

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CAEN

L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL
ET LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR
LES SAGES-FEMMES LIBERALES QUI LE
PRATIQUENT

Mémoire présenté et soutenu par

Marion Babin

Née le 24 août 1980

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat

De Sage-Femme

Promotion 2001-2005

Je tiens à remercier pour leur collaboration à l'élaboration de ce mémoire :

- ✓ *Mme Isabelle Bar, ma tutrice, pour m'avoir fait découvrir l'accompagnement global ainsi que toute sa famille pour leur si sympathique accueil.*
- ✓ *Mme Vallée et Mme Delaby pour leurs précieux conseils et leur disponibilité.*
- ✓ *Mr Bige pour son aide spontanée dans l'élaboration des statistiques.*
- ✓ *Caroline Philippe pour l'intérêt porté à mon sujet.*

Mais aussi pour ces quatre années à l'école de sages-femmes :

- ✓ *Ma promotion pour tous ces moments qui nous ont unis.*
- ✓ *Mes amis et ma famille pour tout.*

SOMMAIRE

<u>Introduction</u>	p 1
---------------------------	------------

Première partie : Les sages-femmes et l'accompagnement global **p 2**

<u>I. 1. Historique</u>	p 2
I. 1. a. La formation des sages-femmes	p 2
I. 1. b. L'évolution de l'accouchement	p 3
<u>I. 2. La sage-femme dans le monde actuel</u>	p 5
I. 2. a. Définitions	p 5
I. 2. b. En Europe	p 6
I. 2. c. Ailleurs dans le Monde	p 8
<u>I. 3. L'accompagnement global en France</u>	p 10
I. 3. a. Définition	p 10
I. 3. b. Le cadre législatif de l'accompagnement global	p 12
I. 3. c. Les modalités de l'accompagnement global	p 15

Deuxième partie : Présentation de l'étude et résultats **p 18**

<u>II. 1. Présentation de l'étude</u>	p 18
II. 1. a. Introduction	p 18
II. 1. b. Choix de l'outil et de la population concernée	p 18
II. 1. c. Présentation des questionnaires	p 18
II. 1. d. Lieu et période de l'enquête	p 19
<u>II. 2. Résultats du questionnaire adressé aux sages-femmes libérales de Normandie</u>	p 21
II. 2. a. Renseignements	p 21
II. 2. b. Activité libérale	p 23
II. 2. c. Connaissance et perception de l'accompagnement global	p 25
II. 2. d. Dans l'avenir	p 27

<i>II. 3. Résultats du questionnaire adressé aux sages-femmes libérales pratiquent l'accompagnement global</i>	p 28
<i>II. 3. a. Renseignements</i>	p 29
<i>II. 3. b. Activité libérale</i>	p 32
<i>II. 3. c. Accompagnement global</i>	p 34
<i>II. 3. d. Accompagnement global avec accès aux plateaux techniques</i>	p 40
<i>II. 3. e. Accompagnement global avec accouchement à domicile</i>	p 41
<i>II. 3. f. Satisfactions et propositions</i>	p 44
<i>Troisième partie : Discussion</i>	p 45
<i>III. 1. Critique de la méthodologie</i>	p 45
<i>III. 2. Discussion des résultats</i>	p 46
<i>III. 2. a. Profil des sages-femmes interrogées</i>	p 46
<i>III. 2. b. Activité libérale</i>	p 47
<i>III. 2. c. Accompagnement global</i>	p 49
<i>III. 2. d. Avenir de l'accompagnement global</i>	p 53
<i>Conclusion</i>	p 55
<i>Bibliographie</i>	p 56
<i>Annexes</i>	p 59

Abréviations

ONG : Organisation non gouvernementale

ANSFL : Association nationale des sages-femmes libérales

AUDIPOG : Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, gynécologie et obstétrique

SF : Sage-femme

SDC domicile : Suites de couches à domicile

SDC dom : Suites de couches à domicile

PPO : Préparation à l'accouchement

Cs grossesse : Consultations de suivi de grossesse

Cs PN : Consultations prénatales

Suivi G patho : Suivi de grossesse pathologique

AG : Accompagnement global

Rééduc : Rééducation périnéale

Soins inf : Soins infirmiers

DIU : Diplôme inter-universitaire

PMI : Protection maternelle et infantile

C<800 : Clinique réalisant moins de 800 accouchements par an

C>800 : Clinique réalisant plus de 800 accouchements par an

CH<800 : Centre hospitalier réalisant moins de 800 accouchements par an

CH entre 8 et 1500 : Centre hospitalier réalisant entre 800 et 1500 accouchements par an

CH>1500 : Centre hospitalier réalisant plus de 1500 accouchements par an

Cs ARE : Consultations d'anesthésie

Introduction

Quelques sages-femmes libérales ont fait le choix de prendre en charge des patientes depuis la déclaration de la grossesse jusqu'aux suites de couches et de pratiquer seules l'accouchement. Elles pratiquent l'accompagnement global à la naissance.

Le parlement européen a rappelé le droit de choisir librement son praticien et son lieu d'accouchement. Or, aujourd'hui, une patiente désireuse d'accoucher à domicile en Normandie, ne le pourrait pas car aucune sage-femme libérale normande ne propose l'accompagnement global à la naissance.

En France, les sages-femmes sont de moins en moins nombreuses à pratiquer ce type de suivi.

Pourquoi ? Quelles difficultés rencontrent-elles actuellement ? Quelles raisons dissuadent les sages-femmes libérales normandes de pratiquer cette activité et lesquelles pourraient les motiver à l'exercer ? Quel peut être l'avenir de l'accompagnement global ?

Dans une première partie de ce travail, j'aborderai l'évolution de l'exercice des sages-femmes en France et les différents statuts des sages-femmes dans le monde avant de présenter l'accompagnement global tel qu'il est proposé aujourd'hui en France.

Dans une seconde partie, grâce à une double enquête menée auprès des sages-femmes libérales de Normandie et des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global, je tenterai de répondre aux questions posées.

I 1. Historique

I. 1. a. La formation des sages-femmes

La grossesse et l'accouchement ont toujours été le domaine des femmes. En cela, la sage-femme a toujours eu une place privilégiée auprès des parturientes.

Mais l'accouchement ne se passe pas forcément sans heurt, c'est pourquoi, déjà dans l'antiquité, certains se sont efforcés de former des femmes en leur inculquant les sciences fondamentales se rapportant à l'enfantement. Ainsi Soranos d'Ephèse, médecin grec réputé à Rome aux temps de Trajan et d'Hadrien, écrivit ce qui fut, pendant de nombreux siècles, considéré comme la bible des sages-femmes, *Gynaecia*, ouvrage regroupant des notions d'embryologie, d'anatomie et de gynécologie, mais aussi de diététique, de chirurgie et de mécanique obstétricale, afin de permettre aux sages-femmes d'être aptes à la pratique de leur art. On considère alors qu'en dehors de leur rôle d'enseignants, les hommes n'ont pas ou peu de place lors d'une naissance ; cette place revient aux sages-femmes [1].

Durant le haut Moyen Age, alors que les médecins ne désirent pas se commettre dans des accouchements, l'Eglise voit d'un mauvais œil l'emprise qu'acquièrent les sages-femmes sur la reproduction humaine et décide de réglementer et d'encadrer leur pratique.

Du XIV^{ème} au XVII^{ème} siècle, la chasse aux sorcières, dans tout l'occident, conduit de nombreuses sages-femmes, accusées de sorcellerie, au bûcher. Ainsi pour être autorisée à pratiquer, la sage-femme doit surtout faire preuve de moralité et de piété. La pratique, quant à elle, s'apprend en accompagnant le plus souvent une aînée. C'est ainsi que la sage-femme, alors appelée matrone, n'a pas de réelle formation mais est choisie le plus souvent pour sa propre expérience de la maternité et sa sagesse.

C'est à partir de 1630, à l'Hôtel-Dieu de Paris, que certaines accoucheuses sont réellement formées par des médecins et des sages-femmes expérimentées. Mais leur nombre est faible et dans les campagnes, les matrones sont encore largement répandues. La mortalité maternelle et infantile y est alors importante. A cette époque, seuls 25% des nouveau-nés peuvent espérer devenir adultes [2].

En 1754, Madame Le Boursier Du Coudray, sage-femme parisienne réputée, de retour d'un voyage en Auvergne, pousse un cri d'alarme face à l'ignorance des pseudo sages-

femmes et des chirurgiens de village. Elle décide alors de transmettre son savoir par le biais de leçons et d'entraînements sur sa machine, reproduction d'un bassin maternel, à travers toute la France. D'autres sages-femmes prennent le relais jusqu'en 1802, date de l'ouverture officielle de la première école de sages-femmes avec Madame De La Chapelle, le Docteur Chaptal et le Docteur Baudelocque. D'autres écoles voient ensuite le jour aux quatre coins de la France.

Seuls sont alors autorisés à pratiquer les accouchements, les médecins, les officiers de santé et les sages-femmes ; l'exercice illégal de l'art étant puni d'amendes et d'emprisonnement [2].

I. 1. b. L'évolution de l'accouchement

Jusqu'en 1930, 80% des accouchements avaient lieu à domicile avec la présence d'une sage-femme libérale ou du médecin du village [3].

Depuis le Moyen Age, l'hôpital, l'hospice, est surtout un lieu d'accueil des grandes victimes sociales. On n'accouche pas sans de graves raisons dans un hôpital. Pour la paysanne, la bourgeoise ou encore l'aristocrate, la naissance relève plus de l'accompagnement que de la charité. L'urbanisation, à la fin du Moyen Age, fait apparaître une catégorie de femmes seules et misérables, qui n'ont que l'hôpital pour accoucher.

L'accouchement hospitalier est d'abord « *un acte gratuit mais mortel, avant de devenir salvateur.* » comme le précise S. Beauvalet-Boutouyrie [4]. En effet, pendant longtemps, la mortalité dans les maternités hospitalières de l'ensemble de l'Europe est 3 à 10 fois supérieure à celle liée aux accouchements à domicile [1]. Dès 1867, plusieurs alternatives à l'hospitalisation des femmes pauvres émergent comme « le réseau de sages-femmes agréées » et leur « maison de naissance ». Elles connaissent le succès mais sont trop coûteuses [4].

Ce sont surtout les découvertes de Pasteur pour la lutte contre les maladies infectieuses qui permettent à l'hôpital d'entamer une politique de protection de la naissance. Dans le même temps, les avancées de la médecine dans les domaines de la stérilité, de la fécondité et de la menace de mort liée à l'accouchement, ont pour effet d'assurer un pouvoir quasi-absolu du corps médical sur la naissance.

Du fait de cette politique de santé, près de la moitié des accouchements de la région parisienne ont lieu, à la fin de la seconde guerre mondiale, dans les hôpitaux de Paris [1]. Les conséquences positives sont indéniables : sécurité, égalité des soins pour toutes les femmes qui accouchent et pour tous les enfants qui naissent, recul de la mortalité. Les taux de mortalité maternelle et infantile régressent alors fortement.

Ils restent malgré tout relativement élevés en France, plus qu'aux Pays Bas, par exemple, où l'accouchement à domicile a toujours été encouragé (35% des accouchements en 2000) [1].

Au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, le foyer familial, en France, a cessé d'être le lieu où les bébés viennent au monde. La création de la sécurité sociale, en 1945, permet aux femmes d'accéder aux soins sans avance d'argent. A cela s'ajoutent les antibiotiques, avec notamment la pénicilline, et le développement de l'anesthésie loco-régionale qui ont transformé les pratiques obstétricales.

Les sages-femmes suivent le mouvement et quittent peu à peu l'exercice libéral pour devenir hospitalières. Dans les années 70, seules 4% des naissances se déroulent à domicile. Pourtant certains médecins, appuyés par le mouvement hippie notamment, dénoncent l'arrogance d'une « pensée scientifique » qu'ils comparent à la pensée magique [1]. Ils veulent renouer avec la nature et demandent que le bien-être psychologique de la mère et de l'enfant soit davantage pris en compte. Ainsi, après les travaux des docteurs Leboyer et Odent, de nouvelles pratiques visant à un meilleur accompagnement psychologique de la naissance apparaissent dans les maternités.

Dans les années 80-90, les établissements assurant des accouchements doivent se conformer à un cadre législatif de plus en plus strict et de nombreuses petites structures se voient obligées de fermer, faute de moyens et de personnel. Les femmes doivent alors se tourner vers les grands centres, où la gestion nécessite une sectorisation des soins. De ce fait le suivi de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches se trouvent de plus en plus compartimentés.

Les sages-femmes sont de plus en plus sollicitées pour exécuter des gestes techniques. Certaines se sentent contraintes de délaissier leur rôle d'accompagnante. Quelques-unes dénoncent cet état de fait, se regroupent et s'attellent à des projets de maisons de naissance afin de concilier les deux réalités. En parallèle, des associations de parents cherchent à promouvoir l'accompagnement global et l'accouchement à domicile. Leur but est de garantir le libre choix du praticien et du lieu d'accouchement.

I. 2. La sage-femme dans le monde actuel.

I. 2. a. Définitions

La définition de la sage-femme a été ratifiée par la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens (FIGO). Cette définition est claire :

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 ou licenciée 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, d'aider lors d'un accouchement sous sa propre responsabilité et prodiguer les soins au 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 à donner à l'enfant. La sage-femme peut pratiquer en milieu hospitalier, en clinique, à domicile ou tout autre endroit où sa présence est requise [5].

I. 2. b. En Europe.

La formation est à peu près la même dans tous les pays de l'Union Européenne. Elle dure, en général, de trois à quatre ans après l'obtention du baccalauréat ou en complément du diplôme d'infirmière. La sage-femme exerce essentiellement à l'hôpital, en cabinet libéral ou encore en maison de naissance.

En Belgique, il y a 10 ans, seules deux ou trois sages-femmes exerçaient en libéral. Actuellement, on en dénombre plus de 150 mais réparties de manière inégale dans le pays, du

fait des différences culturelles entre la Belgique flamande et la Belgique wallonne. Deux personnes doivent être présentes pour l'accouchement (deux sages-femmes, une sage-femme et un médecin ou deux médecins) [6].

Des variations territoriales se voient également en Angleterre, où on retrouve beaucoup de petites unités et une augmentation depuis quelques années des accouchements à domicile (de 1 à 20 % selon la région). On y dénombre 32 291 sages-femmes en exercice. La profession y est autonome, chaque région étant sous l'autorité d'un superviseur de sages-femmes, nommé par l'autorité sanitaire régionale [7].

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. Elles sont relayées dans le post-partum par une aide maternelle [8; 9].

En Allemagne, les sages-femmes sont 15-16 000 dont les 2/3 sont libérales. Elles sont très autonomes, mais la profession n'est pas médicale. 5 % des naissances se passent à domicile ou dans des maisons de naissance, souvent accompagnées par des sages-femmes libérales, mais aussi parfois par des sages-femmes hospitalières. 20 % des sages-femmes ont un statut de sage-femme libérale bien que travaillant dans des hôpitaux. L'autre particularité allemande est que presque la moitié des femmes enceintes rencontrent pour la première fois une sage-femme avant la 20^{ème} semaine d'aménorrhée [10].

Cette pratique mixte est aussi courante en Autriche, où 70 % des 1309 sages-femmes en exercice sont à la fois hospitalières et libérales [11]. 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 de la grossesse à domicile. Son rôle est avant tout un rôle de soutien, de prévention et d'information essentiellement auprès de femmes seules ou ayant des problèmes socio-culturels. Une particularité autrichienne est l'accouchement ambulatoire : la femme accouche à l'hôpital et, dès son retour à domicile, est prise en charge par une sage-femme et le nouveau-né par un pédiatre. Pourtant les sages-femmes n'ont pas de droit de prescription [12].

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 [13]. En Suède, l'accouchement doit se dérouler en présence de deux sages-femmes.

Dans la majorité des pays, la sage-femme est « l'acteur » principal de la grossesse et de l'accouchement physiologiques.

Ainsi, en Irlande où beaucoup de naissances sont regroupées dans de grands centres (5000 à 7000 accouchements), la sage-femme s'occupe seule du déroulement du travail quand tout se passe normalement. En cas de dystocie, le relais est pris par le médecin assisté d'une infirmière [14].

Ainsi une volonté d'un retour à une naissance plus physiologique se fait sentir un peu partout en Europe. En Italie, une école de sages-femmes axée sur la physiologie a ouvert ses portes à Naples. La formation s'y fait en compagnonnage avec un programme d'enseignement sous la responsabilité des sages-femmes [15].

