

**UNIVERSITE DE LIMOGES, FACULTE DE MEDECINE**

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE LIMOGES**

\*\*\*\*\*

ANNEES 2009-2013

**LES SAGES-FEMMES LIBERALES ET  
LES FREINS A L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE**

MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

présenté et soutenu publiquement

en août 2013 par

Alice KIEFER, née le 04 avril 1987, à Arles (13)

Maître de Mémoire : Florent LAJOIX

Guidante : Valérie GAGNERAUD

## ***Tous mes remerciements ...***

*A ma famille pour avoir cru en moi et m'avoir soutenu de près et de loin pendant ces années intenses d'études de sage-femme.*

*A mes camarades de classe pour tous les bons et mauvais moments passés ensemble qui nous font toutes et tous grandir, pour le soutien dans les moments difficiles.*

*A Selma, Cécile et Marie pour tout leur soutien pendant l'année et pour ce mémoire, ainsi que pour la réalisation de notre projet l'année prochaine au Sénégal.*

*A toutes les sages-femmes libérales du Sud-Ouest qui ont bien voulu répondre à notre questionnaire.*

*A Chantal et Elodie pour les informations sur l'accouchement à domicile.*

*A Hélène, Chloé, Lorena et Jaime pour l'aide technique, mais surtout pour l'apport d'énergie pour poursuivre ce mémoire.*

*A Florent, mon maître de mémoire, pour m'avoir soutenu dans ce travail, et pour ma première expérience en tant que sage-femme et plus particulièrement sage-femme libérale.*

*A Valérie, ma guidante, sans qui je n'aurais pu accomplir ce mémoire.*

## SOMMAIRE

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

### PREMIÈRE PARTIE : LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES ET L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

#### 1. LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

- 1.1. La profession de sage-femme
- 1.2. Installation et exercice en libéral
- 1.3. Activités majeures des sages-femmes libérales
- 1.4. L'accouchement pratiqué par les sages-femmes libérales

#### 2. L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

- 2.1. L'accouchement hors structure hospitalière
- 2.2. Préparation et déroulement d'un accouchement planifié à domicile (AAD)
- 2.3. Pérennité de cette pratique en France
- 2.4. AAD, pratique peu courante en France
- 2.5. Dérives liées à l'absence d'accompagnement des AAD

#### 3. LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES

- 3.1. La « représentation sociale »
- 3.2. Les différentes représentations sociales
- 3.3. La structure des représentations
- 3.4. Représentations de l'accouchement à domicile

### DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

#### 1. CONSTAT

#### 2. PROBLÉMATIQUE ET INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

- 2.1. Problématique
- 2.2. Intérêts de l'étude

#### 3. OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

- 3.1. Objectifs
- 3.2. Hypothèses

#### 4. SCHÉMA D'ÉTUDE

- 4.1. Type d'étude

- 4.2. Population étudiée
- 4.3. Variables
- 4.4. Modalités pratiques
- 4.5. Recueil et traitement statistique des données

## TROISIEME PARTIE : RESULTATS

- 1. ETUDE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION
  - 1.1. Répartition de la population de sages-femmes
  - 1.2. Âge des sages-femmes libérales
  - 1.3. Année d'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme
  - 1.4. Diplômes universitaires complémentaires
- 2. PARCOURS PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES
  - 2.1. Emplois occupés avant l'exercice libéral
  - 2.2. Durée de l'activité professionnelle avant l'exercice libéral
  - 2.3. Niveau des maternités fréquentées
  - 2.4. Secteurs d'activité fréquentés
- 3. EXERCICE LIBÉRAL ACTUEL
  - 3.1. Motivations pour l'installation en libéral
  - 3.2. Activités pratiquées en libéral
  - 3.3. Mode d'exercice libéral
- 4. FREINS À LA PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE (AAD)
- 5. REPRÉSENTATIONS DES SAGES-FEMMES CONCERNANT L'AAD
  - 5.1. Associations verbales des sages-femmes libérales
  - 5.2. Représentations sociales des sages-femmes selon la durée d'expérience professionnelle
- 6. POSITIONNEMENT PAR RAPPORT À L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE (AAD)
  - 6.1. Conditions de sécurité optimales pour un AAD
  - 6.2. Volontaire pour pratiquer les AAD
  - 6.3. Question ouverte sur l'AAD

## QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

- 1. POINTS FORTS ET LIMITE DE CETTE ÉTUDE

1.1. Points forts de cette étude

1.2. Limite de cette étude

## 2. DESCRIPTION DE NOTRE POPULATION

2.1. L'âge des sages-femmes libérales et les facteurs l'influençant

2.2. La formation des sages-femmes libérales

2.3. Emplois occupés par les sages-femmes avant leur exercice libéral

## 3. ANALYSE DES ASSOCIATIONS VERBALES ET DES FREINS À L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE

3.1. Première hypothèse

3.2. Quels freins à l'accouchement à domicile ?

## 4. OUVERTURE

4.1. Propositions des sages-femmes libérales

4.2. Autres propositions

## CONCLUSION

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

## ANNEXES

1. ANNEXE I : CHARTE DE LA SAGE-FEMME LIBÉRALE
2. ANNEXE II : LA CHARTE DE L'AAD
3. ANNEXE III : LE MATÉRIEL NÉCESSAIRE POUR UN AAD.
4. ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE

## TABLE DES MATIÈRES

## INTRODUCTION

## INTRODUCTION :

En France, la grande majorité des accouchements se déroule en milieu hospitalier. En effet, moins de 1% des accouchements ont lieu à domicile, accompagnés par des sages-femmes libérales (1). Pourtant, historiquement, le rôle premier des sages-femmes était l'accompagnement des accouchements à domicile et ce jusqu'au milieu du XXème siècle (2).

Encore majoritaires à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, les sages-femmes libérales se sont dirigées vers un exercice hospitalier ou en cliniques privées (2). L'accouchement s'est alors médicalisé.

L'effectif des sages-femmes libérales a beaucoup évolué ces 60 dernières années. Jusqu'aux années 90, il a fortement chuté puis a régulièrement augmenté à partir des années 2000 (3).

Depuis les années 80, le nombre d'accouchements à domicile est stable (2), et ce malgré l'augmentation de l'effectif des sages-femmes libérales. De fait, la majorité des sages-femmes libérales ne pratiquent pas les accouchements à domicile. Sur près de 3500 sages-femmes libérales (4), une soixantaine seulement, répertoriées par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) (5), pratiquent encore les accouchements à domicile.

Or, un quart des femmes seraient demandeuses d'accoucher dans un environnement moins médicalisé, plus intime et familial (6).

La population des sages-femmes ne semble pas prête à répondre à cette attente. C'est pourquoi, notre intérêt s'est porté sur les activités des sages-femmes libérales et sur leur positionnement par rapport à la pratique des accouchements à domicile. Notre objectif est de mettre en évidence les freins à la pratique des accouchements à domicile sachant qu'en libéral, les sages-femmes sont autonomes dans le choix de leur activité.

La première partie de ce mémoire consiste à présenter les sages-femmes libérales, puis à expliquer la pratique de l'accouchement à domicile en France. Nous avons ensuite présenté les représentations sociales, afin de comprendre au mieux pourquoi les sages-femmes libérales ne pratiquent pas d'accouchement à domicile. La deuxième partie de ce travail explicite la méthodologie de recherche. Puis, dans une troisième partie, nous exposerons les résultats de notre enquête. Enfin, nous terminerons par l'analyse et la discussion des résultats de notre étude.



**PREMIERE PARTIE : LES SAGES-FEMMES LIBERALES ET  
L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE**

# **1. Les sages-femmes libérales**

## **1.1. La profession de sage-femme**

La profession de sage-femme est reconnue comme profession médicale en France par le Code de la Santé Publique. La sage-femme assume les pleines responsabilités des actes qu'elle prescrit et qu'elle effectue. C'est un professionnel de santé indépendant (7).

### **1.1.1. Compétences générales de la sage-femme (7)**

Le code de la Santé Publique régit la profession de sage-femme en France. Mis à jour en décembre 2012, les compétences des sages-femmes sont définies par les articles suivants. L'article L.4151-1 (1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> alinéas) pose le cadre général des compétences des sages-femmes : « l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant ». Le 2<sup>ème</sup> alinéa de ce même article précise que « l'examen postnatal peut être pratiqué par la sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique ». En outre, selon l'article L.2122-1, « la déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme ».

La sage-femme est donc autonome en ce qui concerne la physiologie de la grossesse, de l'accouchement, des suites de couches et de naissance.

Les limites de ces compétences sont fixées par l'article L.4151-3: « en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale [...], la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques ».

Les compétences des sages-femmes se sont diversifiées ces dernières années, notamment avec la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 (7), la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique (7), ainsi que le décret du 17 juillet 2012 (7). L'article L.4151-1 (1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> alinéas) précise notamment que : « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique ».

## 1.1.2. Différents modes d'exercices

La sage-femme peut exercer sa profession sous différents modes.

Quelque-soit son mode d'exercice, elle se réfère, dans ses activités, au code de déontologie de la profession. Elle est également soumise aux règles spécifiques liées à son statut (8).

Les modes d'exercices des sages-femmes sont :

- le salariat en hôpital ou en clinique privée. Cela concerne la majorité des sages-femmes, soit 79% en 2009 (9). Dans l'étude de F. MIDY datant de 2004 (10), 75% de sages-femmes sont salariées : 56% dans le secteur public et 19% dans le secteur privé. Elles peuvent exercer dans différents secteurs : en salle d'accouchement, en suites de couches, en consultation prénatale, en service de grossesses à haut risque. Elles trouvent également leur place dans d'autres secteurs plus spécifiques : les centres d'orthogénie, les centres de planification familiale et l'aide médicale à la procréation (8). En réalisant des formations tel que le master en périnatalité, elles peuvent occuper les postes de cadre sage-femme dans un secteur hospitalier ou en tant qu'enseignante dans une école de sage-femme.

- les sages-femmes territoriales. Elles sont employées par le Conseil Général dans le cadre médico-social et de la prévention auprès des jeunes (8).

- l'exercice libéral. Selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé (IRDES) (4), l'effectif des sages-femmes libérales représente 18,2% de l'ensemble des 19208 sages-femmes en 2010. Il était de 13,5% pour 14353 sages-femmes en 2000 et augmente régulièrement depuis cette date. Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement à ce mode d'exercice et son fonctionnement.

## 1.2. Installation et exercice en libéral

### 1.2.1. Conditions d'installation (11)

Les conditions d'exercice pour toutes les sages-femmes sont stipulées dans l'article L.4111-1 à 8 du code de la santé publique : être titulaire du Diplôme d'Etat français ou équivalent, être de

nationalité française ou ressortissant de l'Union Européenne (UE), du Maroc ou de la Tunisie, et être inscrit sur le Tableau de l'Ordre National des Sages-Femmes.

Il n'y a pas de durée de pratique minimum à réaliser ou de formation complémentaire pour s'installer en libéral. L'installation en libéral est possible dès l'obtention du diplôme d'état si les conditions générales d'exercice de la profession des articles L.4111-1 et L.1142-2 concernant les compétences générales des sages-femmes sont remplies. Les sages-femmes libérales doivent également se référer aux articles R.4127-339 à R.4127-347 du code de la santé publique réglementant l'exercice libéral des sages-femmes, l'installation d'un cabinet, la non-concurrence entre professionnels et l'association avec d'autres sages-femmes.

Les sages-femmes doivent être inscrites au conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes de leur département, à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et à l'Union de Recouvrement de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales (URSSAF). Elles signent la convention nationale des sages-femmes, adhèrent à une caisse de retraite et souscrivent une assurance responsabilité civile et professionnelle pour toutes leurs activités.

### 1.2.2. Mode d'exercice libéral de la sage-femme

Les sages-femmes libérales exercent en cabinet individuel ou en association avec d'autres professionnels de santé. Elles peuvent également se déplacer au domicile de leurs patientes pour assurer notamment : le suivi de grossesse pathologique sur prescription médicale, l'accouchement à domicile et l'accompagnement postnatal. Quel que soit leur activité, les sages-femmes sont tenues d'assurer la qualité, la sécurité et la continuité des soins, selon l'article R.4127-346 du code de la santé publique (8).

Les sages-femmes interviennent à tous les moments de la vie génitale d'une femme. Elles peuvent assurer le suivi gynécologique de prévention. En ce qui concerne la grossesse, leur action débute à la période prénatale et s'étend jusqu'à la période post-natale en l'absence de pathologie. Ainsi elles réalisent le suivi de grossesse et la préparation à la naissance, le suivi postnatal et la rééducation périnéale (8). Les sages-femmes répondent ainsi à la demande croissante d'accompagnement des femmes et des couples par un même interlocuteur connu et choisi pour la grossesse, l'accouchement et la période post-natale (12).

L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) édite une charte de l'exercice libéral de la sage-femme (annexe I) dans le but de promouvoir les compétences des sages-femmes et la qualité de la prise en charge des couples. La charte rappelle le rôle de la sage-femme dans la prévention, l'information et l'accompagnement des couples. Elle notifie également l'importance

d'intégrer sa pratique dans un réseau de soin, de participer à la formation, à l'évaluation de la profession et à la recherche.

### 1.2.3. Rémunération (13)

Les honoraires des sages-femmes sont encadrés par une convention signée par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et les syndicats pour les sages-femmes conventionnées. Les tarifs des honoraires s'élèvent à 21 euros pour une consultation ou une visite à domicile et 312,70 euros pour le forfait accouchement comprenant la surveillance du travail, l'accouchement, les suites de couches immédiates et les visites postnatales pendant une semaine après l'accouchement. Le déplacement de la sage-femme est indemnisé (forfait déplacement et kilomètres) et des majorations nuit, dimanche et jours fériés sont prévues. Tous les actes dispensés pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum relevant de la maternité, sont pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale, sur la base des tarifs conventionnés.

Pour les sages-femmes libérales, il n'y a pas de secteur 2 contrairement aux médecins, mais certains dépassements d'honoraires sont autorisés sous conditions et en accord avec les caisses d'assurances maladies ainsi que le Conseil de l'Ordre des Sages-femmes. Il arrive parfois que les dépassements ne soient pas déclarés, c'est le cas des accouchements à domicile (AAD).

## 1.3. Activités majeures des sages-femmes libérales

Les activités des sages-femmes libérales sont variées, nous présenterons les plus pratiquées.

### 1.3.1. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

La PNP s'intègre dans une démarche de santé, décrite par la Haute Autorité de Santé (HAS) (14), consistant en des séances prénatales et des séances postnatales de préparation à l'accouchement et de soutien à la parentalité. Elle se compose de 8 séances remboursées par la Sécurité Sociale : un Entretien Prénatal Précoce (EPP), correspondant à la première séance et 7 autres séances de préparation proprement dites, comprenant une information sur la grossesse, l'accouchement et la période postnatale. Une préparation physique est également proposée utilisant des postures, ainsi que des méthodes de relaxation et de respiration en vue de préparer la femme enceinte à l'accouchement. Les sages-femmes peuvent proposer plusieurs types de préparation selon leur

spécialisation, comme par exemple la sophrologie, le yoga, la gymnastique aquatique, le chant prénatal (15).

### 1.3.2. La surveillance de grossesse pathologique à domicile

La surveillance de grossesse pathologique à domicile est réalisée en collaboration avec le médecin, sur prescription médicale (16). Le protocole de surveillance et de soins sont notifiés ainsi que les actes et la fréquence des visites. La Haute Autorité de Santé (HAS) décrit les pathologies pouvant bénéficier d'un suivi à domicile dans ses recommandations concernant le suivi des pathologies obstétricales à domicile (16). Le suivi à domicile est issu d'une collaboration « ville-hôpital » entre la sage-femme libérale et l'équipe hospitalière. Les soins sont facturés à la patiente par la sage-femme libérale, puis remboursés par la Sécurité Sociale (17).

### 1.3.3. La rééducation périnéosphinctérienne

La rééducation périnéale consiste en un renforcement musculaire du plancher pelvien par voie endovaginale. Elle permet de remédier aux conséquences musculaires de la grossesse et de l'accouchement sur le périnée. Le but est de prévenir certains troubles comme l'incontinence urinaire, l'impériosité, les mictions fréquentes ou les dyspareunies (18). La rééducation périnéale fait partie des recommandations de santé de la Haute Autorité de Santé (HAS) : elle est prescrite et ne sera réalisée qu'après un bilan complet lors de la visite du post-partum 6 à 8 semaines après l'accouchement (19). Cette rééducation est pratiquée par les sages-femmes libérales ou les kinésithérapeutes. 10 séances sont prises en charge par la Sécurité Sociale (18).

### 1.3.4. Le suivi postnatal

Il comporte deux aspects :

- les accouchées peuvent faire appel à la sage-femme libérale qui a suivi la grossesse. Elle les accompagne, les conseille et les soutient lors du retour au domicile, généralement 3 à 5 jours après un accouchement à terme et en l'absence de complication. La Sécurité Sociale prend en charge à 100% le suivi à domicile par une sage-femme, dans le cadre de l'assurance maternité et dans la limite des tarifs fixés, jusqu'à 12 jours après l'accouchement (20).

- le PRADO ou programme de retour à domicile (21). Récemment mis en place par certaines Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM), il est pris en charge par la Sécurité Sociale. Son cadre est défini et suppose l'éligibilité des patientes, soit un âge supérieur à 18 ans, une grossesse unique, une grossesse et un accouchement physiologiques (22). L'enfant doit être de poids normal et les suites de naissances doivent être physiologiques. Une sage-femme libérale proche du domicile de l'accouchée est contactée par un coordinateur de l'assurance maladie pour effectuer le suivi « PRADO », qui consiste en deux visites à domicile, une le jour du retour à domicile et une autre 48h après (21).

Nous avons vu les principales activités des sages-femmes libérales. Nous allons maintenant aborder l'accouchement à domicile. Selon l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), près de 60 sages-femmes libérales les pratiquent et sont inscrites à l'ANSFL (5).

## 1.4. L'accouchement pratiqué par les sages-femmes libérales

Selon le CIANE, Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (23), il existe une surmédicalisation dans les structures de soins ne correspondant plus aux attentes des femmes. De ce fait, le CIANE note une demande des usagers pour les accouchements hors structures hospitalières (12).

En France, actuellement, les sages-femmes libérales ont trois possibilités de lieux de pratique des accouchements : en maison de naissance, en plateau technique et à domicile.

### 1.4.1. L'accouchement en maison de naissance

Un projet porté par le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF) sur l'accouchement en maison de naissance est en cours de discussion. En 2011, de nombreux débats en rapport avec les maisons de naissance ont eu lieu et ont abouti à la poursuite de leur expérimentation à condition que celles-ci soient « rattachées à un service d'obstétrique et signent une convention avec lui » (d'après le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale PLFSS 2011 (24)). Ainsi quelques maisons de naissance « hospitalières » existent (25). Selon les centres, un partenariat spécifique a été mis en place avec les hôpitaux référents. Nous pouvons citer la maison de naissance de Remiremont dans les Vosges, où est établie une maison de naissance avec des locaux distincts mais accolés à l'hôpital, ou le CALM (Comme A La Maison), espace situé au 4<sup>ème</sup> étage de la clinique de Bluets à

Paris, ou encore le GN (Groupe de Naissance) à la clinique Léonard de Vinci à Paris XIème, et enfin le projet Maison de Naissance à l'hôpital René Dubos à Pontoise. Dans chacun de ces établissements, les sages-femmes libérales se partagent les permanences selon leur organisation et réalisent les accouchements des patientes qu'elles ont suivies pendant la grossesse. Plusieurs autres projets de maison de naissance sont en cours (26).

#### 1.4.2. L'accouchement en plateau technique (27)

L'accouchement « en plateau technique » signifie que l'accouchement est réalisé dans une structure hospitalière. Selon l'article de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) concernant les plateaux techniques : « *depuis 1991 (loi du 31 juillet, notamment l'article L.715-5 du Code de la Santé Publique), l'accès aux plateaux techniques des maternités est normalement ouvert aux sages-femmes libérales pour y accompagner leurs patientes au moment de l'accouchement* » (27). Cette prise en charge se base sur les principes de l'accompagnement global de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. L'avantage de l'accouchement en plateau technique est d'avoir accès à une prise en charge médicalisée, sans délais, en cas de problème.

Pour ce faire, la sage-femme libérale doit signer au préalable une convention avec la maternité, mettant à disposition son plateau technique. La convention doit être approuvée par la Commission Médicale d'Etablissement (CME), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et le Conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes.

#### 1.4.3. L'accouchement à domicile (AAD)

Historiquement et jusqu'au milieu du XXème siècle, la mission première des sages-femmes libérales était l'accouchement au domicile (3). Actuellement, l'AAD représente moins de 1% des accouchements (1). Cependant, il n'existe pas de recensement des AAD. Il existe souvent une confusion des AAD planifiés et les accouchements inopinés à domicile. La pratique des AAD concerne parfois des sages-femmes de pays frontaliers, Suisse, Allemagne et Belgique. Effectivement, dans ces régions frontalières, le recours à des sages-femmes de pays limitrophes est envisageable (28). De ce fait, il paraît très difficile d'obtenir des chiffres exacts concernant le nombre d'accouchements à domicile (AAD) en France.

L'accouchement à domicile est très peu pratiqué, mais il n'est pas pour autant prohibé. Effectivement, d'après l'article R.4127-306 du Code de la Santé Publique, « La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien et l'établissement où



elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ». Pour autant « le lieu d'exercice et l'équipement de la sage-femme doivent permettre la sécurité maternelle et fœtale », d'après l'article R.4127-309 du même code.

Dans le cadre de l'AAD, la sage-femme pratique l'accompagnement global : elle suit la femme et le couple pendant toute la grossesse, réalise l'accouchement à domicile, ainsi que le suivi des suites de couches et des suites de naissance.

Les sages-femmes libérales doivent alors, dans ce cadre, avoir rempli les conditions d'installation en activité libérale et souscrire une assurance responsabilité civile professionnelle pour cette activité (11).

L'AAD semble être le mode d'accouchement le plus répandu dans la pratique des sages-femmes libérales, en comparaison à l'accouchement en plateau technique et à l'accouchement en maisons de naissance (très peu répandu). En effet, selon la liste de l'ANSFL (5), environ 60 sages-femmes pratiquent l'AAD, tandis que seulement 30 pratiquent l'accouchement en plateau technique. L'ANSFL ne répertorie pas toutes les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global et l'accouchement mais une grande majorité. Cela nous permet d'avoir une répartition entre l'accouchement à domicile et l'accouchement en plateau technique.

Nous allons maintenant nous intéresser plus particulièrement à l'activité d'accouchement à domicile (AAD) des sages-femmes libérales.

## **2. L'accouchement à domicile**

Actuellement, l'accouchement à domicile représente environ 5 pour 1000 accouchements (1), pour près de 830000 accouchements par an (8).

### **2.1. L'accouchement hors structure hospitalière**

Deux types d'accouchement à domicile existent : l'accouchement inopiné et l'accouchement planifié à domicile.

### 2.1.1. L'accouchement inopiné

L'accouchement inopiné à domicile, extrahospitalier ou pré-hospitalier comprend tout accouchement imprévu ayant lieu hors d'un établissement de soin, cela peut-être au domicile familial, sur la voie publique ou dans un véhicule (ambulance ou celui de la patiente) (1). La mère et le nouveau-né sont pris en charge médicalement par l'équipe d'intervention qui les transporte à la maternité la plus proche. Même si la mère et l'enfant sont le plus souvent en bonne santé, c'est une situation de stress pour la famille et pour l'équipe qui les prend en charge (1).

L'équipe intervenant peut être soit les pompiers, soit le Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), parfois accompagnés d'une sage-femme. Actuellement, les équipes du SAMU ont des valises obstétricales et pédiatriques leur permettant d'intervenir plus efficacement lors d'un accouchement inopiné (29). Afin d'améliorer la prise en charge de ces situations, les équipes se forment régulièrement à cette pratique (30).

### 2.1.2. L'accouchement planifié à domicile

L'accouchement planifié à domicile ou AAD est la conséquence d'un choix mûri par la femme et son conjoint. Le couple consulte généralement une sage-femme libérale, plus rarement un médecin, acceptant de les accompagner sur ce projet d'accouchement à domicile. Si les conditions pour autoriser l'AAD sont remplies, le couple entame un suivi personnalisé tout le long de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-natale avec ce même professionnel. Cette pratique nécessite du matériel médical obstétrical de base. En plus, du suivi global tout au long de la grossesse, la sage-femme propose une préparation adaptée à ce type d'accouchement (31). L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) (Annexe II) édite une charte explicitant les critères devant être remplis afin d'envisager un AAD :

- la sélection de patiente ayant une grossesse à bas risque obstétrical,
- un suivi médical de la grossesse réalisé selon les bonnes pratiques recommandées par la Haute Autorité de Santé (32),
- le transfert à la maternité est prévu en cas de problème. Dans cette optique, une certaine distance de l'hôpital ne doit pas être dépassée,
- la présence, à l'accouchement, du professionnel qui a suivi la grossesse. Celui-ci doit travailler en réseau,

- la satisfaction des parents, par rapport à l'accompagnement global et l'accouchement à domicile, est évaluée par la sage-femme à distance de la prise en charge. Cette évaluation permet de légitimer d'une part cette pratique et participe d'autre part à l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est ainsi que la pratique de l'accouchement à domicile s'est poursuivie malgré la baisse de l'effectif de sages-femmes libérales le pratiquant.

## 2.2. Préparation et déroulement d'un accouchement planifié à domicile (AAD)

### 2.2.1. Conditions préalables à l'AAD (33, 34, 35)

Certaines conditions sont nécessaires à la réalisation des AAD.

#### 2.2.1.1. La motivation du couple

Le choix d'accoucher à domicile ainsi que la plus ou moins grande difficulté à trouver une sage-femme libérale qui pourra les accompagner pour ce projet de naissance sont un premier gage de motivation de la femme et de son conjoint.

La sage-femme évaluera ensuite la teneur de leur motivation et de leur engagement dans ce projet. Cette évaluation repose sur des critères psychologiques : l'histoire familiale, l'histoire du couple, leur soutien mutuel, leur implication dans la grossesse et leur appréhension vis-à-vis de l'accouchement. Le suivi prénatal du couple par la sage-femme qui prend en charge l'accouchement est donc capital. Il permet la mise en place d'une relation de confiance entre le trio que forment la sage-femme, la femme et son conjoint (36).

