiance en elles-mêmes, en leur compétence à donner la vie. C'est dans cet état de confiance, favorisé par la relation, que se crée un sentiment de sécurité intérieure. (9)

1.2.2. La profession en quelques chiffres...

Au 1^{er} janvier 2008, l'ordre national des sages-femmes dénombrait 21020 sages-femmes inscrites au tableau. Parmi elles, 12090 sages-femmes exercent en secteur hospitalier, 2426 en clinique, 2084 sages-femmes exercent en libéral, 814 en Protection Maternelle et Infantile. (P.M.I)



Même si les sages-femmes continuent à exercer pour le plus grand nombre en milieu hospitalier, le choix de l'exercice libéral augmente de façon régulière ces dernières années. En 1995, 1081 sages-femmes exerçaient en libéral, 1425 en 2000, en 2004, elles étaient 1812 ; Au 1^{er} janvier 2007 le nombre de sages-femmes libérales est de 2768, soit une augmentation de plus de 27% en l'espace de trois ans. (10)



1.2.3. Quelles sont les responsabilités médico-légales de la sage-femme ?

La sage-femme exerce une profession médicale selon l'article L.4151 du Code de la Santé Publique (C.S.P) avec droit de suivi, de diagnostic, de prescriptions et d'accouchement. Salariée ou libérale, elle est dotée d'une responsabilité pleine et entière lors d'un accompagnement global et peut donc être amenée à répondre de ses actes en cas de faute devant les juridictions compétentes. La responsabilité est le devoir de répondre d'un fait, c'est-à-dire en être garant. La responsabilité de la sage-femme peut être engagée non seulement sur le plan civil mais aussi pénal. La sage-femme ne doit pas, sauf circonstances exceptionnelles, effectuer des actes ou donner des soins, ni formuler des prescriptions dans les domaines qui débordent sa compétence professionnelle ou ses possibilités. (11) (12)

✓ Au plan civil

La responsabilité civile est l'obligation de réparer les dommages causés à autrui de son propre fait ou du fait de personnes, d'animaux ou de choses dont nous avons la responsabilité. L'inexécution d'une obligation, le retard à toute exécution de soin ou décisionnel, ou un comportement non adapté à des soins normaux, consciencieux et diligents, engagent la responsabilité civile. (10)

Au civil, la prescription est de trente ans, repoussée à quarante huit ans en obstétrique pour le nouveau-né car la prescription est suspendue pendant la minorité des intéressés.

- Dans un établissement public

Dans un établissement public, la cotisation pour une assurance en responsabilité civile n'est pas obligatoire. C'est l'assurance de l'hôpital qui couvre les sages-femmes à partir du moment où la faute est commise dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions et que ce n'est pas une faute détachable du service. Les demandes de dommages et intérêts sont faites contre les personnes morales administratives et non contre les sages-femmes elles-mêmes.

- Dans un établissement privé

Dans une clinique privée, si le dommage est dû à un défaut d'organisation ou de fonctionnement ou à une faute du personnel, la responsabilité de l'hôpital est engagée.

Mais si le préjudice est dû à l'acte médical, la sage-femme est responsable.

- En libéral

Les sages-femmes libérales mettent en jeu leur propre responsabilité.

Pour les sages-femmes libérales utilisant un plateau technique, la responsabilité devient la même que pour un établissement privé, si le dommage est dû à un défaut d'organisation ou de fonctionnement ou à une faute du personnel, la responsabilité de l'hôpital est engagée, mais si le préjudice est dû à l'acte médical, la sage-femme est responsable.

- ✓ *Au plan pénal*

La responsabilité pénale est l'obligation de subir la peine prévue pour l'infraction contre la loi dont nous sommes l'auteur ou le complice. Elle peut consister en recherche pour coups et blessure volontaires ou involontaires ; toute violation des règles de prudence techniques. (11)

Rappelons qu'au pénal, la prescription est de dix ans.

1.2.4. Les sages-femmes en Europe

La formation des sages-femmes est la même dans tous les pays de l'Union Européenne. Elle dure de trois à cinq ans après l'obtention du baccalauréat. La sage-femme exerce essentiellement à l'hôpital, en libéral et pour certains pays en Maisons de naissance. Il nous a paru intéressant de développer comment s'organise la profession chez nos voisins limitrophes.

✓ *En Angleterre*

En Angleterre, les sages-femmes sont salariées du service public ou exercent de façon autonome et sont souvent regroupées en cabinet privé.

Il y a trois possibilités pour une sage-femme libérale de pratiquer les accouchements :

- _ À domicile, cela représente 1 à 20% des naissances selon les régions
- _ Dans une maison de naissance
- _ À l'hôpital, dans le cadre d'un accompagnement global à la demande de la cliente.

Il faut savoir que tous les plateaux techniques des hôpitaux sont ouverts aux sages-femmes libérales. Ces dernières doivent justifier d'une assurance professionnelle pour avoir accès aux plateaux techniques.

Comme en France, tout ce qui est pathologique, ou le devient, passe alors sous la responsabilité de l'obstétricien.

En Angleterre, il existe une charte du Collège Royal des Sages-femmes Anglaises Le 6° point de cette charte stipule que « *la continuité de soins et de prise en charge d'une patiente par la même sage-femme ou la même équipe est un objectif prioritaire d'organisation des services de maternité* » (13)

✓ *En Allemagne*

En Allemagne, 5% des naissances sont réalisées exclusivement par des sages-femmes en maison de naissance ou à domicile. Les sages-femmes en Allemagne sont au nombre de 16000 dont les 2/3 exercent en libéral.

Le Belegsystem est l'équivalent des accouchements en plateau technique en France. IL concerne plus de 20% des sages-femmes en Allemagne. Il est très développé en Bavière où il a été créé dans les années 60. Les sages-femmes ont le statut de sages-femmes libérales et passent un contrat écrit avec un hôpital ou une clinique qui met à

leur disposition les locaux de la maternité. La sage-femme de garde en Belegsysteme doit être à tout moment joignable et disponible.

En Bavière, il existe 151 maternités dont 102 fonctionnent selon ce système et 50% des sages-femmes sont des Beleghebammen. Dans l'état de Hesse, sur 76 maternités 71 fonctionnent également sur ce système. (14)

✓ *Aux Pays Bas*

Aux Pays-Bas, la sage-femme est praticienne médicale à part entière et autonome également. 35% des accouchements ont lieu à domicile. Ils sont effectués en grande partie par des sages-femmes libérales, qui représentent 85% des sages-femmes. (15). L'accouchement en maisons de naissance est possible.

✓ *En Suède*

Peu de sages-femmes sont installées en libéral, même si quelques-unes ont constitué des sociétés pour assurer des suivis globaux et des accouchements à domicile. Après la fermeture de nombreuses petites unités, une réorganisation du système de santé a permis de promouvoir un tel suivi. Les frais de l'accouchement ne sont plus à la charge des familles mais sont remboursés depuis 2002 par le Conseil Général. En Suède, l'accouchement doit se dérouler en présence de deux sages-femmes. (16)

✓ *En Autriche*

70% des 1309 sages-femmes en exercice sont à la fois hospitalières et libérales. (17) Depuis 1986, une sage-femme peut exercer en tant que sage-femme de famille, proposant la préparation à la naissance, les entretiens individuels et le suivi des grossesses à domicile. Son rôle est avant tout un rôle de soutien, de prévention et d'information essentiellement auprès des femmes seules ou ayant des problèmes socioculturels. Une particularité autrichienne est l'accouchement ambulatoire : la femme accouche à l'hôpital et, dès son retour à domicile elle est prise en charge par une sage-femme et le bébé par un pédiatre.

Cependant, les sages-femmes n'ont pas le droit de prescription. (18)

Ainsi, des pratiques, comme l'accouchement à domicile ou l'accouchement en plateau technique, qui nous semblent marginales en France, sont largement répandues chez nos pays voisins, comme l'Allemagne ou les Pays-Bas.

Alors comment cela se passe-t-il en France ? Quels sont les modalités de l'accompagnement global à la naissance dans notre pays ?

2. L'ACTIVITE LIBERALE

L'activité libérale est variée. Les sages-femmes ont le choix de leur activité. Elles peuvent proposer aux patientes :

- ✓ Le suivi de grossesse
- ✓ La préparation à la naissance
- ✓ L'accouchement, que se soit à domicile ou en plateau technique
- ✓ Les suites de couches à domicile
- ✓ Le suivi post-natal
- ✓ La rééducation périnéale

2.1. L'installation en libéral

2.1.1. L'ouverture d'un cabinet

Nul ne peut exercer la profession de sage-femme s'il n'est inscrit à un tableau de l'Ordre des sages-femmes (art. L.4111-1 du CSP).

La sage-femme doit dans un premier temps faire sa demande d'installation en libéral auprès du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (C.N.O.S.F). On ne peut être inscrit qu'auprès d'un seul tableau, celui de sa résidence professionnelle.

Actuellement, les sages-femmes sont tenues de faire enregistrer leur diplôme auprès de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et auprès de la caisse d'assurance maladie (ceci permettra entre autre d'obtenir des feuilles d'assurance maladie pré-identifiées à leurs noms).

Il faut également s'inscrire à l'URSSAF (Union de Recouvrement des cotisations de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales.) qui est un organisme chargé de récolter les charges salariales et patronales en vue de financer le régime général de la sécurité sociale et à la CARSAF (Caisse Autonome de Retraite des Sages-Femmes) qui a pour but de récolter les charges afin de financer la pension de vieillesse.

S'ajoute à cela la souscription d'une assurance professionnelle de responsabilité civile.

Il faut que la sage-femme qui désire s'installer, aille avant toute démarche, faire part de son installation à la Présidente du conseil départemental de l'ordre. Il lui est également recommandé de rendre visite aux consœurs exerçant à proximité. Au-delà d'une simple visite de courtoisie, ces préalables lui permettront ainsi d'obtenir des renseignements de toutes sortes sur l'exercice de la profession dans la ville ou dans la région où elle souhaite s'installer.

Le code de déontologie (art. R.4127-309 du CSP) prévoit que la sage-femme doit *« disposer au lieu de son exercice professionnel d'une installation convenable et de moyens techniques suffisants. En aucun cas, elle ne doit exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la sécurité et la qualité des soins et des actes médicaux »*.

2.1.2. L'obligation d'assurance en responsabilité civile

L'article L.1142-2 du CSP institue une obligation d'assurance pour les professionnels exerçant à titre libéral. Selon les compagnies d'assurance et les activités choisies les montants sont variables. La pratique de l'accouchement en plateau technique est couverte par une assurance depuis le 1^{er} janvier 2007 ; la cotisation s'élève environ à 3000 euros par an au lieu de 159 euros pour un contrat sans la pratique de l'accouchement. (11)

La compagnie d'assurance sollicitée n'est pas tenue d'accepter d'assurer la sage-femme. La loi prévoit qu'au bout de deux refus, le professionnel *« peut saisir un bureau central de tarification dont les conditions de constitution et les règles de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat »* (7). Le bureau central de tarification a pour rôle de fixer le montant de la prime moyennant laquelle l'entreprise d'assurance intéressée est tenue de garantir le risque qui lui a été proposé. Mais seule la garantie obligatoire de responsabilité civile peut être ainsi obtenue. L'assureur peut refuser toute garantie complémentaire au praticien, sans possibilité de recours. (19)

2.1.3. Les tarifs conventionnels

Les actes réalisés par la sage-femme sont codifiés par la nomenclature de la sécurité sociale et sont pour la plupart remboursés à 100%. Chaque acte correspond à une lettre clé dont la valeur est déterminée par un coefficient. C'est le coefficient qui change en fonction de l'acte et qui va fixer son tarif, par exemple une consultation de grossesse est cotée CG et vaut 19 euros, un accouchement est coté SF118 et vaut 312,70 euros. La femme doit, pour cela, avoir envoyé sa déclaration de grossesse à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M) à laquelle elle est affiliée. Ces tarifs ont été revalorisés depuis le 23 avril 2008. (20)

2.1.4. Les honoraires

L'article R.4127-341 du CSP (ancien article 41 du code de déontologie) dispose que les honoraires des sages-femmes doivent être déterminés en tenant compte de la réglementation en vigueur, de la nature des soins donnés et, éventuellement, des circonstances particulières. Ils doivent être fixés, après entente entre la sage-femme et sa patiente, avec tact et mesure.

Une sage-femme n'est jamais en droit de refuser des explications sur sa note d'honoraires. Aucun mode de règlement ne peut être imposé à la patiente. Le dépassement d'honoraires est clairement autorisé dans la convention du 10 décembre 2007. (7)

2.2.L'Accompagnement global en France

Le terme d'accompagnement global à la naissance fut inventé par un groupe de sages-femmes lors de la création de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (A.N.S.F.L.) en 1982. Jacqueline Lavillonière, fut l'une des sages-femmes pionnières dans cette activité. Le but premier est de conduire la mère et le père à être acteurs de la naissance de leur enfant. Actuellement, la pratique libérale permet à la sage-femme d'intervenir à tous les stades de la maternité pour une même femme, pour un même couple. Parallèlement, en milieu hospitalier, les consultations de grossesse faites par des sages-femmes hospitalières se développent de plus en plus.

Cette notion d'accompagnement global permet d'élargir et de prolonger celui de préparation à la naissance. Elle fut déposée à l'Institut National de la Propriété Industrielle en 2004 par l'A.N.S.F.L, les syndicats de sages-femmes et quelques associations de parents

Le terme d'ACCOMPAGNEMENT contraste avec celui de prise en charge qui sous-entend que ce sont les professionnels qui agissent. Pour pouvoir parler d'accompagnement, il faut que la personne accompagnée puisse être en mesure de décider elle-même du chemin à emprunter, sinon elle n'est pas accompagnée mais guidée.