Peut-être que ce courant atteindra la Bulgarie. La sage-femme accoucheuse n'y existe plus. Non reconnue, elle y est considérée comme illégale. Là-bas, la quasi-totalité des femmes accouchent sous assistance médicale, de préférence par césarienne programmée. Pourtant une femme gynécologue-obstétricienne, ayant suivi une formation de sage-femme en Hollande, y a ouvert une maison de naissance et essaie de bouleverser les choses en formant à nouveau des sages-femmes dans une nouvelle école [15].

1. 2. c. Ailleurs dans le Monde

Partout le manque de sages-femmes est très important.

Aux Etats-Unis, il existe plusieurs types de sages-femmes selon leur cursus de formation. Il existe en effet, la Certified Nurse Midwife (CNM), la Certified Midwife (CM), qui n'est pas reconnue dans tous les états, et la Certified Professional Midwife (CPM). La CNM est sage-femme après quatre ans d'études d'infirmière puis deux ans d'études de sage-femme. Elles sont au nombre de 6500. La CM a une maîtrise dans le domaine de la santé puis fait deux ans d'études de sage-femme. Ce type de sage-femme est relativement nouveau, on n'en trouve que 25 aux Etats-Unis. La CPM, quant à elle, obtient son certificat par différents moyens tels l'apprentissage, l'autoformation ou l'école privée. La plupart du temps, les CPM pratiquent des accouchements à domicile ou dans les centres d'accouchement. La majorité des 1200 CPM s'y forment par compagnonnage. Chaque état des Etats-Unis a ses propres lois et règlements qui régissent la pratique de la sage-femme [16].

Ces formations à plusieurs niveaux se retrouvent en Algérie. Face à la pénurie, une formation parallèle est proposée aux femmes, qui, en six mois, sont autorisées à faire des accouchements à l'hôpital au titre d' «accoucheuses rurales». On peut ainsi les apparenter aux

matrones françaises d'autrefois. Il y a encore peu de temps, seule une minorité d'algériennes nanties accouchait à l'hôpital [17].

Les matrones subsistent également au Tchad. En effet, une seule école y forme 20 sages-femmes par an, qui sont autorisées à pratiquer tous les accouchements par voie basse, les médecins n'effectuant que les césariennes. Mais les sages-femmes formées préfèrent rester en ville et appartiennent toutes à la fonction publique. Ainsi, on dénombre 150 sages-femmes dans tout le pays. 66% des naissances se passent à domicile en ville, contre 92 % en brousse. Hors des villes, les femmes sont accompagnées de matrones qui peuvent avoir suivi une formation dispensée par une ONG. En fait, les autorités sanitaires se sont aperçues que les taux de mortalité maternelle et infantile étaient plus bas en brousse, où les femmes sont mieux entourées par les matrones, qui connaissent les différents dialectes de leur lieu d'exercice, alors que les sages-femmes formées ne parlent que les langues internationales courantes [14].

De telles différences entre la ville et la campagne se voient aussi en Tunisie. En ville, les femmes accouchent dans de grands hôpitaux alors qu'en campagne, on ne trouve que des petites structures. La population y étant jeune, les naissances sont nombreuses. Les sages-femmes prennent seules en charge toute naissance physiologique. Elles ne sont pas assez nombreuses, si bien que les grossesses sont peu ou pas suivies [14].

Ce manque de sages-femmes se retrouve en Australie où le ministère a mis en place, une politique de promotion de la sage-femme. Les sages-femmes exercent surtout dans la fonction publique alors que les médecins pratiquent essentiellement dans le secteur privé [18].

Au Québec enfin, avec la loi sur l'assurance maladie en 1970, tous les accouchements se sont progressivement déplacés du domicile vers l'hôpital. Dans les années 1980, de nombreux colloques font état d'un profond désir de la population de « réhumanisation » de la naissance et concluent à la nécessité du retour des sages-femmes. En 1986, à Montréal, le premier cabinet de sages-femmes « autoproclamées » propose de suivre la grossesse. Mais ces sages-femmes exerçant « dans l'illégalité », leurs patientes n'ont pas accès aux prestations sociomédicales. En 1992, les sages-femmes, formées par compagnonnage et stages à l'étranger, doivent passer des examens. Trente seulement sont acceptées et autorisées à exercer dans des maisons de naissances. Il faut attendre 1999 pour que les sages-femmes obtiennent une reconnaissance réelle et une formation spécifique. Depuis 2004, les accouchements à domicile sont pris en charge par l'assurance maladie pour désengorger les maisons de naissance. Une sage-femme peut encore louer une chambre de naissance à l'hôpital [19]. Il faut tout de même noter qu'il existe de grandes variations des pratiques obstétricales entre les régions, les établissements et les praticiens. La politique de périnatalité

n'est pas appliquée de façon rigoureuse partout au Québec. Beaucoup de sages-femmes ne peuvent pas encore légalement pratiquer d'accouchements à domicile, ou avoir accès à un centre hospitalier. Actuellement, seulement 70 sages-femmes sont en exercice et réalisent 2% des naissances [20].

I. 3. L'accompagnement global en France

En 2003, sur les 15 684 sages-femmes inscrites au conseil de l'ordre des sages-femmes, 2270 travaillaient dans le secteur libéral [21].

Actuellement une quarantaine d'entre elles, seulement, proposent un accompagnement global à la naissance, elles étaient 50 en 1985 [22].

I. 3. a. Définition

L'accompagnement global est un accompagnement médical de la maternité physiologique effectué par un seul praticien le plus souvent une sage-femme. La présidente de l' Association Nationale des Sages-Femmes Libérales précisait lors du congrès de l' I.C.M. à Vienne en 2002 : « *L'accompagnement global à la naissance, c'est un seul praticien pour assurer la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, la préparation à la naissance, la surveillance et la responsabilité de l'accouchement, les soins postnatals de la mère et de l'enfant.* » [23].

Ce type d'accompagnement permet de mieux prendre en compte la dimension psychologique de la femme enceinte et du couple puisque durant toute la grossesse, la sage-femme ou le praticien qui les suit fera figure de référence.

Selon S. Janin et M. Trelaün, sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global :

Choisir un accompagnement global de la naissance, c'est choisir une personne qui guide le couple tout au long de cette période sensible, pleine d'espoirs et d'inquiétudes.

Une dimension horizontale : avec la notion de continuité dans le temps : c'est une seule et même personne qui est présente tout au long de la grossesse, au moment de la naissance et des suites proches.

Une dimension verticale : avec la notion de prise en compte globale de l'être, du couple, de la famille. Au cours de cet accompagnement, on prend le temps, le temps de se connaître, de se faire confiance. Le père, la mère et l'enfant y trouvent chacun leur place. La sage-femme est là, non pas pour se charger de la grossesse, mais plutôt pour aider le couple à trouver la confiance qui leur permettra de la prendre en main eux-mêmes. Le point culminant de cet accompagnement est le moment de la naissance : en permettant aux mères de donner la vie elles-mêmes [24].

Dans ce cadre, la sage-femme joue un rôle de « pivot » de la maternité puisqu'elle s'assure, en collaboration si besoin avec d'autres professionnels tels les médecins généralistes, les obstétriciens, les pédiatres, les laborantins, voire les ostéopathes, homéopathes, acupuncteurs ou autres, que la grossesse se déroule au mieux pour la mère et l'enfant. L'accompagnement global à la naissance est un important outil de prévention puisqu'il permet de vérifier la bonne adaptation de chaque femme aux changements qui s'opèrent en elle, d'observer ses modes de vie, et de l'aider à se maintenir en bonne santé. La sage-femme aide les femmes enceintes à développer leurs compétences en matière de maternité.

La physiologie est la règle pour la majorité des grossesses et l'eutocie pour la majorité des accouchements. Les sages-femmes sont capables de repérer en temps voulu la pathologie ou la dystocie et de passer le relais au médecin dès que nécessaire.

L'accompagnement global, c'est avant, pendant et après la naissance :

- En prénatal : chaque mois, les consultations prénatales ont le plus souvent lieu au cabinet de la sage-femme libérale.

Il en est de même pour les huit séances de préparation à la naissance que les femmes suivent à leur propre rythme, si possible dès le quatrième mois. Ces séances sont habituellement individuelles.

- Au moment de la naissance : les parents sont le plus possible acteurs de l'accouchement, la sage-femme se contente d'encourager et de s'assurer du bon déroulement des événements pour la mère et l'enfant. L'accouchement peut avoir lieu à domicile, dans une structure publique ou privée si la sage-femme y a accès et peut-être bientôt dans des maisons de naissance.

- Dans la période postnatale : Le suivi médical permet de s'assurer du bon état de santé de la mère et de l'enfant, d'apporter aide et soutien pour les soins du nouveau-né et la mise en route de l'allaitement. Ce suivi se fait à la maison, aussitôt après la naissance

si l'accouchement a eu lieu à domicile, ou, après un retour précoce à domicile en cas d'accouchement dans une institution.

I. 3. b. Le cadre législatif de l'accompagnement global :

I. 3. b. 1. Les compétences de la sage-femme

Quel que soit son mode d'exercice, la sage-femme a toujours les mêmes compétences.

La profession de sage-femme est définie par l'article L374-1 du code de la santé publique :

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique obstétricale, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-natals en ce qui concerne la femme et l'enfant.

L'exercice de la profession de Sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale.

Son rôle est limité à l'eutocie comme le souligne l'article L4151-3 du code de santé publique : « (...) En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale, déclarée ou suspectée, pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. ».

Depuis octobre 2004, ses compétences se sont élargies puisque d'après l'article L2122-1 du Code de Santé Publique « *La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Toutefois, le premier examen prénatal est pratiqué par un médecin.* » et selon l'article L4154-1 du même code : « *L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.* ».

La sage-femme doit aussi respecter son Code de déontologie.

- Article 12 :

« La Sage-femme est libre de ses prescriptions dans les limites fixées par l'article L370 du Code de la Santé Publique. Elle doit dans ses actes et ses prescriptions observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins et l'intérêt de sa patiente. »

- Article 6 :

« La Sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, Sage-femme ou Médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir ses soins ou accoucher : elle doit tout faire pour faciliter l'exercice de ce droit. »

- Article 9 :

« La Sage-femme doit disposer 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. »

L'accompagnement global se présente donc comme la possibilité pour une sage-femme d'exprimer pleinement ses compétences tant que la grossesse est normale. Les outils mis à sa disposition dans les listes prévues par arrêtés ministériels concernant la prescription d'examens biologiques et radiologiques, les prescriptions médicamenteuses et d'arrêt de travail, et les instruments utilisables permettent un suivi de la grossesse normale conforme aux recommandations de prise en charge. Ces recommandations sont exposées dans le guide de surveillance de la grossesse édité par l'Agence Nationale D'Evaluation Médicale en 1996, ainsi que dans les Recommandations Médicales Opposables proposées en 1996 [25; 26].

Pourtant le problème en France est l'absence de définition de la « normalité » et des limites de celle-ci, contrairement à d'autres pays où le recrutement des femmes enceintes par les sages-femmes s'effectue selon des critères très stricts et non sur le seul jugement de ces dernières.

I. 3. b. 2. Règles de bonnes pratiques encadrant l'accompagnement global

L'accompagnement global répond à diverses exigences.

Ainsi les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé préconisent de prendre en compte les facteurs sociaux, affectifs et psychologiques de la grossesse, si l'on veut concevoir et dispenser des soins prénatals appropriés [27].

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

- est souligné le caractère spontané et naturel de l'accouchement qui devrait être considéré de ce fait comme un événement physiologique naturel.
- est réaffirmé le libre choix du lieu (domicile, hôpital) et des modalités (positions) de l'accouchement.

- est encouragée et diffusée la connaissance des pratiques de l'accouchement à domicile [Annexe I].

Afin de réglementer une pratique qui reste marginale, l'Association des Sages-Femmes Libérales a élaboré une charte de l'accouchement à domicile, adoptée en assemblée générale en 2002 [Annexe II]. Dans cette charte, les sages-femmes, pratiquant des accouchements à domicile dans le cadre de l'accompagnement global, redéfinissent les limites de leur pratique et s'engagent à participer à l'évaluation de cette pratique à l'aide des dossiers ANSFL-AUDIPOG. Ceux-ci comprennent la surveillance de la grossesse ainsi que celle du travail à l'aide d'un partogramme et le résumé du suivi des suites de couches. Ils permettent une évaluation et une remise en question permanente des pratiques.

I. 3. b. 3. Les responsabilités médico-légales de la sage-femme

La sage-femme est entièrement responsable de tous les actes qu'elle effectue lors d'un accompagnement global. Toute faute commise envers la mère ou l'enfant la mettrait directement en cause, d'où son intérêt à discerner et respecter au mieux ses limites et à établir un dossier obstétrical rigoureux. Les relations de confiance qui s'établissent entre la sage-femme et les couples les dispensent presque toujours de la signature de documents écrits d'entente mutuelle, ce qui peut-être considéré comme un tort.

La sage-femme doit souscrire une assurance de responsabilité civile, de défense professionnelle et de protection juridique. Depuis janvier 2001, certaines sociétés d'assurances n'assurent plus la pratique des accouchements à domicile hormis en cas d'urgence. En décembre 2001, les sages-femmes libérales sont informées que la garantie couvrant les sinistres intervenus au cours d'un accouchement réalisé en plateau technique dans le secteur hospitalier, public ou privé serait exclue à partir de 1^{er} janvier 2002 [28].

Mais depuis la loi n°2002.303, ayant pour titre « réparations des risques sanitaires », du 4 mars 2002 et en vertu de l'article L251.1 du Code des assurances, les professionnels de santé libéraux sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative. La loi prévoit qu'au bout de deux refus, le professionnel s'adresse au bureau de la tarification qui désignera un assureur et un montant de prime pour six mois. 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 [29]. Actuellement la majorité des sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global ne sont pas assurées.

I. 3. c. Les modalités de l'accompagnement global

Actuellement en France, les Maisons de Naissance ne sont qu'à l'état de projets. Les patientes qui veulent bénéficier d'un accompagnement global peuvent faire appel, soit à une sage-femme libérale proposant un accouchement à domicile, soit à une sage-femme libérale ayant accès à un plateau technique.

I. 3. c. 1. L'accouchement à domicile

A l'heure actuelle moins de 70 médecins et sages femmes réalisent 1500 accouchements à domicile. Les données issues des dossiers ANSFL-AUDIPOG consultables auprès de l'ANSFL montrent que l'accouchement à domicile n'est pas un acte risqué. Ces accouchements ont été planifiés, les patientes bien sélectionnées et les praticiens sont entraînés [30].

Les femmes souhaitant mettre au monde leur enfant dans leur lieu de vie ont bien mûri leur choix. Plusieurs associations de parents se sont créées afin de défendre et de promouvoir l'accouchement à domicile dans le cadre d'un accompagnement global. Les motivations qu'elles avancent le plus souvent, sont :

- Le refus de l'hypermédicalisation de la maternité, afin de respecter au mieux le processus naturel de l'enfantement. Cela signifie l'absence de direction du travail, d'analgésie péridurale, de perfusion...
- La personnalisation et le respect de l'intimité
- Le bien-être de rester chez soi, entourée des siens et l'absence de contraintes liées à l'organisation d'un service
- La prise en charge par une seule et même personne de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Au cours de ces naissances, les sages-femmes interviennent le moins possible, laissant la parturiente actrice de son accouchement. Elles s'assurent du bien-être fœtal par l'auscultation

des bruits du cœur de l'enfant de façon intermittente (par le stéthoscope de Pinard, le Sonicaïd® ou le monitoring) et de la bonne progression du travail. Les sages-femmes disposent de tout le matériel médical nécessaire en cas d'urgence. Un transfert dans l'établissement le plus proche est organisé dès que la moindre dystocie est suspectée afin que la patiente bénéficie d'une prise en charge adaptée.

Le forfait accouchement était de 152.45€, mais depuis le 21 novembre 2004 la sécurité sociale rembourse un forfait de 312.70 € comprenant l'accouchement en lui-même, la surveillance postnatale immédiate et les visites de suites de couches à domicile pendant une semaine. Ce forfait reste identique quel que soit le nombre d'heures qu'aura duré le travail ou les gestes que l'accouchement aura nécessités.

I. 3. c. 2 L'accès aux plateaux techniques

Les sages-femmes libérales qui le souhaitent peuvent avoir accès aux plateaux techniques des maternités publiques ou privées (exception faite des centres hospitaliers universitaires) pour la pratique de leurs accouchements, depuis la loi EVIN du 19 mai 1991, portant réforme hospitalière. Cet accès n'est possible qu'après acceptation de la demande déposée conjointement par la sage-femme et la Commission Médicale d'Etablissement à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Selon l'article R714-31 du Code de Santé Publique, 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 fournitures ou de produits à caractère médical ou pharmaceutique ainsi qu'une estimation des dépenses à la charge de l'assurance maladie.