#### 2.2.1.2. La sélection des femmes enceintes

Cette sélection a lieu pendant toute la grossesse et le travail. Une anomalie au cours du travail peut conduire à un transfert en maternité avant l'expulsion.

Cette sélection passe par deux étapes. Premièrement, la demande pour un accouchement à domicile émane des couples. Deuxièmement, la sage-femme prend en charge un couple pour un AAD selon les critères explicités dans la charte de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) (annexe II) :

- la grossesse doit être de déroulement normal, chez une femme sans antécédents médicaux,

- 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, à l'exception de la détection d'une pathologie nécessitant une prise en charge médicale, tels que le diabète gestationnel ou l'hypertension artérielle (37),
- un transfert vers la maternité peut avoir lieu tout au long du travail et de l'accouchement pour des motifs médicaux (pathologie), mais aussi de confort (douleur, peur)
- les circonstances de la naissance doivent être physiologiques et ne pas présenter de risque de complication (siège, gémellité).
- l'accouchement doit avoir lieu entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (SA).
- de plus, l'hygiène de grossesse et le lieu prévu pour l'accouchement doivent répondre à certains critères (annexe II). La femme enceinte doit être accompagnée et soutenue par son entourage (36).

### 2.2.1.3. L'information fournie au couple (36, 37)

Le couple en choisissant d'accoucher à domicile, doit être conscient des risques liés à l'accouchement à domicile. Ainsi la sage-femme l'informe sur les risques liés à un AAD, à savoir les risques liés à la survenue d'une anomalie pendant l'accouchement, comme une anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF) lors du travail et de l'expulsion, les risques liés à la survenue d'une urgence vitale à l'accouchement, comme l'hémorragie de la délivrance, et les risques liés au délai de transfert (37). Ces situations peuvent se rencontrer dans tout accouchement physiologique même sans facteur de risque au préalable. Elles ne peuvent pas bénéficier à domicile d'une prise en charge médicale adéquate. Ainsi le couple doit être prêt à un transfert pendant le travail et l'accouchement. La sage-femme précise également que l'AAD ne permet pas de prise en charge médicale de la douleur.

La sage-femme renseigne également le couple sur sa souscription ou non à une assurance professionnelle pour la réalisation d'AAD. Contrairement au code de santé publique (7) et en raison des tarifs prohibitifs des compagnies d'assurances, certaines sages-femmes libérales pratiquent l'AAD sans être assurées pour cette activité (38). Les sages-femmes justifient ainsi les éventuels dépassements d'honoraires ou peuvent faire signer au couple une décharge de responsabilité.

Pendant la grossesse, le couple s'informe, auprès de la sage-femme, des possibilités qui lui sont offertes pour l'accouchement : liberté de mouvement, lieu d'accouchement dans la maison, gestion non médicale de la douleur. La sage-femme informe le couple de son accompagnement et de la surveillance qu'elle mettra en œuvre pendant le travail, s'appuyant sur les recommandations de

l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (39) pour le suivi d'un accouchement physiologique, sur la charte de l'accouchement à domicile de l'ANSFL (annexe II) et à partir de sa propre expérience professionnelle.

### 2.2.2. Coût de l'accouchement à domicile avec une sage-femme libérale (36)

Ce coût est variable selon la sage-femme qui pratique l'AAD et est fonction du remboursement que proposent les mutuelles souscrites par le couple. Il existe différents cas de figures :

- La sage-femme est conventionnée et ne pratique pas de dépassements d'honoraires, c'est-à-dire que le suivi de grossesse, l'accouchement et la surveillance du post-partum seront entièrement prise en charge par la Sécurité Sociale sur la base forfaitaire. Cette prise en charge forfaitaire par la Sécurité Sociale pour l'accouchement et le post-partum s'élève à 312,70 euros (13).
- La sage-femme est conventionnée et pratique des dépassements d'honoraires. La Sécurité Sociale va rembourser la partie forfaitaire. Les dépassements seront à la charge du couple. Ces dépassements sont compris entre 300 et 1500 euros, selon les sages-femmes (36).
- La sage-femme est non conventionnée : ses honoraires ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale. La totalité des prestations est à la charge du couple.

La part remboursée par les mutuelles dépend de la part prise en charge par les caisses régionales d'assurance maladie. Certaines ne remboursent pas les frais kilométriques de la sage-femme.

Pour les patients, l'accouchement à domicile accompagné par une sage-femme libérale peut avoir un coût.

### 2.2.3. Projet de naissance et préparation à l'AAD

Pour préparer un AAD, quatre étapes sont essentielles :

- l'accompagnement global (33). D'après S. JANIN et M. TRELAUN, deux sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global, « *ce suivi se développe en deux dimensions : la première est horizontale, c'est le suivi par une seule et même personne pendant toute la grossesse, la naissance et les suites de couches. La deuxième est verticale, c'est la notion de prise en compte globale de l'être, du couple, de la famille* » (33). Il permet l'établissement de la relation sage-femme-couple nécessaire à ce type de

suivi, grâce à l'écoute et la confiance entre le couple et la sage-femme. Cet accompagnement permet ainsi à la sage-femme de réaliser une prise en charge optimale de la femme et de son enfant, et un diagnostic plus précis des complications de la grossesse et de l'accouchement, plus difficile avec le suivi morcelé en maternité. L'accompagnement global et le projet de naissance permettent d'établir un accord entre les choix et les demandes du couple pour l'accouchement et le cadre que fixe la sage-femme dans sa pratique (33, 34). Les demandes du couple sont réévaluées en permanence pendant le travail et l'accouchement. La prise en charge personnalisée de l'AAD encourage les échanges en permanence entre les parents et la sage-femme, et la responsabilisation des couples. Cette entente entre les parties se scelle sous forme de contrat moral ou de projet de naissance, et repose sur la confiance réciproque. Il existe donc une personnalisation de la prise en charge, en opposition à celle proposée en maternité qui obéit davantage à une prise en charge protocolaire des soins.

- le projet de naissance est établi avec la sage-femme et permet de responsabiliser les couples face à leur choix et de mieux connaître leurs attentes.
- la prévision d'un éventuel transfert : en cas d'anomalie pendant le travail, l'accouchement ou le post-partum, le transfert dans la maternité la plus proche doit être préparé pour faciliter la prise en charge de la mère et de son enfant. Dans ce but, une consultation de fin de grossesse et/ou la consultation d'anesthésie doivent être réalisées dans la structure hospitalière où pourrait avoir lieu le transfert.
- Le matériel nécessaire pour l'accouchement (36) est composé d'une part de l'équipement médical de la sage-femme, et d'autre part de ce que fournissent les parents (annexe III).

#### 2.2.4. Déroulement de l'AAD

Dès l'appel des parents, la sage-femme évalue avec la parturiente l'imminence de l'accouchement, grâce aux données du score de Malinas (1, 30) et aux critères propres à la sage-femme, nourris de son expérience. La sage-femme libérale va se rendre disponible dès cet appel afin d'accompagner le couple tout au long de l'accouchement (40). Elle va ainsi devoir réorganiser son emploi du temps

professionnel et personnel en fonction de l'avancement du travail et de l'imminence de l'accouchement.

A domicile, la femme en travail investit pleinement le lieu, elle se sent libre de bouger et de se déplacer comme elle en a envie (40, 41). La surveillance intermittente pendant le travail est basée sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour le suivi du travail d'un accouchement physiologique (39) et sur la charte de l'AAD de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) (annexe II). Pendant le travail, la sage-femme accompagne et soutient la parturiente. L'AAD ne permettant pas le recours à l'analgésie péridurale, la douleur sera gérée grâce à la confiance réciproque entre la sage-femme et le couple, mais également des méthodes telles que le yoga, le chant, la sophrologie, l'hypnose, et aussi des moyens non pharmacologiques tels que les massages, le bain, la relaxation, la marche, les positions différentes (41, 42).

Le dossier médical constitué pendant la grossesse est complété par la sage-femme pendant le travail, l'accouchement et le post-partum (41). Le but est de garder un document médicolegal du déroulement de l'accouchement. Ce dossier répertorie les antécédents de la patiente, le suivi de grossesse, le partogramme de l'accouchement, le suivi du post-partum ainsi que tous les actes réalisés par la sage-femme, et les examens complémentaires (échographies, analyses de sang et d'urine, enregistrements cardiotocographiques...).

Dans le post-partum et selon les recommandations des autorités de santé (39), la sage-femme surveille l'accouchée et le nouveau-né pendant deux heures minimum après l'accouchement. Elle réalise les premiers soins néonataux en accord avec le projet de naissance des parents et selon l'état de l'enfant à la naissance. Elle peut aider également à la mise au sein et prodigue les conseils en matière d'allaitement maternel. La sage-femme établit une attestation de naissance que le père pourra amener à l'officier d'état civil de la mairie du domicile pour faire la déclaration de naissance (36).

La sage-femme réalise le suivi post-natal de l'accouchée et de son enfant. La Sécurité Sociale prend en charge les visites de la sage-femme pendant 7 jours (13). Lors des visites post-natales, la sage-femme effectue le suivi de la mère et de l'enfant selon les mêmes critères qu'en maternité. Elle accompagne les premiers pas du couple dans l'accession à la parentalité (36).

En cas de complication de l'accouchement, il est important d'avoir anticipé le transfert vers l'hôpital le plus proche afin de réduire le délai de prise en charge (36). De plus, un véhicule personnel doit être prêt, ainsi que les numéros d'urgence à composer. La sage-femme réalise les premiers gestes d'urgence, avant le transport, avec le matériel médical requis. En effet, les sages-

femmes ont un panel de compétences leur permettant de réagir dans un contexte d'urgence, en l'attente du médecin. A la maternité, la patiente et son enfant sont pris en charge par les professionnels de santé hospitaliers et ne sont donc plus sous la responsabilité de la sage-femme libérale.

### 2.2.5. Risques de l'accouchement à domicile (AAD)

Nous disposons de deux sources afin de comprendre quels sont les risques liés à l'AAD :

- C. A. PIREYN-PIETTE (43), dans son mémoire de fin d'étude, dégage les risques liés à l'accouchement à domicile (AAD) grâce à l'analyse d'études internationales
- le Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE), en collaboration avec des associations de professionnels de santé et d'usagers (37) met en évidence les risques assurantiels de l'accouchement et leurs différences en fonction du lieu choisi pour l'accouchement.

#### 2.2.5.1. Les risques imprévisibles

Les risques liés à l'AAD sont les risques non prévisibles survenant lors d'un accouchement à bas risque obstétrical. Ainsi C. A. PIREYN-PIETTE (43) a identifié : l'hémorragie de la délivrance, les lésions périnéales et les infections per-natales pour la mère, l'anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF), l'hypoxie fœtale et néonatale pour l'enfant, ainsi que les risques liés au transfert. De son analyse, elle conclut qu'il n'existe pas de différence significative entre les risques d'un AAD et ceux d'un accouchement à bas risque obstétrical à l'hôpital. En effet, au niveau maternel, les principaux risques se situent : entre 0,6 et 4%, selon les études, pour l'hémorragie de la délivrance lors d'un AAD. Au niveau fœtal et néonatal, les risques exprimés en termes de mortalité se situent entre 1,5 et 3,5 pour mille, selon les études.

#### 2.2.5.2. Les risques liés au lieu d'accouchement

Pour l'accouchement à domicile, les risques liés au lieu d'accouchement sont constitués des risques imprévisibles liés à un accouchement à bas risque obstétrical, ainsi que les risques spécifiques aux AAD (37). Les principales situations à risques lors d'un accouchement à domicile sont les urgences vitales :



- l'hémorragie massive de la délivrance. Moins fréquente qu'en milieu hospitalier (37), elle est cependant à risque plus élevé à domicile du fait d'un délai de transfert et de la nécessité de coordination et d'organisation entre la sage-femme libérale et l'équipe hospitalière,
- l'hypoxie aiguë, nécessitant un transfert néonatal.

Selon l'article du CIANE (37), les situations comportant des risques d'urgences vitales pouvant aboutir à une embolie amniotique, une procidence du cordon, ou encore un accident vasculaire cérébral (AVC) ne sont pas prises en charge à domicile. Cependant, ces complications rarissimes n'en demeurent pas moins imprévisibles et leur prise en charge médicale est dépendante du délai d'intervention.

En définitive, les principaux risques de l'AAD sont liés à des délais d'intervention longs pour une situation d'urgence, notamment en raison du transport jusqu'à la structure hospitalière et de la coordination entre la sage-femme et l'équipe hospitalière. Les situations d'urgence seront d'autant plus difficiles à gérer que le domicile est éloigné d'une structure hospitalière.

### 2.2.6. Les textes de références pour la prise en charge de l'AAD

Les autorités de santé n'ont pas mis au point de recommandations spécifiques à l'accouchement à domicile en France. Cela peut s'expliquer par la marginalité de sa pratique (moins de 1%). L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) édite une charte de l'accouchement à domicile (annexe II), constituée par un référentiel de bonnes pratiques, mais il n'est pas approuvé par la Haute Autorité de Santé (HAS) ou le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), comme le rappelle M. J. KELLER, la présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF), lors des Entretiens des sages-femmes en 2009 (38). Les articles du code de la santé publique L.4151-1 et L.4151-3, R.4127-306 et R.4127-318 (7), définissant les compétences générales des sages-femmes, font office de textes législatifs et règlementent le champ d'action des sages-femmes libérales.

Au niveau international, l'OMS recommande dans son guide (39), une limitation des interventions aux cas de complications, lors du suivi d'accouchements à bas risque, dans le but de ne pas perturber les processus physiologiques qui permettent le bon déroulement de l'accouchement. Pour l'OMS, le rôle du soignant se résume au soutien et à l'encouragement de la femme qui accouche, ainsi qu'aux interventions limitées. La Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) rappelle le respect de la vie privée, c'est-à-dire le respect du choix du lieu d'accouchement et du praticien (44, 45).

Devant le peu d'encadrement de cette activité en France, comment expliquer la poursuite de cette pratique ?

## 2.3. Pérennité de cette pratique en France

Nous nous intéressons ici aux raisons qui pourraient expliquer la poursuite de la pratique des AAD.

### 2.3.1. Demande des couples

Selon certaines associations de parents (46), les couples expriment les désirs de se réapproprier leur accouchement, d'avoir plus de liberté de mouvements. L'entourage et le soutien familial, ainsi que le respect du temps nécessaire à la naissance sont pour eux des éléments importants dans leur projet de naissance.

D'après le mémoire de C. PERROCHON sur les attentes des femmes par rapport à l'accouchement (47), les femmes qui souhaitent accoucher à domicile en Haute-Vienne sont intéressées par l'aspect intime, le lieu familial et l'accompagnement personnalisé.

Le besoin de sécurité est primordial pour la femme en train d'accoucher. Pour certaines femmes, ce sentiment de sécurité est corrélé au recours à la technique médicale. Pour d'autres, il va se manifester dans un environnement intime, avec un entourage choisi, parfois grâce à une certaine autonomie et liberté (42). Selon les propos recueillis par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) (48) auprès des sages-femmes libérales : « *l'environnement technique du milieu hospitalier, les personnes présentes et souvent inconnues et les gestes posés (...) sont plus perturbants que « sécurisants » pour certaines femmes.* ».

Lors des Entretiens des Sages-femmes en 2009, W. BELHASSEN, sage-femme libérale, souligne que plus de la moitié des demandes d'AAD des couples n'avait pas pu être satisfaite par manque de sages-femmes (38). La demande pour les AAD existe bel et bien, mais les conditions actuelles ne permettent pas aux sages-femmes d'y répondre et de respecter le droit des femmes à choisir leur lieu d'accouchement. Cette revendication mise en avant par le Collectif Inter associatif Autour de la Naissance (CIANE) s'appuie sur le droit du respect de la vie privée, soutenu par la Cour Européenne des droits de l'Homme dans l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme (44, 45, 49).

### 2.3.2. Avantages pour les sages-femmes libérales

C., étudiante sage-femme en stage de fin d'étude avec une sage-femme libérale pratiquant les AAD, définit ainsi les avantages de l'AAD : « ...univers de confiance et de calme lors des consultations. ». I., sage-femme libérale pratiquant le suivi global et les accouchements à domicile, témoigne de son expérience : « chacun a son histoire, on prend le temps d'en parler, de se connaître, de cheminer dans l'établissement d'une vraie relation de confiance. ». Ces deux témoignages de professionnelles sur l'accompagnement global et l'accouchement à domicile, ont été recueillis par l'ANSFL (40).

Le suivi global, d'après N. PICQUENARD, sage-femme libérale accompagnant des AAD à Paris, permet une « prévention fine et parfois intuitive, une perception aiguisée par la connaissance de l'autre (...). Il n'est pas question de limiter la décision médicale par notre ressenti, mais au contraire de l'enrichir par ce que les individus nous renvoient d'eux-mêmes » (38).

Dans son mémoire sur l'AAD (50), C. A. PIREYN-PIETTE expose les motivations des sages-femmes libérales : « Ce choix de pratiquer l'AAD repose sur différentes raisons :

- Préserver l'eutocie en respectant au mieux la physiologie
- Le besoin d'être au plus près du métier originel de la sage-femme
- La continuité des soins
- La possibilité de mettre en pratique et d'améliorer tout leur savoir-faire
- Un haut niveau d'autonomie et d'indépendance
- Une grande satisfaction personnelle surtout quand elles sont seules intervenantes
- La flexibilité de l'emploi du temps
- Moins de stress dû à la gestion de plusieurs parturientes à la fois ».

### 2.3.3. Morbidité et mortalité périnatale et maternelle

En France, aucune étude sur la mortalité périnatale et maternelle lors des AAD n'a été réalisée du fait d'un nombre d'AAD restreint (moins de 1%).

C. A. PIREYN-PIETTE analyse 5 études étrangères et tente de dégager les différences entre « l'AAD prévu avec un professionnel expérimenté avec un transfert possible dans un hôpital moderne et l'accouchement eutocique prévu à l'hôpital » (43). Il s'agit de :

- 4 études prospectives de cohortes, menées entre 1996 et 2002 et provenant de Suisse, des Pays-Bas, du Royaume Uni et du Canada,

- 1 méta-analyse, réalisée en 1997, comparant des études concernant les pays ou régions suivantes : Etats-Unis, Wisconsin, Suisse, Pays-Bas, Royaume Uni et Canada.

L'analyse réalisée par C. A. PIREYN-PIETTE (43) montre que :

- au niveau de la morbidité et mortalité néonatale : il n'y a pas de différence entre l'accouchement à l'hôpital et l'AAD programmé.
- sur ces 5 études, totalisant 12368 AAD, aucune mortalité maternelle n'est relevée.
- au niveau de la morbidité maternelle, l'AAD produit beaucoup moins de lésions périnéales et les sages-femmes ont moins recours à l'épisiotomie.
- le risque d'hémorragie de la délivrance est moindre lors d'un AAD.
- en cas d'urgence, les complications de l'AAD viennent du délai d'intervention lié au délai de transfert vers l'hôpital: l'hémorragie de la délivrance, la souffrance néonatale.

Elle conclut que la présence d'un professionnel de santé compétent sur la physiologie de l'accouchement et le dépistage des complications est nécessaire. De plus, l'AAD ne serait pas plus à risque qu'un accouchement en maternité dans le cadre d'un suivi prévu par un professionnel médical compétent, d'une grossesse et d'un accouchement physiologiques.

Pourtant, en France, l'AAD représente moins de 1% des accouchements. Quel est le positionnement des professionnelles de l'accouchement à domicile ?

## 2.4. AAD, pratique peu courante en France

Comme nous l'avons exposé précédemment, la grande majorité des sages-femmes libérales ne pratiquent pas d'accouchement à domicile. Nous cherchons des hypothèses qui pourraient expliquer ce fait.

### 2.4.1. Raisons de cette absence de pratique

Beaucoup de sages-femmes libérales s'installent après avoir travaillé en milieu hospitalier. P. CHARRIER (51), montre que la moyenne d'âge des sages-femmes libérales est de 40 ans. De même le nombre d'accouchement réalisé diminue après 40 ans, ainsi que le nombre d'actes infirmiers (51), démontrant un probable changement des pratiques et un moins grand attrait pour la pratique de l'accouchement.

Certaines sages-femmes vont se sentir insuffisamment expérimentées pour réaliser la prise en charge que nécessite l'AAD et peuvent se sentir démunies devant la gestion de la douleur (38). De

même, certaines sages-femmes libérales pratiquant l'AAD ont arrêté cette activité du fait de contraintes devenues trop importantes (38, 52).

### 2.4.2. L'assurance professionnelle

« *Le manquement à l'obligation d'assurance, (pour la pratique des accouchements à domicile programmés) peut entraîner des sanctions disciplinaires mais également pénales* » comme le rappelle le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes en juillet 2013 (53).

Les sages-femmes libérales ayant demandé une assurance comprenant l'activité « Accouchement à domicile » au Bureau Central des Tarifications (BCT), se sont vues proposer une assurance avec une prime annuelle de 19000 euros (54). Cela s'explique par le fait que « *le BCT considère que ces sages-femmes encourent une responsabilité équivalente à celle d'un gynécologue-obstétricien et que le risque ne peut pas être jugé moins élevé. La tarification est donc similaire à celle des médecins* » (37).

D'après le modèle de lettre de recours au BCT édité par l'ANSFL (55), cette prime d'assurance n'est pas adaptée à leur revenu annuel estimé à moins de 34508 euros en 2007 pour 72% d'entre elles. Sachant que la tarification de l'accouchement est de 312,70 euros (13), le montant d'une telle prime d'assurance suppose une augmentation du nombre d'accouchements à réaliser, peu compatible avec les principes d'accompagnement global et de qualité de prise en charge de la mère et de son enfant. L'autre option serait de pratiquer des dépassements d'honoraires, réservant l'AAD à une certaine catégorie sociale.

Certaines sages-femmes libérales se sont donc vues dans l'obligation d'arrêter cette activité faute d'assurance (38). Dans certaines régions en France, des associations de parents soutiennent cette pratique en participant au financement de la prime d'assurance (56). Enfin, certaines sages-femmes libérales ne sont pas assurées pour cette activité (38, 57) et en informent les couples dès que la demande d'AAD est formulée.

### 2.4.3. Autres contraintes pour la sage-femme libérale

D'autres contraintes sont en lien avec la pratique :

- la disponibilité que nécessite l'AAD. En effet, la date de l'accouchement est une grande inconnue de l'obstétrique et des professionnels de santé. L'accouchement peut donc survenir de jour comme de nuit, ainsi que les jours de repos. De plus, les sages-femmes libérales travaillent le plus souvent seules. «... *la pratique d'accouchement rythme mon*

*quotidien, désorganisant et réorganisant en permanence mon emploi du temps professionnel et personnel.* » témoigne I., sage-femme libérale pratiquant les accouchements à domicile (40).

- le contexte hospitalier et de l'environnement. En effet, certaines équipes hospitalières peuvent être réfractaires au projet d'accouchement à domicile et peuvent freiner la démarche en refusant de réaliser la consultation d'anesthésie demandée par les patientes (58). L'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) a réagi à ces refus de consultations d'anesthésie que rencontrent certains parents, en rappelant l'intérêt de cette consultation recommandée pour la prise en charge optimale de la patiente en cas de problème, et le rôle de chaque profession dans cette prise en charge (58).
- la distance est également problématique, d'une part, la distance entre le cabinet de la sage-femme et le domicile des patients, et d'autre part, la distance entre le domicile et la maternité en cas de transfert. La sage-femme libérale est donc amenée à faire beaucoup de kilomètres, surtout dans les régions où les sages-femmes libérales qui pratiquent les AAD sont éloignées les unes des autres. De plus, dans certaines régions, les maternités se font rares et sont centralisées en une grosse structure, ce qui éloigne davantage le domicile de la maternité. Parfois, les futurs parents sont parfois contraints de louer un logement pour se rapprocher de la sage-femme libérale et de la maternité susceptible de les accueillir en cas de problème (40).

Ces contraintes imposées aux parents et aux sages-femmes libérales peuvent conduire à certaines dérives.

## 2.5. Dérives liées à l'absence d'accompagnement des AAD

### 2.5.1. L'accompagnement par les doulas (59)

Les doulas sont des femmes ayant accouché et/ou qui ont reçu une formation théorique non-médicale et non-reconnue officiellement. Elles accompagnent des couples pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, par leur présence, le partage de leur expérience de la maternité, leurs conseils, leur soutien psychologique, mais aussi parfois matériel (faire les courses ou s'occuper des autres enfants). Leur service n'est pas remboursé par la sécurité sociale. En absence de

sage-femme libérale pouvant accompagner l'AAD, certains couples se tournent vers les doulas. En 2006, 138 accouchements ont été accompagnés par des doulas. Le danger réside dans l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement par la doula sans professionnel médical.

### 2.5.2. L'accouchement à domicile non assisté ou ANA

L'accouchement non assisté a lieu en l'absence de tout professionnel médical de la naissance. Les ANA sont rares car le plus souvent les femmes ou les couples n'ont pas eu le temps d'arriver à la maternité ou de prévenir un professionnel ou encore le SAMU, avant la naissance. Cependant, certains choisissent délibérément d'accoucher au domicile sans assistance médicale.

Lors de ce type d'accouchement, la femme et son entourage familial prennent des risques conséquents.

Devant la rareté et l'aspect involontaire de la plupart de ces accouchements, il n'existe pas d'études sur ce sujet. Leur existence est connue à travers les témoignages des femmes qui en ont fait l'expérience. Selon ces témoignages, les raisons de ces pratiques sont, dans de nombreux cas, l'absence de professionnels accompagnant les AAD dans certaines régions (60).

Ces deux dérives peuvent mettre en péril la sécurité de la mère et de l'enfant. Mais également, celle de la sage-femme libérale quand celle-ci est prévenue au dernier moment, comme cela peut être le cas parfois (59).

Devant le contexte actuel de l'accouchement à domicile, nous avons souhaité mettre en évidence les représentations sociales qu'ont les professionnels de cette pratique, à savoir les sages-femmes libérales.

## 3. Les représentations sociales

Les représentations sociales sont étudiées dans le cadre de recherches sociologiques et psychosociologiques (61). Leur étude nous a paru particulièrement intéressante puisqu'elles peuvent influencer les pratiques individuelles et collectives.

### 3.1. La « représentation sociale »

Nous avons retenu deux définitions afin de mieux comprendre les représentations sociales. MOSCOVICI (1961) les définit comme des « *ensembles complexes d'éléments, informations ou connaissances, partagés par un ensemble d'individus sur un objet donné* » (61). Selon ABRIC (1987), elles sont « *le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* » (61). Elles représentent des points de vue, des opinions, des valeurs, des croyances, des données, partagées par des individus, un groupe ou une société, ancrées dans l'inconscient et perçues comme fiables. Elles vont influencer le comportement et la perception de la réalité des individus sans forcément qu'ils en aient conscience.