Le terme GLOBAL sous-entend une continuité chronologique, la présence d'une même sage-femme pour la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum. Ce terme regroupe aussi d'autres aspects. En effet, la grossesse ne relève pas seulement du médical, elle représente un événement émotionnel, affectif, social, économique. C'est pourquoi, la sage-femme libérale propose un accompagnement « médico-psycho-socio-pédagogique » d'où la nécessité pour la sage-femme de travailler en réseau (P.M.I, assistance sociale, psychologues...). C'est un suivi qui prend en compte la globalité de l'individu.

La particularité de l'intervenant unique favorise l'instauration d'une relation de confiance réciproque. C'est dans cet état de confiance, favorisé par une relation prolongée dans le temps, que se crée un sentiment de sécurité intérieure. (21)

✓ *« Un seul praticien pour une patiente »*

Madame Lavillonière en donna une définition simple et claire en 2002 : « *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, effectue les soins postnatals de la mère et de l'enfant ; ceci dans la limite de ses compétences médicales* »

La Haute Autorité de Santé (H.A.S) a publié des recommandations professionnelles en mai 2007 sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque. Au point numéro 2.4, il est stipulé : « *qu' il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreints de professionnels, idéalement par une même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens.* » (22)

✓ *La continuité du suivi*

Lors d'un accompagnement global, le couple et la sage-femme entretiennent une relation de continuité du début de la grossesse jusqu'au post partum. Ainsi, la femme n'entend qu'un seul discours tant concernant l'hygiène de vie pendant la grossesse que les efforts expulsifs, la respiration, ou que l'allaitement maternel. Le suivi de grossesse est identique, sur le point de vue médical, à une autre grossesse suivie par un médecin ou une sage-femme libérale ne pratiquant pas l'accompagnement global.

Le couple et la sage-femme apprennent à se connaître pendant les neuf mois de la grossesse. La globalité de la femme enceinte permet à celle-ci d'être le premier intervenant de son homéostasie. La patiente informe le professionnel de tout changement significatif pour elle, lui apportant alors les éléments d'un diagnostic plus juste.

Dans le cas d'une pathologie obstétricale, la surveillance de la grossesse sort du cadre de compétence de la sage-femme et la femme sera orientée vers un médecin.

Cet accompagnement respecte donc un cadre médical réglementé et cohérent en partenariat avec un réseau de santé indispensable tel que l'échographiste, le médecin anesthésiste, le gynécologue obstétricien, la PMI mais sans discontinuité de soins, en accord avec le plan de périnatalité de 2007.

Même si, ce type de suivi paraît adéquate dans le suivi des couples, il est à l'heure actuelle, difficilement mis en place en France. Aujourd'hui, seule une centaine de sages-femmes libérales le propose aux couples, soit 4,3% des sages-femmes libérales françaises.

2.2.1. Les modalités de l'accompagnement global

Pour la sage-femme qui pratique l'accompagnement global, la naissance se déroule soit, à domicile, soit en plateau technique dans une structure hospitalière, soit dans une maison de naissance (cela est possible en Belgique, en Allemagne, aux Pays-Bas, aux Etats-Unis, au Canada, en Suisse, en Suède mais pas encore en France..) mais ces dernières ne seront pas l'objet de notre étude.

✓ L'accès aux plateaux techniques

Depuis la loi N°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les plateaux techniques sont ouverts aux sages-femmes libérales après l'aval du directeur de l'établissement, de la commission médicale de l'établissement, du conseil d'administration et de la DDASS. (23).

La demande d'accès au plateau technique est déposée conjointement par la sage-femme et par la Commission Médicale d'Etablissement à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H). Selon l'article R714-31 du CSP, la demande doit comporter :

- La délibération du conseil d'administration.
- La description de l'organisation retenue et des moyens utilisés, un état prévisionnel des dépenses en matière de fourniture ou de produits à caractère médical ou pharmaceutique ainsi qu'une estimation des dépenses à la charge de l'assurance maladie.

L'accord entre la sage-femme libérale et l'établissement est concrétisé par la signature d'une convention. La convention clarifie :

- l'activité de la sage-femme libérale, qui doit être soumise au règlement intérieur de l'hôpital et à celui du service : tenue des dossiers médicaux, lettres de sorties,

tenue des formulaires administratifs, rapports avec les intervenants extérieurs (PMI), rapports avec les pédiatres, les médecins anesthésistes, protocoles en cas de pathologie.

- les moyens mis à la disposition de la sage-femme qui sont d'ordre matériel (locaux, matériel spécialisé) et humain.
- Les conditions de mise en cause de la responsabilité.
- la nécessité d'avoir une assurance professionnelle.

L'article R714-30 du CSP précise aussi que l'autorisation peut être accordée ou renouvelée pour une durée de cinq ans par le directeur de l'ARH, après avis du comité régional d'organisation sanitaire et sociale. L'article R714-37 précise que le montant de la redevance doit correspondre à un pourcentage des honoraires versés par le patient sur la base des tarifs applicables par la sécurité sociale et que la sage-femme libérale est rémunérée par l'intermédiaire du centre hospitalier.

La sage-femme peut alors suivre sa patiente tout au long de sa grossesse et elles se rendent ensemble à la maternité quand la femme est en travail. La sage-femme dispose alors d'une salle de naissance et de tout le matériel qui s'y trouve, de la table de réanimation pour le bébé et d'une chambre en maternité pour sa patiente. En cas de pathologie survenant au cours du travail ou de l'accouchement, la sage-femme dispose évidemment du bloc opératoire. La sage-femme doit pouvoir faire appel à un médecin en cas de dépassement de ses compétences.

Ainsi, l'activité en plateau technique est particulièrement bien encadrée et offre un maximum de sécurité à la parturiente ainsi qu'à la sage-femme.

✓ *L'accouchement à domicile*

Les sages-femmes libérales pratiquant l'accouchement à domicile (AAD) restent marginales en France. 70 sages-femmes seulement proposent ce type de suivi soit 0,4% de la profession. Elles assureraient entre 0,5 et 1% des 800 000 naissances annuelles. (24) Mais les sages-femmes pratiquant l'AAD restent isolées d'un point de vue institutionnel.

L'ANSFL a élaboré la chartre de l'accouchement à domicile. Cette chartre ne fixe que les contours du suivi global et de l'AAD car toutes les sages-femmes n'ont pas les mêmes pratiques. Néanmoins, les patientes sont sélectionnées, l'AAD n'est possible qu'après une grossesse normale (c'est-à-dire sans pathologie) chez une femme en bonne santé. La naissance doit être physiologique. (25) Les sages-femmes disposent de tout le matériel nécessaire en cas d'urgence. Un transfert vers une maternité de niveau adaptée est organisé dès la moindre dystocie afin que la patiente bénéficie d'une prise en charge optimale.

Depuis 2002, l'AAD n'est plus couvert par les compagnies d'assurances.

Depuis le 21 novembre 2004, la sécurité sociale rembourse un forfait de 312,70 euros comprenant l'accouchement, la surveillance post-natale immédiate et les visites de suites de couches à domicile pendant une semaine, au même titre que l'accouchement en plateau technique.

✓ *Les maisons de naissance*

La définition d'une maison de naissance peut changer d'un texte à l'autre. Nous utiliserons la définition faite par le groupe de travail de la CNR (Commission Régionale de la Naissance) d'Ile de France en 2002-2003 :

« Une maison de naissance est un lieu d'accueil des femmes enceintes et de leur famille, dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post partum restent dans le cadre physiologique. Les sages-femmes en assurent la responsabilité médicale, en toute autonomie et conformément à leurs compétences légales. La maison de naissance doit être un service accessible à tous. » (...) Le suivi des femmes répond à la notion d'accompagnement global de la naissance, qui associe une femme et une sage-femme référente, pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et le post partum. (...) Une maison de naissance est un établissement sans autre équipement médical que celui utilisé par les sages-femmes. C'est une structure autonome, située en dehors des services hospitaliers. (...) elle s'insère dans le réseau périnatal et travaille avec l'ensemble du système et des praticiens de santé. »

Le premier projet de maison de naissance fut déposé au Ministère de la santé le 18 novembre 1998. Au jour d'aujourd'hui, les maisons de naissance ne sont toujours pas ouvertes en France, alors qu'elles le sont en Belgique, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suisse ou encore au Québec. Les maisons de naissance sont rejetées par la plupart des médecins malgré des études sérieuses énonçant les bénéfices apportés aux femmes et les excellents résultats en termes de morbidité et de mortalité. La prise en charge de l'accouchement normal est possible en maisons de naissance avec un minimum de moyens et de médicalisation. (26) L'évaluation du coût de l'accouchement dans ces lieux s'avère moins coûteuse pour l'assurance maladie.

2.2.2. Règles encadrant l'accompagnement global

✓ La Charte des droits de la parturiente

Le parlement européen a établi en juillet 1988, une charte des droits de la parturiente dans laquelle :

- Est souligné le fait que la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix.
- Est mis en avant le caractère spontané et naturel de l'accouchement qui devrait être considéré comme un événement physiologique naturel
- Est encouragé et diffusée la connaissance des pratiques de l'AAD. (27)

✓ La charte de l'accouchement à domicile

L'ANSFL a également élaboré une charte de l'AAD, adoptée en assemblée générale en 2002 qui propose un référentiel de bonne pratique. Ce cadre minimum a pour but de donner les règles élémentaires de prudence qui doivent présider à toute naissance à domicile (25).

✓ Le plan de périnatalité 2005-2007

L'ancien Ministre de la santé et de la protection sociale, Mr Douste-Blazy avait mis en œuvre durant son mandat, un plan d'action visant à améliorer l'environnement de la grossesse et de l'accouchement. Ce plan de périnatalité comporte en outre des mesures pour améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en développant une offre

plus humaine et plus proche. Certaines de ces recommandations peuvent encourager l'accompagnement global de la naissance.

- Plus d'humanité...

« *Les futurs parents expriment un réel besoin d'écoute et d'information que les professionnels de la naissance doivent être en mesure de leur apporter* ». Pour cela, a été mis en place l'entretien précoce individuel du 4^e mois qui correspond à la première des séances de préparation à la naissance et est coté comme tel.

- Plus de proximité...

« *La demande des parents s'exprime à la fois en terme de qualité, de sécurité et de proximité des soins. Il est alors indispensable d'organiser un suivi pré et post-natal proche du domicile des parents tout en veillant à la complémentarité et à la coordination entre les différents acteurs quelque soit leur lieu d'exercice, dans le cadre de réseau de périnatalité* ». L'accompagnement global à la naissance permet cette proximité de soin. La sage-femme libérale se déplace souvent à domicile pour assurer le suivi de grossesse, surtout dans le post-partum immédiat ou le retour précoce à domicile. Elle veille à la cette complémentarité entre les différents acteurs s'inscrivant dans le réseau, comme la PMI. (28)



Deuxième partie :
A la rencontre des
Sages-femmes libérales de France

1. DEMARCHE DE RECHERCHE

1.1.Problématique, objectifs et hypothèses

Aujourd'hui en France, moins d'une centaine de sages-femmes proposent un accompagnement global de la maternité. Quelles sont les modalités de leur exercice ?

D'autre part, pourquoi si peu de sages-femmes, en France, proposent un accompagnement global alors même que cette activité leur permet d'exploiter toutes leurs compétences.

Les objectifs de mon étude étaient de proposer un état des lieux de la pratique de l'accompagnement global en 2008 en France et d'identifier quels étaient les freins ou les réticences des sages-femmes libérales à l'exercice de l'accompagnement global.

Hypothèses :

- Les patientes ne sollicitent pas assez les sages-femmes libérales pour ce type de suivi
- Les hôpitaux n'ouvrent pas de plateaux techniques aux sages-femmes libérales
- La charge de travail et la disponibilité que cette activité demande sont trop importantes
- L'activité ne serait pas assez rémunératrice.

1.2.Méthodologie de l'étude

1.2.1. Période

L'enquête s'est déroulée dans toute la France. Elle a débutée le 15 juillet 2008 et s'est terminée le 31 octobre 2008.

1.2.2. Population

Pour vérifier mes hypothèses, j'ai réalisé une enquête, auprès des sages-femmes qui pratiquent l'accompagnement global et auprès de sages-femmes libérales qui ne proposent pas d'accompagnement global.

Concernant les sages-femmes libérales ne proposant pas l'accompagnement global, j'ai obtenu une liste de sages-femmes de France ayant une adresse internet.

58 sages-femmes ont été contactées par e-mail.

Concernant les sages-femmes libérales qui proposent un accompagnement global, il n'existe pas d'annuaire recensant ces sages-femmes. Une partie du travail fut de recenser et d'identifier ces professionnelles. J'ai ainsi croisé une liste de sages-femmes disponible sur le site de l'ANSFL avec une autre disponible sur le site www.perinatalite.info que j'ai complétées au fur et à mesure de mes recherches.

Afin de vérifier l'exactitude des ces informations, j'ai contacté personnellement 88 sages-femmes proposant l'accompagnement global.

De cette façon, deux populations d'effectifs proches ont été interrogées.

1.2.3. Outil de l'enquête

Pour cette enquête, j'ai réalisé deux questionnaires :

- Un premier questionnaire aux sages-femmes libérales pratiquant un accompagnement global de la maternité qui avait pour but de pouvoir cibler la population de sages-femmes ayant ce type d'activité, de comprendre leur position face à ce rôle, de savoir combien de plateaux techniques sont ouverts aux sages-femmes, d'évaluer leur satisfaction par rapport à leur rémunération.
- Un deuxième questionnaire à des sages-femmes libérales qui ne proposent pas d'accompagnement global dans le but de cibler les freins face à ce suivi.