L'article R714-30 du Code de Santé Publique précise aussi que l'autorisation peut être accordée ou renouvelée pour une durée de cinq ans par le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, après avis du comité régional d'organisation sanitaire et sociale.

Les sages-femmes doivent dès lors conclure avec l'établissement concerné un contrat définissant leurs obligations réciproques. 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 rémunération de la sage-femme libérale

se fait par l'intermédiaire du centre hospitalier. Il semble qu'en pratique les redevances soient fixées par un accord commun entre les deux parties plus que par la loi.

Actuellement les sages-femmes ont beaucoup de difficultés à obtenir un accès aux plateaux techniques, malgré l'existence du cadre législatif.

Le plateau technique est pourtant un bon compromis pour toute patiente souhaitant bénéficier d'un accompagnement global tout en conservant les avantages techniques d'un service de maternité. Elle bénéficie à la fois des protocoles en vigueur dans l'établissement et du climat de confiance particulier qui s'est établi avec sa sage-femme au fil de la grossesse.

II. 1. Présentation de l'étude

II. 1. a. Introduction

L'étude a pour but de mieux comprendre les difficultés que rencontrent actuellement les sages-femmes libérales qui pratiquent l'accompagnement global.

Aucune sage-femme libérale ne propose l'accompagnement global en Normandie. J'ai donc cherché à connaître les raisons de ce manque et à savoir si l'accompagnement global était bien connu de la profession.

En parallèle, j'ai voulu savoir ce qui pourrait expliquer ce nombre en diminution de sages-femmes pratiquant l'accompagnement global en France.

II. 1. b. Choix de l'outil et de la population concernée

Pour tenter de répondre à ma première interrogation, j'ai adressé:

- ✓ un premier questionnaire à chaque sage-femme libérale de la région normande. Il avait pour objectif de connaître leur point de vue sur l'accompagnement global et leur éventuel désir de le pratiquer [Annexe III].
- ✓ un deuxième questionnaire à chaque sage-femme libérale proposant l'accompagnement global sur le territoire français. Il avait pour but de cibler les difficultés qu'elles rencontrent et de savoir comment elles envisagent l'avenir de cette pratique [Annexe IV]

II. 1. c. Présentation des questionnaires

Le premier questionnaire comporte 13 questions à choix multiples facilement exploitables et six questions ouvertes qui laissent la possibilité aux sages-femmes interrogées de m'apporter leur avis.

Le deuxième questionnaire se compose de 45 questions ouvertes et fermées en proportion égale. Les questions ouvertes permettaient à chacune d'exposer les difficultés rencontrées et son mode réel d'exercice.

II. 1. d. Lieu et période de l'enquête

II. 1. d. 1. Le premier questionnaire

Actuellement 65 sages-femmes travaillent dans le secteur libéral en Normandie, réparties de manière disparate sur la région.

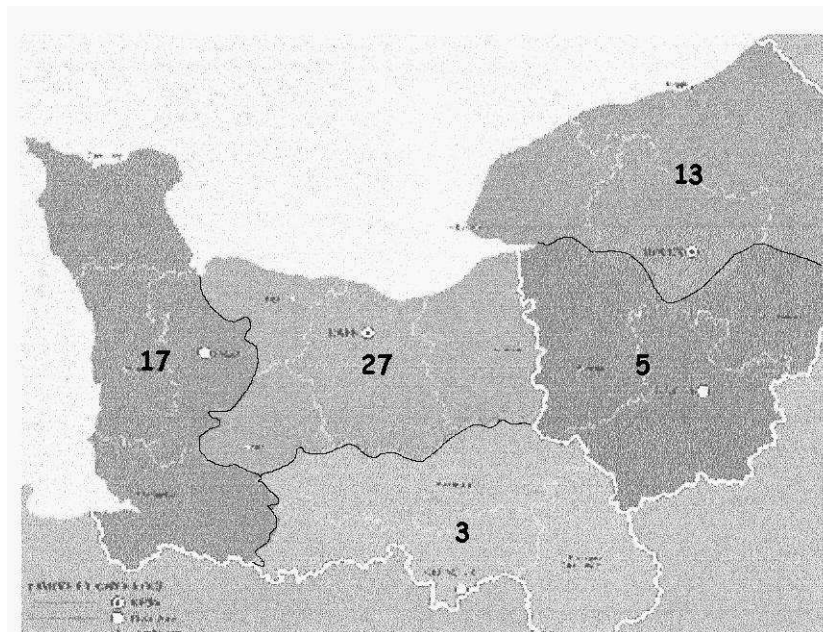


Figure 1 : Les sages-femmes libérales en Normandie

La liste fut obtenue par recoupement entre les données du conseil de l'ordre des sages-femmes et les pages jaunes de l'annuaire.

Puis un questionnaire a été envoyé par courrier à chacune entre le 11 et le 15 octobre 2004, accompagné d'une enveloppe timbrée pour le retour. La réponse était demandée pour le 10 novembre, soit presque un mois plus tard. L'arrêt du recueil a, en fait, eu lieu un mois plus tard le 12 décembre, car les retardataires étaient assez nombreuses.

Le taux de réponses est de 80% avec 52 questionnaires reçus.

II. 1. d. 2. Le deuxième questionnaire

Ce questionnaire s'adressait aux sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global.

L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales a mis à ma disposition une liste de sages-femmes ayant émis le souhait de pratiquer l'accompagnement global. Cette liste qui datait de trois ans, ne reflétait pas forcément la réalité. En effet rien n'oblige une sage-femme libérale voulant pratiquer l'accompagnement global à le signaler.

Une association de parents défendant l'accompagnement global m'a également fourni une liste de sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile.

Pour finir ma tutrice m'a permis d'ajouter quelques noms à ceux que je possédais déjà.

J'ai envoyé un questionnaire à chacune de ces sages-femmes, sachant que toutes ne le pratiquaient pas réellement.

Le questionnaire et une enveloppe timbrée pour le retour, leur ont été adressés le 3 décembre 2004, avec une demande de réponse pour le 20 décembre, soit environ 15 jours plus tard.

En fait le recueil a été arrêté le 21 janvier, c'est-à-dire après un mois de délai supplémentaire.

Au total j'ai envoyé 72 questionnaires et ai obtenu 56 réponses, soit un taux de réponses de 77.7%.

Sur ces 56 réponses, certaines émanaient de sages-femmes qui ne pratiquaient pas l'accompagnement global contrairement à leur projet. Je les ai éliminées pour ne retenir que les réponses de sages-femmes pratiquant l'accompagnement global et celles des sages-femmes ayant cessé de le pratiquer afin de comprendre les raisons de cet arrêt.

Quarante-deux questionnaires sont donc exploitables. Sur les 42 sages-femmes qui ont répondu, 34 proposent toujours cette activité et huit ont décidé d'arrêter.

II. 2. Résultats du questionnaire adressé aux sages-femmes libérales de Normandie

52 SF libérales installées en Normandie m'ont retourné le questionnaire.

II. 2. a. Renseignements

Répartition territoriale

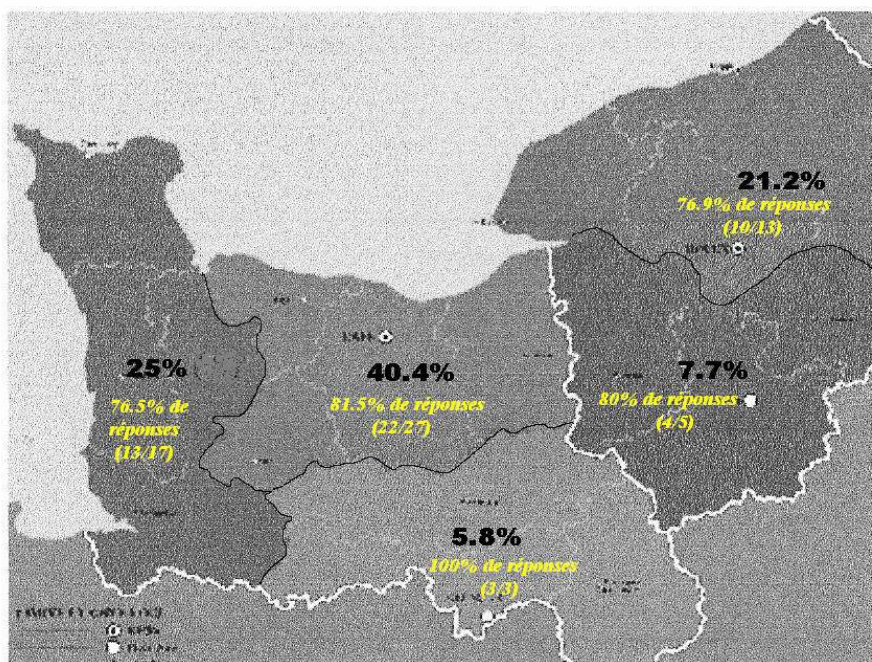


Figure2 : Les SF libérales interrogées.

Répartition des âges

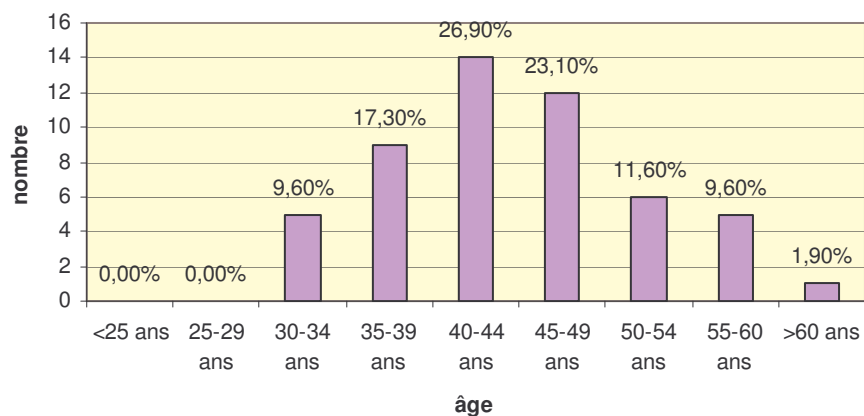


Figure 3 : Ages des SF interrogées

La moitié des SF ont entre 40 et 49 ans.

Formations suivies

Quarante-huit SF, soit 92.3% d'entre elles, ont suivi des formations complémentaires après leur diplôme d'état. Elles ont suivi en moyenne 3,4 formations complémentaires.

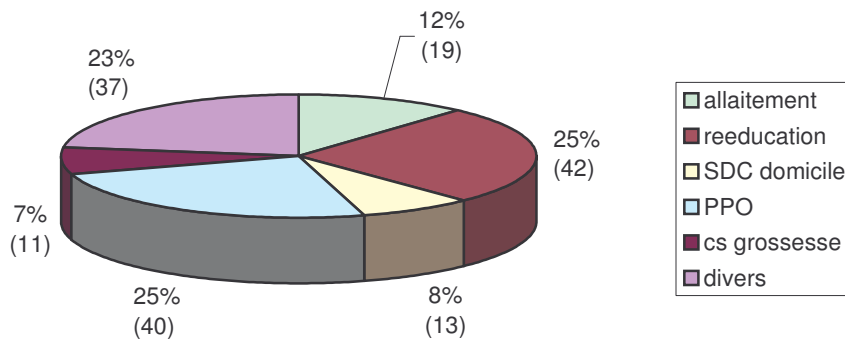


Figure 4 : Les différentes formations suivies

La catégorie « divers » comprend, entre autres, l'acupuncture (6 SF), des formations ayant trait à l'écoute, la communication ou encore la psychologie (6 SF), l'homéopathie (4 SF), la sexologie (3 SF), les massages du bébé (3 SF), un DIU de périnatalité (3 SF), l'échographie (2SF) et l'ostéopathie (2SF).

Parmi les quatre SF n'ayant pas suivi de formations complémentaires, deux sont installées en libéral depuis moins de cinq ans. Les deux autres sont sages-femmes libérales depuis 10 à 19 ans.

Cursus professionnel

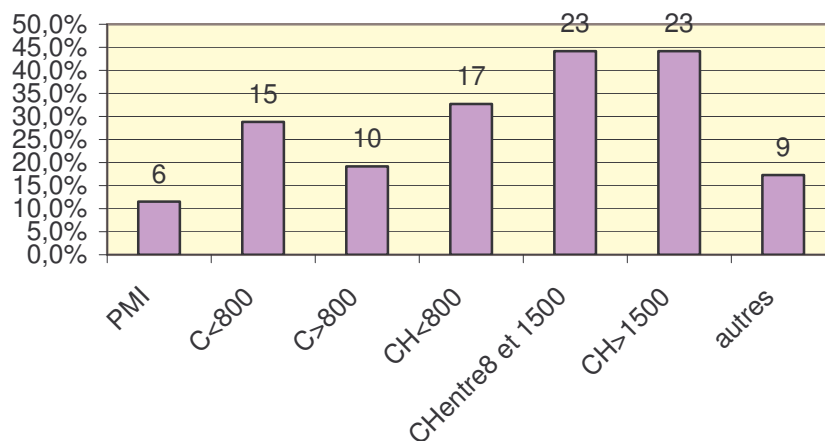


Figure 5 : Parcours professionnel des SF interrogées.

Le résultat dépasse 100% puisque des SF ont pu avoir plusieurs activités différentes avant d'opter pour le libéral.

La catégorie « autres » comprend :

- ✓ une sage-femme cadre
- ✓ une déléguée à l'information médicale
- ✓ une enseignante
- ✓ quatre SF ayant remplacé des sages-femmes libérales
- ✓ deux SF ayant travaillé dans le cadre de missions humanitaires ou dans des dispensaires (Madagascar, Mauritanie, Liban, Soudan, Haïti)

II. 2. b. Activité libérale

Durée d'exercice en libéral

Tableau I : Date d'installation

Durée	< 5 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	>25 ans
Fréquence	27	10	6	6	2	1
Pourcentage	51.9%	19.2%	11.5%	11.5%	3.8%	1.9%

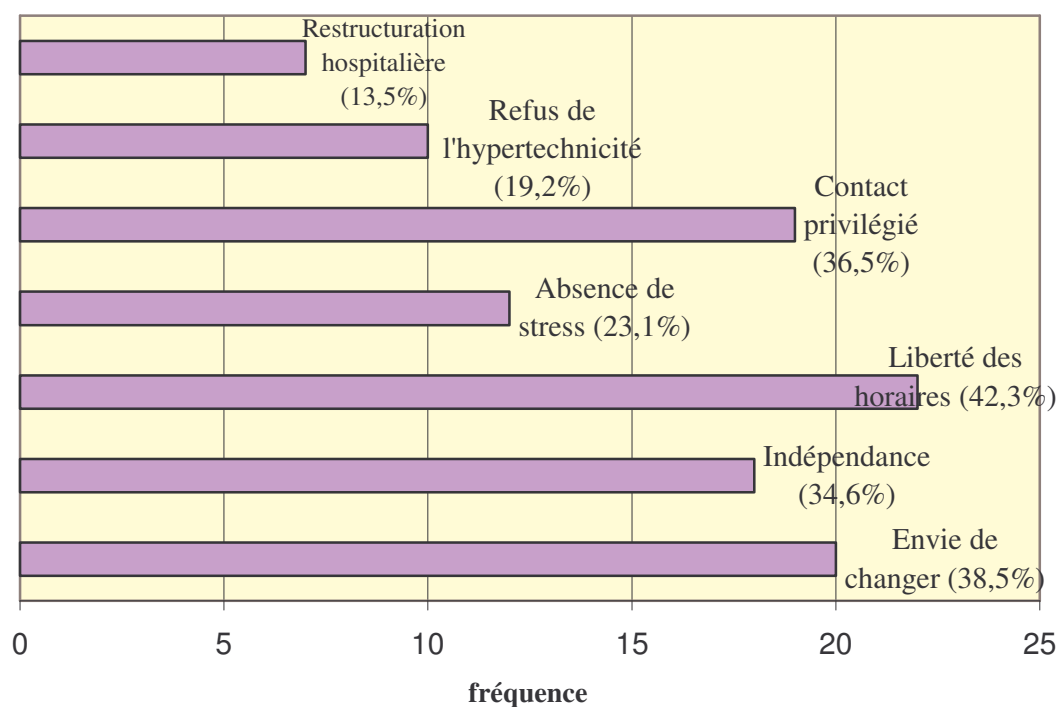
Ancienneté au moment de l'installation en cabinet libéral

Le nombre d'années qui s'est écoulé entre l'obtention du diplôme et l'installation en libéral est résumé dans le tableau II.

Tableau II : Nombre d'années de diplôme.