### 3.2. Les différentes représentations sociales

#### 3.2.1. Les représentations collectives (61)

Les représentations collectives sont des valeurs, connaissances, croyances, idées, stables, partagées par les membres d'une même société.

Ces éléments se construisent collectivement, imposés par les coutumes, l'histoire, les religions, les mythes, etc... Ces éléments influencent la conception que les individus ont du monde.

#### 3.2.2. Les représentations d'un groupe (61)

Les représentations d'un groupe sont propres à un groupe défini soit par une profession, soit par la pratique d'un loisir, soit par une religion, etc... Elles sont influencées par les interactions sociales et le positionnement du groupe dans la société.

Cependant, au sein du groupe, les individus peuvent s'intéresser seulement à certains aspects de l'objet source de la représentation sans manifester d'intérêt pour ces autres dimensions de cet objet.

Notre étude s'intéresse aux représentations du groupe professionnel des sages-femmes libérales.

#### 3.2.3. Les représentations individuelles (61)

Les représentations individuelles sont un ensemble d'idées qu'un individu a élaboré sur des objets sociaux, liées à son évolution au sein d'un groupe et dans la société, mais également issues de sa



propre expérience, de ses observations, de ses connaissances, de ses valeurs et de ses croyances. Ces données sont strictement personnelles, instables et évolutives, et elles ne sont pas partagées par les autres membres du groupe.

### 3.3. La structure des représentations

Selon ABRIC (62), « *la représentation sociale se structure en éléments organisateurs, stables et non négociables* (le noyau central des représentations) *et en éléments périphériques instables et négociables* (les noyaux périphériques des représentations) ». Les représentations peuvent être mises à jour par la méthode des associations verbales (62).

Ainsi, la structure des représentations sociales est constituée par :

- Le noyau central des représentations : élément stable, le plus ancré dans les pensées de l'individu (61). Il a trois fonctions :
  - la fonction de continuité (il donne de la cohérence et résiste aux changements),
  - la fonction productrice de sens (il donne du sens et une valeur aux représentations)
  - la fonction organisatrice (elle oriente les relations des éléments des représentations les uns par rapport aux autres).
- Les éléments périphériques des représentations : éléments instables et dépendants du noyau central de la représentation. Ils ont pour fonction d'inscrire les représentations dans la réalité du moment, de permettre leur adaptation aux différents contextes et aux changements (61). Les éléments extérieurs, évènements, changements peuvent avoir un impact sur les éléments périphériques des représentations. En opposition, le noyau central ne va subir des modifications qu'au terme d'une longue exposition aux changements extérieurs (61).

La méthode des associations verbales permet de connaître les représentations sociales d'une population sur un sujet donné à un instant précis (61). Elle consiste, pour la population interrogée, à citer 10 mots, termes ou expressions venant spontanément à l'esprit devant l'évocation d'un mot inducteur. Dans un second temps, il convient de classer ces mots selon l'importance que leur donne le sujet : le premier mot étant le plus représentatif de l'idée pour la personne et le dixième, le moins représentatif de cette idée. Une analyse prototypique de VERGES est ensuite faite (61). Elle prend en compte la fréquence d'apparition du mot et la moyenne des rangs du mot. Un carré de VERGES

est ainsi constitué, permettant d'identifier le noyau central des représentations et les éléments périphériques des représentations.

### 3.4. Représentations de l'accouchement à domicile

Selon C. LEMAY, sage-femme, l'accouchement à domicile en France est fortement influencé par les représentations sociales de la société et des individus : « *Lorsque l'accouchement et la naissance surviennent à la maison dans une société où 99% des accouchements se passent à l'hôpital, cela pose des questions autant sur l'événement lui-même que sur le contexte global duquel il a émergé car les pratiques entourant la naissance et la mort révèlent non seulement les valeurs prédominantes d'une société mais aussi sa conception de l'Humain et de façon plus globale ses conceptions du monde.* » (63).

R. ROTH HAILLOTTE (64), anthropologue, a réalisé une enquête ethnographique intitulée : « Les représentations profanes et médicales du lieu d'accouchement : entre l'idéal (synonyme d'idéal) (65) et le réel », basée sur des témoignages recueillis de manière informelle auprès des professionnels de santé et des patientes. Selon R. ROTH HAILLOTTE : « *Dans notre société, l'omnipotence médicale demeure une représentation sacrée de la santé, notamment dans le champ de la naissance, où le mot d'ordre est « sécurité ».* » (64).

Les opinions portées par une partie de la population peuvent entraîner des transformations des représentations collectives : « *une partie du corps médical participe involontairement à une modification de la représentation collective de la fonction physiologique de la naissance en une réelle pathologie à haut risque, alors que 80 % des accouchements sont eutociques* » (64).

Les représentations profanes liées au lieu d'accouchement peuvent s'orienter différemment. Ainsi une partie de la population va souhaiter un accouchement en établissement de soins : « *bon nombre de femmes optent pour des établissements de type 2 ou 3, validant dans leur construction idéale de la naissance des soins performants où la maximisation sécuritaire demeure omniprésente* ». Une autre partie des patientes vont préférer une prise en charge moins voire complètement démedicalisée : « *Pour se préserver de l'industrialisation et de la standardisation de cet acte (l'accouchement), quelques femmes font le choix personnel, ou bien souvent par défaut, d'accoucher à domicile car « c'est l'hôpital ou rien ».* « *Bien souvent, ces femmes réfutent la norme institutionnelle où des gestes intrusifs et iatrogènes gommant la relation soignant/patiente et font basculer cet acte dans une véritable médicalisation routinière. Face à ces pratiques, pour certaines femmes, l'accouchement à domicile ne s'inscrit pas dans une construction de l'idéal, c'est-à-dire à*

*un retour à la physiologie, mais simplement dans une dénégation du réel hospitalier environnant » (64).*

Selon R. ROTH HAILLOTTE, concernant les représentations des professionnels de santé : *« L'accouchement à domicile représenterait pour une majorité de personnels soignants une « hérésie », le risque nul n'existant pas et le taux de mortalité maternelle étant encore trop élevé en France par rapport à ses voisins européens » (64).*

Leurs représentations de l'accouchement vont influencer les patientes à choisir un lieu d'accouchement plutôt qu'un autre (la structure de soin ou le domicile).

Dans ce contexte, il nous a paru intéressant de réaliser une étude sur les représentations sociales et les freins liés à la pratique à l'accouchement à domicile, auprès de la population des sages-femmes libérales.

## DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

## **1. Constat**

Actuellement, 25% des femmes seraient demandeuses d'un autre mode d'accouchement, moins médicalisé, plus intime et familial (6, 66). Certaines sages-femmes libérales ont fait le choix d'accoucher à domicile les femmes dont elles ont assuré le suivi de grossesse.

En ce début du XXI<sup>ème</sup> siècle, cette pratique représente moins de 1% des accouchements (1). L'effectif des sages-femmes libérales augmente régulièrement depuis quelques années (4), et pour autant le nombre d'accouchement à domicile ne suit pas cette ascension.

Dans ce contexte, nous nous sommes interrogés sur les raisons du peu de pratique d'accouchement à domicile (AAD) par les sages-femmes libérales dans le sud-ouest de la France.

## **2. Problématique et intérêts de l'étude**

### **2.1. Problématique**

Quels sont les arguments exprimés par les sages-femmes libérales expliquant la non-pratique de l'accouchement à domicile ?

### **2.2. Intérêts de l'étude**

Cette étude nous permettra de connaître le positionnement des sages-femmes libérales sur la pratique des accouchements à domicile. Les résultats conduiront à comprendre pourquoi les accouchements à domicile ne se développent pas, malgré une demande croissante des patientes.

### **3. Objectifs et hypothèses**

#### **3.1. Objectifs**

##### **3.1.1. Objectif principal**

Avec cette étude, nous souhaitons mettre en évidence les arguments expliquant l'absence de pratique de l'accouchement à domicile par les sages-femmes libérales.

##### **3.1.2. Objectif secondaire**

L'objectif secondaire est de connaître le positionnement des sages-femmes libérales concernant l'accouchement à domicile.

#### **3.2. Hypothèses**

- La majorité des sages-femmes libérales sont favorables à l'accouchement à domicile.
- La majorité des sages-femmes libérales ne pratiquent pas l'accouchement à domicile en raison de l'impossibilité d'obtenir une assurance professionnelle concernant cette pratique.
- Le risque médico-légal est l'argument majoritairement cité par les sages-femmes libérales, expliquant leur non-pratique de l'accouchement à domicile.
- Les sages-femmes libérales ne pratiquent pas l'accouchement à domicile en raison du risque de gérer seule une complication sévère, comme une hémorragie de la délivrance ou à une réanimation néonatale difficile.
- L'accouchement n'est plus la mission première pour la majorité des sages-femmes libérales.

## **4. Schéma d'étude**

### **4.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative, analytique et transversale.

L'étude utilise un questionnaire anonyme (annexe IV) qui comportera :

- la méthode des associations verbales, afin d'étudier les représentations des sages-femmes libérales par rapport à l'accouchement à domicile,
- des questions ouvertes,
- des questions fermées,
- des questions à choix multiples.

### **4.2. Population étudiée**

La population cible concerne les sages-femmes libérales ne pratiquant pas l'accouchement à domicile en France.

#### **4.2.1. Population source**

Nous avons délimité notre étude aux régions Limousin et Aquitaine afin d'obtenir un effectif suffisant dans une situation géographique proche. Ces deux régions font partie du Sud-Ouest de la France. Notre population source comprend donc les sages-femmes libérales ne pratiquant pas l'accouchement à domicile en Limousin et en Aquitaine.

#### **4.2.2. Taille de l'échantillon**

Cette étude concerne toutes les sages-femmes libérales en Limousin et Aquitaine, à l'exclusion des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile soit :

- 32 sages-femmes libérales en Limousin
- 214 sages-femmes libérales en Aquitaine moins 12 sages-femmes libérales (5, 67) pratiquant les accouchements à domicile, soit un total de 202 sages-femmes libérales.

La population concernée par l'étude est donc de 234 sages-femmes libérales, selon le répertoire des sages-femmes libérales de l'Ordre National des sages-femmes (ONSF) (68), la liste des sages-

femmes libérales pratiquant l'accouchement à domicile édité par l'ANSFL (5) ainsi qu'une autre liste trouvée sur « projet de naissance.com » (67).

### 4.2.3. Critères d'exclusion

Les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile ne sont pas prises en compte dans la population étudiée.

Le choix d'exclure les sages-femmes libérales pratiquant les AAD se base sur différentes raisons :

- La problématique recherche les freins à l'exercice d'une activité, d'où le choix d'interroger une population ne choisissant pas de la pratiquer.
- Selon l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) (5), elles sont peu nombreuses en France. Il n'y en a pas en Limousin et 12 en Aquitaine (5, 67). Le total des sages-femmes libérales étant de 234 dans ces deux régions, l'effectif des sages-femmes pratiquant les AAD est trop faible pour permettre une comparaison des deux populations.

## 4.3. Variables

Parmi les variables que nous allons étudier, nous distinguons :

- Les variables concernant les caractéristiques des sages-femmes libérales :
  - les variables quantitatives : leur âge, qui peut influencer la pratique des accouchements ; l'année d'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, qui nous renseigne sur l'ancienneté,
  - les variables qualitatives : l'obtention de diplômes universitaires (DU) complémentaires et la spécialité concernée,
- les variables concernant leur parcours professionnel. Elles vont nous permettre de collecter des données pouvant expliquer leur positionnement par rapport à l'accouchement à domicile et sa pratique :
  - les variables quantitatives : la durée d'exercice professionnel avant l'exercice libéral
  - les variables qualitatives : les types d'emplois occupés en tant que sage-femme, le mode d'exercice : privé ou public, le type de maternité (1, 2 ou 3), ainsi que le ou les service(s) concerné(s) (consultation prénatale, salle de naissance, suites de couches, planification familiale, diagnostic anténatal, grossesse à haut-risque)
- Les variables concernant l'exercice professionnel libéral :



- les variables quantitatives : l'année de leur installation en libéral
- les variables qualitatives sont : la ou les motivation(s) de leur installation en libéral, les activités qu'elles réalisent dans leur pratique professionnelle libérale (consultation prénatale, préparation à la naissance, surveillance et pratique des accouchements, suivi postnatal, rééducation périnéale), ainsi que leur mode d'exercice : temps plein ou temps partiel avec une activité complémentaire dans le secteur public ou privé
- les variables qualitatives concernant leur positionnement par rapport à l'accouchement à domicile :
  - les associations verbales concernant l'« accouchement à domicile ».
  - les conditions optimales de sécurité pour la réalisation des accouchements à domicile selon chaque sage-femme
- les variables qualitatives concernant les freins à la pratique des accouchements à domicile :
  - l'impossibilité de souscrire une assurance professionnelle pour cette pratique,
  - l'aspect lucratif de l'activité,
  - la disponibilité requise pour la surveillance d'accouchements à domicile,
  - l'organisation spécifique ou en lien avec l'accompagnement des accouchements à domicile ainsi que la répercussion sur les autres activités professionnelles et la vie privée,
  - le risque de complication,
  - le risque médico-légal,
  - l'absence de proximité des moyens médicaux en cas d'urgence, en particulier les médecins du SAMU et le matériel nécessaire,
  - les raisons personnelles de non-pratique d'accouchements à domicile.

## 4.4. Modalités pratiques

### 4.4.1. Mode de distribution et de recueil des questionnaires

Un premier contact par courrier électronique ou par téléphone a été établi avec les sages-femmes libérales pour les informer de l'étude, obtenir leur accord et leur proposer un mode d'acheminement du questionnaire adapté à leur pratique. Au final, les questionnaires ont été envoyés par courrier

postal avec enveloppe réponse ou par courrier électronique, selon le souhait des sages-femmes libérales.

Deux relances ont été effectuées par téléphone et par courrier électronique, à un mois d'intervalle, aux sages-femmes n'ayant pas répondu.

#### 4.4.2. Difficultés rencontrées et stratégies mises en place

L'envoi des questionnaires a été échelonné sur une période de 9 mois, d'avril 2012 à janvier 2013.

Différentes raisons peuvent expliquer le temps imparti à cette étude :

- Des coordonnées non valides,
- Des déménagements,
- Des changements d'orientation professionnelle non répertoriés sur l'Annuaire et le répertoire de l'ONSF,
- Des départs en retraite,
- La nécessité de devoir contacter parfois 2 à 3 fois les sages-femmes avant de pouvoir les joindre.

C'est pourquoi, des stratégies ont été mises en place afin de remédier à ces difficultés :

- Un temps supplémentaire afin de rechercher les coordonnées correctes sur les Pages Jaunes de l'Annuaire de chaque département (Corrèze, Haute-Vienne et Creuse pour le Limousin, et Dordogne, Gironde, Lot-et-Garonne, Landes et Pyrénées Atlantiques pour l'Aquitaine), à la rubrique professionnelle « sages-femmes libérales »,
- La nécessité d'échelonner la première prise de contact avec les sages-femmes du fait de l'importance de l'effectif,
- Des relances ont été également réalisées en fonction des réponses.

### 4.5. Recueil et traitement statistique des données

L'analyse des données recueillies par la méthode des associations verbales est réalisée grâce à l'analyse prototypique de VERGES. Cette analyse utilise le schéma suivant :

- Les mots retenus sont ceux cités par au moins 10% des sujets interrogés, afin d'éliminer les représentations individuelles.
- Grâce au logiciel Excel et à la méthode des tableaux croisés dynamiques, nous avons mis en évidence la fréquence d'apparition du mot ainsi que la moyenne de son rang d'apparition.

Le carré de VERGES est ainsi constitué et permet d'identifier :

- Le noyau central des représentations,
- Les éléments périphériques,
- Les éléments périphériques secondaires ou zone muette des représentations.

Le tableau ci-dessous nous permet de comprendre la répartition des mots dans le carré de VERGES :

	Fréquence <b>supérieure</b> à la moyenne des fréquences	Fréquence <b>inférieure</b> à la moyenne des fréquences
Rang <b>inférieur</b> à la moyenne des rangs	Noyau central des représentations	Noyau périphérique des représentations
Rang <b>supérieur</b> à la moyenne des rangs	Noyau périphérique des représentations	Noyau périphérique secondaire

Les calculs des moyennes, pourcentages ont été effectués grâce à un logiciel Excel.

Les comparaisons des associations verbales des sages-femmes ont été réalisées grâce au test du Chi2 et le calcul du petit « p », sachant que :

- « p » inférieur à 0,05 : il y a une différence significative. Les mots sont spécifiques à une population,
- « p » supérieur à 0,05 : il n'y a pas de différence significative entre deux populations,
- « p » égal à 1 : un mot est commun à deux populations.

Les graphiques ont été construits également grâce au logiciel Excel.

## TROISIEME PARTIE : RESULTATS

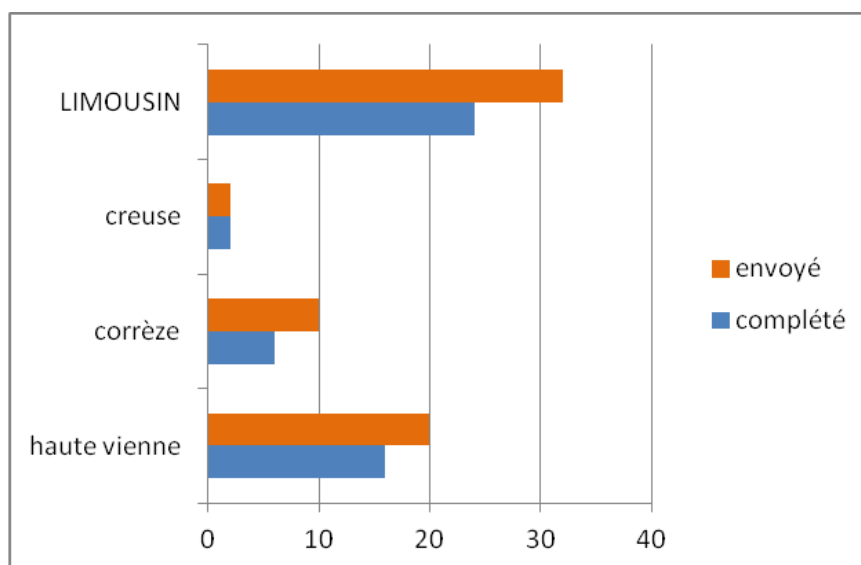
# 1. Etude des caractéristiques de la population

Sur l'ensemble des sages-femmes contactées, 129 réponses ont été reçues sur les 234 questionnaires envoyés, soit 55,13% de réponse. Les réponses sont présentées par région.

## 1.1. Répartition de la population de sages-femmes

Les sages-femmes sont réparties en deux groupes : les sages-femmes de la région Limousin et les sages-femmes de la région Aquitaine.

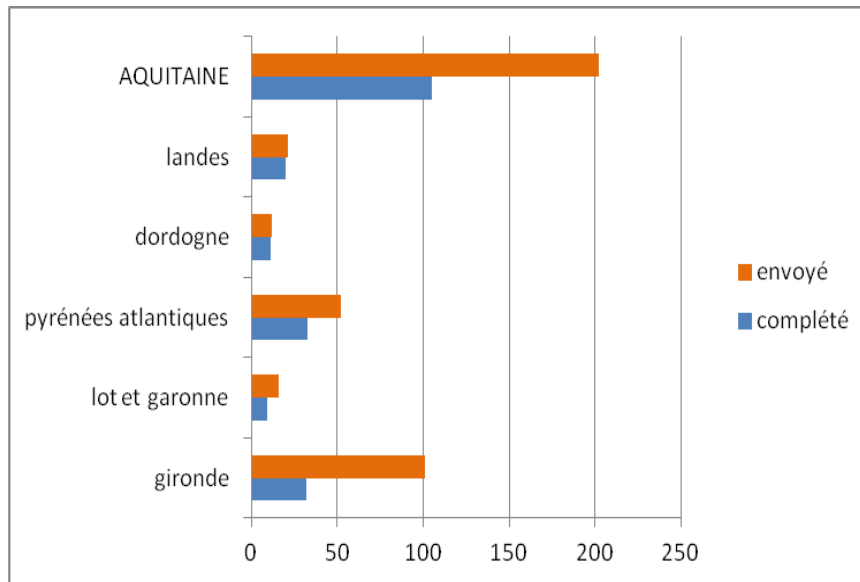
Graphique 1 : les sages-femmes du Limousin



Dans la région Limousin, 24 sages-femmes libérales sur 32 (75%) ont répondu à ce questionnaire. Sur l'ensemble des sages-femmes libérales par département, la proportion des réponses se reparti comme suit :

- 2 sages-femmes sur 2 en Creuse (100%),
- 16 sages-femmes sur 20 en Haute-Vienne (80%),
- 6 sages-femmes sur 10 en Corrèze (60%).

Graphique 2 : les sages-femmes en Aquitaine.



En Aquitaine, 105 sages-femmes sur 202 ont répondu à cette enquête (52%). La part des réponses sur l'ensemble des sages-femmes libérales dans chaque département se compose comme suit :

- 20 sages-femmes sur 21 dans les Landes (95%),
- 11 sages-femmes sur 12 en Dordogne (92%),
- 33 sages-femmes sur 52 dans les Pyrénées Atlantiques (63%),
- 9 sages-femmes sur 16 en Lot-et-Garonne (56%),
- 32 sages-femmes sur 101 en Gironde (32%).

## 1.2. Âge des sages-femmes libérales

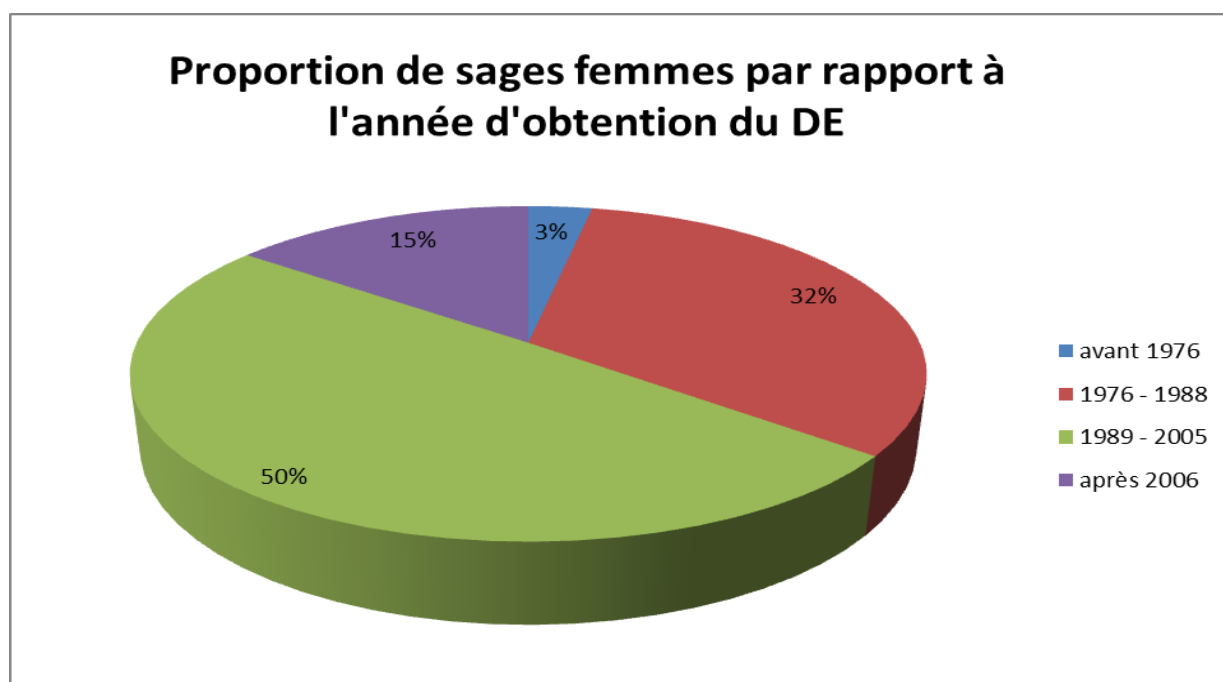
A cette question, l'ensemble des 129 sages-femmes ont répondu.

La moyenne d'âge de l'ensemble des sages-femmes libérales qui ont répondu est de 43 ans. Les âges des sages-femmes sont compris dans l'intervalle suivant : de 65 ans pour l'âge le plus élevé, à 24 ans pour l'âge le plus jeune.

## 1.3. Année d'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme

Les 129 sages-femmes ont été réparties en quatre groupes en fonction de leur année d'obtention du Diplôme d'Etat (DE) de sage-femme et des programmes de formation alors en vigueur.

Graphique 3 : Proportion des sages-femmes par rapport à l'année d'obtention du DE.



Les groupes selon les réformes des études de sages-femmes sont constitués par :

- 4 sages-femmes (3%) dans le premier groupe « avant 1976 »
- 42 sages-femmes (32%) dans le deuxième groupe « 1976 – 1988 »
- 64 sages-femmes (50%) dans le troisième groupe « 1989 – 2005 »
- 19 sages-femmes (15%) dans le quatrième groupe « après 2006 »

## 1.4. Diplômes universitaires complémentaires

40 sages-femmes libérales sur 129 ont un ou plusieurs diplômes universitaires complémentaires, soit 31,25% des sages-femmes. 14 sages-femmes sur 40 (35%) ont obtenu au minimum deux diplômes complémentaires.

Les sages-femmes devaient ensuite préciser quel(s) diplôme(s) avai(en)t été obtenu(s). Les diplômes ou formations complémentaires cités par les sages-femmes sont très variés. En effet, nous retrouvons 61 diplômes ou formations complémentaires différents.

Nous n'avons retenu que ceux cités par au moins 10% des sages-femmes, soit cités quatre fois ou plus.

Ainsi, ces diplômes les plus représentés sont au nombre de sept. Ce sont :

- le DIU d'acupuncture obstétricale, obtenu par six sages-femmes,

- le DIU d'échographie obstétricale, la formation allaitement, le DU de régulation des naissances. Chacun de ces diplômes est obtenu par cinq sages-femmes.
- le DIU de tabacologie, le DU de gynécologie et le DU d'homéopathie, chacun cités par quatre sages-femmes.