Par la suite, 47 questionnaires munis d'une enveloppe timbrée et 40 mails ont été envoyés. Une sage-femme n'a pas souhaité répondre au questionnaire.

58 questionnaires ont été envoyés aux sages-femmes libérales ne proposant pas d'accompagnement global. 11 questionnaires ont également été distribués par hétéro passation.

L'exploitation des résultats a été réalisée grâce au logiciel Microsoft EXCEL 2003®.

1.2.4. Limite de l'étude

Il existe un biais dans l'étude du fait de la difficulté d'obtenir les adresses de toutes les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global en France et certaines n'ont probablement pas été interrogées. On parle d'une centaine de sages-femmes en France, 88 semble proche de la réalité.

La question 21 du premier questionnaire, relative aux indemnités kilométriques, a été supprimée car certaines réponses demeuraient incertaines ou quelquefois sans réponses. Cette incompréhension peut provenir d'une imprécision dans la formulation.

2. RESULTATS OBTENUS

2.1 *Les sages-femmes libérales proposant l'accompagnement global, qui sont-elles, que font-elles ?*

Sur les 87 questionnaires envoyés, 50 me sont revenus soit 57,4% de réponses.

Parmi ces 87 questionnaires, 3 ont été envoyés à des hommes, un seul a répondu

2.1.1. *Profil et activité*

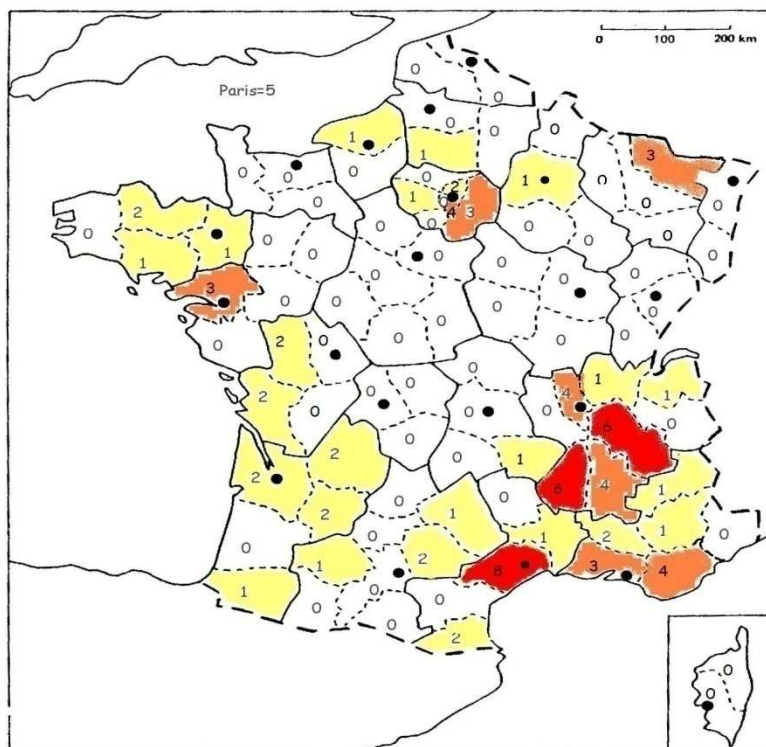
→ Actualité de la pratique

Parmi les 50 sages-femmes ayant répondu, 47 pratiquent encore actuellement l'accompagnement global soit 94%. Concernant les 3 sages-femmes ayant arrêté leur pratique, les raisons évoquées sont les suivantes :

Motifs	Collaboration difficile avec les collègues et les gynécologues	Absence d'assurance professionnelle	Contrainte familiale	Trop de disponibilité demandée
Fréquence	3	1	1	2

1 sage-femme qui pratiquait l'accouchement à domicile aurait éprouvé le besoin d'avoir accès à un plateau technique.

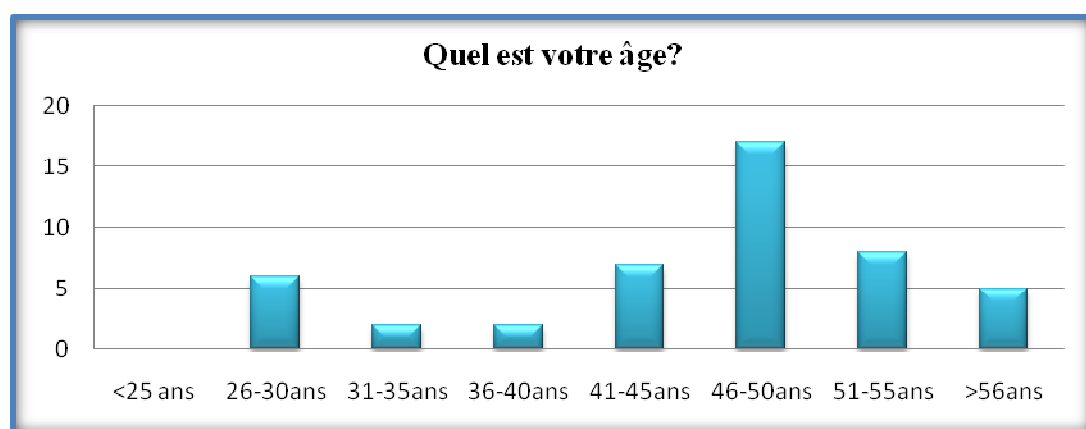
→ **Répartition géographique des sages-femmes libérales proposant un accompagnement global.**



2 sages-femmes proposent l'accompagnement global en Guadeloupe et 2 en Martinique, 1 sage-femme le propose en Nouvelle-Calédonie.

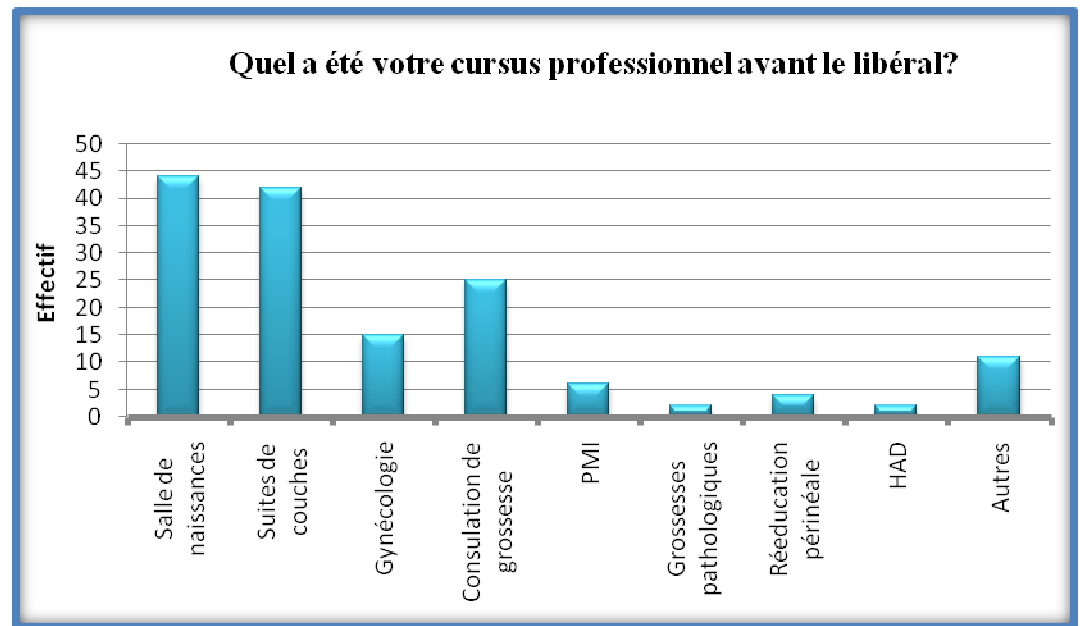
8 régions n'ont aucune sage-femme proposant un accompagnement global.

→ **Répartition des âges**



Plus de la moitié des sages-femmes interrogées ont plus de 46 ans.

→ **Cursus professionnel**



43 sages-femmes sur 47 ont travaillé en salle de naissances.

3 sages-femmes ont commencé à pratiquer l'accompagnement global dès l'obtention de leur diplôme d'Etat.

Dans la catégorie « Autres » on retrouve :

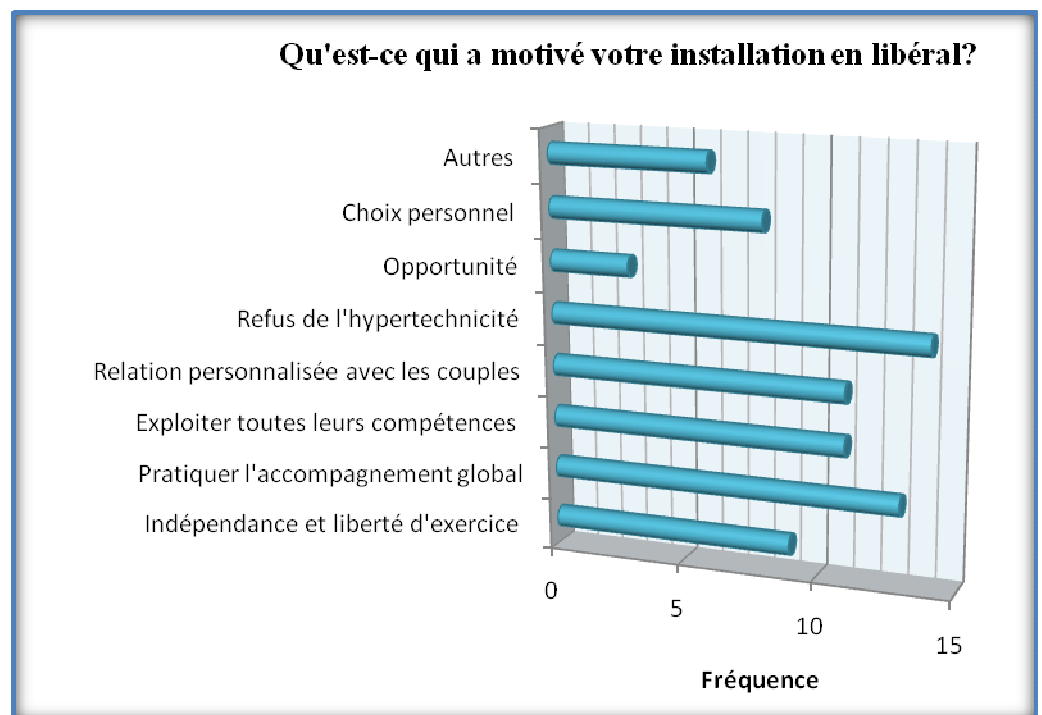
- ✓ Une sage-femme ayant travaillé en pouponnière
- ✓ Une sage-femme ayant travaillé en Aide Médicale à la Procréation (A.M.P)
- ✓ Une sage-femme ayant travaillé en néonatalogie
- ✓ Trois sages-femmes ayant travaillé au bloc opératoire
- ✓ Deux sages-femmes ayant travaillé dans un centre d'orthogénie

→ **Ancienneté au moment de l'installation en libéral**

Ancienneté	<5ans	5-9ans	10-14ans	15-19ans	20-24ans	>25ans
Fréquence	15	11	10	8	2	1

Un tiers des sages-femmes interrogées avait moins de 5 ans d'ancienneté au moment de leur installation en libéral. La majorité des sages-femmes se sont installées moins de 15 ans après leur diplôme d'Etat.

→ **Motif d'installation en libéral**



La catégorie « Autres » comprend :

- ✓ 4 sages-femmes ont évoqué une absence de poste en structure hospitalière
- ✓ 2 sages-femmes souhaitant passer plus de temps avec leur famille

→ **Association avec d'autres sages-femmes**

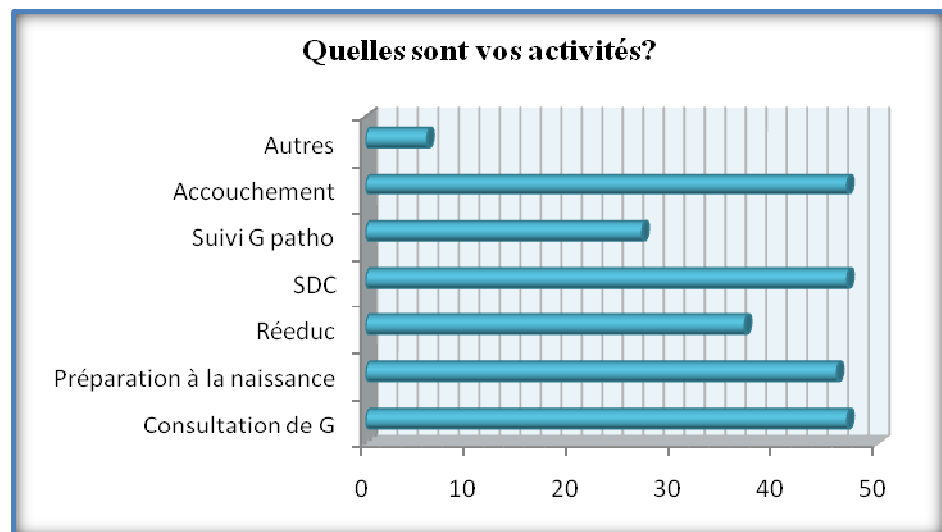
22 sages-femmes sur 47 sont associées

Les raisons les plus citées quant à ce choix sont :

- partager la charge de travail
- avoir du temps pour sa famille
- se sentir épaulée dans les situations difficiles.

Sur les 25 autres sages-femmes, 5 sont à la recherche d'une associée.