Temps	< 5 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	>25 ans
Fréquence	4	11	13	11	10	3
Pourcentage	7.7%	21.2%	25%	21.2%	19%	5.8%

Motifs d'installation en cabinet libéral



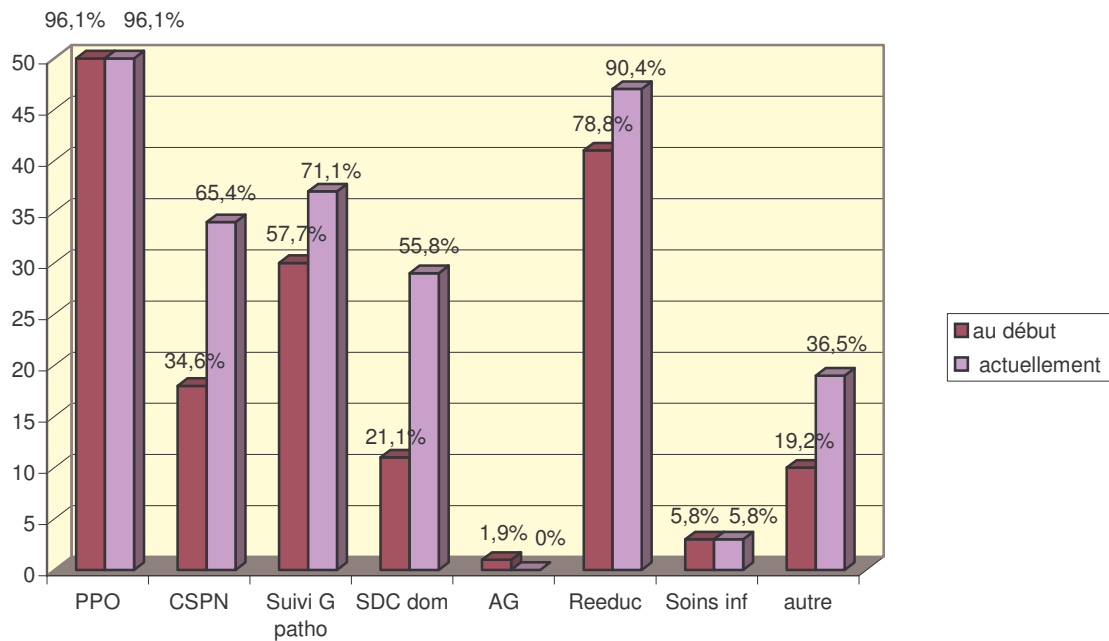
Figure

6 : Raisons de l'installation

Certaines SF ont donné plusieurs raisons, le total dépasse donc 100%.

Activités proposées

Les SF proposent diverses prestations à leurs patientes. Ces prestations peuvent évoluer avec le temps. Elles sont résumées dans la figure 7.



F

figure 7 : Activités proposées

Trois SF proposaient au début de leur installation des consultations d'allaitement ; actuellement, elles sont dix à proposer cette activité.

Une seule SF assurait des consultations de nourrissons alors qu'elles sont désormais trois.

II. 2. c. Connaissance et perception de l'accompagnement global

Connaissance

98.1% des SF interrogées (51) disent connaître l'accompagnement global. En fait, une seule SF dit ne pas connaître l'accompagnement global.

Définition

Toutes les SF connaissant l'accompagnement global, en ont donné la même définition : « Accompagnement ou prise en charge de la femme ou du couple du début de la grossesse jusqu'aux suites de couches, accouchement compris. »

Désir de pratiquer l'accompagnement global

Quatorze SF, soit 26.9%, ont déjà envisagé de pratiquer l'accompagnement global. Les 38 autres ne le désirent pas.

- ✓ les 14 SF, qui l'ont envisagé, ne le proposent pas pour les raisons suivantes :

Tableau III : Raisons faisant hésiter à pratiquer l'accompagnement global.

Raisons	Démarches en cours	Contraintes administratives	Absence d'assurances	Absence d'accès plateau technique	Autres
Fréquence	0	2	1	11	12
Pourcentage	0%	14.3%	7.1%	78.5%	85.7%

Les autres raisons les plus souvent citées sont : la difficulté d'organisation familiale, la trop grande responsabilité et la faible rentabilité.

- ✓ Les 38 qui n'ont jamais envisagé de pratiquer l'accompagnement global avancent les idées suivantes:

Tableau IV : Raisons évoquées pour refuser l'accompagnement global.

Raisons	Investissement personnel	Manque d'assurance personnelle	Insécurité de l'accouchement à domicile	Responsabilités juridiques	Faible rentabilité financière	Autres
Fréquence	29	8	24	22	7	9
Pourcentage	76.3%	21%	63.1%	57.9%	18.4%	23.7%

Parmi les autres raisons évoquées, on retrouve l'absence d'accès à un plateau technique, le manque de disponibilité et l'astreinte permanente.

Sollicitation par les patientes

76.9 % des SF interrogées disent avoir déjà été sollicitées par des patientes pour un accompagnement global.

Parmi les 40 qui ont eu des demandes d'accompagnement global :

- ✓ sept ont remarqué une augmentation des demandes (17.5%)
- ✓ deux ont plutôt noté une diminution des demandes (5%)
- ✓ trente trouvent cette demande stable (75%)
- ✓ une sage-femme n'a pas pu me répondre puisque récemment installée, elle n'avait reçu qu'une sollicitation.

II. 2. d. Dans l'avenir

Pratique de l'accompagnement global à plus ou moins long terme

Cinq SF, soit 9.6% d'entre elles, pensent pratiquer l'accompagnement global dans l'avenir.

Trente SF (57.7%) ne l'envisagent pas.

Dix-sept d'entre elles (32.7%) ne savent pas ce qu'il en sera.

Raisons incitatives pour cette pratique

Parmi les raisons qui inciteraient les SF à cette pratique, l'accès à un plateau technique est le plus souvent cité. Plusieurs réponses étaient possibles.

Tableau V : Raisons qui pourraient motiver cette pratique

Raisons	Revalorisation du forfait d'accouchement	Accès facilité aux plateaux techniques	Diminution du prix des assurances	Sollicitation plus importante	Formation adaptée	Aucune	Autres
Fréquence	10	29	19	11	13	19	11
Pourcentage	20%	58%	38%	22%	26%	38%	22%

Parmi les autres raisons, les plus évoquées sont l'association avec d'autres sages-femmes, le changement des mentalités et la création de maisons de naissances.

La présence d'enfants à la maison semble un frein à cette pratique.

Type d'accouchement

Si elles pratiquaient l'accompagnement global, la moitié des SF souhaiteraient que l'accouchement se passe dans une maison de naissances.

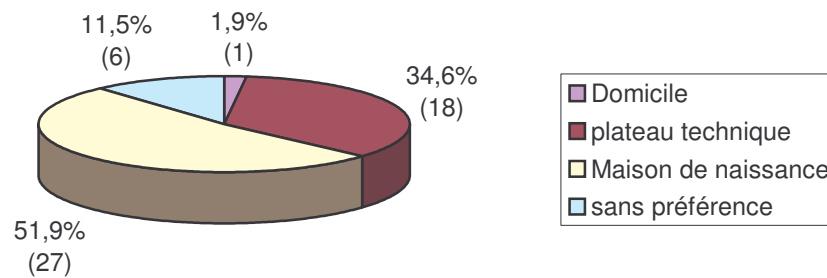


Figure 8 : Lieu d'accouchement souhaité.

Avenir de l'accompagnement global en France

Vingt-neuf SF (55.8%) ont souhaité donner leur avis quant au devenir de l'accompagnement global en France.

Parmi elles, 75.8%, soit 22 SF, pensent que cette pratique va se développer. Les sept autres (24.2%) pensent que l'accompagnement global va disparaître en France.

II. 3. Résultats du questionnaire adressé aux sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global

Quarante-deux réponses à ce deuxième questionnaire étaient exploitables.

II. 3. a. Renseignements

Actualité de la pratique

Parmi les 42 SF ayant répondu, 34 pratiquent encore actuellement l'accompagnement global, soit 81%. En ce qui concerne les huit SF ayant cessé cette pratique, les raisons évoquées sont les suivantes :

Tableau VI : Motifs d'arrêt de la pratique

Motifs	Absence d'assurances	Absence de plateau technique	Contrainte familiale	Volonté d'association	Fatigue
Fréquence	4	2	2	3	3
Pourcentage	50%	25%	25%	37.5%	37.5%

Cinq des SF ayant arrêté (62.5%) jugent cet arrêt comme réversible si les raisons évoquées ci-dessus se trouvaient modifiées.

Répartition territoriale

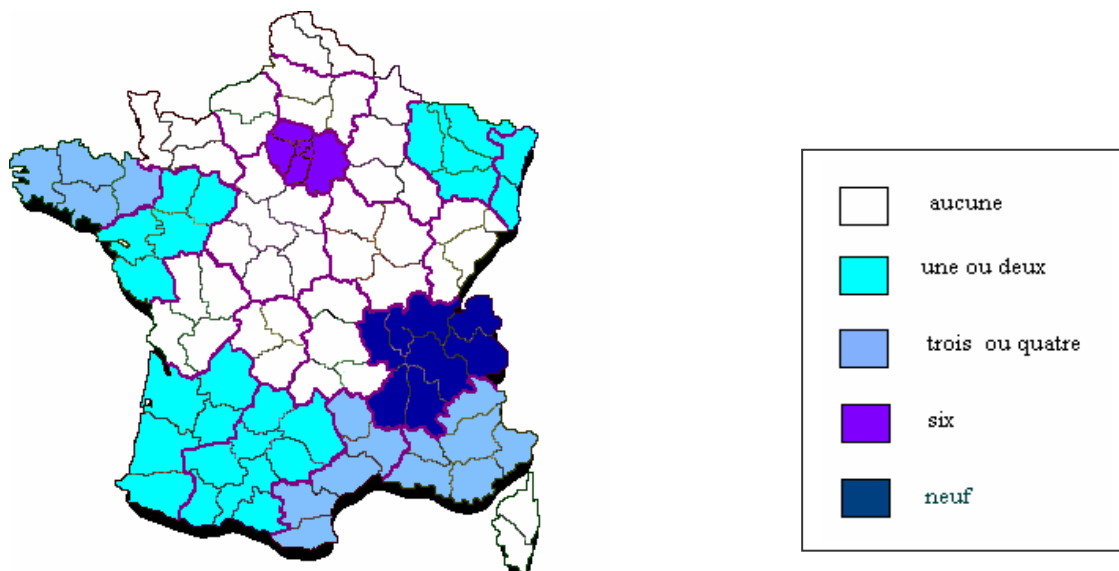


Figure 9 : Répartition par région des SF pratiquant l'accompagnement global actuellement

Une SF propose l'accompagnement global en Guadeloupe.

Répartition des âges

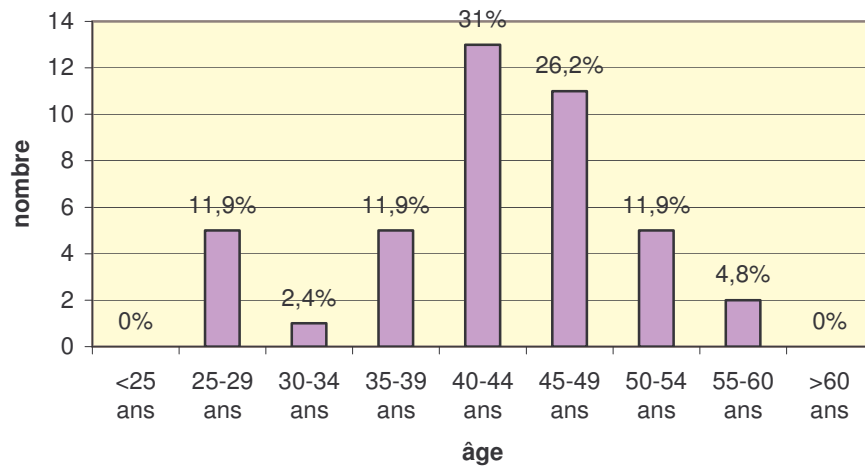


Figure 9 : Age des sages-femmes.

Formations suivies

97.6% des SF (41) ont suivi des formations complémentaires après l'obtention de leur diplôme d'état. Elles ont suivi en moyenne 2,9 formations complémentaires. Une seule n'en a pas suivi.

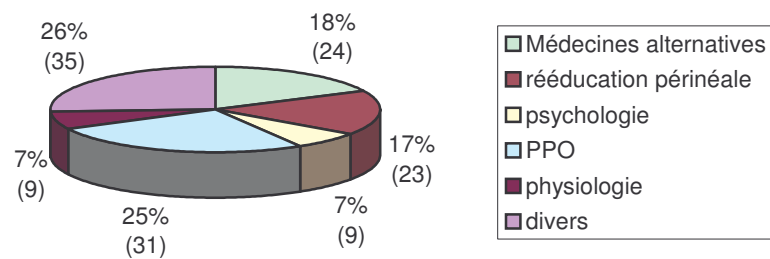


Figure 10 : Proportion des différentes formations suivies

Dans la catégorie « divers », se trouvent la nutrition (6 SF), les consultations de grossesse (6 SF), l'échographie (4 SF), la réanimation néonatale (3 SF), la sexologie (3 SF), l'allaitement (3 SF), la contraception (3 SF), les massages du bébé (3 SF), les consultations du nouveau-né et du nourrisson (2 SF).

Les «médecines alternatives» englobent l'homéopathie, l'aromathérapie, l'acupuncture, l'ostéopathie.

Cursus professionnel

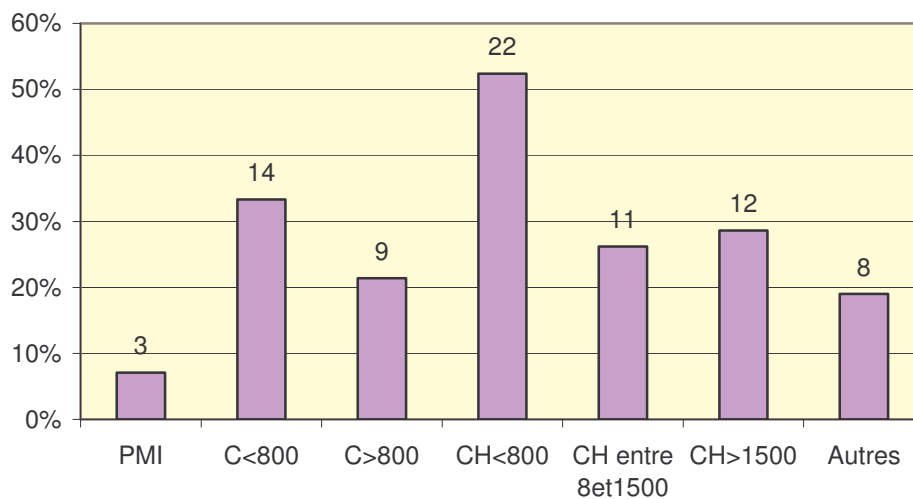


Figure 12: Parcours professionnel.

La catégorie « Autres » comprend :

- ✓ Une directrice de crèche
- ✓ Une formatrice en rééducation périnéale et PPO
- ✓ Un remplacement en libéral
- ✓ Deux sages-femmes ayant travaillé dans des dispensaires ou orphelinats
- ✓ Une sage-femme ayant travaillé en Israël
- ✓ Une sage-femme ayant fait de l'intérim

II. 3. 6. Activité libérale

Durée de l'exercice libéral

Tableau VII : Durée d'exercice en libéral

Durée	<5 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	>25 ans
Fréquence	9	11	11	6	3	2
Pourcentage	21.4%	26.2%	26.2%	14.3%	7.1%	4.8%

Ancienneté au moment de l'installation en libéral

Le tableau VIII indique le nombre d'années de diplôme au moment de l'installation en libéral.

Tableau VIII : Nombre d'années de diplôme.