Certains diplômes ont été cités seulement par une ou deux sages-femmes. Nous notons ainsi :

- la préparation à la naissance : l'haptonomie, la sophrologie, le yoga,
- la rééducation périnéale,
- les thérapies alternatives, comme l'ostéopathie, la phyto-aromathérapie.

## **2. Parcours professionnel des sages-femmes libérales**

Cette partie étudie le parcours professionnel des sages-femmes libérales avant leur installation en libéral. Il y a 128 réponses et une « non-réponse » à cette question. 124 sages-femmes sur 128 (97%) ont eu une ou plusieurs expérience(s) salariée(s).

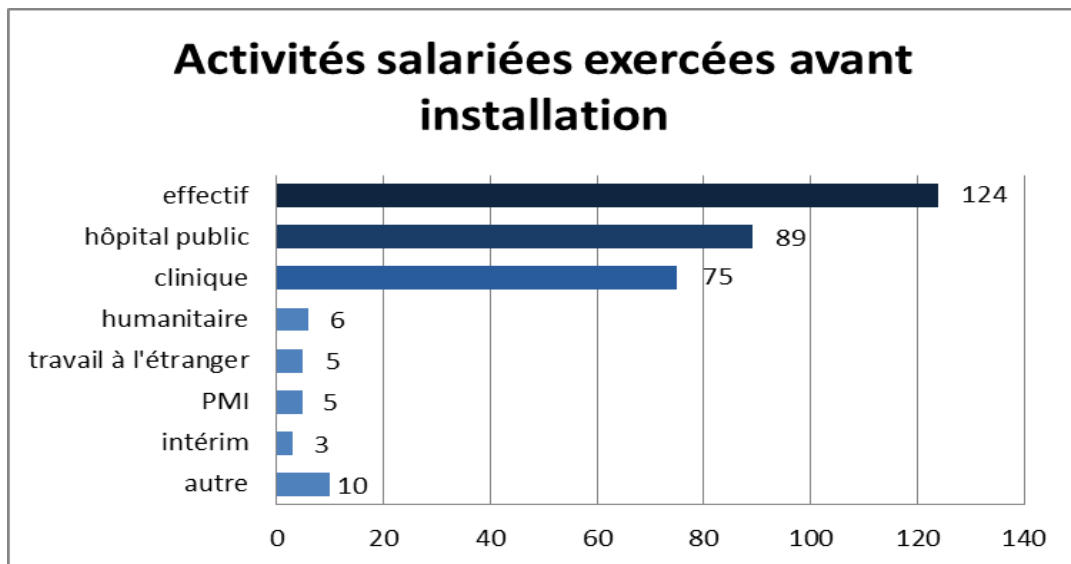
Les quatre autres sages-femmes (3%) se sont installées en libéral directement après l'obtention de leur diplôme d'état. Elles ne sont donc pas concernées par cette partie portant sur le parcours professionnel avant l'installation en libéral.

### **2.1. Emplois occupés avant l'exercice libéral**

La population concernée est de 124 sages-femmes. Elles avaient la possibilité de cocher une ou plusieurs réponses à cette question. Ainsi, 33 sages-femmes (27%) ont eu deux ou plus expériences professionnelles différentes. 91 sages-femmes (73%) ont eu une expérience professionnelle unique en tant que salariée.



Graphique 4 : Les activités salariées avant l'installation en libéral.



Majoritairement, les sages-femmes ont occupé un poste dans un hôpital public et dans une clinique privée, avant leur installation en libéral. Les activités : mission humanitaire, exercice à l'étranger, exercice en PMI et intérim, ont été citées plus sporadiquement.

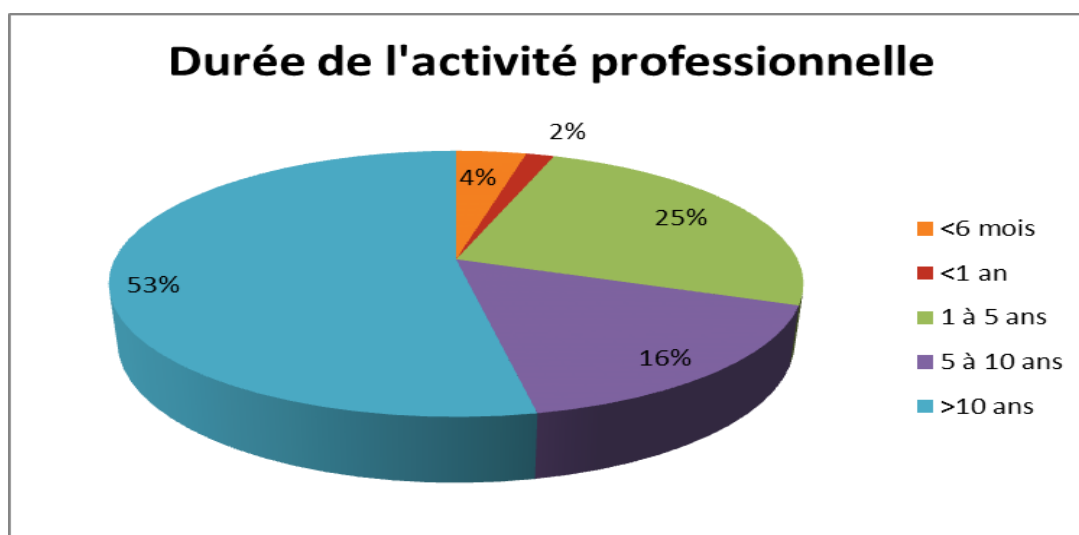
L'item « autre » correspond aux activités professionnelles citées seulement par une ou deux sages-femmes :

- activité professionnelle autre (éducatrice spécialisée, professeur des écoles, directrice de crèche)
- expérience ponctuelle au cours de leur activité salariée : remplacement libéral, gardes ponctuelles en hôpital ou clinique
- hospitalisation à domicile (HAD)

## 2.2. Durée de l'activité professionnelle avant l'exercice libéral

Sur les 124 sages-femmes ayant eu une expérience professionnelle avant l'exercice libéral, 33 sages-femmes (27%) ont accumulé plusieurs expériences professionnelles salariées. Les 91 autres sages-femmes (73%) ont eu une expérience salariée unique. Nous avons considéré la durée totale de l'expérience salariée des sages-femmes, sans prendre en compte les changements de trajectoires.

Graphique 5 : La durée de l'activité professionnelle des 124 sages-femmes avant l'exercice libéral.

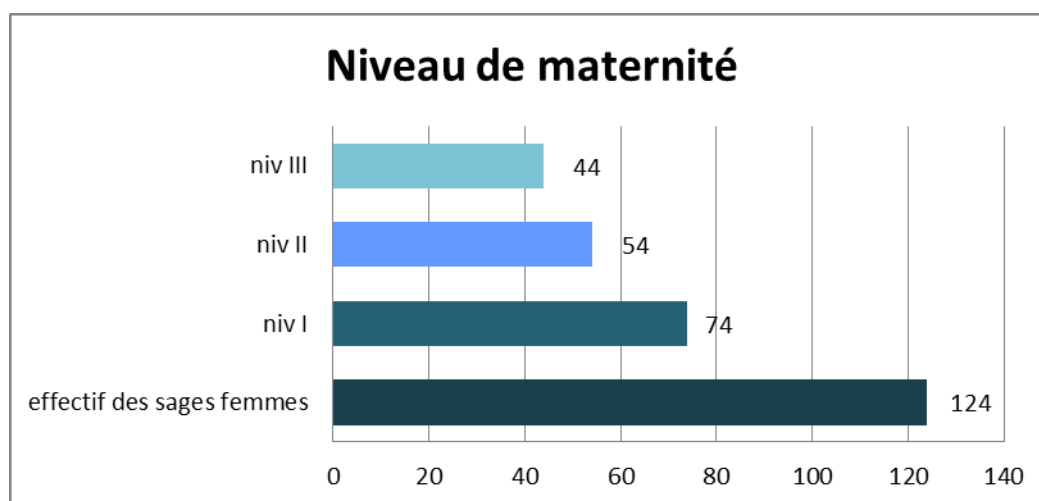


Plus de la moitié des sages-femmes (53%) ont exercé une activité salariée plus de 10 ans avant leur installation en libéral. Tandis que 6% des sages-femmes ont eu une expérience salariée inférieure à un an avant de s'installer en libéral, et 2% moins de six mois.

### 2.3. Niveau des maternités fréquentées

Nous allons voir dans quel type de structure les sages-femmes ont exercé avant leur installation en libéral. Plusieurs réponses étaient possibles, en fonction des différentes expériences avant l'installation en libéral.

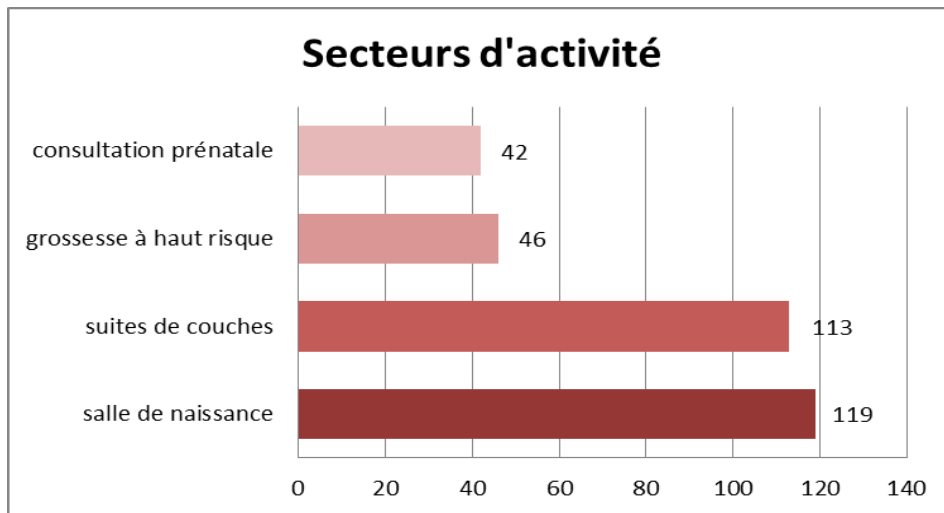
Graphique 6 : Le niveau de maternité.



Sur les 124 sages-femmes, 74 ont exercé en maternité de niveau I, 54 en niveau II et 44 en niveau III.

## 2.4. Secteurs d'activité fréquentés

Graphique 7 : les secteurs d'activité fréquentés par les sages-femmes.



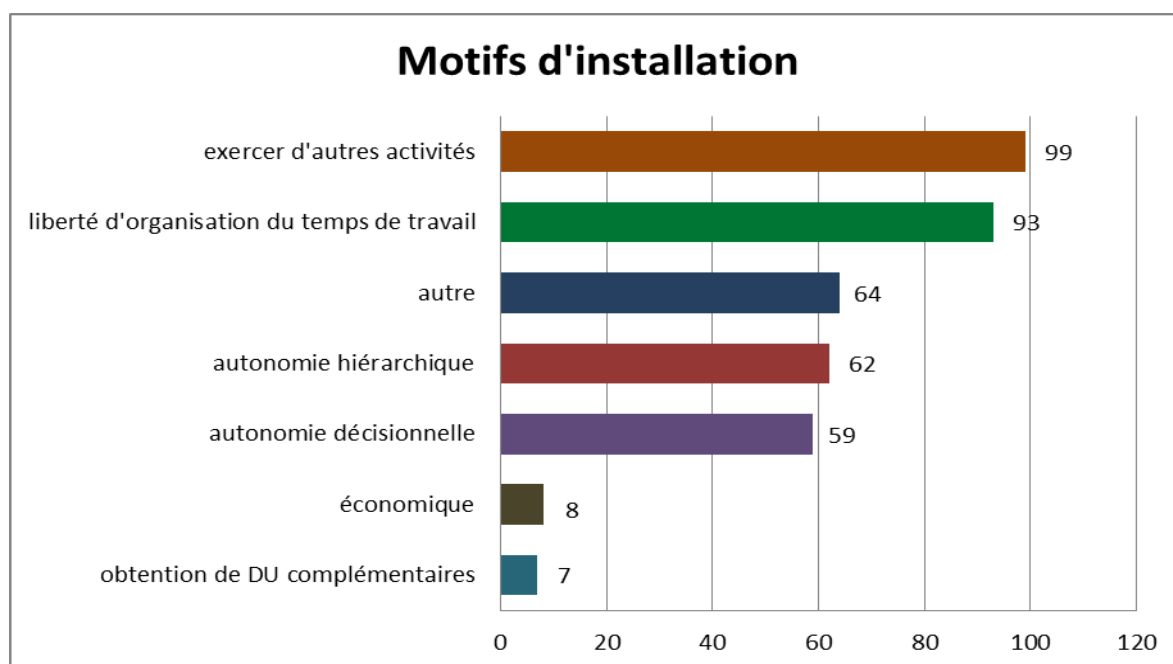
Les 124 sages-femmes ayant eu une activité salariée, ont exercé majoritairement dans les secteurs de salle de naissance et de suites de couches. Dans une proportion moindre, elles ont travaillé dans un service de grossesses à haut risque et dans le secteur des consultations prénatales

## 3. Exercice libéral actuel

### 3.1. Motivations pour l'installation en libéral

Les sages-femmes pouvaient cocher une ou plusieurs réponses à la question sur les motivations d'installation en libéral. Il y a eu 129 réponses à cette question.

Graphique 8 : Les motifs d'installation en libéral.



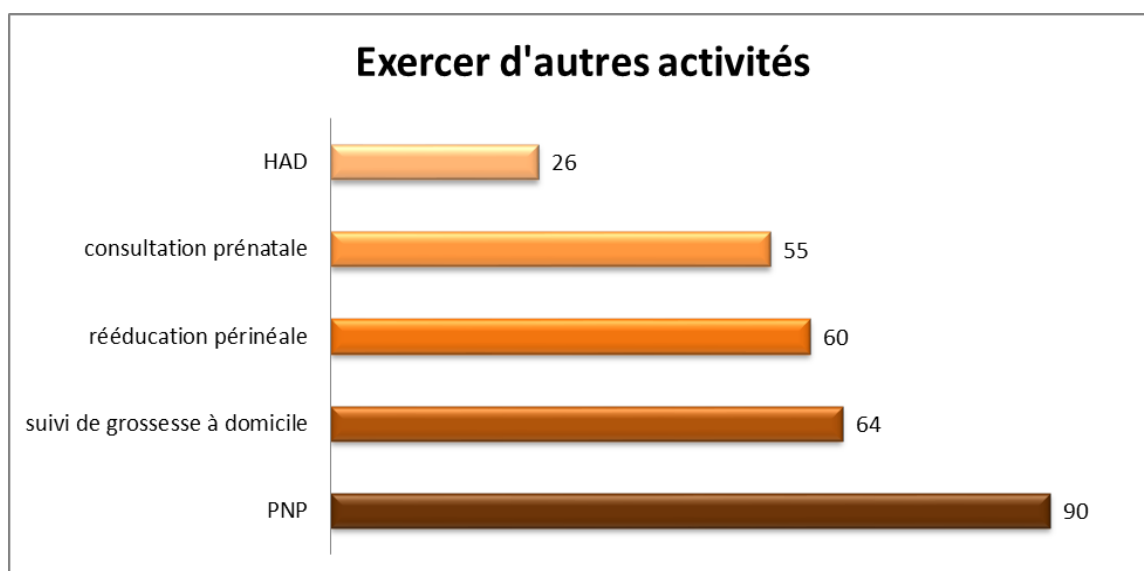
Sur 129 sages-femmes ayant répondu, les trois quart ont cité les raisons d'installation : « exercer d'autres activités » et « liberté d'organisation du temps de travail ».

La moitié d'entre elles ont cité comme motif d'installation : « autonomie hiérarchique » et « autonomie décisionnelle ». Les motifs « économique » et « obtention de diplômes universitaires complémentaires » ont été cochés par moins de 10 de sages-femmes.

La moitié des sages-femmes (64 sages-femmes) ont noté des motifs d'installation dans l'item « autre » : pratiquer « *un suivi global des femmes* » pour 16 d'entre elles, « *la qualité de la relation avec les patientes* » par 12 sages-femmes, le « *chômage* », le « *suivi allaitement* » et « *l'épuisement du aux conditions de travail salarié* », chacun cités six fois. « *L'importance de la vie de famille* » est citée par 5 sages-femmes.

99 sages-femmes sur 129 se sont installées en libéral pour « exercer d'autres activités » que celles exercées auparavant. Les sages-femmes pouvaient cocher plusieurs items à cette question.

Graphique 9 : Activités motivant l'installation en libéral des sages-femmes.



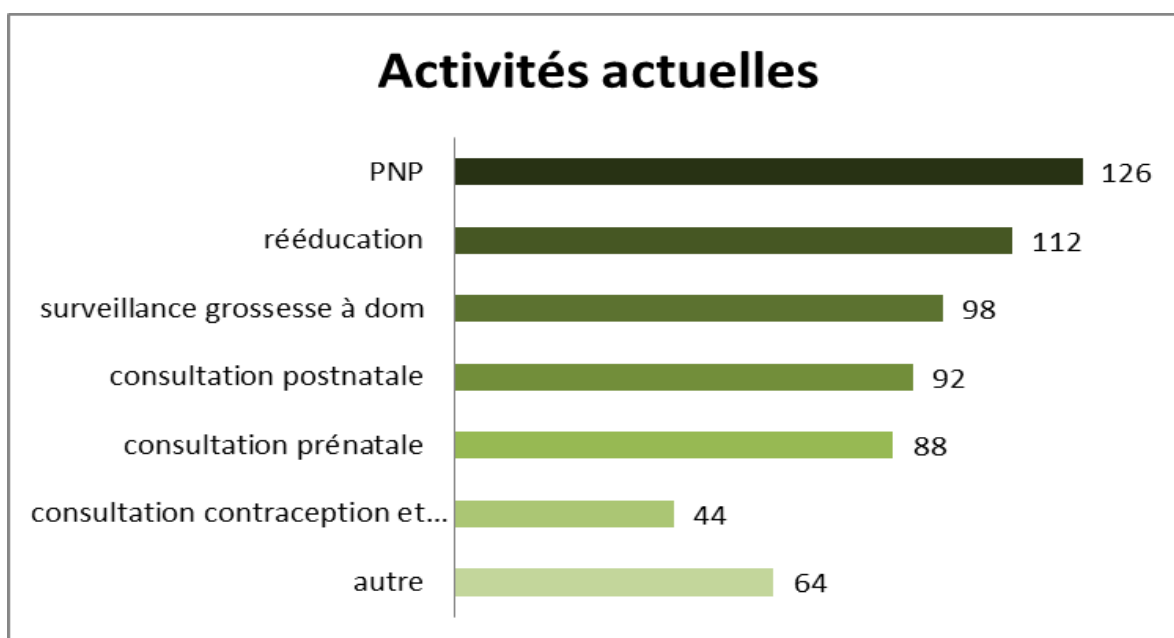
Parmi ces activités, nous pouvons citer par ordre décroissant de fréquence :

- la PNP (Préparation à la Naissance et à la Parentalité) pour la majorité d'entre elles
- le suivi de grossesse à domicile, la rééducation périnéale, les consultations prénatales pour plus de la moitié d'entre elles
- l'hospitalisation à domicile ou HAD pour le quart de ces sages-femmes.

### 3.2. Activités pratiquées en libéral

Les 129 sages-femmes ont répondu à cette question. Elles pouvaient cocher une ou plusieurs réponses à la question sur leurs activités pratiquées dans leur exercice libéral.

Graphique 10 : Les activités pratiquées dans leur exercice libéral actuel.

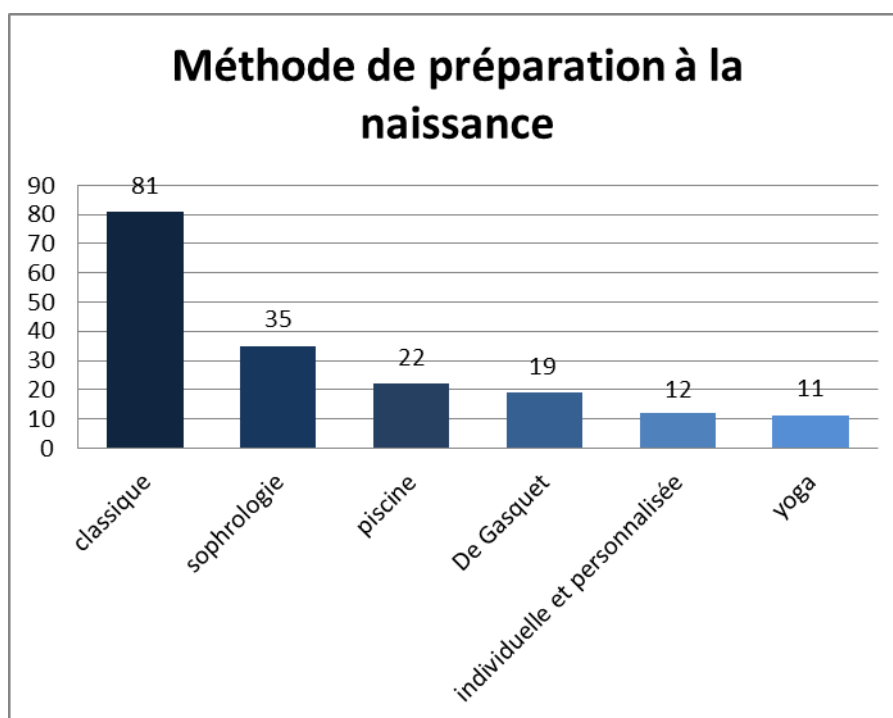


Sur 129 sages-femmes, la quasi totalité d'entre elles pratiquent la PNP (Préparation à la Naissance et à la Parentalité) et une grande majorité d'entre elles pratique la rééducation périnéale. Les trois quarts des sages-femmes réalisent la surveillance de grossesse à domicile, les consultations post et prénatales. Un tiers uniquement réalise des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

64 sages-femmes ont renseigné l'item « autre ». Il correspond aux différentes activités spécifiques des sages-femmes, dont les plus citées sont : le « *suivi des suites de couches à domicile* » (19 sages-femmes), le « *suivi d'allaitement* » (16 sages-femmes) et le « *massage d'éveil néonatal* » ou « *massage bébé* » (13 sages-femmes).

Parmi les nombreuses méthodes de PNP citées par les 126 sages-femmes, les méthodes pratiquées par au moins 10% des sages-femmes sont explicitées dans le graphique 11.

Graphique 11 : Les méthodes de préparation à la naissance et à la parentalité.



Certaines sages-femmes se sont formées à plusieurs méthodes de préparation à la naissance et en proposent donc plusieurs aux couples. La méthode classique est pratiquée par plus de la moitié des 126 sages-femmes qui proposent une préparation à la naissance. Les méthodes les plus proposées sont ensuite :

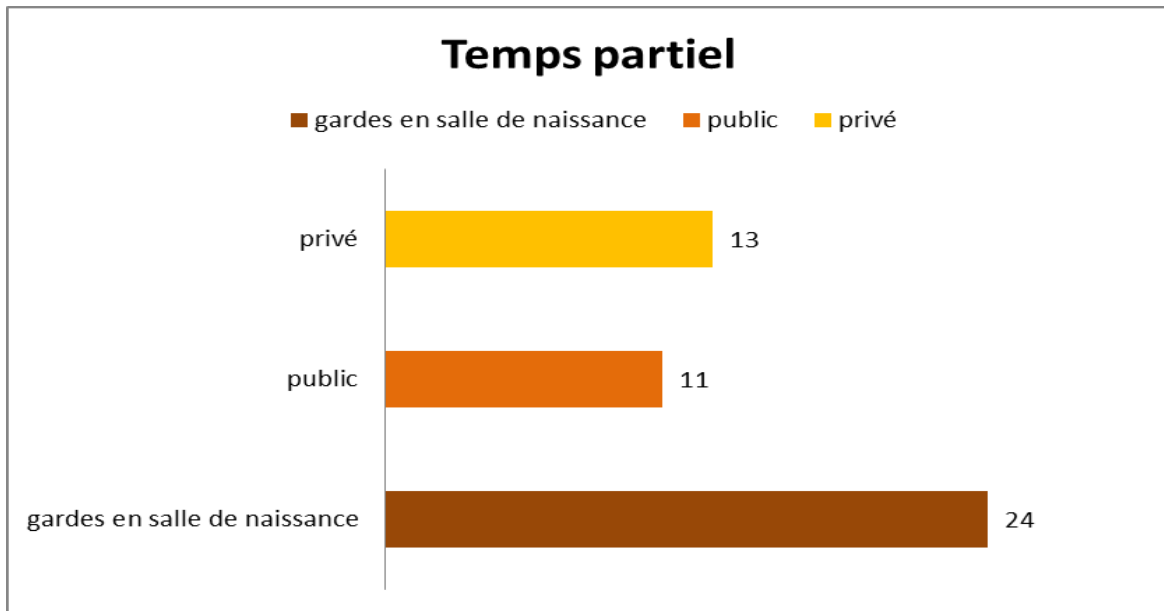
- la sophrologie, par plus du quart des sages-femmes
- la préparation en piscine et la méthode De Gasquet, par près de 20 sages-femmes
- la préparation individuelle et personnalisée et la préparation par le yoga, par plus de 10 sages-femmes.

### 3.3. Mode d'exercice libéral

Il y a 127 réponses à la question concernant le mode de pratique de l'exercice libéral. 90 sages-femmes (71%) exercent leurs activités à temps plein et 37 (29%), à temps partiel.

Sur les 37 sages-femmes exerçant leur activité libérale à temps partiel, certaines ont une activité complémentaire à temps partiel dans un établissement de soins public ou privé.

Graphique 12 : Type d'activité salariée complémentaire à un temps partiel en libéral.