→ **Activités proposées**

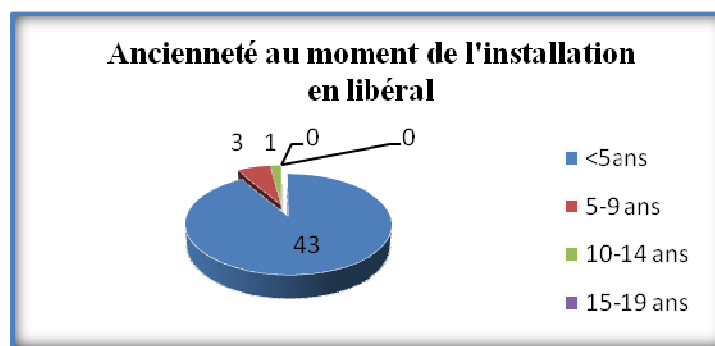


Parmi les autres activités proposées, on retrouve à chaque fois une sage-femme :

- ✓ Proposant des consultations pré-conceptionnelles
- ✓ Faisant un suivi des allaitements jusqu'à la première année
- ✓ Réalisant les échographies du 1^{er} et du 3^e trimestre
- ✓ Proposant un massage des mamans et des bébés
- ✓ Proposant de la sophrologie
- ✓ Réalisant des consultations gynécologiques.

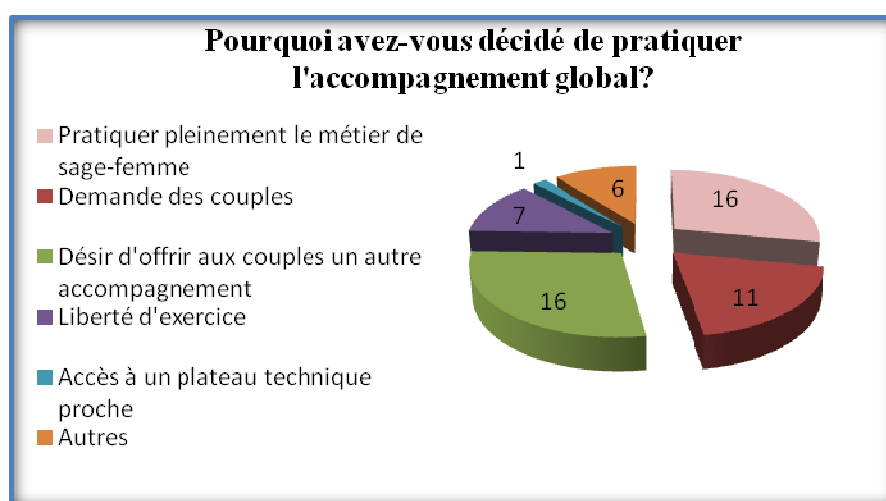
2.1.2. L'Accompagnement global

→ Délai entre l'installation en libéral et la pratique de l'accompagnement global



Plus des trois quarts des sages-femmes ont commencé à pratiquer l'accompagnement global moins de 5 ans après leur installation en libéral.

→ Motivation à pratiquer l'accompagnement global

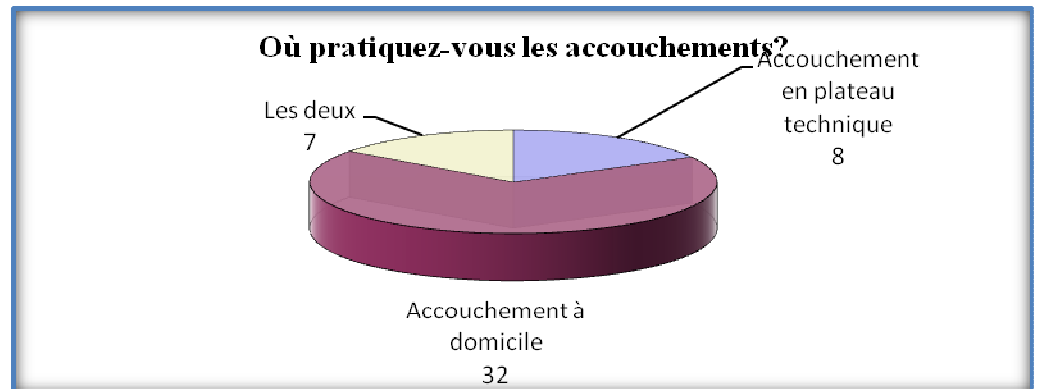


Comme autres raisons, on retrouve :

- ✓ Un propre accouchement mal vécu
- ✓ Faire des accouchements à domicile
- ✓ La reprise d'un cabinet qui proposait l'accompagnement global
- ✓ La seule alternative possible devant la surmédicalisation et l'absence d'alternative comme les maisons de naissances.
- ✓ Un épanouissement personnel

→ **Pratique actuelle**

✓ **Lieu d'accouchement**



✓ **Nombre d'accouchements par an**

En moyenne, les sages-femmes pratiquant les accouchements en plateau technique font 55 accouchements par an.

Les sages-femmes pratiquant les AAD font en moyenne 25 accouchements par an.

Les sages-femmes qui ont accès à un plateau technique et qui font des AAD font en moyenne 40 accouchements par an.

✓ **Refus de prise en charge**

- Concernant les AAD : 29 sages-femmes sur 31 ont déjà refusé des patientes

Les raisons de ce refus sont :

- Risque au niveau obstétrical
- Distance trop importante entre le lieu d'exercice de la sage-femme et le lieu d'accouchement
- Le manque de confiance entre la sage-femme et le couple
- Demandes trop nombreuses

- o Concernant les accouchements en plateau technique : 7 sages-femmes sur 8 ont déjà refusé des patientes pour :
 - Pathologie obstétricale
 - Demandes trop nombreuses
- o Concernant les AAD et en plateau technique : 7 sages-femmes sur 8 ont déjà refusé des patientes pour :
 - Pathologie obstétricale
 - Manque de disponibilité
 - Manque de confiance entre la sage-femme et le couple

✓ **Dépassement d'honoraire**

27 sages-femmes libérales sur 41 pratiquent un dépassement d'honoraires

Elles le font en ce qui concerne le tarif de l'accouchement et le tarif des consultations.

Le dépassement est très variable, en moyenne 10 euros pour les consultations de grossesse et allant de 60 à 600 euros pour l'accouchement.

2.1.3. *L'accès aux plateaux techniques*

→ **Nombre de plateaux techniques ouverts aux sages-femmes**

20 sages-femmes sur 47 ont accès à au moins un plateau technique :

- ✓ 16 sages-femmes ont accès à un plateau technique
- ✓ Une sage-femme a accès à deux plateaux techniques
- ✓ 2 sages-femmes ont accès à trois plateaux techniques
- ✓ Une sage-femme a accès à quatre plateaux techniques

Une sage-femme est en négociation avec un établissement.

D'autre part : 12 plateaux techniques sont des établissements publics et 9 plateaux techniques sont des établissements privés.

- 14 sont de niveau I
- 6 sont de niveau II
- 1 est de niveau III

→ **Répartition géographique**

Région	Effectif des sages-femmes pratiquant les accouchements	Plateaux techniques ouverts aux sages-femmes
Alsace	0	0
Aquitaine	7	3
Auvergne	1	0
Bourgogne	0	0
Bretagne	3	0
Centre	0	0
Champagne Ardennes	1	1
Corse	0	0
Franche-Comté	0	0
Ile de France	14	5
Languedoc-Roussillon	10	1
Limousin	0	0
Lorraine	3	1
Midi-Pyrénées	5	1
Basse Normandie	0	0
Haute Normandie	1	0
Pas de Calais	0	0
Pays de la Loire	3	0
Picardie	1	1
Poitou-Charentes	3	0
Provence Côte d'Azur	9	2
Rhône Alpes	17	6
Guadeloupe	1	0
Martinique	2	0
Nouvelle Calédonie	1	0
<u>Total</u>	82	21

21 plateaux techniques sont ouverts pour 82 sages-femmes libérales pratiquant les accouchements.

13 régions sur les 22 n'ont pas de plateau technique. Il n'y en a également pas dans les DOM TOM

→ **Date d'accès**

Toutes les sages-femmes ont eu accès au plateau technique après la loi de 1991 portant sur la réforme hospitalière.

→ **Difficultés rencontrées pour débiter l'activité en plateau technique**

7 sages-femmes sur 16 ont rencontré des difficultés, elles citent :

- « *Difficulté à s'intégrer dans l'équipe de l'établissement* »
- « *Différents entre sages-femmes libérales et médecins concernant les accouchements non dirigés* », « *la politique de l'accouchement physiologique sans intervention extérieure est difficile à envisager pour certains médecins même si la patiente ne présente aucun risque obstétrical* »
- « *Difficulté à convaincre et à justifier sa pratique* »

→ **Effectif des sages-femmes souhaitant avoir accès à un plateau technique**

29 sages-femmes n'ont pas accès à un plateau technique (2/3 des effectifs) :

- 15 d'entre elles en éprouvent le besoin
- 14 n'en éprouvent pas le besoin ; 5 d'entre elles pratiquent moins de 15 accouchements par an.
- 5 ont déjà eu accès à un plateau technique, toutes ont cessé d'y avoir accès car le plateau technique leur a été fermé, soit parce que l'établissement a fermé soit parce que le médecin référent ne souhaitait plus cette activité.

→ **Les conditions d'exercice en plateau technique**

Parmi les 20 sages-femmes ayant un accès à au moins un plateau technique, 15 y pratiquent les accouchements.

✓ **Convention d'accès**

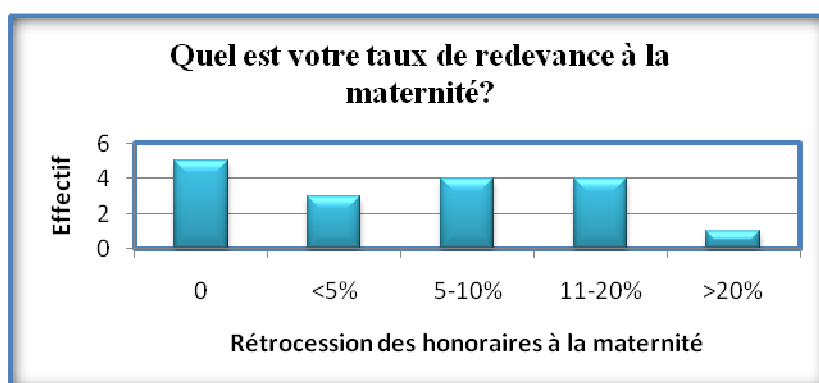
Les 15 sages-femmes ayant un accès à un plateau technique se répartissent comme suit :

- 6 n'ont aucun contrat
- 9 ont une convention d'accès avec un établissement : 5 ont une convention avec un établissement privé, 3 ont une convention avec un établissement public, une sage-femme à une convention avec un établissement public et un établissement privé.

✓ **Rétrocession des honoraires**

Parmi les 7 sages-femmes qui ont accès à un plateau public, 4 sages-femmes reversent 10 ou 20% de leurs honoraires conventionnels, une reverse 30% et 2 sages-femmes ne reversent aucune partie de leurs honoraires.

Parmi les 9 sages-femmes qui ont accès à un plateau privé, 2 sages-femmes reversent 2% de leurs honoraires, 4 sages-femmes reversent entre 10 et 12% de leurs honoraires et 2 ne reversent rien.



2.1.4. *Satisfaction et propositions*

→ Satisfaction concernant les revenus

43 sages-femmes sur 47 déclarent ne pas être satisfaites de leurs revenus.

→ Avantages et inconvénients de l'accompagnement global selon les sages-femmes libérales

Avantages	Fréquence
Offrir un suivi personnalisé	17
Autonomie dans le travail	15
Relation forte avec les couples	14
Approche complète du métier de SF	13
Respect de la physiologie	11
Intérêt de la confiance entre couple et SF dans la prise en charge de l'accouchement	8

Inconvénients	Fréquence
Grande disponibilité exigée	24
Activité peu rémunérée	21
Activité peu reconnue par le corps médical	20
Absence d'assurance pour les AAD	7
Risque juridique	4

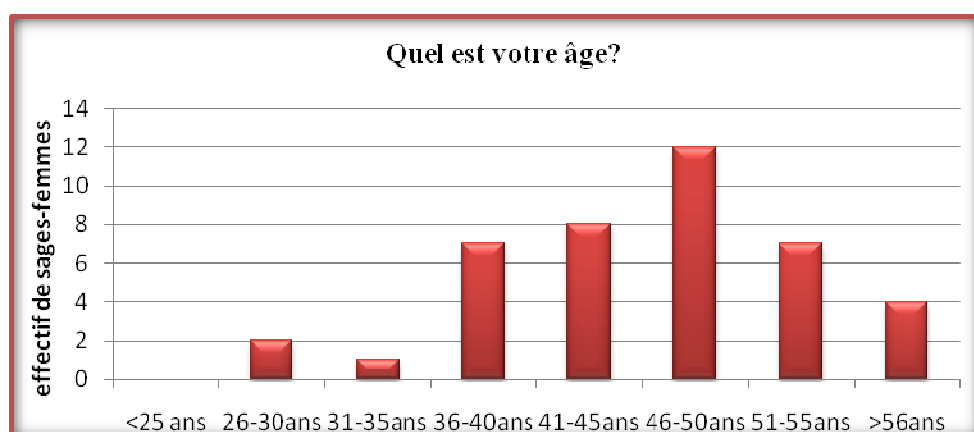
2.2. Les autres sages-femmes libérales, qu'en pensent-elles ?

69 questionnaires ont été envoyés et 41 me sont revenus.