Temps	<5 ans	5-9 ans	10-14 ans	15-19 ans	20-24 ans	>25 ans
Fréquence	20	5	11	5	1	0
Pourcentage	47.6%	11.9%	26.2%	11.9%	2.4%	0%

Motif d'installation en cabinet libéral

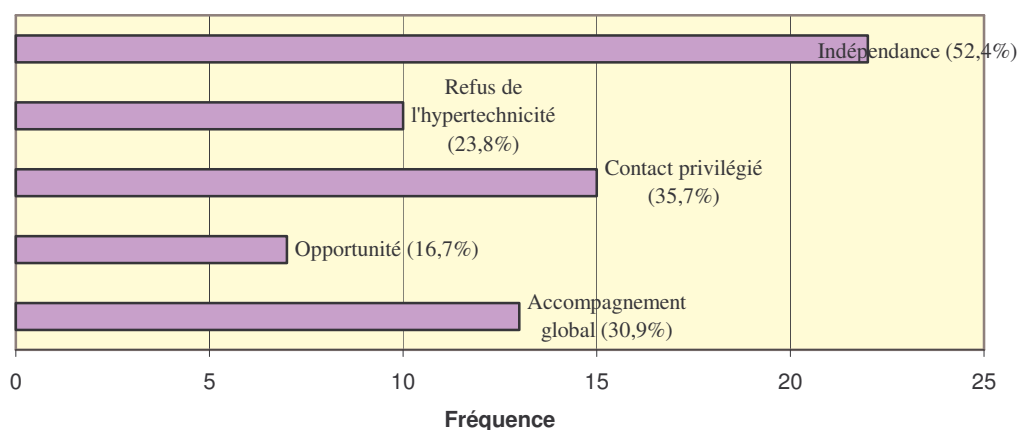
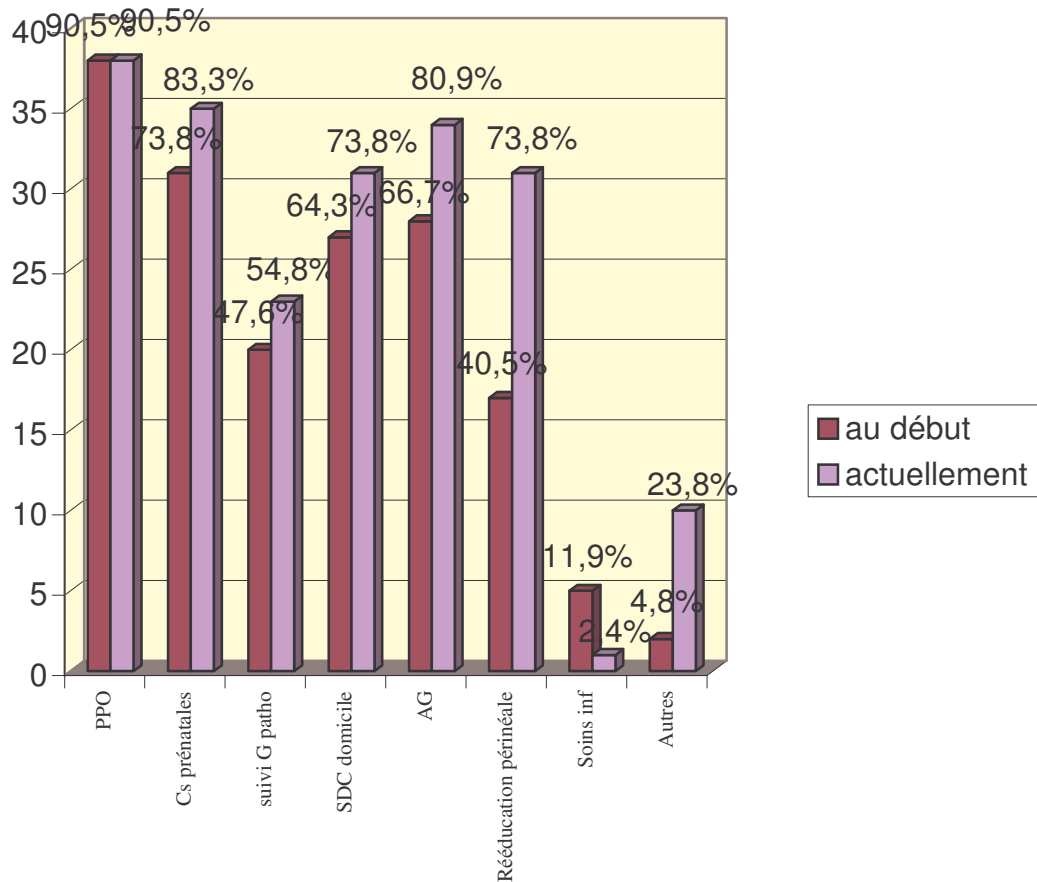


Figure 13 : Motifs d'installation évoqués par les SF pratiquant l'accompagnement global.

Certaines sages-femmes ont donné plusieurs raisons, le total dépasse donc 100%.

Activités proposées



Fi

Figure 14 : Evolution des activités proposées par les SF libérales pratiquant l'accompagnement global

Les activités proposées se sont diversifiées avec des consultations d'allaitement maternel, de soutien familial, voire de préparation au projet d'enfant. Deux sages-femmes proposent le massage des bébés et deux autres des consultations de l'enfant jusqu'à ses deux ans.

II. 3. c. Accompagnement global

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

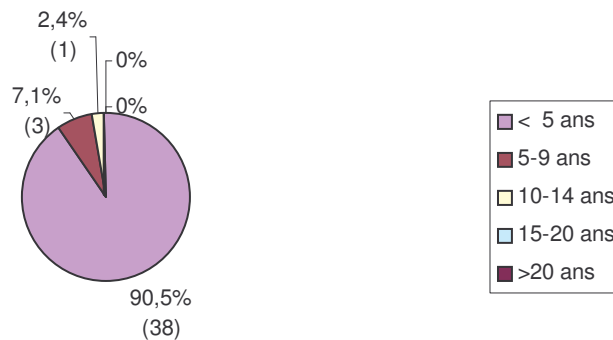


Figure 15 : Délai entre l'installation et la pratique de l'accompagnement global

Association avec d'autres sages-femmes

47.6% des SF interrogées sont associées ce qui représente 20 SF sur les 42.

Le but de cette association est le souhait de partager l'astreinte, le besoin d'échanger, d'avoir un soutien moral. Certaines y trouvent plus de sécurité, au moment de l'accouchement puisque cela permet d'être deux.

Cette association est aussi motivée par l'augmentation des demandes et donc de la charge de travail.

Travail en réseau avec d'autres professionnels de santé

73.8% des sages-femmes, soit 31 d'entre elles, travaillent en réseau avec des gynécologues obstétriciens, des pédiatres, des ostéopathes.

Les raisons de ce travail en réseau sont la complémentarité des différents participants, l'échange afin de répondre au mieux aux besoins des patientes, la possibilité de passer le relais en cas de dépassement des compétences.

Durée d'exercice de l'accompagnement global

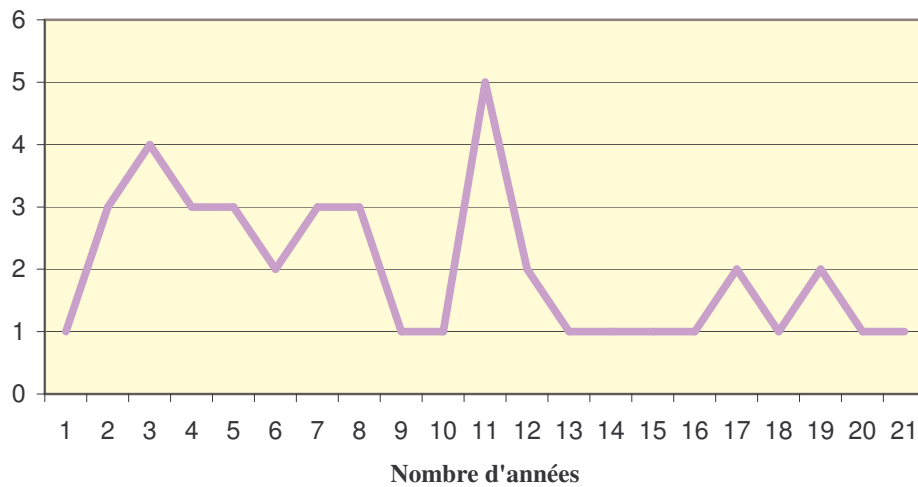


Figure 16 : Nombre d'années d'exercice de la pratique.

Raisons de cette pratique

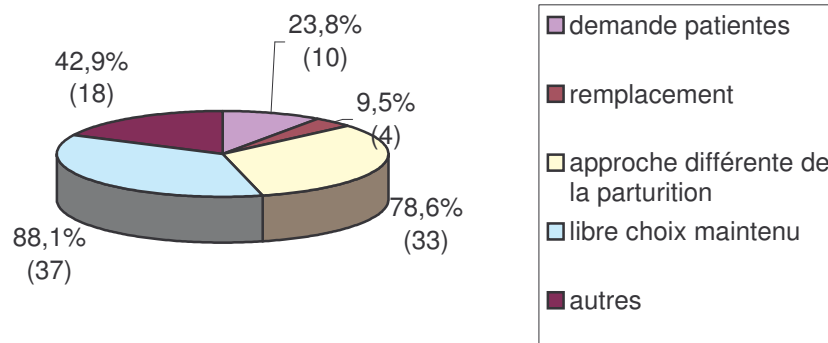


Figure 17 : Motivations à la pratique de l'accompagnement global

Comme autres raisons, les plus régulièrement citées sont

- ✓ des rencontres avec des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global,
- ✓ un désir personnel d'autonomie et de réalisation complète en tant que sage-femme
- ✓ un propre accouchement mal vécu ou encore une autre avec un antécédent personnel d'accouchement à domicile.

Difficultés rencontrées au début de cette pratique

52.4% (23 sages-femmes) disent avoir rencontré des difficultés.

Tableau IX : Difficultés rencontrées lors du démarrage de l'activité

Difficultés	Lourdeurs administratives	Faible demande	Assurances onéreuses	Organisation familiale	Accès aux plateaux techniques	Autres
Fréquence	8	3	6	10	13	7
Pourcentage	36.4%	13.6%	27.3%	45.4%	59%	31.8%

Comme autres difficultés citées, il s'agit

- ✓ de l'absence d'assurances, pour trois sages-femmes
- ✓ de la solitude, la marginalisation et la non-reconnaissance de leurs compétences pour les quatre autres.

Aides reçues lors du démarrage

59,5%, soit 25 sages-femmes, disent avoir reçu de l'aide au début de la pratique de l'accompagnement global. La plupart parlent d'un soutien de l'entourage, d'associations de parents ou de sages-femmes. Quatre sages-femmes parlent d'un accès facilité à un plateau technique.

Evolution de la pratique

✓ **Concernant les demandes**

Vingt-cinq sages-femmes (59.5%) ont noté une augmentation des demandes de patientes. Dix autres ont jugé ces demandes stables alors qu'aucune n'a noté de diminution. Plusieurs sages-femmes ont précisé que leur périmètre d'activité s'était étendu.

✓ **Concernant leur pratique elle-même**

Douze sages-femmes se trouvent de plus en plus à l'aise dans leur pratique car elles pensent avoir acquis de l'expérience.

Les autres sages-femmes parlent des difficultés liées à l'irrégularité de leur travail, à des problèmes de communication avec les établissements de santé environnants, à l'impossibilité parfois de prendre des vacances, une sage-femme pense arrêter.

Enfin certaines disent avoir « appris à ne rien faire » et à se fixer davantage de limites.

✓ **Concernant l'accès aux plateaux techniques**

Dix-sept SF n'ont pas réussi à avoir un accès à un plateau technique.

Trois autres avaient un accès mais les établissements concernés ont fermé.

Neuf sages-femmes se disent déçues, la communication étant difficile et l'administration trop pesante.

Deux sages-femmes sont satisfaites des dispositions de leur accès et trois autres sont en cours de démarche.

✓ **Concernant les assurances**

Vingt et une SF déplorent l'impossibilité pour elles de souscrire une assurance.

Six se sont vu proposer des assurances à des prix exorbitants et quatre autres auraient pu obtenir une assurance mais qui exclurait l'accouchement à domicile.

En fait, seules quatre sages-femmes déclarent avoir eu une assurance sans problème.

Une dit chercher à l'étranger.

Nombre d'accouchements par an

En moyenne, les sages-femmes pratiquent 26 accouchements par an. L'écart type est de 17,2.

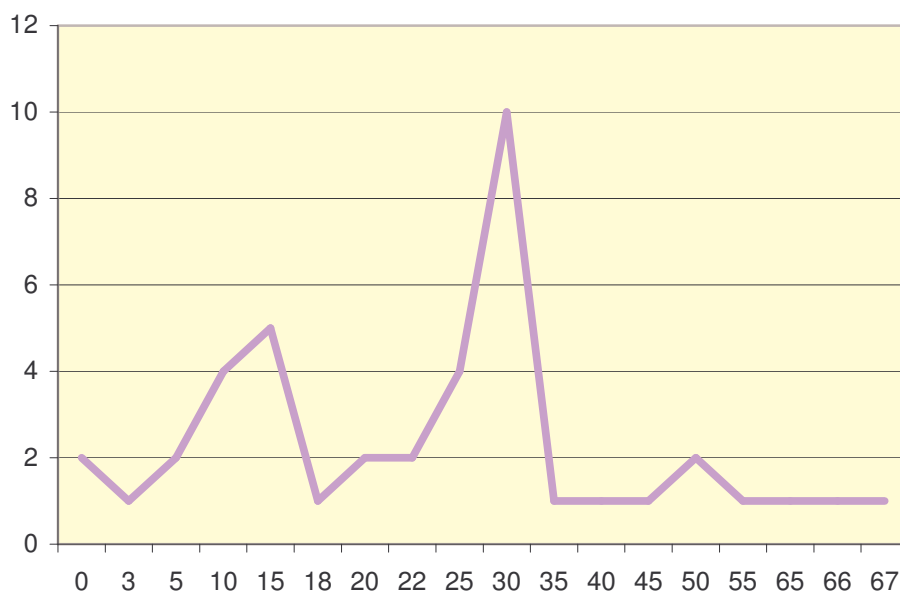


Figure 18: Nombre d'accouchements par an

Refus de prise en charge

90.5% des sages-femmes (38) ont déjà refusé de prendre en charge une ou des patientes.

Les raisons de ce refus sont variées mais toutes sont en relation avec :

- ✓ une distance trop importante entre le lieu d'exercice de la sage-femme et le lieu d'habitation de la femme enceinte
- ✓ un manque de confiance entre la sage-femme et le couple ou un des membres du couple (manque d'implication du père)
- ✓ de mauvaises conditions obstétricales
- ✓ des demandes trop nombreuses sur une même période.

Nombre de prises en charge maximales sur une même période

Les sages-femmes acceptent de prendre en charge en moyenne quatre patientes sur une même période. (52.4% d'entre elles (23) prennent en charge trois à cinq patientes)

Dix SF (23.8%) acceptent de répondre à toutes les demandes quelqu'en soit le nombre.

Critères d'exclusion

Les sages-femmes refusent de s'occuper d'une patiente ayant des antécédents médicaux ou obstétricaux pathologiques. Il en est de même pour toute pathologie apparaissant au cours de la grossesse. Plusieurs se basent sur les critères de sélection hollandais.

Toute patiente qui ne répond pas aux critères de prise en charge est dirigée vers un gynécologue obstétricien ou un établissement de santé.

De quelle manière les patientes sont-elles adressées

Les patientes prennent spontanément contact avec les sages-femmes dans 35.7% des cas. Pour 4.8% d'entre elles, les patientes sont adressées par des professionnels de santé. La démarche des autres est spontanée ou conseillée par un praticien.

Lieu de l'accouchement

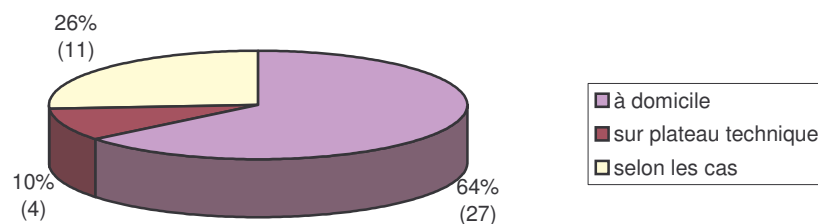


Figure 19 : Proportion des différents lieux d'accouchements

Organisation lors d'une mise en travail

Toutes sont d'astreinte 24h/24 et donnent priorité à l'accouchement. En cas de mise en travail sur les heures d'ouverture du cabinet, les rendez-vous sont reportés. Si le travail débute le soir, la nuit ou le week-end, la famille et les amis prennent en charge les enfants.

II. 3. d. Accompagnement global avec accès aux plateaux techniques

Difficultés à accéder au plateau technique

64.3% , soit 27 SF, disent avoir rencontré des difficultés à obtenir un accès à un plateau technique.

Ces difficultés sont principalement liées aux lourdeurs administratives, à l'opposition de l'équipe.

Elles ont en moyenne déposé des requêtes auprès de 1.7 établissements (écart-type de 1.7).

Elles ont essuyé en moyenne 1.3 refus (écart-type de 1.3).

Seules 50% connaissent les raisons de ces refus. Il s'agit alors d'une opposition du personnel à l'accouchement à domicile, de la peur des responsabilités médico-légales, de la mésentente due à la remise en cause réciproque des pratiques de chacun et à « la fuite de la clientèle ».

Au final

Onze SF (26.2%) ont finalement obtenu un accès à un plateau technique, le plus souvent dans des cliniques.

Une autre sage-femme y a eu accès mais à dû arrêter du fait de la fermeture de la maternité concernée.