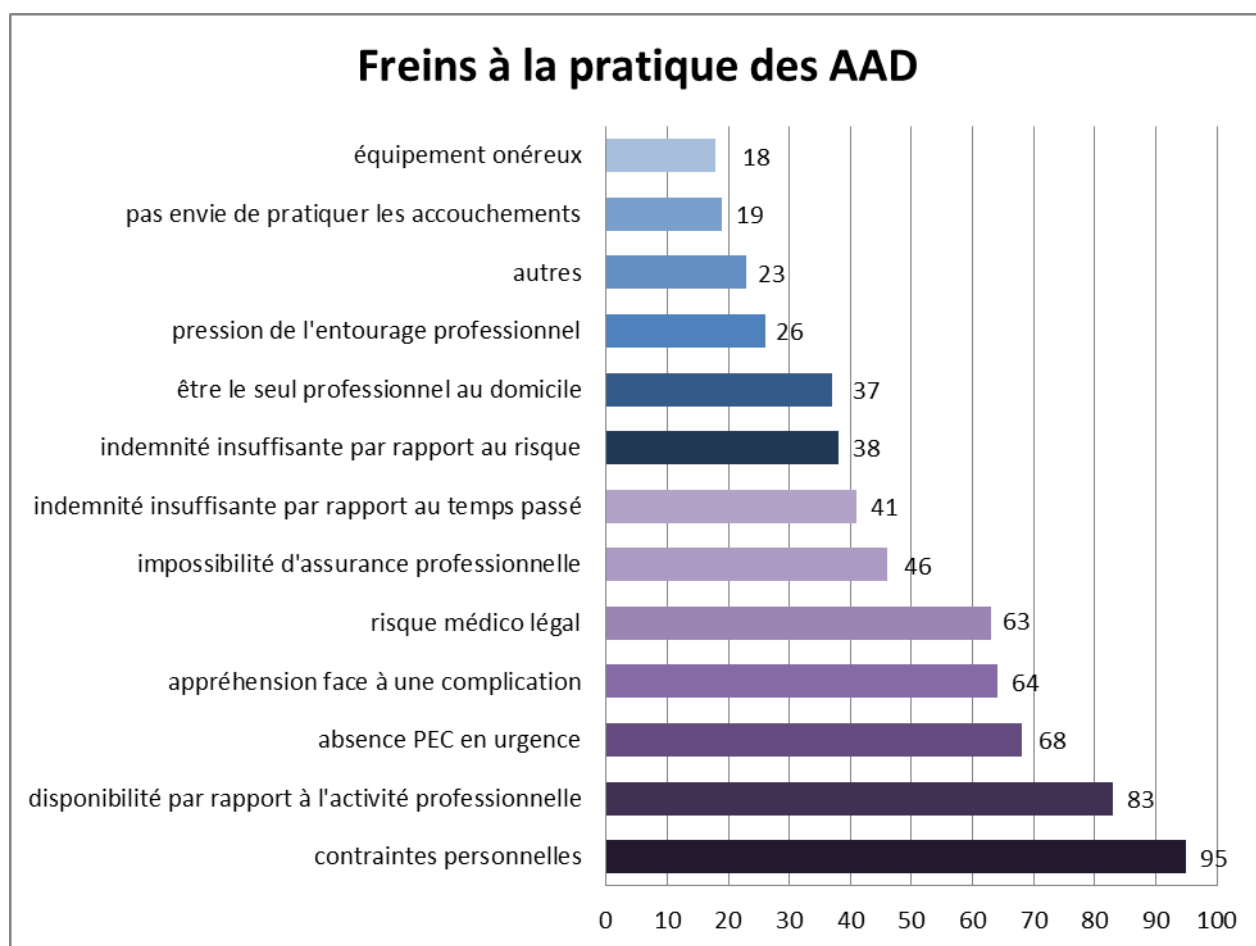
Plus de la moitié des sages-femmes exerçant à temps partiel (65%), effectuent des gardes en salle de naissance. Pour cette activité, elles exercent autant en établissement privé qu'en établissement public. 19% des 129 sages-femmes enquêtées réalisent des gardes en salle de naissance.

#### 4. Freins à la pratique de l'accouchement à domicile (AAD)

Nous avons obtenu un total de 128 réponses à cette question. Les sages-femmes pouvaient cocher plusieurs réponses parmi celles qui étaient proposées et pouvaient se positionner dans l'item « autre ».



Graphique 12 : Les freins à la pratique des accouchements à domicile.



Le frein le plus important à la pratique de l'accouchement à domicile pour trois sages-femmes enquêtées sur quatre est « **les contraintes personnelles** ». Le frein cité en seconde position est « **la disponibilité par rapport aux activités** ». Pour la moitié des sages-femmes, les freins : « absence de prise en charge en urgence », « appréhension face à une complication » et « risque médico-légal » sont importants.

Environ un tiers des sages-femmes ont coché les items : « impossibilité d'assurance professionnelle », « indemnité insuffisante par rapport au temps passé et au risque » et « être le seul professionnel au domicile ». Pour moins d'un quart des sages-femmes, les items suivant ont été évoqués : « pression de l'entourage professionnel », « pas envie de pratiquer les accouchements », « équipement trop onéreux » et « autres ».

Parmi les réponses des 22 sages-femmes ayant remplis l'item « autre », nous pouvons citer parmi les plus représentés :

- « *le manque de sécurité pour la parturiente, son bébé et la sage-femme* », cité cinq fois,
- « *la fatigue physique* », citée par quatre sages-femmes,

- « *l'absence de plateau technique* », cité par trois sages-femmes,
- « *assumer psychologiquement les complications et leurs conséquences* », cité par trois sages-femmes.

## 5. Représentations des sages-femmes concernant l'AAD

### 5.1. Associations verbales des sages-femmes libérales

Nous utilisons la méthode des associations verbales dans cette partie. Les sages-femmes devaient citer 10 mots à l'évocation du terme : « accouchement à domicile ». Sur 129 sages-femmes, il y a 128 réponses à cette question et nous avons dénombré 1003 mots différents. En moyenne, sept à huit mots ont été cités par sage-femme. La question a par conséquent été bien renseignée.

#### 5.1.1. « Accouchement à domicile »

Seuls les mots cités par au moins 10% de la population de 129 sages-femmes ont été retenus. Nous avons ainsi identifié 10 mots.

Mots	Fréquence	Rang
risque	50	3,36
disponibilité	40	4,1
naturel	39	3,74
physiologie	26	3,61
assurance trop chère	24	5,96
dangereux	20	2,95
accompagnement	19	3,94
intimité	18	3,83
liberté	16	3,75
accompagnement global	16	2,93
<b>Moyenne</b>	<b>27</b>	<b>3,82</b>

Nous avons ainsi pu construire le carré de VERGES.

### 5.1.2. Analyse prototypique de Vergès

	Fréquence >27	Fréquence <27
Moyenne des rangs <3,82	<b>Risque</b> <b>Naturel</b>	Physiologie Dangereux Liberté Accompagnement global
Moyenne des rangs >3,82	Disponibilité	Assurance trop chère Accompagnement Intimité

Le noyau central des représentations est composé des mots dont la fréquence est supérieure à la moyenne des fréquences et dont le rang d'apparition est inférieur à la moyenne des rangs.

Les mots importants sont « *risque* » et « *naturel* ».

## 5.2. Représentations sociales des sages-femmes selon la durée d'expérience professionnelle

Nous étudions par la suite les représentations des sages-femmes selon la durée d'exercice professionnel, afin de mettre à jour des différences dans les représentations selon la durée de l'expérience. Ainsi nous avons comparé :

- les sages-femmes libérales ayant moins de 10 ans de pratique professionnelle donc les sages-femmes ayant obtenu leur DE de 2002 à 2012. Elles sont au nombre de 28.
- les sages-femmes libérales ayant plus de 10 ans de pratique professionnelle, c'est-à-dire ayant obtenu leur DE entre 1968 et 2001, soit 100 sages-femmes.

### 5.2.1. Les sages-femmes ayant moins de 10 ans d'expérience professionnelle

Sur notre population de 28 sages-femmes ayant moins de 10 ans d'expérience professionnelle, nous retenons les mots cités par au moins 10% de ces sages-femmes, soit au moins trois fois.

Nous avons dénombrés 21 mots :

Mots	Fréquence	Rang
risque	14	3,64
naturel	13	3,23
disponibilité	10	4
assurance trop chère	10	6,1
physiologie	8	4,5
dangereux	6	3,5
inconscience	5	3,8
risque médico-légal	5	7
douleur	4	8,25
courage	4	7
passéiste	4	6,25
accompagnement global	4	5
accompagnement	4	5,5
chronophage	3	5
sélection	3	5,33
expérience	3	4
respect	3	6
confiance	3	5,66
intimité	3	8,33
seule	3	4,66
rôle de la sage-femme	3	6,33
<b>Moyenne</b>	<b>5,47</b>	<b>5,38</b>

Nous obtenons ainsi le carré de VERGES :

	Fréquence >5,47	Fréquence <5,47
Moyenne des rangs <5,38	<b>Risque</b> <b>Naturel</b> <b>Disponibilité</b> <b>Physiologie</b> <b>Dangereux</b>	Inconscience Accompagnement global Chronophage Sélection Expérience Seule
Moyenne des rangs >5,38	Assurance trop chère	Risque médico-légal Douleur Courage Passéiste Accompagnement Respect Confiance Intimité Rôle de la sage-femme

Le noyau central des représentations des sages-femmes ayant moins de 10 ans d'expérience professionnelle est composé des mots « *risque* », « *naturel* », « *disponibilité* », « *physiologie* » et « *dangereux* ».

### 5.2.2. Les sages-femmes ayant plus de 10 ans d'expérience professionnelle

Sur 100 sages-femmes ayant plus de 10 ans d'expérience professionnelle, nous avons retenu les mots selon la même méthode que celle utilisée précédemment.

Nous avons donc retenus 10 mots :

Mots	Fréquence	Rang
risque	36	3,25
disponibilité	30	4,13
naturel	26	4
physiologie	18	3,22
accompagnement	15	3,53
intimité	15	2,93
assurance trop chère	14	5,85
dangereux	14	2,71
liberté	14	3,64
accompagnement global	12	2,25
<b>Moyenne</b>	<b>19,4</b>	<b>3,55</b>

Nous avons réalisé l'analyse prototypique de VERGES :

	Fréquence >19,4	Fréquence <19,4
Moyenne des rangs <3,55	<b>Risque</b>	Physiologie Accompagnement Intimité Dangereux Liberté Accompagnement global
Moyenne des rangs >3,55	Naturel Disponibilité	Assurance trop chère

Le noyau central des représentations des sages-femmes ayant plus de 10 ans d'expérience est constitué du mot « *risque* ».

Nous nous sommes également intéressés aux représentations des sages-femmes selon la durée d'installation en libéral. Nous n'avons pas mis en évidence de différences concernant les représentations puisque le noyau central reste composé des mots « *risque* » et « *naturel* ».

### 5.2.3. Associations verbales selon la durée de l'expérience professionnelle

Nous avons répertorié dans un tableau les mots cités par les deux groupes de sages-femmes afin de les comparer.

Mots	SF moins de 10 ans	SF plus de 10 ans	Total	p	Chi 2
<b>risque</b>	14	36	50	0,0000108	19,36
<b>naturel</b>	13	26	39	0,003	8,66
<b>disponibilité</b>	10	30	40	0,00000774	20
assurance trop chère	10	14	24	0,248	1,33
<b>physiologie</b>	8	18	26	0,012	6,24
<b>dangereux</b>	6	14	20	0,011	6,4
inconscience	5	3	8	0,317	1
risque médico-légal	5	6	11	0,669	0,18
douleur	4	3	7	0,592	0,285
courage	4	1	5	0,057	3,6
passéiste	4	6	10	0,371	0,8
<b>accompagnement global</b>	4	12	16	0,0046	8
<b>accompagnement</b>	4	15	19	0,00035	12,73
<b>chronophage</b>	3	3	6	1	0
<b>sélection</b>	3	3	6	1	0
expérience	3	2	5	0,527	0,4
respect	3	7	10	0,073	3,2
<b>confiance</b>	3	9	12	0,0023	9,29
<b>intimité</b>	3	15	18	0,0000633	16
<b>seule</b>	3	8	11	0,03	4,54
rôle de la sage-femme	3	1	4	0,157	2
<b>liberté</b>	2	14	16	0,000000121	28

**En vert : mots spécifiques aux sages-femmes ayant plus de 10 ans d'expérience.**

**En mauve : mots communs aux 2 populations.**

Ces 22 mots ou expressions correspondent aux associations verbales de l'accouchement à domicile chez la population étudiée.

Nous relevons des mots spécifiques à la population des sages-femmes ayant plus de 10 ans d'expérience professionnelle. Ce sont les mots : **risque, naturel, disponibilité, physiologie, dangereux, accompagnement global, accompagnement, confiance, intimité, seule et liberté**. La différence la plus significative est pour le mot : **liberté** ( $p= 0,000000121$ ).

Nous n'avons pas mis en évidence de mots spécifiques à la population de moins de 10 ans d'expérience professionnelle.

Les mots communs aux 2 populations correspondent aux mots avec  $p=1$ . Nous avons mis en évidence les mots : **chronophage et sélection**.

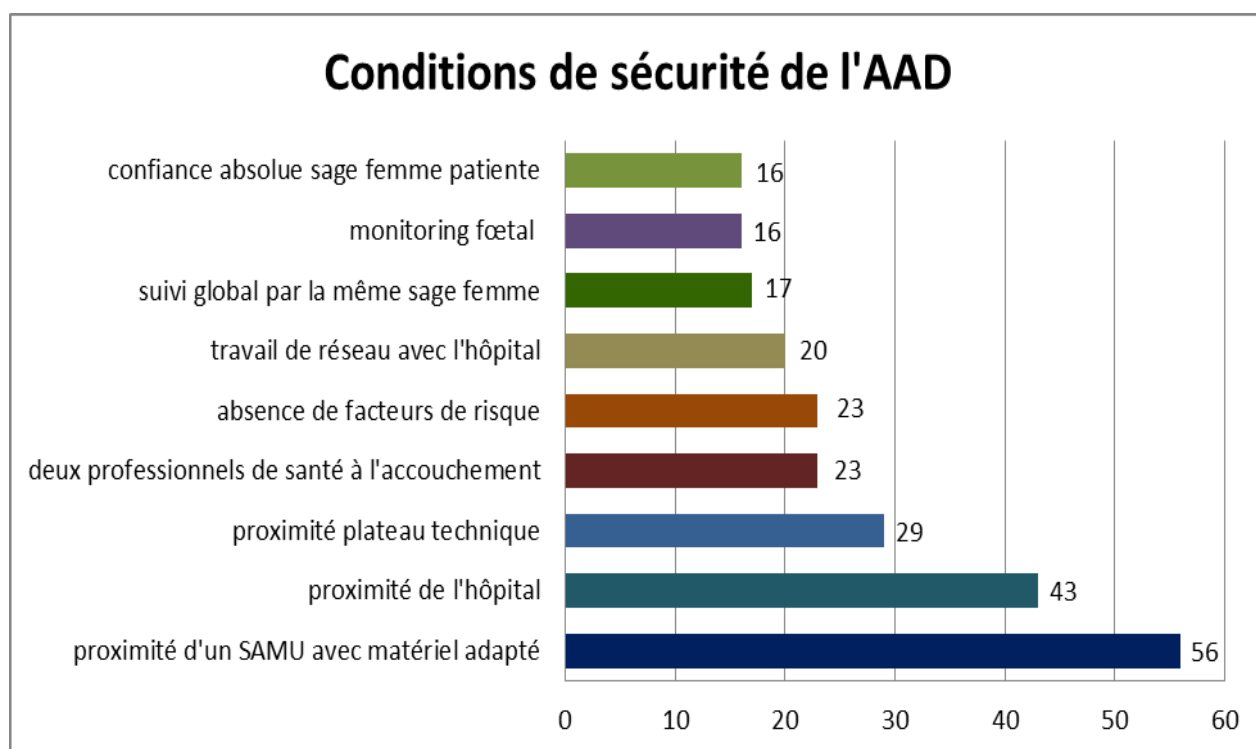
## **6. Positionnement par rapport à l'accouchement à domicile (AAD)**

### **6.1. Conditions de sécurité optimales pour un AAD**

Les sages-femmes se sont exprimées sur les conditions de sécurité optimales pour un accouchement à domicile. Nous avons obtenu 120 réponses exploitables. Il y a une « non-réponse » et huit « absence d'idées ». A cette question ouverte, les sages-femmes pouvaient citer plusieurs conditions de sécurité. Parmi les réponses très variées, nous retenons les idées ou expressions citées par 10% des sages-femmes.



Graphique 13 : Les conditions optimales de sécurité nécessaire pour un AAD.



Les deux conditions les plus citées par les sages-femmes sont :

- « **proximité d'un SAMU avec matériel adapté** » pour près de la moitié des sages-femmes
- « **proximité de l'hôpital** » pour plus du tiers des sages-femmes.

Nous retrouvons ensuite par ordre décroissant : « *proximité d'un plateau technique* », « *présence de deux professionnels de santé à l'accouchement* », « *absence de facteurs de risque* », « *travail de réseau avec l'hôpital* », « *suivi global par la même sage-femme* », « *monitoring fœtal* » et « *confiance absolue sage-femme patiente* ».

## 6.2. Volontaire pour pratiquer les AAD

Chaque sage-femme devait se prononcer sur la possibilité d'intégrer ou non l'AAD à ses activités, si ses conditions optimales de sécurité pour un AAD étaient remplies. Ainsi, 27% des sages-femmes seraient volontaires pour pratiquer des AAD si leurs conditions de sécurité étaient remplies, tandis que 73% ne sont pas volontaires.

## 6.3. Question ouverte sur l'AAD

Cette question ouverte a pour but de laisser les sages-femmes s'exprimer sur le thème de l'accouchement à domicile. 76 sages-femmes sur 129 ont répondu, soit 59% de notre population. Les réponses des sages-femmes étant multiples, nous avons donc dégagé de grands thèmes.

### 6.3.1. Les alternatives entre AAD et maternité

Le premier thème développé par les sages-femmes porte sur les alternatives à l'accouchement à domicile. Selon la méthodologie déjà explicitée, nous retenons les expressions utilisées par plus de 10% des sages-femmes :

- « *maisons de naissance* », citée par 34 sages-femmes sur 76 (45% des réponses).
- « *plateau technique* » cité par 12 sages-femmes (16% des réponses).

### 6.3.2. Les positions en faveur ou en défaveur des AAD

Nous pouvons mettre en évidence dans les réponses des sages-femmes, des positions en défaveur de l'AAD et des points de vue en faveur de l'AAD. Nous recueillons par ordre d'importance :

- Des points de vue en défaveur de l'AAD, exprimés par 27 sages-femmes sur 59. Neuf d'entre elles ont noté : « *conséquences* » et « *complications de l'AAD* ». Sept sages-femmes ont noté le mot « *risque* », dans des expressions comme : « *assumer les risques de l'AAD* » ou « *connaître les risques* ». Le terme « *complication* » est retrouvé dans cinq réponses.
- Des points de vue en faveur de l'AAD, exprimés par 26 sages-femmes sur 59. 16 sages-femmes expriment un avis favorable avec des expressions telles que : « *exercice de l'art de la sage-femme* », cité cinq fois et « *suivi global* », cité deux fois. Cinq sages-femmes expriment une « *admiration pour les collègues sages-femmes qui pratiquent les AAD* » et des mots comme « *courage* », cité trois fois. Cinq sages-femmes signalent une demande de la part de leurs patientes et des couples pour les AAD.

Nous allons maintenant analyser les résultats obtenus en regard de nos hypothèses de recherche.

## QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

# 1. Points forts et limite de cette étude

## 1.1. Points forts de cette étude

Plusieurs points importants renforcent la portée de cette étude :

- Dans l'ensemble, les questionnaires reçus ont été majoritairement bien remplis et exploitables dans le cadre de cette étude. Sur 129 questionnaires reçus, il y a seulement un questionnaire incomplet dont sept questions sur 15 n'ont pas été correctement renseignées. De plus, la question se référant à la méthode des associations verbales, technique spécifique concernant les représentations des sages-femmes, a été bien comprise et remplie par la majorité des sages-femmes. Ajoutons à cela qu'un peu plus de la moitié des sages-femmes ont répondu à la question ouverte située à la fin du questionnaire.
- Certains départements ont un taux de réponses important, soit au minimum 70% de réponse :
  - En Limousin, deux départements comptent plus de 80% de réponses, la Creuse et la Haute-Vienne. Ce dernier département compte le plus grand nombre de sages-femmes libérales dans cette région.
  - En Aquitaine, il y a plus de 90% de réponses dans les départements des Landes et de la Dordogne.
- Le thème de notre sujet est très actuel. Dans les médias et par le biais de différentes associations de parents (12, 46, 49, 66), l'accouchement à domicile est un sujet récurrent. De plus, dans certains pays voisins, comme les Pays-Bas et l'Allemagne, il est pratiqué et pris en compte comme une possibilité de lieu d'accouchement (28, 69). Au niveau du Conseil Européen, laisser le choix aux parents du lieu d'accouchement fait partie des débats actuels (44, 45).
- Il existe une demande pour les accouchements à domicile (46) soutenue par le Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance (CIANE) pour respecter le choix des parents et futurs parents et comme alternative à une médicalisation importante de l'accouchement en maternité. Les sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile soulignent l'impossibilité de répondre à toutes les demandes de couple. Selon ces sages-femmes, la demande d'accouchement à domicile serait plus importante que ne le permettent les

capacités effectives de sages-femmes en termes d'accompagnement global avec accouchement à domicile (38).

## 1.2. Limite de cette étude

Le taux de réponses pour l'ensemble de la région Aquitaine est plus bas que pour la région Limousin : 105 réponses sur 202 questionnaires envoyés (52%). Effectivement, la Gironde, département d'Aquitaine comptabilisant le plus grand nombre de sages-femmes libérales en Sud-Ouest (101 sages-femmes) est le département où le taux de réponses est le plus faible (32%), malgré les relances.

Il serait intéressant de connaître l'origine de leur manque de participation à cette étude.

## 2. Description de notre population

### 2.1. L'âge des sages-femmes libérales et les facteurs l'influençant

La moyenne d'âge des sages-femmes libérales en Sud-Ouest est de 43 ans (44 en Limousin et 43 en Aquitaine).

Ce résultat est expliqué par le fait que 97% des sages-femmes avaient préalablement occupé un emploi salarié avant leur installation en libéral. La durée de cette expérience professionnelle salariée avant l'exercice libéral influence l'âge de l'installation en libéral et donc la moyenne d'âge des sages-femmes libérales. 53% des sages-femmes ont exercé 10 ans ou plus avant leur installation et 16%, entre 5 ans et 10 ans. Les sages-femmes s'installent donc en libéral pour la majorité après une expérience professionnelle de près de 10 ans.

Dans l'étude de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de Santé (IRDES) datant de 2004 et concernant la profession de sage-femme (70), les résultats sont similaires à ceux de notre enquête. Effectivement, l'âge moyen des sages-femmes libérales est de 43,8 ans, plus élevé que celui des sages-femmes salariées qui est de 41,5 ans. D'après cette étude, 61% des sages-femmes débutent leur carrière professionnelle dans un établissement hospitalier public. Selon F. MIDY (10), les sages-femmes qui choisissent de s'installer en libéral, le font après 10 ans d'ancienneté en moyenne.

Nous pouvons également comparer nos résultats à ceux de l'analyse de P. CHARRIER sur les sages-femmes dans les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), Rhône-Alpes, Auvergne et Franche-Comté (51). Il montre que les sages-femmes s'installent majoritairement en libéral après 40 ans et après une expérience professionnelle salariée.

## 2.2. La formation des sages-femmes libérales

### 2.2.1. L'obtention du diplôme d'état (DE)

Nous avons réparti les sages-femmes en quatre groupes selon l'année d'obtention du DE et en prenant en compte les différents programmes des études des sages-femmes depuis 1973 (71). Nous obtenons donc la répartition suivante :

- Le premier groupe (3%) est constitué des sages-femmes diplômées avant le programme des études de 1973 et ce jusqu'en 1976 date à laquelle les premières diplômées de cette réforme obtiennent leur diplôme d'Etat.
- Le deuxième groupe comporte les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme d'Etat de 1977 jusqu'en 1989 soit 32%.
- Le troisième groupe est constitué par les sages-femmes diplômées à partir de 1990 et jusqu'en 2005 suite à la réforme des études de 2001 soit 50% des sages-femmes.
- Le quatrième groupe correspond aux sages-femmes diplômées depuis 2006 suite au recrutement par la PCEM1 soit 15% des sages-femmes.

### 2.2.2. Les diplômes universitaires ou formations complémentaires

Un tiers des sages-femmes libérales a réalisé une formation ou a obtenu un diplôme universitaire en plus du DE de sage-femme. Les sages-femmes ont ainsi complété leur formation afin de pouvoir élargir leurs activités au sein de leur exercice libéral ou dans le but de compléter leur formation initiale. Nous retrouvons, dans ces formations complémentaires, certaines plus axées sur la technique médicale comme l'échographie, la gynécologie ou la contraception. Nous pouvons nous demander si ce n'est pas une volonté des sages-femmes de se rapprocher des pratiques des médecins ou encore de compléter leur formation initiale afin d'être en accord avec les nouvelles compétences attribuées en 2009 : le suivi gynécologique de prévention et la contraception (7). D'autres formations suivies par les sages-femmes portent aussi sur des thérapies alternatives

comme l'homéopathie ou l'acupuncture, ou encore des formations plus spécifiques comme la formation allaitement ou le DU tabacologie.

## 2.3. Emplois occupés par les sages-femmes avant leur exercice libéral

124 sages-femmes sur les 129 ayant répondu à ce questionnaire ont réalisé au moins une expérience professionnelle salariée avant leur installation en libéral. Les deux principales expériences professionnelles des sages-femmes avant l'installation en libéral sont : le salariat dans des établissements publics (89 sages-femmes sur 124) suivi par le salariat dans des établissements privés (75 sages-femmes sur 124). Nous pouvons noter que le choix entre ces deux modes d'exercice choisi par les sages-femmes ne montre pas de différence entre le secteur public et le secteur privé ( $p= 0,06$ ,  $\text{Chi}^2 = 3,53$ ). Les expériences en maternité de niveau I ont été les plus nombreuses (74 sages-femmes sur 124) suivi par les maternités de niveau II (54 sages-femmes sur 124). Les maternités de niveau III sont moins représentées avec 44 sages-femmes sur 124 qui ont exercé en leur sein.

Nous pouvons donc ainsi expliquer que les expériences professionnelles, avant exercice libéral, concernant les maternités et leur niveau, sont corrélées aux postes disponibles dans les régions du Sud-Ouest, dans les différents secteurs. En effet, dans le Sud-Ouest, les maternités de niveau I sont les plus nombreuses et comptent plus de clinique : 21 structures de niveau I, dont 11 cliniques et 10 centres hospitaliers, puis 9 établissements de niveau II, 1 clinique et 8 hôpitaux, et 4 maternités publiques de niveau III (72). Cela explique donc que l'importance de l'expérience salariée en clinique et hôpital de niveau I pour la majorité des sages-femmes libérales du Sud-Ouest, suivi par les maternités (publiques et privées) de niveau II.