Sur les 69 questionnaires 3 ont été envoyés à des hommes, aucun d'eux ne m'a répondu.

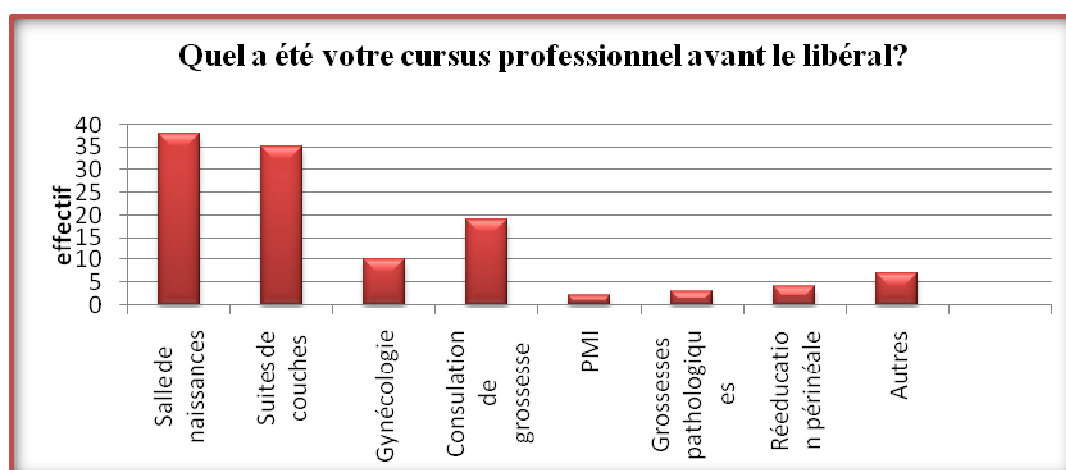
2.2.1. Profil et activité libérale

→ Répartition des âges



La moyenne d'âge est de 45,8 ans.

→ Cursus professionnel



38 SF sur 41 ont travaillé en salle de naissance avant l'installation en libéral.

Dans la catégorie « Autres » on retrouve :

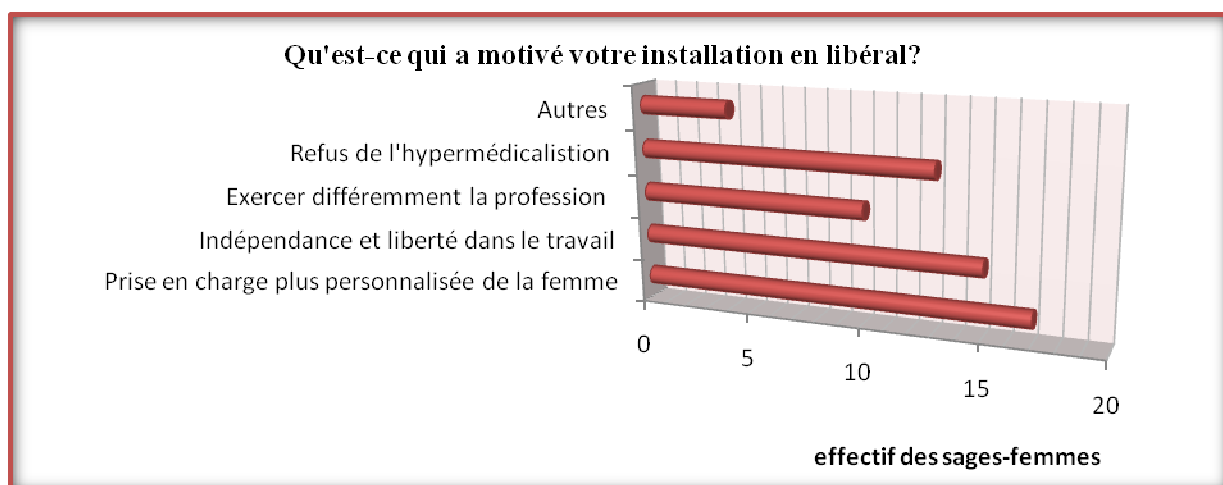
- ✓ Une sage-femme ayant fait de l'échographie
- ✓ Une sage-femme ayant participé à des missions humanitaires en Afrique
- ✓ Une sage-femme ayant travaillé au bloc opératoire
- ✓ Deux sages-femmes ayant travaillé au planning familial
- ✓ Deux sages-femmes ayant travaillé en AMP

→ **Ancienneté au moment de l'installation en libéral**

Ancienneté	<5ans	5-9ans	10-14ans	15-19ans	20-24ans	>25ans
Fréquence	5	7	7	12	7	3

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées avait au moins 15 ans d'ancienneté au moment de leur installation en libéral. La majorité des sages-femmes se sont installées plus de 15 ans après leur diplôme d'Etat.

→ **Motif d'installation en libéral**



Plus du tiers des sages-femmes interrogées s'est installé en libérale afin de pouvoir proposer une prise en charge plus personnalisée aux femmes.

Dans la catégorie « Autres » on retrouve :

- Une opportunité de reprise d'un cabinet libéral,

- Le souhait de ne plus travailler les nuits et les week-ends.

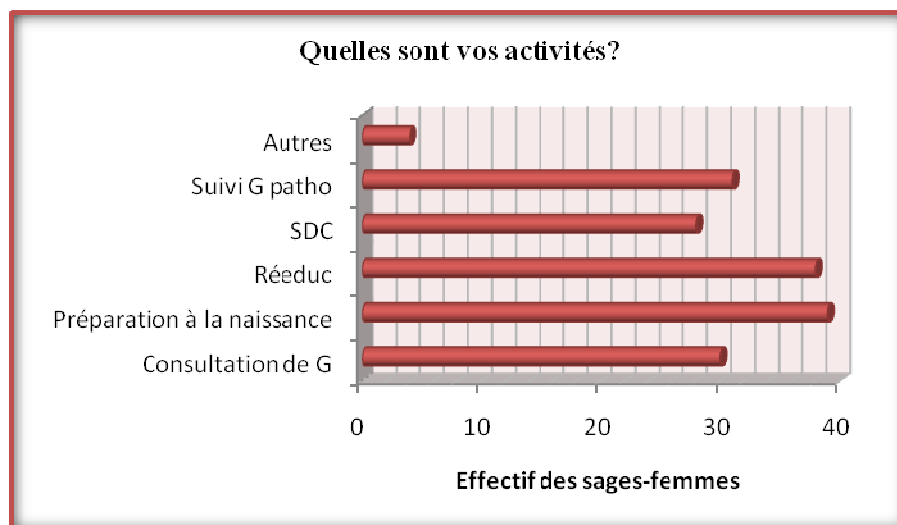
→ **Association avec d'autres sages-femmes**

22 sages-femmes sur 41 sont associées. Les raisons de cette association sont :

- De partager l'activité,
- D'assurer la continuité des soins,
- D'échanger sur les pratiques.
- De ne pas se sentir isolées.
- De partager les frais d'exercices.

Une sage-femme est associée avec une sage-femme échographiste afin d'avoir des activités complémentaires.

→ **Activités proposées**



- ✓ Une sage-femme propose de l'haptonomie
- ✓ Une sage-femme propose un suivi du nourrisson
- ✓ Une sage-femme propose des consultations d'allaitement
- ✓ Une sage-femme propose de la préparation en piscine

2.2.2. Leur position par rapport à l'accompagnement global

→ Désir de pratiquer l'accompagnement global

20 sages-femmes ont déjà envisagé de pratiquer l'accompagnement global.

- ✓ Les 20 SF, qui l'ont envisagé, ne le proposent pas pour les raisons suivantes :

Raisons	Absence d'assurance	Absence de plateau technique	Trop de disponibilité demandée	Responsabilité trop importante	Rentabilité du cabinet difficile	Activité peu rémunérée
Fréquence	5	8	14	6	1	3

Une sage-femme envisage dans l'avenir de pratiquer de l'accompagnement global.

- ✓ Les 21 sages-femmes qui n'ont jamais envisagé de pratiquer l'accompagnement global évoquent les raisons suivantes :

Raisons	Absence d'assurance	Absence de plateau technique	Trop de disponibilité exigée	Responsabilité juridiques	Préfère privilégier la vie familiale
Fréquence	2	5	11	4	7

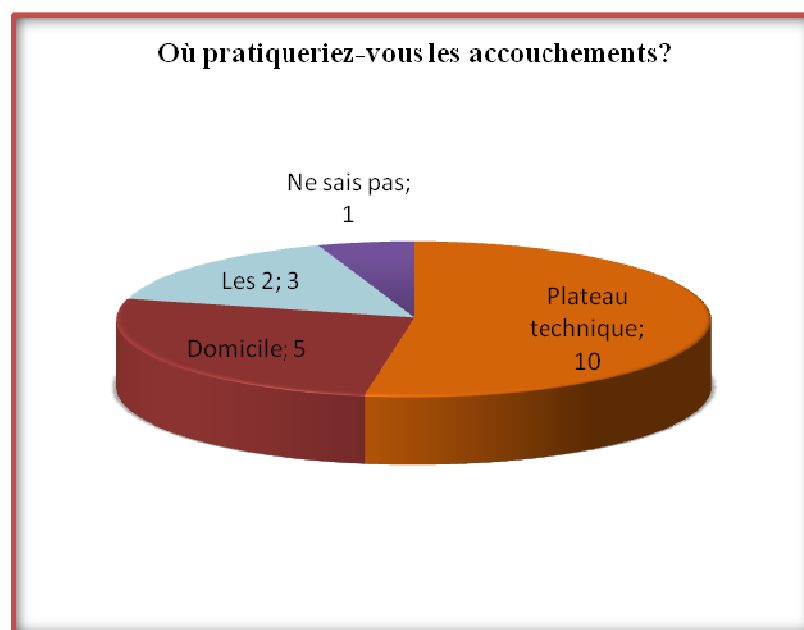
Parmi les autres raisons évoquées on retrouve la difficulté d'organisation par rapport au cabinet, le manque d'assurance personnelle, la difficulté avec les collègues sages-femmes hospitalières ou médecins

→ **Sollicitation de la part des patientes**

Toutes les sages-femmes libérales interrogées disent avoir eu des demandes de la part des patientes pour un accompagnement global.

2.2.3. Dans l'avenir

- ✓ 19 sages-femmes pourraient envisager de pratiquer l'accompagnement global. Parmi elles, plus de la moitié pourrait envisager de travailler avec un plateau technique.
- 12 sages-femmes voudraient travailler en association avec une autre sage-femme.



- ✓ 22 sages-femmes ne pourraient l'envisager. Malgré tout, si elles devaient pratiquer des accouchements, 16 sages-femmes le feraient sur plateau technique et 3 le feraient sur plateau technique et à domicile. Une sage-femme a évoquée la possibilité de le pratiquer l'accompagnement global si des maisons de naissance étaient ouvertes.

→ **Raisons incitatives pour pratiquer l'accompagnement global**

Raisons	Diminution du prix des assurances	Accès à un plateau technique	Meilleure rémunération de l'activité	Meilleure collaboration avec les collègues hospitaliers	Aucune	Autres
Fréquence	15	23	11	10	9	2

Parmi les raisons qui pourraient inciter les sages-femmes libérales à pratiquer l'accompagnement global, les trois quarts évoquent l'accès à un plateau technique.

D'autres réponses ont été proposées :

- la création de maisons de naissances
- La nécessité d'une association avec une autre sage-femme.



Troisième partie : Analyse *Et discussion*

1. ETAT DES LIEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ET ANALYSE DES FREINS A L'AGARD DE CETTE PRATIQUE

Le but de ce mémoire était de faire le point sur l'accompagnement global aujourd'hui en France ainsi que de cibler pourquoi si peu de sages-femmes proposent cette activité.

1.1. Le profil des sages-femmes interrogées

Globalement, la moyenne d'âge des sages-femmes interrogées dans les deux populations se situe aux alentours de 46 ans ce qui correspond aux données nationales puisque en 2007, l'âge moyen des sages-femmes était de 42,2 ans (29), l'âge moyen des SFL était de 43 ans. Les populations interrogées reflètent la population des sages-femmes françaises.

Les deux populations ont pratiquement le même cursus professionnel. Dans les deux cas, plus de 92% des sages-femmes ont travaillé en salle de naissances et en suites de couches avant de s'installer en libéral.

Mon objectif de comparer deux populations équivalente est donc atteint.

1.1.1. Ancienneté au moment de l'installation en libéral

Alors que les deux populations sont proches en ce qui concerne l'âge, elles sont cependant différentes en ce qui concerne leur ancienneté au moment de l'installation en libéral.

Les 3/4 des sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global ont moins de 15 ans d'ancienneté au moment de leur installation alors que c'est l'inverse dans la population générale des sages-femmes libérales.

Les sages-femmes libérales proposant l'accompagnement global se sont installées plus tôt en cabinet libéral que les autres sages-femmes libérales. Peut-on

ainsi penser que l'activité libérale serait comme une deuxième carrière pour les autres sages-femmes ne pratiquant pas l'accompagnement global alors que celles qui le pratiquent auraient juste acquis quelques années d'expérience en milieu hospitalier avant de s'installer dans le but de pratiquer l'accompagnement global?.

1.1.2. Le motif d'installation en libéral

Les motifs d'installation ne sont cependant pas si différents.

- ✓ Chez les sages-femmes proposant l'accompagnement global, on retrouve comme motifs principalement évoqués le refus de l'hyper technicité, le désir de pratiquer l'accompagnement global, le fait de pouvoir exploiter toutes les compétences de la sage-femme et l'envie d'avoir une relation plus personnalisée avec les couples.
- ✓ Chez les sages-femmes ne proposant pas l'accompagnement global, on retrouve aussi un désir de proposer une prise en charge plus personnalisée des couples, une indépendance et liberté dans le travail ainsi que le refus de l'hyper médicalisation.