Regrets

Sur les 27 sages-femmes ayant rencontré des difficultés, 18 disent regretter de ne pas avoir accès à un plateau technique soit 66.7%.

Parmi ces dernières, neuf déclarent vouloir continuer leurs démarches.

Déroulement d'un accouchement en plateau technique

50% disposent librement du matériel et de l'aide de l'équipe de garde sans que rien ne soit imposé.

50% se soumettent aux protocoles en vigueur dans l'établissement avec la présence d'une des sages-femmes de garde.

Choix du lieu

Ce qui détermine le choix du plateau technique est

- ✓ la proximité
- ✓ la taille de la structure (préférentiellement petite)
- ✓ un ancien lieu d'exercice.

Satisfaction dans la pratique

Sur les 12 sages-femmes ayant accès ou ayant eu accès à un plateau technique, huit se déclarent satisfaites de cette pratique.

Les quatre sages-femmes, n'étant pas satisfaites, regrettent qu'il ne soit pas possible d'avoir une réelle indépendance dans la pratique.

II. 3. e. Accompagnement global avec accouchement à domicile

Nombre d'accouchements à domicile par an

Le nombre moyen d'accouchements à domicile par sage-femme et par an est de 20.4 accouchements, avec un écart-type de 17.2.

Il faut préciser que ce chiffre varie énormément d'une année sur l'autre.

Déroulement d'un accouchement à domicile

Les mots les plus fréquemment utilisés pour décrire un accouchement à domicile sont : « physiologie », « simplement », « liberté », « respect », « accompagnement », « naturellement ».

Deux sages-femmes font appel à une autre sage-femme ou à une aide lors de l'accouchement.

Matériel nécessaire

Plus des 2/3 (32 SF) n'ont comme matériel avec elles que le strict nécessaire pour pratiquer un accouchement, suturer une déchirure périnéale et réanimer l'enfant. Les autres emportent en plus des médicaments homéopathiques, des huiles essentielles pour le massage.

Six sages-femmes possèdent un siège d'accouchement en général élaboré à partir des sièges d'accouchement hollandais.

Dispositions particulières

69% des sages-femmes (29) prennent des dispositions particulières lors d'un accouchement à domicile.

Ces dispositions sont les suivantes :

Tableau X : Différentes dispositions prises

Dispositions	Dossier et Cs ARE	Etablissement prévenu	Ambulance disponible	Voiture prête	N° d'urgence prêts
Fréquence	22	3	3	5	7
Pourcentage	75.8%	10.3%	10.3%	17.2%	24.1%

Surveillance du post-partum

La surveillance de la mère et de l'enfant dans le post-partum se déroule dans 95.3% des cas (40 SF) au domicile de la parturiente, à raison d'une visite tous les 2-3 jours pendant 7 à 10 jours.

Cotation des actes

✓ Les consultations prénatales

Les femmes suivent en moyenne 6.5 consultations prénatales auprès de la sage-femme qui sera présente pour l'accouchement. (écart-type = 2.2)

76.2% des sages-femmes (32) facturent ces consultations au tarif remboursé par la sécurité sociale, soit 15.30 €.

✓ Les séances de préparation à l'accouchement

71.4% des sages-femmes (30) proposent aux femmes enceintes de suivre huit séances de préparation à l'accouchement individuellement ou par groupes de trois au maximum. Selon les tarifs de la sécurité sociale, la première séance est facturée 38.25€ et les séances suivantes 30.60€.

✓ Les visites du post-partum

Celles-ci sont comprises dans le forfait accouchement et ne sont facturées qu'exceptionnellement en supplément si un suivi plus poussé ou prolongé est nécessaire. Dans ce cas ces consultations sont cotées sur la même base qu'une séance de préparation à l'accouchement, soit 30.60€

✓ Le forfait accouchement

Le tarif moyen du forfait accouchement est de 379.20€, sachant que la sécurité sociale remboursera 312.70€.

66.7% des sages-femmes (28) facturent l'accouchement et les visites de suites de couches au tarif de la sécurité sociale.

✓ Les autres actes

1/3 des sages-femmes (14) facturent d'autres actes comme les monitorages en fin de grossesse, les faux débuts de travail, l'amnioscopie ou la présence d'une aide lors de l'accouchement.

Dépassements d'honoraires

57.1% des sages-femmes (24) pratiquent le dépassement d'honoraires.

Pour la majorité ce dépassement est variable selon l'éloignement du lieu d'accouchement, la durée du travail et les revenus des parents.

Les raisons de ce dépassement d'honoraires sont « la faible rentabilité de l'accouchement par rapport au temps et à l'énergie fournis ».

Indemnités kilométriques

88.1% des SF (37) se font indemniser pour leurs déplacements sur les bases du tarif de la sécurité sociale.

II. 3. f. Satisfactions et propositions

Satisfaction dans la pratique

85.7% des SF (36) se disent satisfaites de leur pratique de l'accompagnement global.

Satisfaction concernant leurs revenus

42.9% des SF (18) déclarent être satisfaites de leurs revenus.

Raisons pouvant encourager l'accompagnement global

Les sages-femmes pouvaient donner plusieurs raisons, le résultat dépasse donc les 100%

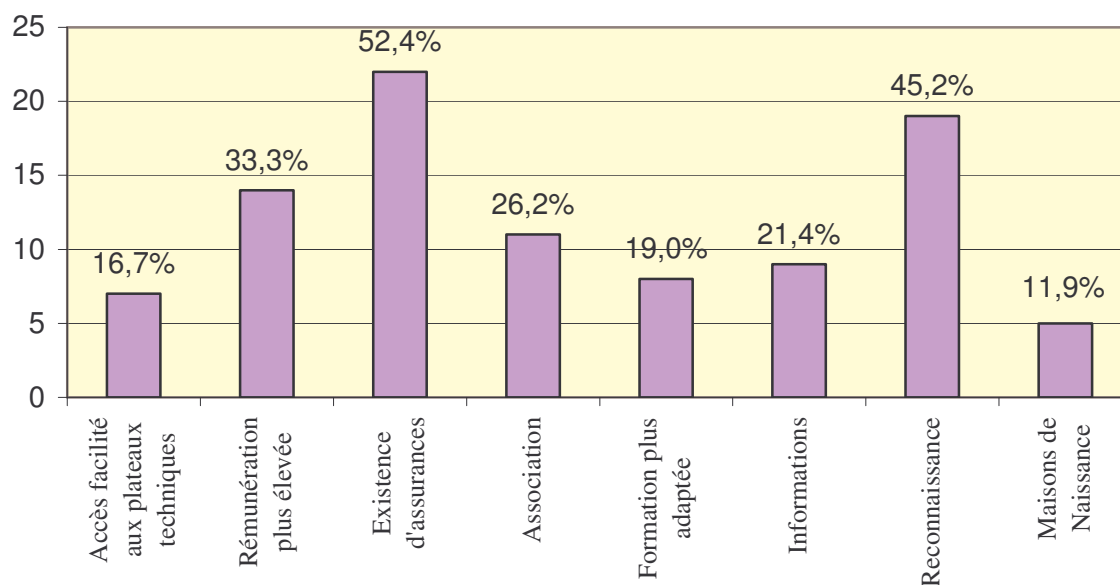


Figure 20 : Raisons qui pourraient motiver les autres SF libérales à pratiquer l'accompagnement global

III. 1. Critique de la méthodologie

Les questionnaires ont suscité l'attention des sages-femmes sollicitées puisqu'elles y ont répondu avec un certain intérêt. Le taux de réponse s'élève à 80% pour le questionnaire destiné aux sages-femmes libérales normandes et à 77.7% pour le questionnaire destiné aux sages-femmes pratiquant l'accompagnement global.

La dernière question ouverte, commune aux deux questionnaires leur permettait de s'exprimer librement suite au remplissage de l'imprimé.

Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ou l'accompagnement global ?

Dans environ la moitié des questionnaires (48% pour le premier questionnaire et 57.1% pour le second questionnaire) les sages-femmes ont exprimé leur soutien et leur volonté d'encourager l'accompagnement global. Douze des sages-femmes libérales normandes (23,1%) désirent recevoir le bilan de cette enquête afin d'en savoir plus sur l'accompagnement global.

J'ai évité un biais de subjectivité en décidant d'interroger toutes les sages-femmes libérales de la région, quelles que soient les activités qu'elles pratiquent.

Par contre, il existe sans doute un biais dans l'étude du fait de la difficulté d'obtenir les adresses de toutes les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global en France et certaines n'ont probablement pas été interrogées.

Enfin il est possible que certaines questions du second questionnaire (n°21, 22 et 32) aient été mal interprétées puisque certaines réponses étaient inappropriées ou se contredisaient. Cette incompréhension peut provenir d'une formulation insuffisamment claire dans l'énoncé des questions ce qui induit un biais supplémentaire dans l'étude de cette enquête. Par ailleurs, plusieurs sages-femmes m'ont exprimé leur difficulté à tout décrire et auraient préféré un entretien afin de mieux s'expliquer.

III. 2. Discussion des résultats

Le but de ce mémoire était de faire un état des lieux de l'accompagnement global actuellement en France et des difficultés que rencontrent les sages-femmes libérales qui le pratiquent, ainsi que d'essayer de comprendre pourquoi aucune sage-femme ne propose cette activité en Normandie.

III. 2. a. Profil des sages-femmes interrogées

La répartition territoriale des sages-femmes interrogées montre une concentration plus importante dans des zones de plus forte urbanisation.

En effet, plus de 40.4% des sages-femmes libérales de Normandie travaillent dans le Calvados, principalement autour de Caen. Les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global exercent surtout dans la région parisienne et dans le sud-est du pays.

Ceci s'accorde avec la répartition territoriale des sages-femmes libérales en 2002. Plus de 35% exerçaient dans des agglomérations de 200 000 à 2 000 000 d'habitants et 16 % dans la région parisienne [31].

La moitié des sages-femmes interrogées ont entre 40 et 49 ans dans les deux populations, ce qui correspond aux données pour l'ensemble du pays en 2003. 59.6% des sages-femmes travaillant en cabinet de groupe avaient entre 40 et 59 ans et 51.2% de celles travaillant dans des cabinets individuels étaient dans la même tranche d'âge [21].

Il est à noter qu'aucune sage-femme libérale normande n'a entre 25 et 29 ans alors que cinq sages-femmes, soit 11.9%, proposant l'accompagnement global appartiennent à cette tranche d'âge.

On peut supposer que le désir de pratiquer l'accompagnement global chez ces sages-femmes existait dès les études de sage-femme.

Les deux populations ont suivi environ trois formations complémentaires.

Les sages-femmes libérales normandes ont principalement suivi des formations concernant la rééducation périnéale et la préparation à la naissance. Les sages-femmes

pratiquant l'accompagnement global ont pour beaucoup suivi ces formations mais également des formations concernant les « médecines alternatives » (18% contre 6.2%).

Ceci peut s'expliquer par une volonté de résoudre les petits maux de la grossesse sans l'intervention de la « médecine traditionnelle », dans un souci de globalité du suivi de grossesse.

Au vu des cursus professionnels de chaque population, nous remarquons que 44% des sages-femmes libérales normandes (23) ont travaillé dans des centres hospitaliers pratiquant entre 800 et 1500 accouchements par an ou dans des centres hospitaliers de plus de 1500 accouchements par an.

Par contre seules 25% des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global (11) ont exercé dans des centres hospitaliers réalisant entre 800 et 1500 accouchements par an et 29% (12) dans des centres hospitaliers de plus de 1500 accouchements par an.

De même, seules 32% (17) des sages-femmes libérales de Normandie ont travaillé dans des centres hospitaliers de moins de moins de 800 accouchements par an, contre 52%, soit 22 sages-femmes parmi celles pratiquant l'accompagnement global

Il semblerait que les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global soient davantage issues de petites structures. Du fait de la taille restreinte de l'équipe obstétricale, il y est plus facile d'assurer un accompagnement global de la grossesse.

III. 2. b. Activité libérale

Alors que les deux populations sont de la même tranche d'âge, la durée d'exercice est différente.

51.9% des sages-femmes libérales normandes exercent en libéral depuis moins de cinq ans. Par contre la moitié des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global exercent en libéral depuis 5 à 14 ans.

Il semblerait que l'installation en libéral soit comme une seconde carrière pour les sages-femmes normandes alors que ce serait un choix plus précoce pour les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global.

Cette hypothèse est confirmée par les différences d'ancienneté. De plus il faut préciser que les sages-femmes, qui ont trois enfants, s'installent assez souvent en cabinet après avoir pris leur retraite de la fonction publique.

Seuls 7.7% des sages-femmes libérales normandes avaient moins de cinq ans de diplôme au moment de leur installation en libéral alors qu'elles étaient 47.6% parmi les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global.

Les motifs d'installation en libéral divergent également.

Chez les sages-femmes libérales de Normandie, les principaux évoqués sont une plus grande liberté des horaires, une envie de changer et un contact privilégié avec les patientes.

Chez les sages-femmes proposant l'accompagnement global, il s'agit surtout d'une volonté d'indépendance, du contact privilégié avec les patientes et de pratique de l'accompagnement global.

On peut supposer que les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global se sont installées en libéral dans le but de proposer cette activité.

Les sages-femmes libérales normandes ont diversifié leurs activités proposant plus, désormais, de consultations prénatales et de suites de couches à domicile qu'à leur installation.

Cette augmentation existe, mais est moins importante chez les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global. Ceci est probablement dû au fait que ces dernières proposaient plus souvent ces activités dès le début de leur installation et que ces deux activités s'inscrivent dans l'accompagnement global.

Il est aussi à noter que les 2/3 de ces sages-femmes ont commencé l'accompagnement global dès le début de leur exercice libéral, ce qui confirmerait l'hypothèse précédente selon laquelle elles se seraient installées en libéral pour pratiquer l'accompagnement global, d'autant plus que pour 90.5% des sages-femmes, moins de cinq ans se sont écoulés entre leur installation en libéral et la pratique de l'accompagnement global.

III. 2. c. Accompagnement global

L'accompagnement global est une activité connue (98.1% des sages-femmes libérales normandes interrogées disent en avoir connaissance et en apportent une définition correcte.), mais peu pratiquée.

Toutes les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global n'ont pas été recensées parce que non connues ou n'ayant pas répondu à mon questionnaire.

En extrapolant, on peut considérer que 50 à 60 sages-femmes pratiquent actuellement l'accompagnement global en France soit 2.3% à 2.7% des sages-femmes libérales. Or 26.9% des sages-femmes normandes interrogées disent avoir envisagé cette pratique.

Ceci montre que l'accompagnement global intéresse un certain nombre de sages-femmes, qui finalement ne le pratiquent pas du fait des nombreuses difficultés rencontrées lors du démarrage et de la pratique de cette activité.

Sur les 42 sages-femmes ayant répondu au questionnaire, huit ont arrêté cette activité mais cinq, soit 62.5%, déclarent être prêtes à la reprendre si les difficultés qu'elles ont rencontrées disparaissaient.

Ces difficultés sont donc un frein à la pratique de l'accompagnement global.

L'isolement

L'accompagnement global permet une totale autonomie d'exercice mais les sages-femmes refusent la marginalisation.

Ainsi 37.5% des sages-femmes ayant arrêté de proposer l'accompagnement global ont cessé faute d'avoir trouvé une associée.

47.6% des sages-femmes pratiquant encore l'accompagnement global sont associées afin de partager la charge de travail et d'échanger des points de vue.

Cet échange les conduit aussi majoritairement (73.8%) à s'intégrer à un réseau composé de divers professionnels de santé dans un souci de complémentarité.

Ce désir d'association se retrouve dans les raisons pouvant motiver la pratique de l'accompagnement global chez les sages-femmes libérales de Normandie.

Une telle association permettrait de partager les astreintes qui bouleversent l'organisation professionnelle et personnelle. L'astreinte permanente dissuade en effet plusieurs sages-femmes libérales de pratiquer l'accompagnement global aussi bien chez les sages-femmes ayant envisagé cette activité que chez celles n'ayant pas ce désir.

L'investissement personnel est jugé trop important chez 76.3% des sages-femmes de ce dernier groupe.

D'ailleurs ces contraintes familiales sont pour 25% des raisons d'arrêt des sages-femmes ayant pratiqué l'accompagnement global et sont évoquées par 45.4% des sages-femmes comme faisant partie des difficultés rencontrées lors du démarrage de cette activité.

La peur de l'accouchement à domicile

Les patientes sont sélectionnées selon leurs antécédents, le déroulement de la grossesse mais aussi les critères géographiques et la confiance. Ceci dans le but de restreindre au maximum la prise de risque au moment de l'accouchement.

Ce risque effraie de nombreuses sages-femmes puisque parmi les sages-femmes libérales normandes qui ne souhaitent pas pratiquer l'accompagnement global, 63.1% considèrent qu'un accouchement à domicile n'est pas sûr et 57.9% craignent les responsabilités médico-légales d'une telle pratique.