Les secteurs d'activité les plus occupés par les sages-femmes sont : la salle de naissance (119 sages-femmes) et les suites de couches (113 sages-femmes). Ces deux secteurs sont les secteurs de prédilection des sages-femmes. De plus, ces secteurs sont ceux où les effectifs en professionnel sont les plus importants. Selon F. MIDY et P. CHARRIER, la salle de naissance et les suites de couches sont les activités essentielles des sages-femmes (10, 51).

Une part moins importante de sages-femmes a travaillé également dans les services de Grossesse à Haut Risque (GHR) (46 sages-femmes) et consultation prénatale (42 sages-femmes). Cela s'explique par le fait que le poste de GHR clairement identifié n'existe pas en maternités de type I et II qui sont pourtant les structures les plus nombreuses en Sud-Ouest. Pour le secteur des

consultations prénatales, il n'existe pas de poste de sages-femmes dans tous les établissements et probablement. Nous retrouvons des résultats similaires dans l'étude de F. MYDI (10) : les secteurs où les sages-femmes exercent le plus fréquemment sont les secteurs de naissance et les secteurs d'hospitalisation (suites de couches majoritairement et GHR), et le secteur des consultations est encore peu occupé par les sages-femmes (10).

Au final, les caractéristiques de notre population de sages-femmes libérales sont en accord avec les caractéristiques retrouvées dans les différentes études consultées (10, 51) : une moyenne d'âge de plus de 43 ans, une expérience professionnelle salariée antérieure à l'installation d'environ 10 ans dans les secteurs les plus fréquentés par les sages-femmes : la salle de naissance et les suites de couches.

Nous allons par la suite analyser nos résultats en rapport avec notre objectif principal : mettre en évidence les freins à l'accouchement à domicile.

### **3. Analyse des associations verbales et des freins à l'accouchement à domicile**

Afin de répondre à la problématique de cette étude: « Quels sont les arguments exprimés par les sages-femmes libérales expliquant la non-pratique de l'accouchement à domicile ? », nous allons confirmer ou infirmer les hypothèses que nous avons émises.

#### **3.1. Première hypothèse**

Notre première hypothèse est la suivante : **La majorité des sages-femmes libérales sont favorables à l'accouchement à domicile.**

Pour répondre à cette hypothèse, nous allons nous référer aux associations verbales mobilisées par les sages-femmes à l'évocation de « accouchement à domicile ». Rappelons que les associations verbales mettent en évidence les représentations sociales, c'est-à-dire les idées ancrées dans les pensées des individus et avec lesquelles ces mêmes individus interagissent souvent inconsciemment avec leur environnement. L'étude des représentations sociales permet de répondre à notre objectif secondaire : connaître le positionnement des sages-femmes libérales concernant l'accouchement à domicile.



Ainsi le noyau central des représentations de notre population des sages-femmes libérales, est constitué des mots « *risque* » et « *naturel* ».

Le mot « *risque* » est le plus fréquent soit cité par 50 sages-femmes sur 128. Si nous considérons nos deux groupes selon la durée de leur expérience professionnelle, nous retrouvons également le mot « *risque* » dans les noyaux centraux des représentations de ces deux groupes. Certaines sages-femmes ont apporté des précisions qualifiant le terme risque : « *risque médico-légal* », « *risque pour la mère* », « *risque pour la sage-femme* », « *risque pour l'enfant* », « *risque pour la mère et l'enfant* ». Pour ces sages-femmes, le risque semble se situer à tous les niveaux c'est-à-dire : pour la mère, pour la sage-femme et pour l'enfant.

Le risque médico-légal est une notion très présente qui s'explique par la judiciarisation de la prise en charge des patients et des soins. Afin de contrecarrer le risque médico-légal, les sages-femmes souscrivent une assurance professionnelle pour l'ensemble de leurs activités. Pour la pratique des accouchements à domicile, cette assurance est à un coût élevé en France qui est rédhibitoire pour certaines sages-femmes : « *assurance trop chère* », expression citée par 24 sages-femmes sur 128. Cette notion est également présente dans la formation des professionnelles : dans la démarche clinique, la prise en charge d'une patiente se fait à partir de l'identification d'un risque. Pour toutes ces raisons, nous pouvons expliquer que le mot « *risque* » soit très présent dans le discours des sages-femmes.

En outre, dans la question ouverte, ce terme est à nouveau mentionné dans les remarques péjoratives sur l'AAD émanant de sept sages-femmes. Du terme « *risque* », se rapproche l'adjectif « *dangereux* » se rapportant au mot « danger ». « *Dangereux* » est cité par 20 sages-femmes et se trouve dans les éléments périphériques des représentations.

Quand une situation contient un risque, il existe un manque de « sécurité ». Quatre sages-femmes ont répondu « *pas de conditions de sécurité suffisantes à domicile* » à la question sur les conditions de sécurité optimale pour un AAD. D'autres mots peuvent étayer cette idée comme : « *insécurité* », « *peur* », « *inconscience* » cités à l'évocation du terme « accouchement à domicile ».

Le terme « *risque* » appartenant à un registre péjoratif est la notion centrale la plus ancrée chez les sages-femmes libérales à l'évocation du concept « accouchement à domicile ». Cela va dans le sens du discours communément retrouvé au sein de la sphère médicale « *le risque zéro n'existe pas* ».

La grossesse et surtout l'accouchement sont considérés comme pouvant représenter un danger pour la mère et l'enfant. Selon D. CARRICABURU, sociologue, « *Comme le soulignent M. AKRICH et B. PASVEER (1996), il existe en France un quasi-consensus autour de l'idée que tout accouchement est potentiellement risqué, même lorsque la grossesse s'est déroulée de façon normale* » (73), c'est-à-dire qu'il est couramment admis que n'importe quel accouchement peut

basculer dans la pathologie de façon imprévisible : le cas de figure le plus fréquemment cité est celui de l'hémorragie de la délivrance, complication rare, mais qui entraîne encore actuellement des décès maternels.

Le noyau central des représentations est composé également de l'adjectif « *naturel* ». Cité par 40 sages-femmes sur 128, il est en second plan en termes de fréquence par rapport au terme « *risque* ». Il est également présent dans le noyau central des représentations des sages-femmes ayant moins de 10 ans d'expérience professionnelle, mais n'apparaît pas dans celui des sages-femmes de plus de 10 ans d'expérience, pour lesquelles ne figure que le mot « *risque* ». C'est donc une notion profondément ancrée dans la pensée des sages-femmes.

Par définition, l'adjectif « *naturel* » se rapporte à la nature, aux penchants innés d'un individu et s'oppose à artificiel, ce qui est créé par l'homme. Il qualifie ce qui est conforme aux lois de la nature et à la nature particulière de chaque espèce, de chaque individu, de chaque chose, ainsi que les sentiments inspirés par les liens du sang, la naissance, le milieu où l'on vit (74). « *Naturel* » peut renvoyer à la pensée que « accoucher n'est pas une maladie mais un acte physiologique ». « *Naturel* » signifie, dans le domaine de l'accouchement, sans intervention médicale ou avec une moindre médicalisation.

Nous pouvons en déduire que les sages-femmes libérales voient de façon globale l'accouchement à domicile comme un acte naturel comportant des risques, mais où la notion de risque est très présente comme le définit D. CARRICABURU précédemment (73).

Les éléments périphériques des représentations de l'ensemble des sages-femmes libérales sont : « *disponibilité* », « *physiologie* », « *dangereux* » et « *intimité* ».

Le terme « *disponibilité* » est lié aux conditions pour la réalisation des accouchements à domicile. Effectivement, il fait référence au deuxième frein à l'AAD le plus fréquemment cité par les sages-femmes, c'est donc un élément important de l'absence de pratique de l'AAD. Selon les sages-femmes, cette pratique entraverait l'organisation de leurs autres activités et pourrait avoir une répercussion sur leur vie privée. Nous retrouvons d'autres termes allant dans ce sens comme : « *temps passé* », « *implanifiable* », « *dévouement de la sage-femme* », « *difficile pour la vie privée de la sage-femme* ». Selon F.MIDY, les sages-femmes choisissent le libéral pour pouvoir organiser leur activité professionnelle en fonction de leur vie privée et en particulier de leur vie de famille (10). La pratique de l'accouchement à domicile semble de ce fait peu en lien avec les attentes des sages-femmes qui s'installent en libéral.

Le mot « *physiologie* », pour caractériser l'accouchement à domicile, se réfère à la notion de « *naturel* », c'est-à-dire une moindre médicalisation dans le contexte de l'accouchement : d'autres mots comme « *démédicalisation* » et « *alternative à l'hyper-médicalisation* » ont été cités. « *Physiologie* » renvoie également aux limites des compétences des sages-femmes (7). Certaines sages-femmes citent également « *rôle de la sage-femme* » et « *compétence de la sage-femme* » en se référant à aux compétences générales de la sage-femme.

Le terme « *intimité* » est en lien avec les conditions de l'accouchement : « *intimité* » du lieu qui est le domicile et aussi « *intimité* » car limitation à la sphère familiale : le couple et la sage-femme. La notion d'« *intimité* » est également retrouvée dans les motivations des parents qui font une demande d'AAD (12, 47). D'autres termes ont été cités comme « *cocon* », « *famille* », et renvoient à cette notion d'intimité.

En classant les mots et les expressions des sages-femmes, nous avons identifié des mots en défaveur de l'accouchement à domicile et des termes favorables à cette pratique.

Concernant les termes appartenant à un registre défavorable, nous les avons classés en différents thèmes :

- des mots en rapport avec les émotions et les sentiments : « *peur* », « *stress* », « *douleur* », « *seule* », « *isolement* », « *fatigue* », « *attention* »
- des mots portant un jugement : « *risque* », « *dangereux* », « *inconscience* », « *manque de sécurité* », « *prise de risque* », « *marginalité* », « *difficulté* », « *manque d'information sur les risques* », « *manque d'hygiène* », « *contrainte* ». Les mots suivants : « *mode* », « *archaïsme* », « *retour en arrière* » laissent supposer que cette pratique fait partie d'un temps révolu et n'a plus lieu d'être pour les sages-femmes.
- des mots en rapport avec la notion de temps : « *chronophage* », « *disponibilité* », repris dans les freins à l'accouchement à domicile.

D'autre part, les termes appartenant à un registre favorable à l'AAD sont répartis dans les thèmes suivants :

- des mots en rapport avec les émotions et les sentiments et qui sont plus en lien avec l'aspect relationnel que peut entretenir la sage-femme et le couple dans ce contexte : « *respect* », « *confiance* », « *intimité* », « *liberté* », « *autonomie* », « *sérénité* », « *confort* », « *calme* », « *douceur* »

- des mots portant une valeur : « *naturel* », « *physiologie* », « *courage* », « *humanité* », « *moins de médicalisation* », « *harmonie* », « *aventure humaine* », « *respect du choix des couples* »,
- des mots en rapport avec la notion de temps : « *prendre le temps* »
- des mots en lien avec les compétences mobilisées par les sages-femmes dans le cadre d'un AAD : « *sage-femme* », « *expérience* », « *patience* », « *accompagnement global* », « *vocation* », « *lien* », « *confiance en soi* », « *courage* », « *globalité* », « *rôle de la sage-femme* », « *écoute* », « *partage* », « *échange* »
- des mots en rapport avec l'implication des couples : « *choix* », « *courage* », « *relation mère enfant père privilégiée* », « *dépassement de soi* ». Le terme « *implication du conjoint* » semble renvoyer aux critères définis par la Charte de l'AAD (annexe II).
- des mots sur le registre de la famille : « *famille* », « *parentalité* »

Il existe une différence entre ces deux registres : les mots et expressions défavorables à l'AAD sont plus nombreux en fréquence, tels que « *risque* » qui est le plus cité dans le noyau central des représentations des populations, mais avec un vocabulaire moins diversifié, alors que les termes favorables à l'AAD sont cités moins fréquemment mais plus riches dans les thèmes abordés. Ce registre de termes favorables à l'AAD correspond peut être à un idéal mais irréalisable dans le contexte de la prise en charge actuelle de l'accouchement.

Cette dualité au sein des conceptions de l'accouchement à domicile des sages-femmes libérales reprend la dualité qu'il existe au sein du noyau central des représentations : un évènement naturel mais comportant des risques. Cette opposition se retrouve dans les points de vue divergents des professionnels de santé pour et contre l'accouchement à domicile dans la société.

En effet, B. JACQUES, sociologue, a interrogé des professionnels de l'obstétrique concernant la pratique de l'accouchement à domicile. « *3 raisons principales de non-pratique ressortent :*

- *pour les professionnels, la naissance est une situation à risque,*
- *d'autre part ils estiment que les parturientes recherchent elles-mêmes une prise en charge dans un milieu médicalisé et technicisé, la normalisation comme évènement médicalisé ne permet pas d'envisager d'accoucher en dehors du milieu hospitalier,*
- *enfin un des principaux obstacles à l'AAD reste aujourd'hui le poids du médico-légal pour les professionnels de santé » (75).*

Nous pouvons constater que la tendance va plus dans le sens du positionnement des pouvoirs publics puisque malgré des avantages notamment pour le couple, l'élément le plus fort est la notion de risque donc en défaveur de l'accouchement à domicile.

Si nous nous référons aux représentations des deux groupes de sages-femmes libérales définis selon le critère de la durée de leur expérience professionnelle, soit :

- les sages-femmes de moins de 10 ans d'expérience professionnelle,
- les sages-femmes de plus de 10 ans d'expérience professionnelle.

Au niveau du noyau central des représentations, la représentation la plus ancrée commune dans les pensées des deux groupes est la notion de « *risque* ».

Cependant, le mot « *risque* » est statistiquement plus cité par les sages-femmes de plus de 10 ans ( $p = 0,00001$ ). Cela peut laisser penser que plus les sages-femmes ont de l'expérience professionnelle plus la notion de risque est présente dans leur pensée et leur discours. D'ailleurs nous avons également une différence statistique pour le mot « *dangereux* » pour cette même population, ce qui renforce l'idée de risque ( $p = 0,011$ ).

Concernant les sages-femmes de moins de 10 ans d'expérience, le noyau central des représentations est constitué de : « *risque* », « *disponibilité* », « *dangereux* » et de deux mots favorables à l'AAD : « *naturel* » et « *physiologie* ».

« *Risque* » et « *naturel* » font également partie du noyau central de la population générale. Cependant, les cinq mots composant le noyau central des représentations des sages-femmes de moins de 10 ans ne sont pas spécifiques de ce groupe de sages-femmes. Effectivement, l'analyse statistique montre que les mots « *risque* », « *naturel* », « *disponibilité* », « *physiologie* » et « *dangereux* » ( $p$  est inférieur à 0,05) sont plus spécifiques aux sages-femmes de plus de 10 ans d'expérience.

De plus, les sages-femmes de moins de 10 ans ont plus de mots appartenant au noyau central des représentations que les sages-femmes de plus de 10 ans. Nous pouvons donc supposer que reste une représentation « idéalisée » de l'AAD avec des mots comme « *physiologie* » et « *naturel* » alors que les sages-femmes plus expérimentées ne voient plus que la notion de « *risque* ».

L'analyse statistique permet de dire que bons nombres de mots sont spécifiques de la population des sages-femmes ayant plus de 10 ans d'expérience professionnelle : « *risque* », « *naturel* », « *disponibilité* », « *physiologie* », « *dangereux* », « *liberté* », « *confiance* », « *intimité* », « *seule* »,

« *accompagnement global* » et « *accompagnement* ». Nous n'avons pas retrouvé de mots spécifiques aux sages-femmes de moins de 10 ans. Nous pouvons nous interroger et émettre l'hypothèse que les sages-femmes de moins de 10 ans ont des représentations plus partagées de l'accouchement à domicile ou qu'elles ont été moins sollicitées pour des demandes d'AAD et n'ont pas eu l'occasion d'opposer de refus. Dans ces 11 mots spécifiques aux sages-femmes de plus de 10 ans, quatre mots sont à connotation plutôt négative : « *risque* », « *disponibilité* », « *dangereux* » et « *seule* » et représentent des freins à l'AAD. Tandis que sept mots sont plutôt en faveur de l'AAD : « *naturel* », « *physiologie* », « *accompagnement* », « *accompagnement global* », « *confiance* », « *intimité* » et « *liberté* ». « *Liberté* » est le mot pour lequel la différence est la plus significative avec  $p = 0,00000012$ . Il n'apparaît pas dans le noyau des représentations des sages-femmes de moins de 10 ans. Cette notion de liberté semble donc être un avantage important pour les sages-femmes de plus de 10 ans d'expérience professionnelle dans la pratique de l'AAD. « Liberté d'organisation du travail » est le deuxième motif d'installation en termes de fréquence. Le choix de l'activité libérale répond à une volonté d'organiser son temps de travail.

Dans les noyaux périphériques des deux populations, nous avons retrouvé deux mots identiques : « *accompagnement global* » et « *seule* ». L'accompagnement global désigne le suivi spécifique d'une femme par une sage-femme toute la grossesse et l'accouchement, nécessaire à l'AAD programmé avec une sage-femme (annexe II). Les sages-femmes des deux groupes paraissent donc conscientes des critères d'acceptation d'un AAD en France. Le terme « *seule* » renvoie à une condition d'acceptation d'un AAD citée par un bon nombre de sages-femmes : « *être deux professionnels de santé à l'accouchement* » et est à un des freins les plus fréquemment cité par les sages-femmes : « Appréhension de se trouver seul(e) face à une complication telle que : anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF), procidence du cordon ou hémorragie de la délivrance... ». Nous pouvons dire que les sages-femmes ont dans l'ensemble une crainte de se trouver seule pour l'accouchement à domicile.

Les noyaux périphériques des représentations des deux populations comportent aussi des mots différents. Pour les sages-femmes de moins de 10 ans, nous relevons les mots suivants qui n'apparaissent pas pour l'autre groupe : « *inconscience* », « *chronophage* », « *sélection* », « *expérience* » et « *assurance trop chère* ».

« *Assurance trop chère* » renvoie au problème d'assurance professionnelle et à l'importance du médico-légal actuellement pour les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne. C'est un frein important à la pratique des accouchements à domicile car l'assurance est difficile à obtenir et très chère (54, 55, 56, 57). Le problème d'assurance professionnelle paraît être plus important pour

les sages-femmes de moins de 10 ans puisque ce terme ressort dans leurs éléments périphériques. Nous retrouvons ce terme dans la zone muette des représentations des sages-femmes de plus de 10 ans. Est-ce le fait que la notion de risque médico-légal soit une préoccupation de plus en plus importante au niveau quotidien et pour tout acte, du fait de la médiatisation de certains procès ces dernières années.

« *Inconscience* » renvoie à la notion de risque de l'accouchement à domicile. Ainsi, certaines sages-femmes de moins de 10 ans semblent insister sur le fait qu'elles ne souhaitent pas courir de tels risques.

Ces sages-femmes considèrent que l'AAD requière de l'« *expérience* » pour pouvoir accepter de la pratiquer, expérience dont elles ne semblent pas pourvues.

Nous retrouvons les deux mots communs à nos deux populations ( $p = 1$ ) : « *chronophage* » et « *sélection* ».

L'adjectif « *chronophage* » signifie étymologiquement « ce qui mange le temps », autrement dit : ce qui prend beaucoup de temps ou fait perdre du temps. Les sages-femmes pensent que l'accouchement à domicile demande une grande disponibilité en temps. Nous retrouvons le terme « *disponibilité* » dans le noyau central des représentations des sages-femmes de moins de 10 ans et dans les éléments périphériques des représentations des sages-femmes de plus de 10 ans. Le terme « *sélection* » renvoie à la sélection des femmes enceintes à bas risque obstétrical. Cette sélection fait partie des conditions préalables à un AAD programmé avec une sage-femme. De plus, les critères de cette sélection sont explicités dans la charte de l'AAD écrite par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) (annexe II). Nous pouvons penser que les sages-femmes connaissent les conditions d'acceptation de l'accouchement à domicile.

Globalement, le vocabulaire utilisé par les sages-femmes de moins de 10 ans est plus négatif, « *inconscience* », « *seule* », « *chronophage* », « *passéiste* », « *douleur* », que pour les sages-femmes de plus de 10 ans d'expérience professionnelle.

Nous avons demandé aux sages-femmes de citer leurs conditions optimales de sécurité nécessaires à un AAD. Elles devaient ensuite se prononcer sur leur volonté à intégrer cette pratique à leur activité libérale actuelle.

Nous avons retrouvé comme première condition de sécurité : « *proximité d'un SAMU avec matériel adapté* », citée par une sage-femme sur deux. Cette condition apporte la notion de sécurité avec le médecin et le matériel médical. Nous avons retrouvé en troisième position des freins à la pratique des AAD : « *Absence de proximité de la prise en charge médicale d'urgence (SAMU, ...)* ». En

deuxième position des conditions de sécurité pour un AAD, nous retrouvons « *proximité de l'hôpital* » et « *proximité d'un plateau technique* » cités par plus d'un quart des sages-femmes. Ainsi, elles ne seront plus « *seules* » mais pourront obtenir l'aide de collaborateurs et bénéficier du matériel nécessaire à la prise en charge. Le mot « *risque* » ainsi que les précisions telles que « *risque médico-légal* », « *risque pour la mère et l'enfant* » retrouvés dans les représentations des sages-femmes peuvent être contrecarrés par la présence par exemple du SAMU.

D'autres conditions de sécurité d'un AAD sont davantage axées sur l'organisation de l'AAD et la prévention des risques que sur la nécessité d'une intervention médicale le jour de l'accouchement. Ces conditions sont les suivantes : présence de « *deux professionnels de santé à l'accouchement* », « *travail de réseau avec l'hôpital* », afin de pallier à l'isolement de la sage-femme et « *absence de facteurs de risque* », qui fait référence à la sélection des patientes. Certaines sages-femmes citent des conditions d'ordre relationnel avec le couple : « *suivi global par la même sage-femme* », et « *confiance absolue sage-femme patiente* ». Nous retrouvons également des conditions d'ordre sécuritaire et en rapport avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles comme « *monitoring fœtal* ».

Finalement, même si leurs conditions de sécurité pour un AAD étaient remplies, seulement un quart des sages-femmes interrogées souhaiteraient intégrer la pratique des accouchements à domicile dans leur activité libérale. Ce résultat va dans le sens des résultats obtenus à l'étude des représentations sociales par rapport à l'accouchement à domicile : dans l'ensemble, les sages-femmes libérales ne sont pas favorables à cette pratique.

En conclusion par rapport à notre première hypothèse selon laquelle **La majorité des sages-femmes sont favorables à l'accouchement à domicile**, nous pouvons dire que les sages-femmes se positionnent globalement en défaveur de la pratique des accouchements à domicile. Ce positionnement défavorable est un frein à l'AAD et influence les pratiques de ces professionnelles. Toutefois, ce contexte défavorable à l'accouchement à domicile est nuancé par des notions telles que « *naturel* », « *physiologie* », « *intimité* », « *accompagnement global* », « *confiance* » qui représentent les points positifs de l'AAD comme alternative à la prise en charge médicalisée à l'hôpital ou en clinique (74). Ces avantages de l'AAD par rapport aux établissements de soins font partie des revendications actuelles des parents et de professionnels de santé afin de développer et faire reconnaître des alternatives entre l'AAD et l'accouchement en structure de soins pour une grossesse et un accouchement à bas risque obstétrical (6, 12, 23, 46, 49).

Les sages-femmes enquêtées ont également cité ces alternatives à l'AAD, « *les maisons de naissance* » et « *les plateaux techniques* », de nombreuses fois dans les associations verbales liées à



l'accouchement à domicile mais aussi dans la question ouverte. Nous en déduisons qu'elles recherchent les avantages de l'AAD avec la volonté de pallier à aux risques qui lui sont liés.

Au final, nous pouvons donc considérer que :

**Notre première hypothèse n'est pas vérifiée.**

## 3.2. Quels freins à l'accouchement à domicile ?

Nous allons vérifier les hypothèses suivantes et mettre en évidence les arguments expliquant l'absence de pratique de l'accouchement à domicile par les sages-femmes libérales.

### 3.2.1. Deuxième hypothèse

Notre hypothèse est : **la majorité des sages-femmes libérales ne pratiquent pas l'accouchement à domicile en raison de l'impossibilité d'obtenir une assurance professionnelle concernant cette pratique.**

Plus d'un tiers des sages-femmes ont coché l'item « impossibilité d'assurance professionnelle », ce qui le place en sixième position des 13 items proposés à la question des freins à l'AAD. A l'évocation de l'« accouchement à domicile », 24 sages-femmes sur 128 citent « *assurance professionnelle trop chère* ». La problématique liée à l'assurance professionnelle est de nouveau abordée dans la question ouverte du questionnaire par quatre sages-femmes sur 76. Elle est citée également par certaines sages-femmes dans les conditions de sécurité optimales pour un AAD.

L'impossibilité d'assurance semble être une raison majeure à l'absence de pratique des AAD pour deux raisons principales :

- L'assurance professionnelle est obligatoire pour toute activité exercée par la sage-femme libérale.
- L'assurance pour cette activité est difficile voire impossible à obtenir auprès des compagnies d'assurances. Si elle est proposée, les montants des primes sont prohibitifs pour les sages-femmes (55),

Pour M. BABIN, étudiante sage-femme ayant réalisé un mémoire traitant de l'accompagnement global et des difficultés que rencontrent les sages-femmes qui le pratique, « *L'absence d'assurances est l'obstacle majeur à la pratique de l'accompagnement global en France, actuellement* » (76).

Le problème d'assurance est donc un frein non négligeable à la réalisation des AAD. Cela n'en fait pas pour autant un argument d'absence de pratique de l'AAD pour la **majorité** des sages-femmes libérales enquêtées puisque seules un tiers d'entre elles ont coché cet item. Nos résultats sont donc en contradiction avec ce que nous aurions pu attendre compte-tenu du contexte actuel de l'assurance professionnelle pour cette pratique. Finalement, les freins très majoritairement cités par les sages-femmes libérales sont les contraintes personnelles et la disponibilité par rapport à l'activité professionnelle. Cette idée est confortée par le fait que les principaux motifs d'installation des sages-femmes en libéral sont d' « exercer d'autres activités » et « la liberté d'organisation de son temps de travail ».