1.1.3. Le désir de pratiquer l'accompagnement global chez les autres sages-femmes libérales

20 sages-femmes ne proposant pas l'accompagnement global disent avoir déjà envisagé cette pratique. 19 sages-femmes pourraient envisager de le pratiquer si les plateaux techniques étaient plus accessibles et si le prix des assurances diminuait. Pour l'une d'elle, « *l'accompagnement global paraît être la meilleure manière d'être à l'écoute des femmes, des couples pour leur permettre de mettre leur enfant au monde dans le respect de physiologie tout en sécurité et en sérénité.* »

1.2.La pratique de l'accompagnement global

1.2.1. Répartition géographique des sages-femmes libérales proposant l'accompagnement global

Toutes les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global n'ont pas été recensées parce qu'il n'existe pas de liste exhaustive recensant ces sages-femmes. On pourrait ainsi se demander pourquoi il est impossible de trouver ces listes de sages-femmes, ou alors pourquoi certaines ne souhaitent pas se faire connaître ?

En extrapolant, on peut supposer que 90 à 100 sages-femmes libérales pratiquent actuellement l'accompagnement global en France soit 3,2 à 3,6% des sages-femmes libérales. Ces sages-femmes sont réparties inégalement sur le territoire français : huit régions telles que la Corse, l'Alsace, le Centre, la Normandie, le Limousin, le Nord Pas-de-Calais, la Bourgogne et la Franche Comté n'ont aucune sage-femme libérale proposant l'accompagnement global. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en dehors de l'Alsace et du Nord Pas-de-Calais, ces régions possèdent une densité de population faible, inférieure à 99 hab. /km². Ils sont à proximité de la diagonale du vide.

Par ailleurs, les régions possédant le plus de sages-femmes libérales proposant l'accompagnement global comme la région Rhône-Alpes, PACA, la Bretagne ou l'Île de France sont des régions très urbanisées avec une densité de population supérieure à 100 hab. /km². La répartition des sages-femmes libérales proposant l'accompagnement global suit la répartition géographique de la population française. Les couples habitants les régions peu urbanisées n'ont donc pas d'autre choix que de donner naissance à leur enfant dans un milieu hospitalier ! Ceci va à l'encontre des droits du patient à choisir librement son praticien et son établissement de santé (art L-1110-8 du CSP)

Le risque est que certaines femmes choisissent d'accoucher seules à domicile...

1.2.2. Le lieu d'accouchement : la surprise de l'étude

Ce qui est surprenant dans cette enquête, est le fait que 32 sages-femmes interrogées pratiquent des AAD contre 15 en plateau technique. Parmi les 15, 8 pratiquent l'AAD et en plateau technique.

C'est un résultat que je n'attendais pas. Je pensais que par rapport à la polémique de l'AAD, je recenserais plus de sages-femmes pratiquant des accouchements en

plateau technique. Ceci laisse à réfléchir puisque compte tenu des problèmes d'assurance qui ne couvrent pas les risques liés aux AAD, et compte tenu des risques juridiques, la part des AAD reste la tendance majeure. Les sages-femmes libérales qui font des AAD le soulignent très bien en disant que : « *l'ADD qui est un acte physiologique tend à émerger de nouveau mais c'est encore trop de batailles contre les institutions pour faire respecter ses droits et vivre ses expériences propres* »

Il faut bien faire attention à distinguer l'AAD et l'accouchement en plateau technique car les enjeux ne sont pas les mêmes pour la sage-femme libérale. Sur plateau technique, l'activité est acceptée dans le système de santé, dans le réseau de périnatalité, à domicile, les sages-femmes libérales sont vues comme marginales, elles se mettent en danger professionnellement. Ces résultats traduisent peut-être le fait que les sages-femmes libérales qui n'ont pas accès à un plateau technique préfèrent prendre ce risque de faire des AAD mais de pratiquer pleinement leur métier, plutôt que de travailler en milieu hospitalier. Dans notre étude 17 sages-femmes sur 27 éprouvent le besoin d'avoir accès à un plateau technique.

Si plus de plateaux techniques étaient ouverts, la tendance s'inverserait-elle ?

1.2.3. L'accès aux PT

D'après nos résultats, 20 sages-femmes pratiquant l'accompagnement global sur 47 ont accès à un plateau technique. Au total, dans notre enquête, nous avons recensés 21 plateaux techniques ouverts aux sages-femmes libérales en France alors qu'il existe environ 630 maternités en France. De plus, nous pouvons noter que certaines régions de France ne comptent aucun plateau technique d'ouvert. C'est le cas pour tout le centre de la France (Centre, Bourgogne, Auvergne, Limousin), l'Ouest aussi avec la Bretagne, la Normandie, le Poitou-Charentes et dans le Nord. Il n'y a pas n'ont plus de plateau technique ouvert dans les DOM TOM.

Par ailleurs, on dénombre le plus de plateaux techniques dans les régions de forte urbanisation comme la région Ile de France, le Sud. Ceci peut se comparer avec la répartition des sages-femmes libérales : en effet 38 sages-femmes libérales sur 82 soit 46%, exercent dans les quatre régions du Sud de la France. 14 soit 17% de l'effectif total exercent dans la région d'Ile de France.

L'ouverture des plateaux techniques est plus importante dans les grandes villes de France. Il semble que la faible urbanisation de certaines régions de France soit à

l'origine de la non-ouverture de plateau technique. De plus, peu de sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global exercent dans ces régions.

Cela semble confirmer notre hypothèse de départ qui stipulait qu'il n'y aurait pas assez de plateaux techniques ouverts aux sages-femmes libérales.

Parmi les 20 sages-femmes qui avaient envisagé de pratiquer l'accompagnement global, 8 soulignent qu'il n'y a pas de plateau technique ouvert dans leur région et que ceci est une des raisons qui font qu'elles ne proposent pas l'accompagnement global.

Par ailleurs, parmi les sages-femmes libérales qui n'ont jamais envisagé de pratiquer l'accompagnement global, 5 évoquent l'absence de plateau technique comme frein à cette pratique.

On retrouve également cette notion dans les raisons qui pourraient inciter les sages-femmes libérales à pratiquer l'accompagnement global, parmi elles, 23 pourraient changer d'avis si des plateaux techniques étaient ouverts dans leur région.

En analysant ces résultats, il en ressort que les sages-femmes libérales sont en demande d'ouverture de plateaux techniques. En effet, la pratique de l'accompagnement global pourrait se répandre davantage si les hôpitaux ouvraient leurs portes aux sages-femmes libérales.

1.3. Les freins par rapport à la pratique de l'accompagnement global

1.3.1. La sollicitation de la part des couples

D'après les résultats de notre enquête, 100% des sages-femmes libérales ont été sollicitées par des couples pour un suivi global. C'est donc une activité connue de la part des femmes et cela remporte un franc succès. Partout sur les forums Internet destinés aux femmes enceintes on y retrouve le thème de l'accompagnement global et les femmes s'échangent leur vécu ainsi que des adresses de sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global. Internet est un bon vecteur d'information. Ceci infirme notre hypothèse qui était que la demande de la part des femmes ne serait pas assez forte. De plus, notre enquête révèle également le fait que des sages-femmes libérales proposant l'accompagnement global ont été amenées à refuser des patientes

entre autre à cause du nombre important de demandes. Cependant, c'est cet accompagnement global qui est réclamé par les femmes.

1.3.2. La rentabilité et le coût des assurances professionnelles

43 sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global sur 47 déclarent ne pas être satisfaites de leurs revenus. On peut donc, d'après ces résultats étonnants, dire que la rentabilité de cette pratique est faible. D'ailleurs cette raison est évoquée comme point faible de la pratique pour 21 sages-femmes.

Néanmoins, ce point n'a pas été évoqué chez les sages-femmes qui ont cessé de pratiquer l'accompagnement global.

Cette faible rentabilité explique le fait que de plus en plus de sages-femmes libérales pratiquent un dépassement d'honoraires.

Il est aussi à noter que la Sécurité sociale a fixé le remboursement d'un accouchement à 312,70. Ce forfait comprend le travail, l'accouchement et les suites de couches à domicile alors que le prix d'un accouchement et des suites de couche dans une maternité est estimé à environ 2000 euros.

11 sages-femmes libérales qui ne pratiquent pas les accouchements pourraient s'investir si l'activité était mieux rémunérée.

Parallèlement à la faible rémunération de l'exercice, c'est également une activité qui demande beaucoup de disponibilité

L'important investissement en temps et en énergie, pourrait expliquer l'insatisfaction des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global par rapport à leurs revenus. En effet, la sage-femme est d'astreinte permanente, d'ailleurs 24 sages-femmes libérales sur 47 pensent que ceci est un point négatif et 25 sages-femmes sur 41 qui ne pratiquent pas l'accompagnement global évoquent cet item comme raison à ne pas le pratiquer. Pourquoi travailler plus et gagner moins ?

L'astreinte permanente est une raison majeure qui dissuade plusieurs sages-femmes libérales de pratiquer l'accompagnement global.

Parmi les sages-femmes libérales qui ne pratiquent plus l'accompagnement global, une a cessé cette activité à cause des difficultés liées aux assurances.

7 sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global citent l'absence d'assurance comme un point faible de l'accompagnement global.

7 sages-femmes libérales qui ne pratiquent pas l'accompagnement global sur 41 pensent que l'absence d'assurance est un frein à cette pratique.

Les assurances jugent qu'un accouchement à domicile est peu sûr et que les risques encourus par la femme et l'enfant sont trop importants. Bien que les sages-femmes qui font les AAD prennent toutes les dispositions nécessaires pour assurer la sécurité de leur patientes (patientes qui n'ont pas de risque obstétrical, matériel d'urgence à dispositions, travail en réseau), cet effort n'est pas pris en compte.

En ce qui concerne les assurances pour les accouchements en plateau technique, il faut compter environ 3000 euros par an contre environ 200 euros pour une activité libérale sans accouchements. Ceci ne serait-il pas dans le but de dissuader les sages-femmes libérales à cette pratique ?

Il semblerait donc que ce problème d'assurance fasse partie des raisons dissuasives pour le démarrage de cette activité. 15 sages-femmes ne pratiquant pas les accouchements sur 41 pensent qu'il faudrait diminuer le prix des assurances et que ceci pourrait les inciter à « franchir le pas ».

Ce qui est surprenant dans cette enquête est le fait que dans nos deux populations, la crainte du risque juridique est moins importante que le fait de vouloir privilégier sa vie de famille.

1.3.3. La charge de travail

24 sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global sur 47 citant la disponibilité exigée comme inconvénient de cette pratique. On retrouve également cette réponse comme majoritaire dans les raisons qui font que les sages-femmes libérales, même si elles l'ont envisagé, ne pratiquent pas l'accompagnement global. Ainsi, notre hypothèse de départ est validée.

22 sages-femmes proposant l'accompagnement global sur 47 sont associées et 22 sages-femmes sur 41 qui ne pratiquent pas l'accompagnement global sont associées. Dans les deux cas, les raisons évoquées sont de partager la charge de travail et de pouvoir échanger sur les pratiques. En ce qui concerne l'accompagnement global, on se

rend compte aussi que 5 sages-femmes ne réussissent pas à trouver de collègue pour s'associer. Ceci pourrait nous laisser penser que l'exercice en association est une solution pour alléger les contraintes exigées par l'activité.

Ainsi en s'associant les sages-femmes libérales ne sont plus obligées d'assurer des astreintes 24h sur 24 et sept jours sur sept. Elles peuvent par exemple être d'astreinte une semaine sur deux ce qui leur permet de profiter de leur vie de famille tout en pratiquant les accouchements.

1.3.4. L'accès aux plateaux techniques

23 sages-femmes libérales sur 41 citent l'accès facilité à un plateau technique comme raisons incitatives pour pratiquer l'accompagnement global. Ceci valide notre hypothèse de départ. Par ailleurs, ceci traduit une difficulté plus globale à s'intégrer dans le système de soins actuel.

Cette activité semble intéresser un certain nombre de sages-femmes libérales, mais celles-ci soulignent néanmoins plusieurs points faibles en disant « *qu'il manque un soutien officiel de la part de l'Etat, de la sécurité sociale, du corps médical, qui pourrait se traduire par une réorganisation de la formation, le compagnonnage, la collaboration enthousiaste des maternités, la revalorisation des actes...* ». Elles mettent également en avant le fait que « *Les sages-femmes qui proposent l'accompagnement global doivent dépenser beaucoup d'énergie, d'une part pour l'aspect physique que cela demande et aussi au niveau de la responsabilité exigée, mais surtout d'avoir à sans arrêt faire face à l'irrespect, la suspicion, et les entraves que leur oppose la majorité du monde médical.* »

2. COMMENT INCITER PLUS DE SAGES-FEMMES A PRATIQUER UN ACCOMPAGNEMENT GLOBAL ?

En 1972, les textes signés par Mme Dienesch, alors secrétaire d'Etat à l'action sociale, ont entraîné la fermeture des petites maternités dépourvues de bloc opératoire. A l'époque, l'évaluation du risque ne se faisait pas ou très peu. Les décrets de périnatalité de 1998 ont restructuré les maternités en différents niveaux. Ces différentes propositions ont contribué à l'amélioration des résultats périnataux. Par contre, la fermeture en masse des petites maternités a considérablement augmenté la charge de travail des grandes, sans augmentation de moyens, les transformant en « usines à bébés » avec toutes les conséquences délétères pour la prise en charge psycho sociale des futures mamans.