Cette idée d'insécurité explique probablement les réponses des sages-femmes libérales normandes à la question du choix du lieu d'accouchement si elles devaient pratiquer l'accompagnement global. Seule une sage-femme pratiquerait des accouchements à domicile alors qu'elles sont 45, soit 86.5% à préférer le plateau technique ou la maison de naissance.

Cette répartition est totalement différente de la réalité des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global puisqu'elles sont 64% (27) à accompagner les patientes pour des accouchements à domicile contre 10% (4) à avoir un accès à un plateau technique.

L'accès aux plateaux techniques

Le faible taux de sages-femmes ayant accès à un plateau technique s'explique par les difficultés rencontrées lors des démarches pour l'obtention de l'accès à ce plateau.

64.3% (27) des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global ont rencontré des difficultés telles des lourdeurs administratives et une opposition de l'équipe obstétricale de l'établissement.

Seules 50% des sages-femmes ayant déposé des requêtes ont obtenu les explications de ce refus. La pression médico-légale se révèle faire partie des raisons les plus évoquées, ainsi que la mésentente entre la sage-femme concernée et l'équipe en place dans la pratique de l'accouchement.

En fait 26.2% des sages-femmes ont obtenu un accès mais seule la moitié d'entre elles se disent satisfaites de leur pratique.

Pourtant 66.7% des sages-femmes ayant fait les démarches regrettent de ne pas avoir d'accès et 50% de celles-ci désirent continuer les démarches.

L'accès est facilité dans les petites structures et surtout dans les anciens lieux d'exercice. Cet état de fait peut s'expliquer par un climat de confiance préétabli entre l'équipe obstétricale et la sage-femme ainsi que la taille de l'établissement qui entraîne un environnement plus familial.

Cette facilité d'accès est d'ailleurs évoquée parmi les aides au démarrage de cette activité, mais est le premier obstacle rencontré par les sages-femmes ayant été confrontées à des difficultés.

L'absence d'accès aux plateaux techniques est pour 78.5%, soit 11 sages-femmes libérales normandes, un frein à la pratique de l'accompagnement global.

Un accès plus facile serait une raison incitative majeure (58% soit 29 sages-femmes) à la pratique de l'accompagnement global chez les sages-femmes libérales de Normandie, alors qu'il ne serait une raison encourageante de cette pratique que pour 16.7% des sages-femmes proposant l'accompagnement global.

Cette divergence vient sûrement du fait que les sages-femmes n'ayant pas obtenu d'accès sont déçues et découragées et ne jugent plus cette modalité de l'accompagnement global intéressante.

La rentabilité

La rentabilité de cette pratique est faible. Pourtant cette raison n'est pas évoquée pour expliquer l'arrêt de pratique de l'accompagnement global, ni comme étant dissuasive pour les sages-femmes libérales normandes.

Elle ne nécessite pas d'investissement matériel important puisque pour un accouchement à domicile, les sages-femmes n'apportent que le strict nécessaire.

Par contre l'investissement en temps et en énergie est important, avec une astreinte permanente, une mobilité importante et une prise en charge personnalisée.

La sage-femme ne peut prendre en charge pour un accompagnement à l'accouchement qu'un nombre limité de patientes avec une moyenne de 20.4 accouchements par an.

La sécurité sociale a fixé le remboursement du forfait d'accouchement à 312.70€, ce forfait comprenant le travail, l'accouchement et les suites de couches à domicile. Il est à noter que le prix d'un accouchement et des suites de couches dans une maternité a été estimé à 2050€ [32].

Ainsi, alors que 85.7% des sages-femmes proposant l'accompagnement global se déclarent satisfaites de leur pratique, seules 42.9% de disent satisfaites de leurs revenus. Cette faible rentabilité explique que plus de la moitié d'entre elles pratiquent le dépassement d'honoraires.

Ces sages-femmes pensent à 33.3% qu'une augmentation des rémunérations inciterait les sages-femmes libérales à la pratique de l'accompagnement global. Pourtant cette raison n'est citée que par 20% des sages-femmes libérales normandes, et la faible rentabilité de cette activité n'est évoquée que par 18.4% d'entre elles comme obstacle à cette pratique.

Les assurances

L'absence d'assurances est l'obstacle majeur à la pratique de l'accompagnement global en France, actuellement.

50% des sages-femmes ayant cessé cette activité évoquent cette difficulté pour expliquer cet arrêt.

Les assurances jugent un accouchement à domicile peu sûr et rappellent les risques encourus par la femme et l'enfant lors de l'accouchement. Pourtant les sages-femmes prennent des dispositions sécuritaires avant la mise en travail dont, pour 75.8% d'entre elles,

la création d'un dossier obstétrical et une consultation avec un anesthésiste dans l'établissement le plus proche du domicile de la patiente.

Les réticences des assurances ne s'arrêtent pas à l'accouchement à domicile, qu'elles refusent d'assurer depuis 2001, puisque depuis 2003 elles refusent également d'assurer les accouchements ayant lieu dans un plateau technique.

Ce refus a probablement contraint plusieurs sages-femmes désireuses de pratiquer l'accompagnement global à ne pas « franchir le pas ».

En effet, il fait partie des difficultés rencontrées par les sages-femmes les plus récemment installées (27.3%), mais fait aussi partie des raisons dissuasives pour le démarrage de cette activité (38% des sages-femmes libérales de Normandie).

Actuellement seules quatre des 38 sages-femmes pratiquant l'accompagnement global sont assurées correctement, soit 10.5%.

III. 2. d. Avenir de l'accompagnement global

Aussi bien les sages-femmes libérales normandes que les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global s'accordent à dire qu'elles sont de plus en plus sollicitées par les patientes, ou du moins le nombre de demandes reste stable.

Cela montre que cette pratique répond à une demande réelle d'une partie des femmes enceintes et les sages-femmes libérales de Normandie l'ont ressenti puisqu'elles sont 75.8% à penser que l'accompagnement global va se développer.

Or les sages-femmes proposant cette alternative au suivi et à l'accouchement « classiques » sont de moins en moins nombreuses car confrontées à trop de difficultés.

La levée de ces différents obstacles stopperait ou diminuerait probablement cette vague d'arrêt de l'activité, mais pousserait également vers cette activité plusieurs sages-femmes libérales qui, bien que désireuses de le pratiquer, préfèrent renoncer.

21% des sages-femmes libérales normandes déclarent manquer d'assurance personnelle et ne se jugent pas prêtes à assumer un accouchement seule hors des structures.

La création de maisons de naissance, ou de structures similaires, et une formation encore plus axée sur la physiologie avec l'apprentissage, lors des études de sages-femmes, des

différentes postures pendant l'accouchement, par exemple, sembleraient être également de bonnes mesures incitatives de cette pratique.

Conclusion

L'accompagnement global répond aux désirs de certains couples et aux souhaits de certaines sages-femmes qui le jugent idéal pour mettre en pratique toutes leurs compétences. Pourtant cette activité est accaparante et confronte ces sages-femmes à bon nombre de difficultés. Celles-ci représentent sans doute les causes de l'insuccès de l'accompagnement global auprès des sages-femmes libérales qui refusent toutes les conséquences d'un tel sacerdoce.

Dans presque toutes les régions, des sages-femmes se sont réunies pour soutenir des projets de maisons de naissances. Des associations de parents et de sages-femmes se font de plus en plus connaître et entendre afin que l'accompagnement global perdure et se développe, pour que la naissance d'un enfant soit toujours un moment unique et magique.

Il y a peut-être là de quoi séduire, dans l'avenir, bon nombre de « passeuses de vie » actuelles ou en devenir, qui pourraient alors accompagner leurs patientes sans crainte de l'isolement et de l'accouchement à domicile.

Bibliographie

- [1] Cesbron P, Knibiehler Y. La naissance en Occident. Albin Michel Ed, Paris, 2004, pp 108-54
- [2] Coulon-Arpin M. La maternité et les sages-femmes de la préhistoire au XX ème siècle. Dacosta R Ed. Paris, 1982, pp 23-65
- [3] Cacciuttolo P. Les sages-femmes libérales et l'accompagnement global. Ecole de sages-femmes, Bourg-en Bresse, 1999
- [4] Beauvalet-Boutouyrie S. Naître à l'hôpital au XIXème siècle. Belin, Paris, 1999, pp 6-313
- [5] Mead M. La sage-femme au sein de l'Union Européenne en changement. Les dossiers de l'obstétrique 2002 ; 311 : 3-4
- [6] De Thysebaert B. Aperçu de la situation des sages-femmes libérales belges. La lettre aux adhérentes 2003 ; mars : 38
- [7] André M. Sage-femme britannique : un métier d'avant-garde. Les dossiers de l'obstétrique 2003 ; 316 : 26
- [8] Lingenheld S. L'accompagnement de la naissance aux Pays-Bas. La lettre aux adhérentes 2003 ; mars : 42
- [9] Thépault A. Gestion du risque obstétrical aux Pays-Bas et en France. La lettre aux adhérentes 2002 ; septembre : 42-53
- [10] Parois N. La sage-femme en Allemagne. Les dossiers de l'obstétrique 2002 ; 311 : 10-6
- [11] Mignot S. Naître à Vienne : entre conservatisme et spécificités locales, un système de santé efficace. Profession Sage-Femme 2001-2002 ; 81 : 4

- [12] Eppensteiner V. Les sages-femmes en Autriche. La lettre aux adhérentes 2003 ; mars : 49-50
- [13] Mignot S. Naître en Suède : une santé périnatale délocalisée, démedicalisée mais performante. Profession Sage-Femme 2003 ; 100 : 4-7
- [14] Cauvin A. La sage-femme. La lettre aux adhérentes 2003 ; Mars : 32
- [15] Georgens C. Netzwerk Europa. Les dossiers de l'obstétrique 2000 ; 288 : 58
- [16] Ramsay-Vigot K. La sage-femme aux Etats-Unis. Les dossiers de l'obstétrique 2002 ; 304 : 34
- [17] Bahia K. Réflexion sur le travail de la sage-femme algérienne. Les dossiers de l'obstétrique 2001 ; 292 : 10
- [18] Robertson A. Les sages-femmes australiennes en plein cauchemar. Les dossiers de l'obstétrique 2003 ; 312 : 29-31
- [19] Mignot S. Québec : la renaissance des sages-femmes. Profession Sage-Femme 2004 ; 108 : 4-8
- [20] Vadeboncoeur H. L'humanisation de la naissance au Québec depuis dix ans : le modèle médical persiste. Les dossiers de l'obstétrique 2003 ; 313 : 27-8
- [21] Mignot S. Démographie professionnelle : deux carrières en une. Profession Sage-Femme 2004 ; 107 : 10
- [22] Masselot-Guir A. Etats généraux de la naissance Le diagnostic des professionnels. Profession Sage-Femme 2003 ; 98 : 4-5
- [23] Lavillonière J. Organisation des soins périnataux en France. La lettre aux adhérentes 2002 ; juin : 11

[24] Janin S, Trélaün M. Commission "Naître mieux". Association femmes/ sages-femmes d'Aquitaine, Montpouillan, 1998, p 24

[25] ANDEM. Guide de surveillance de la grossesse. Paris, 1996, pp 9-42

[26] Lansac J. Les références médicales opposables en Gynécologie-Obstétrique. J Gynécol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 : 124-30

[27] O.M.S. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique Rapport d'un groupe de travail technique. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1997, pp 14-5

[28] Lavillonière J. Responsabilité civile professionnelle des sages-femmes. La lettre aux adhérentes 2003 ; mars : 16-7

[29] Jonkers H. Assurances sages-femmes Pour une stratégie commune. Les dossiers de l'obstétrique 2003 ; 312 : 19-20

[30] Randon I. Réseau sentinelle- AUDIPOG/ ANSFL 1999. La lettre aux adhérentes 2000 ; décembre : 10-4

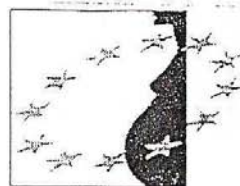
[31] Mignot S. La démographie des sages-femmes. Profession Sage-Femme 2002 ; 90 : 11

[32] Dagawa Sarr O, Tourneux V. Evaluation des coûts de la maternité en France. Entretiens de Bichat. Les dossiers de l'obstétrique 1993 ; 212 :24-8

ANNEXE I

Journal officiel des Communautés européennes. 8 juillet 1988

Résolution (doc. A2-38/88)



Charte des droits de la parturiente

Le Parlement européen,

A. conscient des efforts que déploie la Commission des Communautés européennes en vue de contribuer à ce que la vie de la femme se déroule dans les meilleures conditions possibles,

B. considérant que la méthode d'accouchement et la préparation à l'événement font, dans beaucoup d'Etats membres, l'objet de débats,

C. considérant que la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix,

D. considérant que la diminution de la mortalité périnatale qui touche tous les enfants et les parturientes en Europe s'explique en grande partie, et entre autres raisons, par l'assistance pré- et postnatale, par le type de traitement appliqué lors de l'accouchement et par les soins dispensés aux nouveau-nés, grâce aux progrès de la médecine, à la spécialisation croissante des médecins et à la formation appropriée des accoucheuses,

E. faisant toutefois part des vives inquiétudes que lui cause la mortalité élevée — qui, dans certains Etats membres, est encore en hausse — due au syndrome de mort subite des nourrissons, les bébés de 2 à 6 mois surtout, ce pour ces raisons essentielles que, d'une part, le corps médical sait, aujourd'hui encore, peu de chose au sujet des causes de cette affection et que, d'autre part, la plupart des parents en ignorent tout, quand bien même il s'agit en l'espèce de la cause principale de mortalité postnatale,

F. estimant que les facteurs psychologiques jouent un rôle important lors de l'accouchement, dans la mesure où ils

créent un climat de tension particulière selon le pays et selon la situation professionnelle, sociale et économique de la femme et de sa famille,

G. considérant que les facteurs culturels jouent un rôle important lors de l'accouchement et sont le reflet de la manière dont la société accueille le nouveau-né comme l'un de ses nouveaux membres,

H. exigeant que soit dispensé le traitement approprié à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement en fonction de ses besoins et de ses caractéristiques personnelles,

I. considérant que, même si la société a déployé des efforts considérables pour démystifier l'inquiétude au moment de l'accouchement, il semble persister un certain état psychologique de crainte ancestrale, qui s'explique par la persistance parallèle de risques pendant la grossesse et au moment de l'accouchement,

J. considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée,

K. considérant qu'aucune intervention chirurgicale (césarienne) ne doit être pratiquée lors des accouchements en milieu hospitalier, sauf en cas d'absolue nécessité,

1. estime que l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en

milieu hospitalier ou à domicile et lorsque les futurs pères et mères disposent d'une information appropriée et que chacun peut accéder gratuitement à une assistance prénatale, sur les plans préventif, médical, psychologique et social ;

2. souhaite qu'une information appropriée et complète soit largement diffusée dans les centres de consultation médicale et centres hospitaliers sur l'assistance sociale dont peuvent bénéficier les futures mères en détresse ;

3. demande à la Commission de prendre de nouvelles initiatives en vue d'arrêter une directive qui alignerait, autant que faire se peut, les dispositions législatives nationales relatives aux facilités prévues pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pour les parents sur les réglementations et les dispositions de l'Etat membre le plus avancé en la matière ;

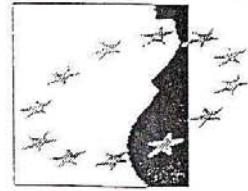
4. estime indispensable que les Etats membres procèdent en outre à une profonde révision et à un aménagement de l'ensemble de la législation relative à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement, aussi bien en ce qui concerne les services sociaux que l'équipement des centres médicaux et les soins dispensés aux nouveau-nés ;

5. estime insuffisante l'initiative de la Commission d'élaborer un code de conduite en matière de protection sociale de la maternité et demande qu'une directive soit consacrée à ce sujet ;

6. déplore le nombre sans cesse croissant de césariennes pratiquées dans la Communauté ;

7. déplore que le taux d'allaitement au

Charte des droits de la parturiente



sein soit si peu élevé dans certains Etats membres de la Communauté ;

8. souligne la nécessité de mettre en place des centres de santé pour les femmes (sur le modèle des "Well Women Centres" p.e.) afin que ces dernières puissent avoir accès aux consultations et à une bonne médecine préventive ;

9. demande en outre, à la Commission d'élaborer une proposition relative à une charte des droits de la parturiente, applicable dans tous les pays de la CEE, qui permette à toute femme enceinte d'obtenir une fiche médicale et de pouvoir ainsi choisir le pays, le lieu géographique et le centre où elle veut être traitée. Cette fiche, reprenant les droits de la parturiente, devra en outre assurer à la femme les prestations, services et droits suivants :

- une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesse et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après la grossesse,

- un diagnostic prénatal comprenant un test de floculation, une échographie et une amniocentèse gratuite et pratiquée sur une base volontaire, en accord avec la femme et conformément aux conseils du médecin,

- la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement, afin de connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sur le plan physique, ainsi que les techniques et les méthodes en usage,

- l'information, avant l'accouchement, au sujet des risques et des symptômes existants ainsi que des précautions et des médicaments à prendre — notamment ceux auxquels les services de santé assurent la gratuité —, ce en ce qui concerne les causes les plus importantes de mortalité postnatale, en général, et la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons, en particulier,

- le libre choix de l'hôpital et des modalités (position) de l'accouchement et de la façon d'allaiter et d'élever l'enfant,

- l'assistance appropriée lorsque la femme opte pour l'accouchement à domicile en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement,

- l'accouchement naturel, sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, si ce n'est pour des raisons absolument impé-

rieuses et justifiées par l'état de la parturiente et de l'enfant à naître,

- le recours à la césarienne en cas d'absolue nécessité,

- la présence, si la parturiente le souhaite, d'une personne choisie parmi le couple, les parents ou les amis, avant, pendant et après l'accouchement,

- le droit pour la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements,

- la possibilité pour la mère d'avoir son enfant à ses côtés pendant la période d'allaitement et de le nourrir selon ses propres exigences, plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux,

- le libre choix pour la parturiente de permettre d'utiliser son lait maternel pour d'autres nouveau-nés,

- la possibilité pour les membres de la famille de rendre visite à la mère et au nouveau-né, sans compromettre pour autant les soins à dispenser au nouveau-né,

- le droit à une période de congé suffisante pendant l'allaitement pour la femme qui travaille et la mise en place généralisée d'un horaire flexible,

- l'installation de salles de pédiatrie dûment équipées et disposant d'un personnel compétent pour les prématurés, dans les maternités elles-mêmes,

- un livret médical qui permette à la femme enceinte de bénéficier de soins dans tous les pays de la Communauté,

- certaines facilités, comme des interprètes pour les femmes enceintes allochtones, afin que ces dernières puissent bénéficier également des dispositions prévues ci-dessus.