**La deuxième hypothèse n'est donc pas vérifiée.**

### 3.2.2. Troisième hypothèse

L'hypothèse suivante est : **le risque médico-légal est l'argument majoritairement cité par les sages-femmes, expliquant leur non-pratique de l'accouchement à domicile.**

Près de la moitié des sages-femmes considère le risque médico-légal comme un frein à cette pratique. Cet item se trouve en cinquième position dans les réponses données par les sages-femmes. Par contre, le terme « *risque* » fait partie du noyau central des représentations sociales de l'ensemble des sages-femmes libérales à l'évocation de l'accouchement à domicile. Cela signifie que c'est la représentation la plus ancrée dans la pensée de ce groupe professionnel et donc partagée par tous les membres du groupe. Le groupe des sages-femmes libérales exerce avec cette notion de risque. Cette idée est renforcée par des mots tels que « *risque médico-légal* », « *risque pour la mère* », « *risque pour l'enfant* », « *risque pour la sage-femme* ».

Le risque médico-légal est une notion très présente chez les professionnels de santé lors de la prise en charge d'un patient. Les sages-femmes, professionnelles médicales indépendantes, sont soumises à un certain nombre de règles, de textes de loi (le code de déontologie, le code de la santé publique,

les recommandations nationales et internationales des pratiques par différents organismes) et sanctionnées par l'Ordre de la profession (77).

Comme nous l'avons vu précédemment, les motifs de non pratique sont « les contraintes personnelles » et « la disponibilité par rapport à l'activité professionnelle ». Les arguments venant ensuite sont en lien direct avec la prise la charge : « l'absence de prise en charge en urgence » et « l'appréhension face à une complication ». Ces expressions renvoient à la notion de « *risque* ». Les sages-femmes semblent, à travers leurs propos, identifier ainsi les risques inhérents à l'AAD. Nous pouvons voir que même si le mot « *risque médico-légal* » n'est pas **le plus fréquemment** cité, il est employé par la moitié des sages-femmes. Compte tenu de ce constat et de la présence du mot « *risque* » dans le noyau central des représentations sachant qu'il représente le mot le plus fréquent des associations verbales, nous pouvons en conclure que :

**La troisième hypothèse est donc vérifiée.**

### 3.2.3. Quatrième hypothèse

La quatrième hypothèse est : **les sages-femmes libérales ne pratiquent pas l'accouchement à domicile en raison du risque de gérer seule une complication sévère, comme une hémorragie de la délivrance ou à une réanimation néonatale difficile.**

L'expression utilisée par les sages-femmes et correspondant à cette hypothèse est : « Appréhension de se trouver seul(e) face à une complication telle que : anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF), procidence du cordon ou hémorragie de la délivrance... ». Il a été coché par la moitié des sages-femmes. Il se trouve en quatrième position des freins à la pratique des AAD. Parmi les freins, « être la seule professionnelle au domicile » est en lien avec cette hypothèse. Il est considéré par le quart des sages-femmes comme un frein à leur pratique des AAD.

En troisième position des freins pour les sages-femmes libérales ressort : « **Absence de proximité de la prise en charge médicale d'urgence (SAMU, ...)** » pour plus de la moitié des sages-femmes.

Les sages-femmes, ayant pour représentation principale que l'AAD est une situation comportant des risques, exprimeront logiquement comme argument à l'absence de pratique des AAD : l'absence de prise en charge en urgence et le fait d'être seule face aux complications. Effectivement, une sage-femme sur deux exprime ces arguments. De plus, « *la proximité d'un SAMU avec matériel adapté* »

est la condition de sécurité la plus fréquemment citée par les sages-femmes. Nous pouvons en conclure que cette absence de prise en charge en urgence est un frein important à la pratique des accouchements à domicile.

Pour répondre à cette hypothèse, nous pouvons citer des mots tels que : « *risque* », « *seule* », « *complication sévère* », « *hémorragie de la délivrance* » et « *réanimation néonatale difficile* », termes défavorables à l'accouchement à domicile et cités par les sages-femmes dans les associations verbales. « *Risque* » fait partie du noyau central des représentations des sages-femmes, il est donc ancré profondément dans leurs pensées. Nous pouvons également apporter certaines précisions : « *seule* » cité 11 fois, « *complication* », cité cinq fois avec des précisions : comme « *complication maternelle et fœtale* » et « *complication imprévisible* », ainsi que « *hémorragie de la délivrance* », cité sept fois. A travers ces expressions nous voyons bien que les complications possibles sont parfaitement identifiées par les sages-femmes. Si nous reprenons les propos de D. CARRICABURU, les sages-femmes ont parfaitement intégré cette notion de complications potentielles. En effet, selon cette auteure, « *la plupart des obstétriciens interviewés, qu'ils travaillent au niveau I, II ou III, utilisent de façon rhétorique l'assertion selon laquelle « un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance ». Ces mêmes obstétriciens focalisent leur argumentation autour de l'omniprésence du risque et de la question de l'urgence incompressible : « C'est comme les hémorragies de la délivrance, moi je vous dis, la dernière je n'ai même pas pu la transférer, j'ai été obligé de lui enlever l'utérus ici, alors qu'elle était jeune, je n'avais pas le choix, alors que c'était une grossesse initialement normale, un accouchement NORMAL... » (chef de service, maternité de niveau I)» (73). A travers ces propos, nous avons très probablement la vision exacte des sages-femmes libérales sur les risques de l'AAD.*

Pour pallier à ce « *risque d'être seule face à une complication sévère* », nous retrouvons, dans les conditions de sécurité optimale pour un AAD, la moitié des sages-femmes qui citent « *proximité du SAMU avec matériel adapté* » et 23 sages-femmes sur 120 qui citent « *être deux professionnels de santé à l'accouchement* ».

De plus, dans la question ouverte, le mot « *complication* » est souvent retrouvé dans les écrits des sages-femmes. Ainsi, nous pouvons dire que :

**La quatrième hypothèse est vérifiée.**

### 3.2.4. Cinquième hypothèse

L'hypothèse suivante est : **l'accouchement n'est plus la mission première pour la majorité des sages-femmes libérales.**

L'analyse des motifs d'installation en libéral nous informe que pour la majorité des sages-femmes, les deux principales motivations sont « exercer d'autres activités » et « liberté d'organisation du temps de travail ».

Dans « exercer d'autres activités », les sages-femmes ont répondu en priorité : « préparation à la naissance et à la parentalité » (PNP). Cette activité est peu pratiquée par les sages-femmes en structures de soins et peu d'heures de PNP sont proposées aux femmes enceintes. Néanmoins, les femmes enceintes sont systématiquement informées pendant la grossesse, de la possibilité de suivre des cours de PNP avec l'avantage qu'ils peuvent représenter pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Les patientes sont dirigées vers les sages-femmes libérales afin de bénéficier de cette préparation prise en charge par la Sécurité Sociale (14). Nous pouvons également remarquer que la PNP est l'activité la plus pratiquée par les sages-femmes dans leur exercice libéral. Les professionnelles proposent une grande variété de PNP selon leur expérience et leur formation complémentaire. Les plus citées sont : la méthode classique, la préparation par la sophrologie, la préparation en piscine, la méthode De Gasquet, la préparation individuelle et personnalisée et la préparation par le yoga. Nous pouvons constater que cette activité est éloignée des actes les plus pratiqués par la sage-femme (la salle de naissance et les suites de couches) tout en gardant un lien avec ceux-ci. En effet, leurs collègues en maternité pourront étayer les informations et les conseils donnés lors des séances de PNP, au décours de l'accouchement ou du séjour à la maternité.

D'autres activités motivent l'installation en libéral, ce sont : le « suivi de grossesse à domicile », la « rééducation périnéo-sphinctérienne » et la « consultation prénatale ».

La rééducation périnéo-sphinctérienne est la deuxième activité la plus pratiquée par les sages-femmes dans leur exercice libéral après la PNP. La rééducation n'est pas pratiquée dans tous les établissements de soins. Nous pouvons citer l'exemple du Limousin où cette activité n'est pas pratiquée à l'Hôpital mère-enfant de Limoges mais est faite à l'hôpital de guéret. La rééducation fait pourtant partie des recommandations de santé de la Haute Autorité de Santé (HAS) après une grossesse et un accouchement (19) et elle est largement prescrite dans certains centres. Il semble que cette activité soit pleinement investie par les sages-femmes libérales. Il serait intéressant de savoir si elles le font pour répondre aux attentes des femmes et aux recommandations ou pour une autre raison.

L'activité « hospitalisation à domicile » (HAD) est pratiquée dans certaines régions par des sages-femmes hospitalières ou libérales, sur prescription médicale, selon un cadre particulier. Les actes réalisés dans ce cadre sont apparentés au suivi de grossesse à domicile. Le suivi de grossesse à domicile est l'activité la plus réalisée par les sages-femmes après la PNP et la rééducation périnéale. Cette activité s'apparente plus ou moins à une activité de sage-femme exerçant en secteur de Grossesse à Haut Risque (GHR).

La consultation prénatale est réalisée soit en structure de soins soit en libéral, puisque c'est l'un des motifs d'installation cité par près de la moitié des sages-femmes. Nous avons constaté que les trois quart des sages-femmes pratiquent des consultations prénatales dans leur pratique libérale. Nous pouvons nous demander si ce n'est pas une activité davantage pratiquée en Aquitaine car en Limousin, les sages-femmes déclarent en faire de manière moins fréquente. Les autres activités réalisées, par les sages-femmes, dans leur exercice libéral sont : « la consultation postnatale » et « la consultation de contraception et gynécologique de prévention », qui sont des pratiques plus récemment réalisées par les sages-femmes (7). Nous assistons bien à une diversification des tâches pratiquées par les sages-femmes. Certaines réalisent aussi : le « suivi suites de couches à domicile », le « suivi allaitement » et le « massage d'éveil néonatal ». Ce large éventail d'activités réalisées dans l'exercice libéral permet aux sages-femmes d'accompagner leur patiente sur le long terme ou « tout au long de la vie génitale », si nous reprenons le terme utilisé dans la loi sur la contraception (7). Certaines sages-femmes évoquent, comme motif d'installation en libéral, la volonté de pratiquer « *un suivi global des femmes* », mais la notion de pratique des accouchements n'est pas présente. Ce « *suivi global des femmes* » permet aux sages-femmes d'inscrire leur pratique dans la continuité des soins et d'appliquer les recommandations de l'HAS : « la sage-femme est le professionnel de premier recours » (14). Nous pouvons ajouter que ce choix d'exercice laisse penser que la sage-femme reprend la place « ancestrale » qu'elle occupait auprès de la cellule familiale. La « *qualité de la relation* » apparaît comme un autre motif d'installation. Nous pouvons nous demander si les sages-femmes, l'ayant cité, ne sont pas insatisfaites de la relation établie avec les patientes en structures de soins, et souhaitent ainsi améliorer ce lien patient- professionnel de santé dans leur pratique libérale.

D'autres motifs tels que « *l'importance de la vie de famille* » « *chômage* » et « *l'épuisement dû aux conditions de travail salarié* » sont également cités par les sages-femmes. Ces raisons d'installation en libéral seraient extérieures à un choix conscient des professionnels, elles seraient « subies » par les sages-femmes. Selon F. MIDY, les conditions de travail des sages-femmes salariées se sont dégradées et conduisent les professionnelles à une fuite vers le libéral (10). Rappelons que l'un des arguments importants de l'installation en libéral est « la liberté d'organisation ». Nous pouvons

l'interpréter comme une fuite des contraintes de l'hôpital. Au même titre, l'AAD peut être une contrainte à laquelle les sages-femmes ne souhaitent pas s'astreindre. En effet, les deux premiers arguments cités par les sages-femmes en termes de fréquence sont : « **Les contraintes personnelles : vie familiale incompatible avec la disponibilité requise par l'accouchement à domicile** » pour les trois quarts d'entre-elles et « **Disponibilité en temps requise par l'accouchement à domicile, incompatible avec la multiplicité de vos tâches** » pour deux tiers des sages-femmes. L'accouchement à domicile serait vu par les sages-femmes comme une activité très chronophage et leur demandant une grande disponibilité. En effet, le terme « *disponibilité* » est cité par 40 sages-femmes. Il fait partie du noyau central des représentations du groupe des sages-femmes ayant moins de 10 ans d'expérience professionnelle. Ces sages-femmes sont plus sensibles à la notion de condition de travail. Et si nous nous référons aux études citées précédemment (10, 51), elles font peut être partie des sages-femmes qui pensent que les contraintes de travail à l'hôpital sont trop importantes donc elles quittent ce mode d'exercice pour le libéral, milieu où elles souhaitent probablement avoir des conditions d'exercice en accord avec leur conception du travail et ainsi protéger leur vie familiale et privée. De plus, « *disponibilité* » fait partie des noyaux périphériques pour l'ensemble du groupe professionnel des sages-femmes libérales. Le mot « *chronophage* » est cité par six sages-femmes et il est un mot commun aux deux groupes de sages-femmes selon la durée de l'expérience professionnelle. Cela signifie que cette notion de temps est un frein très important à la pratique des accouchements à domicile pour les sages-femmes libérales.

Les sages-femmes s'installent effectivement en libéral afin de réaliser « d'autres actes ». Nous pouvons dire également qu'elles ne s'installent pas avec comme objectif de pratiquer des accouchements à domicile.

D'autre part, les trois quart des sages-femmes libérales exercent leur activité à temps plein. Le quart restant des sages-femmes sont à temps partiel et plus de la moitié des sages-femmes à temps partiel réalisent des gardes en salle de naissance en maternité publique ou privé. Selon l'étude de F. MIDY en 2004, « *La combinaison la plus fréquente associe une activité libérale en cabinet et une activité en clinique (15,5% des sages-femmes polyactives)* » (10). Ces sages-femmes exerçant une activité complémentaire en salle de naissance réalisent ainsi des accouchements. Elles peuvent parfois accompagner leurs propres patientes. L'accouchement à domicile ne fait donc plus partie des objectifs de l'installation en libéral, mais les sages-femmes qui souhaitent continuer à pratiquer des accouchements, le font de manière « encadré », « sécuritaire » en structure de soins.

Au total, la pratique de l'accouchement ne semble plus être prioritaire pour les sages-femmes de cette population. Cette étude est concordante avec les résultats de F.MIDY (10).

De plus, nos résultats font apparaître que 73% des sages-femmes ne sont pas volontaires pour pratiquer des AAD. 27% seulement le seraient si leurs conditions de sécurité optimales pour accepter un AAD étaient remplies.

Selon l'étude de P. CHARRIER sur les sages-femmes des Régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), Rhône-Alpes, Auvergne et Franche-Comté (51), la réalisation des accouchements est une activité qui diminue avec l'âge des sages-femmes dans le cadre de l'exercice salarié (diminution à partir de 40 ans). La réalisation des accouchements n'est pas majoritaire dans les activités des sages-femmes libérales. Elle est surtout pratiquée par les sages-femmes exerçant un temps partiel en établissement de soin, et plus particulièrement en salle de naissance, en complément de leur activité libérale. Le fait que les sages-femmes s'installent en libéral plus tard dans leur carrière (après 30 ans) et après une expérience professionnelle salariée, a une influence non négligeable sur la pratique des accouchements.

L'analyse de notre population de sage-femme libérale dans le Sud-Ouest nous apporte des informations similaires : plus de la moitié des sages-femmes libérales se sont installées en libéral après 10 ans d'expérience salariée (53%). Cela correspond en effet à une tranche d'âge à partir de 35 ans.

18,2% de l'ensemble des 19208 sages-femmes (4) sont en libéral, ce qui correspond à près de 3500 sages-femmes en France en 2010. Sur ces 3500 sages-femmes, près de 60 (inscrites à l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) (5)) accompagnent des AAD et près de 30 (également inscrites à l'ANSFL (5)) accompagnent également des accouchements en plateau technique. Finalement, une faible proportion de sages-femmes libérales est concernée par ces types d'accouchements en France.

Sur la population des sages-femmes libérales du Sud-Ouest, nous avons exclu 12 sages-femmes qui pratiquaient les accouchements à domicile sur un total de 246 sages-femmes libérales. Dans notre population, 19% des sages-femmes effectuent des gardes en salle de naissance et ont ainsi l'opportunité de réaliser des accouchements.

De plus, dans la question concernant les freins à la pratique des AAD, l'item proposé en rapport à cette hypothèse : « L'accouchement ne fait plus partie des actes que vous avez envie de pratiquer »



a été coché par une sage-femme sur six. Nous avons aussi relevé une connotation négative dans les propos des sages-femmes, ce qui représente un frein supplémentaire.

En effet, cette étude a mis en évidence une certaine « pression de l'entourage professionnel médical ». Ce sentiment ressort dans les remarques de sages-femmes dans la question ouverte : « *les sages-femmes qui le pratiquent sont marquées au fluo* », « *l'AAD demanderait un changement de regard des professionnels de santé sur les compétences des sages-femmes* », ou encore « *possible en changeant les mentalités* ». Effectivement, certains professionnels de santé et certaines équipes hospitalières vont être en désaccord avec la pratique des AAD (58).

Au final, la pratique des accouchements ne fait donc pas partie des activités principales des sages-femmes libérales, ainsi :

**Notre cinquième hypothèse est vérifiée.**

En conclusion : trois hypothèses sur cinq ont été vérifiées. Cela nous permet d'affirmer que :

- Le risque médico-légal est l'argument majoritairement cité par les sages-femmes, expliquant leur non-pratique de l'accouchement à domicile.
- L'appréhension de se trouver seul face à une complication lors de l'accouchement est un argument tenant une place importante dans l'absence de pratique des AAD par les sages-femmes libérales.
- Pour une majorité de sage-femme, l'accouchement n'est plus la mission première des sages-femmes libérales.

Nous avons pu mettre en évidence que l'impossibilité d'assurance professionnelle est un frein non négligeable à la pratique de l'accouchement à domicile, même si ce n'est pas l'argument principal des sages-femmes libérales enquêtées.

Pour près d'un tiers des sages-femmes, l'indemnité pour la réalisation des AAD est jugée insuffisante par rapport « au temps passé » et/ou « au risque pris ». Le forfait pris en charge par la Sécurité Sociale pour l'accompagnement d'un AAD, est le même quelques soit le temps passé et s'élève à 312,70 euros pour les sages-femmes (13). Les primes d'assurance professionnelle actuelles sont telles que les sages-femmes ne peuvent assurer leur financement (55). Ces arguments nous montrent que l'indemnisation insuffisante de cette pratique est un frein à la réalisation des AAD par les sages-femmes libérales.

## 4. Ouverture

### 4.1. Propositions des sages-femmes libérales

Le thème de ce mémoire ne se prête pas à faire des propositions réalistes. Cependant, la méthodologie de recherche utilisée nous a permis de relever de nombreuses remarques en faveur des alternatives à l'accouchement à domicile.

Les maisons de naissance sont les alternatives les plus citées, par 45% des sages-femmes, soit : « *accolée à une maternité* », soit « *à proximité immédiate d'une maternité* ». Le terme « *maison de naissance* » est cité également par les sages-femmes dans les mots évoquant l'accouchement à domicile.

Ceci peut être expliqué par les différents projets de maisons de naissance qui sont en discussion et par la revendication pour une reconnaissance des maisons de naissance dans le suivi de grossesse et d'accouchements physiologiques (23, 25, 46). Ces revendications sont portées par les associations de parents telles que le CIANE (23, 46) et soutenues par les sages-femmes, l'Ordre National des Sages-Femmes (ONSF) et l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) (46). Selon D. CARRICABURU, « *le troisième argument qui n'est pas des moindres, ces Maisons de Naissance donneraient satisfaction non seulement à de nombreuses sages-femmes, mais aussi à une certaine « demande sociale », qui exprime le souhait d'une naissance plus « naturelle ». Cependant, la localisation de ces Maisons, en dehors de l'hôpital ou bien attenantes aux maternités, polarise les tensions. Dans le premier cas de figure, elles sont géographiquement et juridiquement indépendantes, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, comme en Grande-Bretagne, et favorables à une réelle autonomie de pratique des sages-femmes mais elles font l'objet d'une controverse au même titre que l'accouchement à domicile de la part des obstétriciens. Certains d'entre eux rappellent : « une convention doit lier la maternité et la Maison de Naissance de telle sorte que les critères médicaux d'inclusion à la Maison de Naissance soient définis en commun entre les responsables de la maternité classique et les sages-femmes qui gèrent en toute autonomie administrative la Maison de Naissance ; les femmes doivent choisir librement cette prise en charge puisque si elles sont assurées d'avoir un suivi global par la sage-femme de leur choix ». D'autres obstétriciens sont opposés à ces projets : « il explique ironiquement que ces Maisons de Naissance « se distinguent des maternités classiques par... l'ameublement, la décoration, les éclairages et par moins d'interventions médicales » (73).*

Le plateau technique est une alternative relevée dans 16% des réponses des sages-femmes. Il apparaît aussi dans les associations verbales. Nous retrouvons également cette proposition dans les conditions de sécurité optimale pour un AAD : « *proximité d'un plateau technique* ».

Certaines sages-femmes proposent une adaptation possible de l'hôpital pour la prise en charge des accouchements physiologiques avec « *des protocoles plus légers* » et « *plus de maternité niveau 1 avec possibilité d'accouchement physiologique* ». Cela fait référence à la nouvelle conception qui est en train de se mettre en place dans de nombreuses maternités : la « *salle nature* ». La salle nature est une salle d'accouchement qui a été installée de manière à obtenir une ambiance plus chaleureuse, plus intime et moins médicalisée. L'ameublement est constitué d'un grand lit double confortable, d'un système de suspension, d'un ballon et d'une baignoire large pour accompagner le travail sans anesthésie péridurale. Un fauteuil d'accouchement est prévu pour l'expulsion. La salle nature se situe au sein ou est attenante au bloc d'accouchement donc, en cas de nécessité d'intervention médicale ou si la parturiente souhaite une anesthésie péridurale, le transfert dans une salle d'accouchement classique ou la salle de césarienne est rapide (78).

La mise en place des alternatives à l'AAD que sont les Maisons de Naissance et les plateaux techniques paraît nécessaire et la solution d'avenir envisagée par les sages-femmes libérales pour des accouchements moins médicalisés comme le souhaitent certains couples. Beaucoup de sages-femmes libérales souhaiteraient accompagner leur patiente pour l'accouchement dans un lieu sûr où la notion de risque ne représenterait pas un frein à la pratique de l'accouchement. La demande pour l'accompagnement global et un accouchement physiologique sans les risques du domicile serait alors plus amplement satisfaite, pour des femmes volontaires et bien préparées.

## 4.2. Autres propositions

Pour compléter cette enquête, il serait intéressant de réaliser une étude auprès des femmes ayant accouché à domicile afin d'évaluer leurs motivations de départ et leur projet d'accouchement pour finalement savoir si ces femmes avaient conscience des risques de la prise en charge de l'accouchement à domicile très présents chez les professionnels de l'obstétrique. Des données pourraient être recueillies en ce qui concerne : leur expérience, la prise en charge dont elles ont pu bénéficier, les bénéfices qu'elles en ont retirés, les inconvénients.

Nous pouvons regretter l'absence du point de vue sur l'accouchement à domicile des sages-femmes libérales qui pratiquent les AAD. Là encore, une étude analytique pourrait être menée afin de confronter les points de vue. Nous pourrions ainsi mettre en évidence leur positionnement par

rapport à cette pratique, leur volonté de poursuivre ou non cette pratique avec les arguments qu'elles opposent et de connaître au mieux les situations problématiques auxquelles elles ont été confrontées permettant ainsi de savoir si la sélection des patientes « à bas risque » est pertinente. Il pourrait être également intéressant de connaître leurs motivations à exercer cette activité, les bénéfices et les contraintes liés à cette pratique. Devant le faible nombre de sages-femmes libérales pratiquant les AAD, il paraît judicieux de recourir à la méthode des entretiens sociologiques, afin de recueillir leur témoignage et d'avoir ainsi des données qualitatives et quantitatives suffisantes.

## CONCLUSION

## CONCLUSION :

Cette étude permet de mettre en évidence les représentations des sages-femmes libérales et les freins de l'absence de pratique de l'AAD. Les résultats de cette étude font apparaître une dualité dans les représentations principales de l'AAD : dans le noyau central des représentations ressortent les notions de « *risque* » et de « *naturel* ». Le mot « *risque* » fait partie du noyau central des représentations sociales et la notion la plus présente est que l'accouchement à domicile est une pratique à risque. Le mot « *naturel* » retrouvé au sein du noyau central des représentations rappelle que plus de 90% des accouchements sont physiologiques, il s'agit donc un acte naturel.

Par ailleurs, nous avons pu mettre en évidence deux freins principaux à l'AAD selon les sages-femmes libérales : la disponibilité en temps que nécessite l'AAD, ainsi que l'appréhension de gérer seule une complication. Nous pouvons y ajouter de par son importance dans la pratique des professionnels de santé : l'impossibilité d'assurance afin de pallier au risque médico-légal.

Les sages-femmes ont cité des conditions optimales pour réaliser les accouchements à domicile dans des conditions de sécurité comme la prise en charge en urgence avec un SAMU proche pour remédier à l'appréhension de se trouver seule face à une complication et le suivi de l'accouchement à plusieurs professionnels pour pallier à la disponibilité que requière un AAD. Au vue de ces conditions, la situation actuelle en France ne semble pas aller dans le sens d'un développement de la pratique des AAD dans la mesure où la présence du SAMU ne paraît pas réalisable. En effet, la structuration de la prise en charge en France ne se prête pas à la mobilisation d'une équipe médicale d'urgence prête à intervenir à tout moment. Nous pouvons également nous interroger sur le choix des spécialistes devant se déplacer : doit-il s'agir d'un obstétricien ?

Une autre condition de sécurité semble importante : « *proximité d'un plateau technique* », elle apparaît également dans les associations verbales de certaines sages-femmes et dans la question ouverte. Cette proposition pose la question de l'éloignement. En France, de par la localisation des maternités et la fermeture des petites structures, nous assistons à un éloignement des usagers par rapport aux structures de soin.

Malgré tout même si les conditions énoncées sont remplies, très peu de sages-femmes souhaitent pratiquer des accouchements à domicile. Après une certaine expérience professionnelle, les sages-femmes optent pour un changement de trajectoire professionnelle qui va dans le sens d'une diversification des pratiques : PNP, rééducation, ... L'accouchement ne fait plus partie des actes plébiscités par les sages-femmes après la quarantaine. Nous concluons à un positionnement des sages-femmes libérales en défaveur de l'accouchement à domicile. Sachant que les représentations sociales ont un impact non négligeable sur les pratiques professionnelles. Nous pouvons en déduire

que de telles représentations concernant l'AAD sont un frein à sa pratique par les sages-femmes libérales. Qui voudrait exercer une pratique considérée comme « à risque » alors qu'elle est réalisable en toute sécurité ?