Il est temps de trouver des solutions à ce problème afin de pouvoir aider au maximum nos femmes.

2.1.En enseignant les modalités de l'accompagnement global dans les écoles de sage-femme...

Alors même que la formation des sages-femmes nous prépare à intervenir à tous les stades de la maternité, l'accompagnement global y est très peu évoqué. Alors qu'il existe des cours sur le statut des sages-femmes hospitalières, libérales ou territoriales, peu ou pas de sages-femmes qui pratiquent l'accompagnement global viennent témoigner de leur expérience avec les étudiants. Or, pour qu'une pratique puisse se développer, encore faut-il que celle-ci soit connue par les futurs professionnels susceptibles d'y être impliqués. Pourquoi cela ne pourrait-il pas faire naître des vocations ? C'est pendant la formation initiale que les étudiants sont amenés à connaître toutes les possibilités d'exercice de leur futur métier. La bonne connaissance du suivi global permettrait d'éviter les représentations erronées, de réduire les polémiques au sein de la profession et de réfuter les idées reçues.

2.2. En permettant une reconnaissance des sages-femmes par leur statut...

Le statut des sages-femmes va-t-il changer dans les années à venir ? C'est ce que souhaite en tout cas le C.N.O.S.F. Pourquoi ?

Il est indéniable que dans les années à venir, la France connaîtra une pénurie de gynécologues-obstétriciens. Les sages-femmes sont un corps médical, avec des compétences médicales diagnostiques et thérapeutiques limitées mais leur fonction, si elle a du mal à être reconnue sur le plan statutaire et au contraire évidente pour l'autorité judiciaire qui met de plus en plus en cause leur responsabilité. Profession médical, profession paramédicale ? Pour faire avancer les choses, il faut que les sages-femmes puissent investir pleinement leurs fonctions. Le C.N.G.O.F, lui-même, par les propos de M.ASSUS, propose d'aller jusqu'à en faire des praticiennes hospitalières: *« D'autre part, nous avons tout intérêt, nous, gynécologues-obstétriciens du secteur public, à ce que le statut de sage-femme soit "tiré vers le haut" : nous pourrions ainsi nous même garder et développer notre orientation dans des directions plus spécifiquement médicales et chirurgicales de notre discipline (...)La reconnaissance d'un statut de PH-sages-femmes est donc une nécessité ; c'est d'ailleurs une chance à saisir maintenant : si nous n'y arrivons pas maintenant, cette spécificité française disparaîtra dans l'union européenne. »*

2.3. En promulguant les réseaux de périnatalité...

Le travail en réseau peut permettre aux sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global de faire connaître leur suivi, d'une part, et d'autre part il peut devenir un élément moteur pour améliorer les relations interprofessionnelles dans le domaine de la périnatalité.

Notre étude montre que pour 10 sages-femmes libérales sur 41, la meilleure collaboration avec le monde médical pourrait les inciter à proposer l'accompagnement global. Les sages-femmes ont besoin de se sentir soutenues et non pas montrer du doigt.

Travailler en réseau présente l'avantage de se connaître, ce qui est préalable à un partage et à une coordination des pratiques. Adhérer à un réseau donne l'opportunité aux professionnels de se rencontrer, de partager et ainsi d'éviter toutes sortes d'a priori à l'égard de l'accompagnement global.

A partir du 1er janvier 2009, l'inscription, sur les ordonnances du numéro RPPS (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé) est obligatoire. Le RPPS est un répertoire de référence, contenant pour chaque professionnel de santé un numéro unique et pérenne. Il recense un ensemble de données d'intérêt commun certifiées attestant de l'état civil (certifié par l'INSEE), des diplômes, compétences professionnelles, mode(s) d'exercice, lieu(x) d'activités,...pour chaque professionnel. Ceci permet un système d'échange et de partage des données.

Chaque professionnel de santé peut consulter ou faire corriger les données le concernant en s'adressant au guichet unique de l'Ordre le concernant.

Ainsi pour une sage-femme libérale, il sera mentionné si celle-ci pratique des accouchements en plateau technique ou des AAD.

La mise en œuvre de référentiels communs sur le professionnel de santé entre les structures hospitalières et tous les acteurs de santé des territoires (médecine de ville, SAMU...) permet l'amélioration de la coordination des soins et favorise les échanges et le partage d'information entre acteurs et professionnels de santé et patients.

3. QUELLES POSSIBILITES POUR L'ACCOUCHEMENT DE DEMAIN ?

Les résultats de l'enquête montrent que près de la moitié des sages-femmes pourraient envisager de pratiquer l'accompagnement global. Il est donc important de réfléchir à des solutions pour faciliter sa mise en place.

3.1.Favoriser l'accès des SFL aux PT

La loi sur la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 permet aux sages-femmes exerçant à titre libéral d'avoir accès à un plateau technique d'une maternité pour y pratiquer l'accouchement de leur patientes. Pourtant, les démarches administratives démesurées, la pression médico-légale et la difficulté d'entente avec les équipes hospitalières (sages-femmes et médecins) mettent un frein à une majorité de sages-femmes libérales.

Il faut aussi se demander pourquoi les hôpitaux n'ouvrent pas leurs portes aux sages-femmes libérales ? L'ouverture d'un plateau technique ne demande quasiment aucun coût à la structure hospitalière puisque celle-ci ne fait que « prêter » ses locaux à la sage-femme libérale. Il n'est pas nécessaire d'acheter du matériel ou d'embaucher du personnel en plus. La maternité n'est que bénéficiaire de cette activité puisque que c'est la sécurité sociale qui va payer la sage-femme et celle-ci versera une redevance à la maternité. De plus, avec la tarification à l'acte, l'hôpital recevra une prestation par rapport au séjour de la patiente.

C'est une solution qui est tout de suite réalisable, qui existe déjà avec des locaux disponibles, la loi l'autorise et les femmes sont demandeuses, alors qu'attendons-nous ?

3.2.La clé : les maisons de naissance ?

La question des maisons de naissance a été soulevée par deux sages-femmes qui pourraient envisager l'accompagnement global en maison de naissance. Elles pensent que *« c'est une alternative idéal entre l'ADD et l'accouchement en milieu hospitalier. Ainsi, gérées par des sages-femmes celles-ci reprennent leur place au sein de la physiologie de la naissance »*

La structure maison de naissance est physiquement, juridiquement et administrativement différenciée de sa maternité partenaire. Elle peut se situer en son sein ou à proximité dès lors que le transfert des femmes peut se faire dans un délai compatible avec l'urgence.

L'idée des maisons de naissance n'est pas neuve : les premières ont vu le jour aux Etats-Unis il y a une trentaine d'années, puis au Québec, en Allemagne et en Suisse. Elles fonctionnent avec succès depuis plus de 15 ans. La Suède, la Grande-Bretagne, l'Australie, la Hongrie, le Danemark, l'Autriche, la Belgique, l'Italie et l'Espagne ont rejoint les pays où les femmes ont le choix entre accoucher en structure hospitalière, en clinique, en maison de naissance ou à domicile.

3.2.1. Qu'en pense le C.N.O.S.F ?

Le C.N.O.S.F se positionne favorablement face à l'ouverture des maisons de naissance. Dans contact sage-femme de janvier 2009 (30), Madame Marie-José Keller (présidente du C.NOSF) explique que *« l'ouverture des maisons de naissance doit se faire car c'est une demande forte des usagers et des sages-femmes (...) les maisons de naissance sont possibles avec une bonne évaluation du risque de la parturiente tout au long de la grossesse(...) la possibilité de staff gynécologues-obstétricien-sages-femmes pour l'étude de dossiers de certaines parturientes devrait être organisée (...) la mise en place des pôles physiologiques, avec l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales semble être aussi une initiative souhaitable immédiatement réalisable, à peu de frais et répondant à la demande des couples. »*

✓ *Mais alors, quel est le problème ?*

Le plan de périnatalité actuellement en vigueur permet théoriquement l'expérimentation des maisons de naissance. En effet, cela fait partie du point 5 du plan : *« Mieux connaître les professionnels de santé par l'expérimentation de maisons de naissance attenantes à des plateaux techniques »* Il prévoit qu'elles : *« pourraient permettre une moindre médicalisation tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant par la proximité immédiate du plateau technique(...) Les femmes pourraient avoir le choix de leur mode d'accouchement.(...) Ces pratiques nouvelles doivent en tout état de cause être totalement insérées dans un réseau de périnatalité, donner lieu à un protocole des pratiques professionnelles et sont bien sûr conditionnées à l'avis favorable des instances de l'établissement concerné »*

Huit maisons de naissance existent, sont meublées et attendent le « feu vert » de l'Etat pour pouvoir commencer. (31)

Le C.N.G.O.F, dans son communiqué de presse paru le 11 mars 2008 explique que : *« Les membres du collège après analyse de la proposition, donnent un avis défavorable à ce projet pour les motifs suivants : Il ne nous paraît pas cohérent en termes de santé publique de fermer pour des raisons de sécurité des établissements réalisant moins de 300 accouchements pour en ouvrir d'autres qui feront bien moins d'accouchements et seront en outre non médicalisés(...)La continuité des soins en cas de problèmes nous paraît mal assurée entre l'équipe de sages-femmes de la maison de naissance (MDN) et l'équipe du service de gynécologie-obstétrique de rattachement puisque l'entrée en salle de naissance ne sera décidée que par le couple et les sages-femmes libérales en charge de la MDN(...)La prise en charge d'une patiente de la maison de naissance peut désorganiser brusquement l'équipe de garde qui découvrira sans en avoir été prévenue une urgence au milieu de son activité gynéco-obstétricale(...)Le conseil d'administration du C.N.G.O.F met en garde les pouvoirs publics contre les accidents qui pourraient découler de la mise en place de telles structures, dont les budgets de fonctionnement prévus seraient plus efficacement utilisés pour étoffer les équipes en particulier de sages-femmes en salle de naissance, et/ou améliorer les locaux parfois vétustes des établissements »*

C'est une voie ambitieuse mais intéressante qui existe ailleurs qu'en France. C'est un projet qui pourrait renforcer encore plus la reconnaissance des sages-femmes

puisqu'elles seraient les seules à gérer une maison de naissance. Mais sans la collaboration de nos confrères gynécologues-obstétriciens, c'est un projet qui a peut de chance d'éclore.

Les militantes ne se découragent pas, elles se battent encore et encore pour faire aboutir leur projet.

Elles ont pour but de pouvoir offrir aux femmes un suivi personnalisé. Cette pratique au fond, n'est tout simplement que la version moderne du métier que les sages-femmes exercent depuis la nuit des temps.



Conclusion

L'accompagnement global à la naissance est une pratique qui suscite un intérêt croissant chez les couples. Pourtant, c'est une activité restreinte compte tenu de l'organisation hospitalière actuelle. Encore trop peu de sages-femmes se lancent dans cette pratique car l'accompagnement global demande une disponibilité permanente de la part des sages-femmes pour leurs patientes. De surcroît, il y a un cruel manque de soutien de la part du monde médical.

Or notre étude auprès des sages-femmes libérales nous a révélé que l'accouchement à domicile, bien que controversé, est majoritaire chez les sages-femmes qui pratiquent l'accompagnement global. L'accouchement en plateau technique pourrait se développer d'avantage si les hôpitaux ouvraient plus leurs portes aux sages-femmes.

Elles attendent également une meilleure collaboration avec le personnel hospitalier qui les perçoit encore comme des sages-femmes marginales.

De leur côté, les sages-femmes libérales qui ne proposent pas d'accompagnement global pourraient, pour la moitié d'entre elle, l'envisager si des mesures étaient prises, comme une diminution du prix des assurances ou encore l'accès faciliter aux plateaux techniques.

Les requêtes faites par le CNOSF et par les associations de sages-femmes pour faire changer l'environnement de la naissance d'aujourd'hui, ont amené leur gouvernement français à prendre en compte les bénéfices d'un tel suivi. Mais les mesures qui devaient être prises ne sont pas encore appliquées.

Une alternative serait l'ouverture des maisons de naissances. Cependant le cahier des charges fixant les modalités d'expérimentation de ces dernières et le cadre réglementaire ne seraient pas encore fixés.

Serions-nous face à une dystocie dynamique de l'accompagnement de la naissance ?