10. demande aux Etats membres de laisser aux parturientes la faculté d'accoucher anonymement et, si nécessaire, d'inscrire les nouveau-nés à l'état civil sans qu'il soit fait mention des ascendants ou en tenant leur identité secrète ;

11. invite les Etats membres à protéger la parturiente en déclarant irrecevables toute demande de saisie de l'habitation, des meubles et des biens personnels ou toutes autres mesures exécutoires et afférentes, dans un délai de huit semaines avant et après l'accouchement ;

12. demande en outre aux Etats membres :

a) d'adopter les mesures appropriées en vue de favoriser la nomination de femmes médecins et la formation d'accoucheuses en mesure de s'occuper des femmes pendant la grossesse lors de l'accouchement et dans la période qui suit,

b) de favoriser et de financer les recherches sur les causes de la stérilité chez la femme et chez l'homme, y compris les causes liées à l'environnement et à l'activité industrielle,

c) d'organiser des campagnes d'information pour attirer l'attention du public sur le danger de l'utilisation de médicaments pendant la grossesse,

d) de mettre en œuvre le programme AIM (informatique médicale avancée en Europe) en vertu duquel il convient de consulter les organisations de médecins et de patients en tant qu'utilisateurs et consommateurs,

e) de diffuser toute la réglementation existant au niveau communautaire, ainsi que toute proposition émanant des institutions de la Communauté, et plus particulièrement les résolutions adoptées par le Parlement européen sur l'harmonisation des législations des Etats membres relatives aux préparations pour les nouveau-nés et aux laits de substitution,

f) de représenter aux partenaires sociaux qu'ils sont tenus de respecter strictement la convention 103 de l'OIT sur la protection de la maternité dans le milieu professionnel, en général, et en ce qui concerne l'interdiction de licenciement et l'affectation des travailleuses enceintes ou allaitantes à des tâches appropriées à leur état, en particulier.

13. demande à la Commission de mener une étude approfondie sur les causes de la mortalité infantile et maternelle dans la Communauté, notamment sur la pauvreté, la mauvaise santé et l'état des logements, d'accorder, à cet égard, une attention particulière à la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons ainsi qu'à l'état actuel de l'étiologie de cette affection de lui faire rapport sur ses conclusions en précisant ce qu'elle propose quant aux moyens de soutenir au mieux les recherches dans ce domaine ;

14. charge son Président de transmettre la présente résolution à la Commission et au Conseil, à l'OMS, au Conseil de l'Europe et aux gouvernements des Etats membres.

ANNEXE II

CHARTRE 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 parti 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 - À chaque couple qui en fait la demande, la sage-femme doit donner une information impartiale et claire sur son 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 qu'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 sage-femme 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 savoir-faire liés à l'expérience de chaque sage-femme.

L'enfant surveillé régulièrement pendant le travail et l'expulsion ne montre pas de signe 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 couches, 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 ÊTRE PRÉPARÉ :**

- en sachant vers quelle 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 permanentes 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, est un service téléphonique 24h/24, auquel chaque sage-femme peut s'abonner.

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE AUX SAGES FEMMES LIBERALES

(Plusieurs réponses possibles)

- 1) Dans quel département de la région Normandie exercez-vous ?
- 2) Vous avez....
- <25 ans
 - 25-29 ans
 - 30-34 ans
 - 35-39 ans
 - 40-44 ans
 - 45-49 ans
 - 50-54 ans
 - 55-59 ans
 - >60 ans
- 3) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état ?
- Dans quelle école de sages-femmes avez-vous suivi votre formation ?
- 4) Avez-vous suivi d'autres formations depuis l'obtention de votre diplôme d'état ?
- Oui
 - Non
- Si oui, la ou lesquelles ?
- 5) Quel a été votre cursus professionnel avant votre installation en cabinet ?
(Pour chaque item, pouvez-vous préciser les dates et lieux de votre exercice.)
- PMI
 - Clinique <800 accts/an
 - Clinique >800 accts/an
 - Centre Hospitalier <800 accts/an
 - Centre Hospitalier entre 800 et 1500 accts/an
 - Centre hospitalier >1500 accts/an
 - Autres
- 6) Depuis combien de temps êtes-vous installée en cabinet ?
- < 5 ans
 - entre 5 et 9 ans
 - entre 10 et 14 ans
 - entre 15 et 19 ans
 - entre 20 et 24 ans
 - > 25 ans
- 7) Depuis combien d'années étiez-vous diplômée lorsque vous vous êtes installée en libéral ?
- < 5 ans
 - entre 5 et 9 ans
 - entre 10 et 14 ans
 - entre 15 et 19 ans
 - entre 20 et 24 ans
 - > 25 ans
- 8) Qu'est-ce qui a motivé votre installation en cabinet libéral ?
- 9) Au début de votre installation, vous pratiquiez....
- La préparation à la naissance
 - Les consultations prénatales
 - Le suivi de grossesses pathologiques à domicile
 - La surveillance du post-partum à domicile
 - L'accompagnement global
 - La rééducation périnéale
 - Les soins infirmiers
 - Autre(s) (pouvez-vous préciser ...)
- 10) Actuellement vous pratiquez...
- La préparation à la naissance
 - Les consultations prénatales
 - Le suivi de grossesses pathologiques à domicile
 - La surveillance du post-partum à domicile
 - L'accompagnement global
 - La rééducation périnéale
 - Les soins infirmiers
 - Autre(s) (pouvez-vous préciser...)
- 11) Connaissez-vous l'accompagnement global ?
- Oui
 - Non

12) Pouvez-vous définir en quelques mots l'accompagnement global ?

13) Avez-vous déjà envisagé de pratiquer l'accompagnement global ?

- Oui
- Non

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

- Vous êtes en train de faire les démarches.
- Les contraintes administratives vous bloquent.
- Vous n'avez pas réussi à trouver une assurance.
- Vous n'avez pas d'accès à un plateau technique et ne souhaitez pas faire d'accouchement à domicile.
- Autre(s), précisez

Si non, pour quelle(s) raison(s) ne désirez-vous pas pratiquer l'accompagnement global ?

- Cela nécessite un trop grand investissement personnel.
- Vous manquez d'assurance personnelle.
- Un accouchement à domicile vous semble trop risqué.
- Cela implique trop de responsabilités juridiques.
- La rentabilité financière est trop faible.
- Autre(s), précisez

14) Avez-vous déjà été sollicitée par une patiente pour un accompagnement global ?

- Oui
- Non

Si oui, il vous semble que cette demande est :

- De plus en plus fréquente
- De moins en moins fréquente
- Stable

15) Pensez-vous pratiquer un jour l'accompagnement global ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas.

16) Quelle(s) raison(s) pourra(en)t motiver votre pratique de l'accompagnement global dans l'avenir ?

- Une revalorisation du forfait de l'accouchement
- Un accès facilité aux plateaux techniques
- Une diminution du prix des assurances
- Une demande plus importante des patientes
- Une formation adaptée
- Aucune
- Autre(s), précisez

17) Si vous pratiquiez l'accompagnement global, préféreriez-vous que l'accouchement se passe... :

- à domicile
- dans un plateau technique
- dans une maison de naissance
- Sans préférence

18) Selon vous, l'avenir de l'accompagnement global en France est ...

- va se développer.
- va disparaître.
- Sans opinion

19) Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ou l'accompagnement global ?

ANNEXE IV

QUESTIONNAIRE AUPRES DES SAGES FEMMES PRATIQUANT L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

(Plusieurs réponses possibles)

1) Où exercez-vous ?

- Clinique >800 accts/an
- Centre Hospitalier <800 accts/an
- Centre Hospitalier entre 800 et 1500 accts/an
- Centre hospitalier > 1500 accts/an
- Autres

2) Pratiquez-vous toujours l'accompagnement global ?

- Oui
- Non

Si non, quelles sont les raisons de cet arrêt, et cet arrêt est-il réversible ?

3) Vous avez...

- <25 ans
- 25-29 ans
- 30-34 ans
- 35-39 ans
- 40-44 ans
- 45-49 ans
- 50-54 ans
- 55-59 ans
- >60 ans

4) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état ?

Dans quelle école de sages-femmes avez-vous suivi votre formation ?

5) Avez-vous suivi d'autres formations depuis l'obtention de votre diplôme d'état ?

- Oui
- Non

Si oui, la ou lesquelles ?

6) Quel a été votre cursus professionnel avant votre installation en cabinet ?

(Pour chaque item, pouvez-vous préciser les dates et lieux de votre exercice)

- PMI
- Clinique <800 accts/an

7) Depuis combien de temps êtes-vous installée en cabinet ?

- < 5 ans
- entre 5 et 9 ans
- entre 10 et 14 ans
- entre 15 et 19 ans
- entre 20 et 24 ans
- > 25 ans

8) Depuis combien d'années étiez-vous diplômée lorsque vous vous êtes installée en libéral ?

- < 5 ans
- entre 5 et 9 ans
- entre 10 et 14 ans
- entre 15 et 19 ans
- entre 20 et 24 ans
- > 25 ans

9) Qu'est-ce qui a motivé votre installation en cabinet libéral ?

10) Au début de votre installation, vous pratiquiez...

- La préparation à la naissance
- Les consultations prénatales
- Le suivi de grossesses pathologiques à domicile
- La surveillance du post-partum à domicile
- L'accompagnement global
- La rééducation périnéale
- Les soins infirmiers
- Autre(s) (précisez)

11) Actuellement, vous pratiquez...

- La préparation à la naissance
- Les consultations prénatales
- Le suivi de grossesses pathologiques à domicile
- La surveillance du post-partum à domicile
- L'accompagnement global
- La rééducation périnéale
- Les soins infirmiers
- Autre(s) (précisez)

12) Après combien d'années d'exercice en libéral avez-vous commencé à pratiquer l'accompagnement global ?

- < 5ans
- entre 5 et 9 ans
- entre 10 et 14 ans
- entre 15 et 20 ans
- >20ans

13) Vous êtes-vous associé(e) avec d'autre(s) sage(s)-femme(s) pratiquant l'accompagnement global ?

- Oui
- Non

Si oui, dans quel but ?

14) Travaillez-vous en réseau avec d'autres professionnels ?

- Oui
- Non

Si oui, quels sont-ils et qu'est-ce que cela vous apporte ?

15) Depuis combien d'années pratiquez-vous l'accompagnement global ?

16) Vous avez décidé de pratiquer l'accompagnement global suite à...

- une forte demande de la part des patientes.
- un remplacement d'une sage-femme le pratiquant
- la volonté d'aborder différemment la grossesse et l'accouchement.
- la volonté de permettre à la patiente le libre choix de son accouchement.
- Autre(s), précisez.

17) Avez-vous rencontré des difficultés à débiter cette activité ?

- Oui
- Non

Si oui, la ou lesquelles ?

- Lourdeurs administratives
- Demande faible
- Assurances onéreuses
- Difficulté dans l'organisation familiale
- Difficulté d'accès à un plateau technique
- Autre(s), précisez

18) Avez-vous au contraire reçu de l'aide ?

- Oui
- Non

Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

19) Quelle a été l'évolution de votre pratique et des difficultés rencontrées au fil des années ?

- Concernant les demandes
- Concernant votre pratique en elle-même
- Concernant l'accès aux plateaux techniques
- Concernant les assurances
- Autre(s), précisez

20) Combien d'accouchements pratiquez-vous par an ?

21) Vous arrive-t-il de refuser de prendre en charge des patientes ?

- Oui
- Non

- Si oui, pourquoi ?
- 22) Combien de patientes acceptez-vous de prendre en charge en même temps ?
- 23) Quels sont vos critères d'exclusion ?
- 24) Les patientes font-elles appel à vous spontanément ou vous sont-elles adressées par quelqu'un ?
- 25) Vous pratiquez les accouchements:
- A domicile
 - Avec l'accès à un plateau technique
 - Selon les cas
- 26) Comment arrivez-vous à vous organiser la mise en travail étant imprévisible ?
- 27) Avez-vous rencontré des difficultés ou refus pour accéder à un plateau technique ?
- Oui
 - Non
- Si oui, lesquelles ?
- Après de combien d'établissements avez-vous déposé une requête ?
- Combien ont refusé ?
- Connaissez-vous les raisons de ce refus et si oui, quelles sont-elles ?
- 28) Avez-vous finalement accès à un plateau technique ?
- Oui
 - Non
- Si oui, le(s)quel(s) ?
- 29) Régraissez-vous de ne pouvoir y avoir accès ?
(Ne répondez à cette question que si vous avez répondu non à la question n°27).
- Oui
 - Non
- Si oui, allez vous continuer les démarches ?
- Oui
 - Non
- Si vous n'avez pas accès à un plateau technique, passez à la question n°32
- 30) Comment se déroule un accouchement avec accès à un plateau technique ?
(Choix du départ pour le plateau technique, utilisation libre du matériel, aide de la part de l'équipe présente, obligation de suivre les protocoles en place, durée du séjour, quand repartez-vous)
- 31) Pourquoi avoir choisi ce lieu ?
- 32) Êtes-vous satisfaite de cette pratique ?
- Oui
 - Non
- Si non, pourquoi ?
- 33) Combien pratiquez-vous par an d'accouchements à domicile ?
- 34) Comment se déroule un accouchement à domicile ?
- 35) De quel matériel avez-vous besoin ?
- 36) Prenez-vous des dispositions particulières ? (ambulance, hôpital informé...)
- 37) Comment se déroule la surveillance de la mère et de l'enfant dans le post-partum ? (durée, lieu, fréquence des visites...)

38) Comment coter vous vos actes lors d'un accompagnement global :

- Les consultations prénatales (nombre et tarif) :
- Les séances de préparation à l'accouchement (nombre et tarif) :
- Les visites du post-partum (nombre et tarif) :
- Le forfait accouchement, +/- suture :
- Les autres actes (nature et tarif) :

39) Pratiquez-vous des dépassements d'honoraires ?

- Oui
 - Non
- Si oui, pourquoi ?

40) Etes-vous indemnisé(e) pour vos déplacements ?

- Oui
 - Non
- Si oui, sur quelle base ?

41) Etes-vous satisfait(e) de votre activité?

- Oui
- Non

42) Etes-vous satisfait(e) de vos revenus ?

- Oui
- Non

43) Que pensez-vous de la diminution du nombre de sages femmes libérales proposant l'accompagnement global ?

44) Qu'est-ce qui, à votre avis, pourrait motiver d'autres sages femmes libérales à pratiquer l'accompagnement global ?

45) Avez-vous des remarques concernant ce questionnaire ou l'accompagnement global ?