Bibliographie

- 1) Bettoli L. Sorcières, sages-femmes et infirmières. Les dossiers de l'obstétrique. Avril 1992. N°194
- 2) Coulon Arpin M. La maternité et les sages-femmes de la préhistoire aux XX^e siècle. Tome 2. Editions Roger Dacosta. Paris. 1982.
- 3) Minkowski A. L'art de naître. Edition Odile Jacob 1987. ISBN 2-7381-0021-X
- 4) Thebaud F. Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux guerres. Presse universitaire de Lyon. 1986. Collection Médecine et Société.
- 5) Montazeau O. Pour les femmes, quel choix autour de la naissance ? Les dossiers de l'obstétrique. 2000. N° 289. 29-33.
- 6) La sage-femme au sein de l'union européenne en changement. Les dossiers de l'obstétrique n° 311. Décembre 2002. page 3-8.
- 7) Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- 8) Mamy C. Rôle de la sage-femme dans l'évolution psychologique de la femme durant la grossesse. Les dossiers de l'obstétrique. Janvier 2005. N° 334. 22-23.
- 9) Chaumette P. Parents et sages-femmes, l'accompagnement global. Editions Yves Michel. Gap. 2005.
- 10) Vanhove J. Réussir son installation en libéral. Les entretiens de Bichat 2007. 67-72. ISBN : 2-7046-1728-7
- 11) Hacquin F. La sage-femme en maternité et le médico-légal. Gynovations 2007. Monaco.
- 12) Soutaul J.H. Seguin C. Gibault C. La sage-femme face aux juges. Ellipses.
- 13) André M. Sage-femme britannique, un métier d'avant-garde. Les dossiers de l'obstétrique. Mai 2003. N°316. 26-27
- 14) Parois N. Sage-femme en Allemagne. Les dossiers de l'obstétrique. Décembre 2002. N°311. 9-17.
- 15) Lingenheld S. L'accompagnement de la naissance aux Pays-Bas. La lettre aux adhérentes 2003-mars. ; 42.
- 16) Mignot S. Naître en Suède : une santé périnatale délocalisée, démedicalisée mais performante. Profession Sage-Femme 2003 ; 100 ; 4-7
- 17) Mignot S. Naître à Vienne : entre conservatisme et spécificités locales, un système de santé efficace. Profession Sage-Femme 2001-2002 ; 81

- 18) Eppensteiner V. Les sages-femmes en Autriche ; La lettre aux adhérentes 2003 ; mars ; 49-50.
- 19) Jonbers H. Assurance sages-femmes. Pour une stratégie commune. Les dossiers de l'obstétrique. N° 312. 2003. 19-20.
- 20) ONSSF. Cotation des actes des sages-femmes. Circulaire n°1/2008. Journal Officiel du 22 avril 2008, texte22.
- 21) Nadel D. De l'importance fondamentale des sages-femmes dans l'accouchement normal. Les dossiers de l'obstétrique. 1997. N°255. 9-10.
- 22) Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS. Service des recommandations professionnelles. Mai 2007.
- 23) Baecher M. L'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales. Les dossiers de l'obstétrique. Avril 1997. N°249. 29-36.
- 24) Richard-Guerroudj N. Accouchement à domicile, une autre idée de la sécurité. Profession sage-femme n°147. Juillet-Août 2008. 36-39.
- 25) A.N.S.F.L Charte de l'accouchement à domicile. Août 2001
- 26) Tessier V. Des maisons de naissance aux grosses maternités. Les dossiers de l'obstétrique. Juillet 2005. N°340. 16-19.
- 27) Charte des droits de la parturiente. JO des communautés européennes. 8 juillet 1998
- 28) Plan de périnatalité 2005-2007
- 29) ONSSF. La démographie des professions de santé (2000-2007) L'officiel de la sage-femme. Septembre 2008.N°450.
- 30) Truong Canh B. Les sages-femmes américaines et les MDN aux USA. Contact SF. Janvier 2009. N°18
- 31) Moulinier MC. La convention nationale des sages-femmes. www.ordre-sages-femmes.fr (consulté le 7/01/08)
- 32) Babin M. L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes qui le pratiquent. Caen 2005.
- 33) Bellec S. Sages-femmes libérales, suivi global et plateau technique, la France en 1996. Rennes 1997.



Annexes

ANNEXE I

Questionnaire pour les sages-femmes libérales qui pratiquent l'accompagnement global ou qui l'ont pratiqué

- 1) Vous êtes : ☐ un homme
☐ une femme

2) Quel est votre âge ? :

3) Dans quelle ville exercez-vous ?

4) En quelle année avez-vous obtenu votre D.E ?

5) Depuis quelle année exercez-vous en libéral ?

6) Qu'est-ce qui a motivé votre installation en libérale ?

.....
.....
.....
.....

7) Etes-vous associé(e) ?

- ☐ oui
☐ non

➤ Si oui, pourquoi ?

.....
.....
.....
.....

➤ Si non pourquoi ?

.....
.....

.....
.....

8) Quelle est votre type d'activité ?

- ☐ Suivi de grossesses normales
 - à domicile
 - au cabinet
- ☐ Préparation à la naissance
- ☐ Rééducation périnéale
- ☐ Suites de couches à domicile
- ☐ suivi de grossesses pathologiques à domicile
- ☐ accouchement

9) Quel a été votre cursus professionnel avant votre installation en libéral ?
(Plusieurs réponses sont à chaque fois possible)

- ☐ Hospitalier
- ☐ public
- ☐ privé
- ☐ Salle de naissances
- ☐ Suites de couches
- ☐ Gynécologie
- ☐ Consultation
- ☐ Autres

-
- ☐ PMI

10) Pendant combien de temps avez-vous exercé cette activité ?

.....
.....
.....

11) Pratiquez-vous l'accompagnement global (AG) encore actuellement ?

- ☐ oui
- ☐ non

➤ Si oui, depuis quelle année pratiquez-vous l'AG ?.....

➤ Si non, depuis quand avez-vous arrêté et pourquoi ?

.....

12) Pourquoi avez-vous décidé de pratiquer l'AG ?

.....
.....

13) Combien d'accouchements pratiquez-vous par an ?.....

14) Vous arrive-t-il de refuser des patientes ?

- ☐ oui
- ☐ non

➤ Si oui, combien par an ?

➤ Pour quelles raisons ?

.....
.....

15) Vous pratiquez les accouchements :

- ☐ à domicile
- ☐ sur plateau technique
- ☐ les deux

16) Depuis quelle année avez-vous accès à un plateau technique (PT) ?.....

17) A combien de PT avez-vous accès ?.....

18) Combien de plateaux techniques sont ouverts aux sages-femmes dans votre région ?

Hôpital	Ville	Nombre d'accouchements / an	niveau	Public/privé

19) Avez-vous rencontré des difficultés à débiter votre activité en plateau technique ?

- ☐ oui
- ☐ non

➤ Si oui, lesquelles

.....
.....

20) Quel type de convention avez-vous avec l'établissement ?

.....
.....

➤ Quel est le taux de redevance à la maternité ?

.....

21) Comment êtes-vous indemnisé(e) pour vos déplacements ?

.....
.....

22) Effectuez-vous des dépassements d'honoraires ?

- ☐ oui

☐ non

➤ Si oui, de quel montant ?

.....

➤ A quel moment ?

.....

23) Etes-vous assuré(e) ?

☐ oui

☐ non

➤ Si oui, pour quels risques ?

.....

.....

➤ Pour quelle activité ?

.....

.....

➤ Combien payez-vous votre assurance par an ?.....

24) Si vous n'avez pas accès à un PT, en éprouvez-vous le besoin ?

☐ oui

☐ non

25) Avez-vous déjà eu accès à un PT ?

☐ oui

☐ non

➤ Si oui, pour quelles raisons avez-vous cessé de pratiquer sur un PT ?

.....

.....

26) Trouvez-vous que votre activité est assez rémunérée(e) par rapport à la disponibilité que cela exige ?

- ☐ oui
- ☐ non

27) A votre avis, quels sont les points forts et les points faibles concernant la pratique de l'accompagnement global ?

➤ Points forts

➤ Points faibles

.....

.....

28) Avez-vous des remarques, des informations complémentaires à m'apporter concernant mon sujet ?

.....

.....

.....

ANNEXE II

Questionnaire pour les sages-femmes libérales

- 1) Vous êtes : ☐ un homme
☐ une femme
- 2) Quel est votre âge ? :
- 3) Dans quelle ville exercez-vous ?
- 4) En quelle année avez-vous obtenu votre D.E ?
- 5) Depuis quelle année exercez-vous en libéral ?
- 6) Qu'est-ce qui a motivé votre installation en libérale ?
.....
- 7) Etes-vous associé(e) ?
☐ oui
☐ non
- Si oui, pourquoi ?
.....
- Si non pourquoi ?
.....
- 8) Quel a été votre cursus professionnel avant votre installation en libéral ?
(Plusieurs réponses sont à chaque fois possible)
- ☐ Hospitalier ☐ public
☐ privé
- ☐ Salle de naissances
☐ Suites de couches
☐ Gynécologie
☐ Consultation
☐ Autres
- ☐ PMI

9) Pendant combien de temps avez-vous pratiqué cette activité ?

.....

10) Quelle est votre type d'activité ?

- ☐ Suivi de grossesses normales
 - à domicile
 - au cabinet
- ☐ Préparation à la naissance
- ☐ Rééducation périnéale
- ☐ Suites de couches à domicile
- ☐ Suivi de grossesses pathologiques à domicile
- ☐ Accouchement

11) Avez-vous déjà envisagé de pratiquer l'accompagnement global (AG) ?

- ☐ oui
- ☐ non

➤ Si oui, pourquoi ne le pratiquez-vous pas ?

.....
.....

➤ Si non, pourquoi ?

.....
.....

12) Avez-vous eu des demandes ?

- ☐ oui
- ☐ non

13) Est-ce que vous pourriez envisager de pratiquer l'AG ?

- ☐ oui
- ☐ non

- Si oui, comment (plateau technique, à domicile, en association avec une autre sage-femme) ?

.....
.....

- Si non, pourquoi ?

.....
.....

14) Quelles raisons pourraient vous motiver à pratiquer l'AG ?

.....
.....

15) Si vous pratiquiez les accouchements, ce serait ?

- ☐ À domicile
- ☐ En plateau technique
- ☐ Les 2

16) Avez-vous des remarques à me faire, ou des informations complémentaires à m'apporter concernant mon sujet ?

.....
.....
...

ANNEXE III

La charte de l'accouchement à domicile

Une naissance est un événement normal et sain

Chaque femme vit la normalité de sa grossesse et de son accouchement de façon unique. L'accouchement à domicile fait partie du système de soins primaires et les professionnels qui le pratiquent font partie d'un réseau visible et reconnu.

Afin de donner aux usagers la garantie d'une sécurité optimisée, l'ANSFL propose un référentiel de bonne pratique. Ce cadre minimum a pour but de donner les règles élémentaires de prudence qui doivent présider à toute naissance à domicile.

I - La démarche initiale provient du désir du couple. Les parents souhaitant mettre au monde à domicile doivent en avoir fait la demande, ils peuvent expliquer leurs motivations et sont conscients de la part de responsabilité qu'ils prennent. Toute sage-femme doit avant de s'engager dans une naissance à domicile avoir analysé l'ensemble de la situation dans ses composantes médicales (physique et psychique), familiale et sociale. (il est essentiel que puisse s'établir une relation de confiance partagée).

II - A chaque couple qui en fait la demande, la sage-femme doit donner une information impartiale et claire sur leur choix. Elle définit son champ de compétence et indique les limites de son exercice (code de déontologie des sages-femmes). Ces éléments sont précisés sur un document écrit signé par les parents. (Ce document peut être la Charte ANSFL enrichie des éléments spécifiques à chaque sage-femme)

III - ACCOMPAGNEMENT GLOBAL :

L'accouchement et le suivi post-natal doivent être pratiqués par la ou les sages-femmes ayant effectué le suivi de la grossesse (ou leur remplaçante désignée)

IV - la préparation de la naissance doit tenir compte du climat relationnel et affectif qui entourent les futurs parents et envisage les aspects matériels de l'AD. Elle vise à créer un climat serein et confiant sans lequel l'accouchement à domicile deviendrait contre-indiqué.

V - l'accouchement à domicile ne peut s'envisager qu'après une GROSSESSE NORMALE (c'est à dire sans pathologie telle que hypertension, diabète, toxémie etc....) chez une femme en bonne santé. toute pathologie au cours de la grossesse doit entraîner une consultation ou un transfert vers un autre professionnel, lorsque le problème est réglé la SF peut reprendre le suivi médical de cette grossesse

VI - les circonstances de la naissance doivent ETRE PHYSIOLOGIQUES et ne pas présenter de risque majoré de complication (siège - gémellaire).

- L'accouchement doit avoir lieu entre 37 et 42 SA
- Les moyens utilisés pour apporter de l'aide à chaque femme pendant son accouchement sont avant tout la mise en valeur de ses propres compétences, ainsi que les savoirs faire liés à l'expérience de chaque SF
- L'enfant surveillé régulièrement pendant le travail et l'expulsion ne montre pas de signes de souffrance
- L'indication d'ocytociques au cours de la dilatation et avant que l'enfant ne soit engagé, ou de morphiniques pendant le travail impose le transfert, en raison des effets secondaires qu'ils peuvent provoquer.

VII.- La sage-femme peut être amenée à transférer la femme vers une maternité pendant le travail, l'accouchement ou pendant les suites de couche, à chaque fois que la situation n'est plus de sa compétence (définie et listée dans le code de déontologie) lorsque l'accouchement requiert une technique telle que la pose d'une analgésie, d'une stimulation des contractions d'un forceps, ventouse etc... ou si le couple en fait la demande en cours d'accouchement.

Pour le confort de la femme, et une continuité correcte des soins, LE TRANSFERT DOIT TOUJOURS ETRE PREPARE :

- En sachant vers quel maternité ce transfert aura lieu et si possible en ayant informé cette maternité de cette éventualité.. (une consultation dans la structure du transfert éventuel, pour présentation du dossier médical et du projet d'accouchement à domicile)
- En ayant prévu le moyen de transport (voiture personnelle, pompier, SAMU....)

VIII - Les soins que nous prodiguons à la mère et au nouveau-né s'appuient sur des preuves scientifiques

IX - la sage-femme s'engage à participer à l'évaluation de sa pratique par l'utilisation des dossiers ANSFL-AUDIPOG. Ce dossier comprend la surveillance de la grossesse ainsi que celle du travail à l'aide d'un partogramme, et contient le résumé du suivi des suites de couches.

Cette évaluation permet une analyse des situations qui ont posé problème, pour une évolution et une remise en question permanente des pratiques.

L'ANSFL souhaite mettre en place un compagnonnage composé de sages-femmes référentes, adhérentes à cette charte dont le but serait d'apporter aide et soutien aux sages-femmes isolées, en donnant un éclairage neutre aux situations qui les préoccupent. Ce compagnonnage, serait un service téléphonique 24h/24, auquel chaque sage-femme peut s'abonner