Finalement, certaines sages-femmes proposent des alternatives à l'AAD : l'ouverture des maisons de naissance et des plateaux techniques, afin de pouvoir envisager des accouchements plus « naturels » avec moins de « risques ». Ceci n'est pas surprenant dans la mesure où certaines sages-femmes font déjà ce choix. Nous pouvons nous demander si ce ne sont pas ces dernières qui préconisent ces alternatives permettant ainsi d'améliorer leur prise en charge, leur condition de travail et la réalisation des accouchements dans des structures où la « liberté » d'action et d'organisation (mot spécifique des sages-femmes de plus de 10 ans d'expérience professionnelle) seront moins contraintes que dans des structures hospitalières traditionnelles.

Malgré le positionnement de certaines instances comme le CIANE en faveur de l'accouchement à domicile et des demandes non satisfaites émanant de parents, les sages-femmes libérales ne s'installent pas avec pour objectif de réaliser des accouchements à domicile. Nous pouvons nous demander si les représentations des sages-femmes libérales ne rejoignent pas celles des sages-femmes salariées que nous pourrions enquêter également afin de réaliser une étude comparative. Enfin, comme nous l'avons suggérer précédemment, une étude sur les sages-femmes réalisant des accouchements à domicile serait pertinente pour confronter les points de vue.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- (1) : DI MARCO L. : Accouchement inopiné : conduite à tenir. Profession sage-femme 2010 ; octobre ; 169.
- (2) : MOREL M.F. : Histoire de la Naissance en Occident (XVIIème et XXème siècles). Société d'histoire de la Naissance, rubrique Publications. <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article2>, consulté le 10 janvier 2013.
- (3) : CARRICABURU D., sous la direction de AIACH P. et FASSIN D., Les sages femmes face à l'innovation technique. Les métiers de la santé, enjeux de pouvoir et quête de légitimité. Ed. Anthropos 1994 : 364 – p.280- 281
- (4) : IRDES. Démographie des professionnels de santé. <http://www.irdes.fr>, consulté le 10 janvier 2013.
- (5) : ANSFL. Liste des sages-femmes libérales pratiquant l'AAD. <http://www.ansfl.org>, 110609-accoucheuses, consulté le 1 août 2011.
- (6) : PERROCHON C. : Accouchement : quelles sont les attentes des femmes ? Limoges : Ecole de sages-femmes U.F.R de Médecine de Limoges.2006-2010 –p. 1.
- (7) : CNOSF : « Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie », Ed. mars 2007 ; 71- p.5 à 11.
- (8) : FAURY M.N. : La profession de sage-femme. Ecole de sage-femme de Limoges. Cours de PAP1, juin 2010 – p. 8 à 10.
- (9) : FAURY M.N. : La profession de sage-femme. Ecole de sage-femme de Limoges. Cours de PAP1, juin 2010 – p. 7.
- (10) : MIDY F. : Analyse de trois professions sages-femmes, infirmières, manipulateurs en électroradiologie médicale. Le rapport annuel de l'ONDPS, Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, 2004 ; p.4 à 50.

- (11) : Votre exercice libéral. Activité libérale et première inscription à l'Ordre. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-santé/sages-femmes/gérer-votre-activité>, consulté le 10 décembre 2012.
- (12) : CIANE : Maisons de naissance – Communiqué de presse en réaction à l'article 40 du PLFSS. Grenoble, 8 octobre 2010. <http://ciane.net/blog/2010/11/article40duplfss-communiquepresse/>, consulté le 29 septembre 2011.
- (13) : Les sages-femmes libérales. Les tarifs conventionnels. <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.php#top>, consulté le 10 décembre 2012.
- (14) : HAS : Préparation à la Naissance et à la Parentalité. Ecole de sages-femmes de Limoges. Cours sur la préparation à la naissance, DAP1 2010-2011 - 4.
- (15) : Les différentes formes de préparation à l'accouchement. Ecole de sages-femmes de Limoges. Cours sur la préparation à la naissance, DAP1 2010-2011 - 2.
- (16) : HAS : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours de l'anté et post-partum. Juin 2010. <http://www.has-santé.fr>, consulté le 20 septembre 2011.
- (17) : Partenariat HAD-sages-femmes libérales. <http://www.unssf.org>, Mars 2009. 0page : sages-femmes libérales ; consulté le 21 septembre 2011.
- (18) : La rééducation périnéale. Le guide de la Maternité. Hôpital de la Mère et de l'Enfant ; 26-28.
- (19) : HAS : rééducation post-partum recommandations 2006. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recos\\_finales\\_post\\_partum\\_2006.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/recos_finales_post_partum_2006.pdf), consulté le 21 septembre 2011.
- (20) : L'Assurance Maladie de la Sécurité Sociale. Un accompagnement à domicile après l'accouchement. <http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous->

[allez-avoir-un-enfant/votre-bebe-est-ne-prenez-soin-de-lui-et-de-vous/un-accompagnement-a-domicile-apres-l-accouchement.php](http://www.monfrancophone.com/allez-avoir-un-enfant/votre-bebe-est-ne-prenez-soin-de-lui-et-de-vous/un-accompagnement-a-domicile-apres-l-accouchement.php), consulté le 01 février 2013

(21) : « Programme d'accompagnement du retour à domicile » dit PRADO. [www.mybabytrip.free.fr/?p=1205](http://www.mybabytrip.free.fr/?p=1205), consulté le 24 décembre 2012.

(22) : Critères d'éligibilité pour la CPAM. [www.cpam40.com/.../iL40\\_PRADO\\_SF\\_DIAPORAMA\\_02\\_2012-2](http://www.cpam40.com/.../iL40_PRADO_SF_DIAPORAMA_02_2012-2), consulté le 24 décembre 2012.

(23) : INFOS BEBES : Bientôt des maisons de naissances en France. <http://www.infosbebes.com/Grossesse/Accouchement/Les-maternites/Top-des-maternites/Bientot-des-maisons-de-naissance-en-France>, consulté le 24 décembre 2012.

(24) : BRAUGE M. : Connaissances et points de vue des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes dans la région Limousine sur les maisons de naissance. Ecole de Sages-Femmes de Limoges UFR de Médecine de Limoges. 2012 - 28 à 29.

(25) : BRAUGE M. : Connaissances et points de vue des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes dans la région Limousine sur les maisons de naissance. Ecole de Sages-Femmes de Limoges UFR de Médecine de Limoges. 2012 – 30 à 33.

(26) : Maisons de Naissance. La situation en France. <http://www.projetdenaissance.com/pages/Maison-de-naissance-la-situation-en-france.1282168.html>, consulté le 01 novembre 2011.

(27) : Plateau technique. <http://www.ansfl.org>, consulté le 20 septembre 2011.

(28) : Dernières nouvelles d'Alsace juillet 2006 : des sages-femmes allemandes accouchent à domicile. Revue de presse. Juin 2006. <http://afar.info/tag/accouchement-a-domicile>, consulté le 10 janvier 2013.

(29) : CHOLLET C., GUILLOUX L. : Prise en charge extra-hospitalière d'un accouchement. OxyMag 2003; décembre ; 73.

- (30) : BAYLE LOUDET C. : L'accouchement inopiné : prise en charge du nouveau-né, proposition de formation des sapeurs-pompiers. Les Dossiers de l'Obstétrique 2007 ; juillet ; 362.
- (31) : BLANCHOT-ISOLA C. : Accoucher à domicile, en maison de naissance, sans obstétricien, progrès ou régression ? Les Dossiers de l'Obstétrique 2003 ; juillet ; 318.
- (32) : HAS : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations mai 2007. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf), consulté le 20 septembre 2011.
- (33) : BABIN M. : L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes qui le pratiquent. Ecole de sages-femmes de Caen. 2001-2005-10 à 15.
- (34) : PAINBLANC A.S. : L'accompagnement global de la maternité par la sage-femme. Namur (Belgique) : Département médical Sainte Elisabeth.2004-2005-40 à 42.
- (35) : MALHERBE S. : Vers la construction d'un projet d'accouchement. Ecole de sages-femmes de Rennes.2003 - 35.
- (36) : HOROWITZ F., sous la direction de COLLONGE C. et J. : Intimes naissances, choisir d'accoucher à la maison. Ed la Plage 2008 : 447-p.415 à 432.
- (37) : CIANE : Assurance responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile en activité libérale. Profession sage-femme 2013 ; avril ; 194.
- (38) : RICHARD-GUERROUDJ N. : Entretiens des sages-femmes, l'accouchement à domicile en débat. Profession sage-femme 2009 ; novembre ; 160.
- (39) : OMS : Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique. 1997. <http://www.who.int>, consulté le 26 septembre 2011.
- (40) : Témoignages d'accouchements à domicile recueillis par l'ANSFL. <http://www.ansfl.org>, consulté le 21 septembre 2011.

- (41) : COLLONGE C. et J., Intimes naissances, choisir d'accoucher à la maison. Ed la Plage 2008 : 447-p.15 à 235.
- (42) : ODENT M., sous la direction de COLLONGE C. et J., Intimes naissances, choisir d'accoucher à la maison. Ed la Plage 2008 : 447-p.361 à 380.
- (43) : PIREYN-PIETTE C-A. : Accouchement à domicile : risque ou modèle ? Ecole de sages-femmes de Strasbourg Université Louis Pasteur Faculté de Médecine.2001-2005-22 à 53.
- (44) : BENOS C. : L'accouchement à domicile à la lumière de la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme. Pôle ressources humaines, organisation des soins et qualité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges.
- (45) : RICHARD-GUERROUDJ N. : AAD : les femmes s'emparent du droit européen dans le monde. Profession sage-femme 2013 ; janvier ; 191.
- (46) : CIANE : Non, pas de prosélytisme pour les maisons de naissance. <http://ciane.net/blog/2011/09>, consulté le 26 septembre 2011.
- (47) : PERROCHON C. : Accouchement : quelles sont les attentes des femmes ? Ecole de sages-femmes de Limoges U.F.R de Médecine de Limoges.2006-2010 – 58.
- (48) : ANSFL : Définition de l'accouchement à domicile. <http://www.ansfl.org/page.php?id=45>, consulté le 20 septembre 2011.
- (49) : UNAF, CIANE : Enquête périnatale 2009. <http://www.unaf.fr/spip.php?article10920>, consulté le 26 septembre 2011.
- (50) : PIREYN-PIETTE C-A. : Accouchement à domicile : risque ou modèle ? Ecole de sages-femmes de Strasbourg Université Louis Pasteur Faculté de Médecine.2001-2005-8.
- (51) : CHARRIER P. : Les sages-femmes en France, synthèse du rapport de recherche. Université de Lyon, centre Max Weber \_UMR 5283\_ CNRS. Janvier 2011. <http://hal.archives-ouvertes.fr>, consulté le 1 novembre 2011.

(52) : PIROIT G. : Lettre. [www.ansfl.org](http://www.ansfl.org), consulté le 16 septembre 2011.

(53) : KELLER M.J. Pratique des accouchements à domicile. Informations Ordinales. Lettre du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Contact Sages-Femmes, 2013 ; juillet ; 2 à 3.

(54) : La Documentation Française. Comment recourir au bureau central de tarification en cas de refus d'assurance. L'assurance professionnelle en questions. Les Dossiers de l'Obstétrique 2003, janvier ; 312.

(55) : ANSFL : Lettre de recours au BCT. <http://www.ansfl.org>, mots clés : accouchement à domicile, assurance ; consulté le 16 septembre 2011.

(56) : KELLER A., HUET S. : Sages-femmes, vous n'êtes pas seules face aux frais d'assurances, des parents sont prêts à vous soutenir. L'assurance professionnelle en question. Les Dossiers de l'Obstétrique 2003, janvier ; 312.

(57) : BELHASSEN W. : Une assurance de sages-femmes pour les sages-femmes ? L'assurance professionnelle en question. Les Dossiers de l'Obstétrique 2003, janvier ; 312.

(58) : ANSFL : Lettre ouverte aux chefs de service et aux médecins anesthésistes, le 07 octobre 2010. [www.ansfl.org/page.php?id=105](http://www.ansfl.org/page.php?id=105) ; consulté le 21 septembre 2011.

(59) : BRAUGE M. : Connaissances et points de vue des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes dans la région Limousine sur les maisons de naissance. Ecole de Sages-Femmes de Limoges UFR de Médecine de Limoges. 2012 – 9 à 11.

(60) : MAKELA C. : Mon accouchement non-assisté -- la naissance de mon dernier enfant. <http://portail.naissance.asso.fr/docs/makela-fr.htm> ; consulté le 10 décembre 2012.

(61) : MOLINER P. : Image et représentation sociale, de la théorie des représentations à l'étude des images sociales. 1996

(62) : Représentation sociale. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Représentation\\_sociale](http://fr.wikipedia.org/wiki/Représentation_sociale), consulté le 25 avril 2013.

(63) : LEMAY C. : Anthropologie de l'accouchement à la maison. Naissance naturelle. Information autour de la naissance. Ed. novembre 2006 sur <http://naissancenaturel.canalblog.com/archives/2006/11/24/3251055.html>, consulté le 22 avril 2013.

(64) : ROTH HAILLOTTE R. : Les représentations profanes et médicales du lieu d'accouchement : entre l'idéal et le réel, Connexions, 2011 ; 95 ; 155-166.

(65) : « idéal ». Définition et synonyme. <http://www.cnrtl.fr/definition/id%C3%A9el>, consulté le 22 avril 2013.

(66) : Mieux être. Naître autrement pour vivre libre. Accouchements à domicile. <http://evolutionnaire.free.fr/naitreaurementpourvivrelibre.php>, consulté le 1 novembre 2011.

(67) : Répertoire des sages-femmes libérales pratiquant l'accouchement à domicile, actualisé le 16/10/2011. [http://www.projetsdenaissance.com/pages/répertoire\\_sagesfemmes\\_1282342.html](http://www.projetsdenaissance.com/pages/répertoire_sagesfemmes_1282342.html), consulté le 1 novembre 2011.

(68) : ONSF : Répertoire des sages-femmes libérales par département. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/xslt.aspx>, consulté le 1 novembre 2011.

(69) : JONGMANS L. : Accoucher à domicile aux Pays-Bas. Tendances 1995-2002. Les Dossiers de l'Obstétrique 2006 ; juin ; 350.

(70) : MIDY F., CONDINGUY S., DELAMAIR M. L. : La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail. IRDES, Questions d'économie de la santé. 2005 ; décembre ; 102.

(71) : ONSF : L'évolution de la formation : [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/histoire\\_de\\_la\\_profession/levolution\\_de\\_la\\_formation\\_/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/histoire_de_la_profession/levolution_de_la_formation_/index.htm), consulté le 25 février 2013.

(72) : « maternité du Sud-Ouest ». <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/maternites-accouchement/les-maternites-type-i-ii-iii-642.html>, consulté le 13 mars 2013.

(73) : CARRICABURU D. : De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. Sociologie et sociétés, vol. 39, n° 1, 2007, p. 123-144.

(74) : « naturel », <http://wikitionnaire/naturel.org>, consulté le 20 mai 2013.

(75) : JACQUES B. : Sociologie de l'accouchement. Partage du savoir. Ed Presses Universitaires de France 2010 ; 209 – p. 175 à 176.

(76) : BABIN M. : L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes qui le pratiquent. Ecole de sages-femmes de Caen. 2001-2005-56.

(77) : « risque médico-légal et sage-femme » : <http://www.gen-nordpasdecalsais.fr/images/documents/sfetmedicolegal.pdf>, consulté le 13 mars 2013.

(78) : « salle nature » : [http://www.maternite-emailleurs.fr/doc/Flyer\\_SN\\_2.pdf](http://www.maternite-emailleurs.fr/doc/Flyer_SN_2.pdf), consulté le 10 août 2013.



ANNEXES

## **1. Annexe I : Charte de la sage-femme libérale**

Afin de garantir un suivi de qualité aux femmes et aux couples qui s'adressent aux sages-femmes libérales,

Afin de promouvoir les compétences développées par les sages-femmes libérales, l'ANSFL propose à ses adhérents une CHARTE ÉTHIQUE DE L'EXERCICE LIBÉRAL

- La sage-femme oriente sa pratique sur la prévention des risques tant sur le plan médical que social et psychologique.
- Elle donne une information impartiale et claire aux femmes et couples qui s'adressent à elle. Elle définit son champ de compétence et indique les limites de son exercice (code de la santé publique et code de déontologie).
- Lors d'une maternité, elle propose un accompagnement cohérent du pré au post natal.
- Elle favorise la continuité des prises en charge en travaillant en relation avec les autres professionnels de santé et en s'intégrant aux réseaux de soins.
- Elle exerce sa profession en toute indépendance.
- Elle prend part aux actions de recherches et d'études engagées par l'ANSFL en répondant aux enquêtes épidémiologiques.
- Elle actualise ses connaissances en assistant régulièrement à des formations, journées de réflexions, congrès.
- Elle s'engage à participer à l'évaluation de sa pratique.
- Elle accueille les étudiants et contribue à leur formation en collaborant avec les écoles de sages-femmes.
- Elle veille à préserver l'environnement au sein de son cabinet (économie de papier, recyclage, etc.).

Référence : ANSFL. La Charte Ethique de l'exercice libéral. Bulletin d'adhésion 2010.  
<http://www.ansfl.org>, consulté le 20 septembre 2011.

## **2. Annexe II : La charte de l'AAD**

Ecrit par l'ANSFL en 2002- modifiée en 2009

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

Afin de garantir aux usagers 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 qu'elle puisse s'établir une relation de confiance partagée.

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

III - Accompagnement global : L'accouchement et le suivi postnatal 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'AAD. 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 être envisagé qu'après une grossesse normale (c'est-à-dire sans pathologie telle que l'hypertension, le diabète, la toxémie, etc) chez une femme en bonne santé. Toute pathologie au cours de la grossesse doit entraîner une consultation ou un transfert vers

un autre professionnel, lorsque le problème est réglé la SF peut reprendre le suivi médical de cette grossesse.

VI - Les circonstances de la naissance doivent être 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 capacités, ainsi que les savoir-faire liés à l'expérience de chaque SF. L'enfant surveillé régulièrement pendant le travail et l'expulsion ne montre pas de signes de souffrance.

L'indication d'ocytociques au cours de la dilatation et avant que l'enfant ne soit engagé, ou de morphiniques pendant le travail impose le transfert, en raison des effets secondaires qu'ils peuvent provoquer.

VII - La sage-femme peut être amenée à transférer la femme vers une maternité pendant le travail, l'accouchement ou pendant les suites de couche, à chaque fois que la situation n'est plus de sa compétence (définie et listée dans le code de déontologie), lorsque l'accouchement requiert une technique telle que la pose d'une analgésie, la stimulation des contractions, l'utilisation 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 (au moins une consultation dans la structure du transfert éventuel, pour constitution du dossier médical et présentation du projet d'AAD). En ayant prévu le moyen de transport (voiture personnelle, pompier, SAMU...).

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

IX - La sage-femme s'engage à participer à l'évaluation de sa pratique par l'utilisation des dossiers ANSFL-AUDIPOG. Ce dossier comprend la surveillance de la grossesse ainsi que celle du travail à l'aide d'un partogramme, et contient le résumé du suivi des suites de couches. Cette évaluation permet une analyse des situations qui ont posé problème, pour une évolution et une remise en question permanente des pratiques.

Référence : <http://www.ansfl.org/page.php?id=46>; consulté le 20 septembre 2011.

### **3. Annexe III : le matériel nécessaire pour un AAD.**

L'équipement de la sage-femme permet une prise en charge médicale :

- un doppler portable ou un cardiotocographe permettant la surveillance du bien-être fœtal,
- des ciseaux et des pinces pour clamber le cordon,
- du matériel de suture en cas de déchirure ou d'éventuelle épisiotomie,
- de l'oxygène, un masque et le matériel pour aspirer les mucosités pour le nouveau-né,
- le matériel nécessaire pour perfuser ainsi que du Syntocinon® en prévention d'une hémorragie.

Les parents fournissent :

- des langes ou serviettes chauds et secs,
- des protections imperméables pour l'accouchement (lit, canapé...),
- un récipient pour le placenta,
- les vêtements du nouveau-né et le matériel nécessaire pour les premiers soins du nouveau-né (cordon ombilical, vitamine K1®),
- tout moyen non médical permettant de soulager la douleur et de rendre le lieu confortable pour la parturiente : coussins, couettes, musique, bain chaud, piscine gonflable, ballon, huile de massage...

Référence : HOROWITZ F., sous la direction de COLLONGE C. et J. Intimes naissances, choisir d'accoucher à la maison. Ed la Plage 2008 ; 447-p. 415 à 432.

## 4. Annexe IV : Questionnaire

Bonjour ; je m'appelle Alice KIEFER et suis étudiante sage-femme à Limoges. Mon mémoire de fin d'année d'étude porte sur les sages-femmes libérales et la pratique de l'accouchement à domicile.

Mon objectif est d'interroger les sages-femmes libérales ne pratiquant pas l'accouchement à domicile afin d'en connaître les raisons. En répondant à ce questionnaire, vous m'aidez ainsi à réaliser mon travail de recherche.

Le temps estimé pour répondre à ce questionnaire est d'environ 15 minutes.

Je vous remercie par avance pour le temps que vous y accordez.

Les sages-femmes libérales

- Quel âge avez-vous ?

.....

- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

.....

- Êtes-vous titulaire de diplôme(s) universitaire(s) complémentaire(s) ?

oui

non

- Si oui : le ou lesquels ?

.....

Votre parcours professionnel

Cochez la ou les cases correspondantes.

- Avant votre activité libérale actuelle, dans quel(s) type(s) de structure(s) avez-vous exercé ?

Uniquement en libéral

Salariat en hôpital public

Salariat en clinique privé

En mission humanitaire

Autres Précisez : .....

Pendant combien de temps ? (en précisant si nécessaire l'activité concernée)

< de 6 mois .....

< 1an .....

1 à 5 ans .....

5 à 10 ans .....

>10 ans .....

En tant que salariée :

➤ Dans quel type de maternité avez-vous travaillé ?

Niveau 1

Niveau 2

Niveau 3

➤ Dans quel type de service avez-vous essentiellement exercé ?

Consultation prénatale

Salle de naissance

Suites de couches

Diagnostique anténatal

Grossesse à haut-risque

Centre d'orthogénie

Planification familiale

Procréation Médicalement Assistée

Votre exercice professionnel actuel

Cochez la ou les cases correspondantes.

- Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) en libéral ?

.....

- Quelle(s) étai(en)t la (ou les) raison(s) qui a (ont) motivé votre installation en libéral ?

Autonomie hiérarchique

Autonomie décisionnelle

- Liberté d'organisation de son temps de travail
- Economique (en raison du revenu)
- Obtention de DU complémentaire
- Volonté d'exercer d'autres activités comme :
  - L'hospitalisation à domicile
  - la préparation à la naissance
  - la rééducation périnéale
  - le suivi de grossesse pathologique à domicile
  - les consultations prénatales
  - les échographies obstétricales
- Autres raisons ; précisez : .....

- Actuellement, quelles activités réalisez-vous dans le cadre de votre exercice libéral ?

- Consultation prénatale
- Préparation à la naissance :

précisez le type et/ou la méthode : .....

- Activité mixte complémentaire en plateau technique ou maison de naissance (et pratique des accouchements)
  - Surveillance des grossesses à haut-risque à domicile
  - Consultation postnatale
  - Rééducation périnéale
  - Consultation de contraception et suivi gynécologique de prévention
  - Echographie obstétricale
  - Autre ; précisez : .....

- Quel est votre mode d'exercice actuel ?

- Temps plein en libéral
- Temps partiel en libéral :

Effectuez-vous également des gardes en salle de naissance dans un établissement de soin ?

- oui  non

Si oui, dans quel type d'établissement ?

- public  privé



## L'accouchement à domicile

- Quels sont les mots, les adjectifs ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit quand vous entendez l'expression « **accouchement à domicile** ».

1 Citez-en 10 dans le tableau ci-dessous :

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

2 Numérotez, dans le tableau ci-dessus, l'ensemble des termes et des mots que vous avez notés, de 1 à 10. 1 étant le terme le plus proche de la représentation que vous vous faites de l'accouchement à domicile, et 10 étant le terme le plus éloigné.

- Quelles sont, pour vous, les conditions optimales de sécurité nécessaires à la surveillance et à la réalisation des accouchements à domicile ?

- .....
- .....
- .....
- .....

- Si ces conditions étaient remplies, seriez-vous volontaire pour intégrer les accouchements à domicile à votre pratique professionnelle ?

Oui

Non

## Limites de la pratique des accouchements à domicile

- Quelles sont les raisons qui font que vous ne pratiquez pas d'accouchement à domicile ? (cochez la ou les cases correspondantes)

- Impossibilité de trouver une assurance professionnelle pour l'accouchement à domicile à un montant compatible avec votre revenu
- Le risque médico-légal
- La pression de l'entourage professionnel médical
- Les contraintes personnelles : vie familiale incompatible avec la disponibilité requise par l'accouchement à domicile
- Disponibilité en temps requise par l'accouchement à domicile, incompatible avec la multiplicité de vos tâches
- Appréhension de se trouver seul(e) face à une complication telle que : anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF), procidence du cordon ou hémorragie de la délivrance...
- Être le seul professionnel compétent à domicile
- Absence de proximité de la prise en charge médicale d'urgence (SAMU, ...)
- Activité considérée comme insuffisamment indemnisée par rapport :
  - à la prise de risque
  - au temps passé
- Trop onéreux en équipement : matériel d'accouchement, oxygène, bonbonnes de vide, matériel pour les soins néonataux, pour les soins d'urgence...
- L'accouchement ne fait plus partie des actes que vous avez envie de pratiquer
- Autres raisons;  
précisez : .....

- Avez-vous d'autres idées ou remarques à formuler par rapport à l'accouchement à domicile ?

Exprimez-les ci-dessous :

- .....

- .....

En vous remerciant pour vos réponses et votre attention,  
cordialement.

Alice Kiefer.

**TABLE DES MATIERES**

## TABLE DES MATIERES :

SOMMAIRE .....	3
INTRODUCTION.....	7
PREMIÈRE PARTIE : LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES ET L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE .....	9
1. LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES.....	10
<u>1.1. La profession de sage-femme.....</u>	<u>10</u>
1.1.1. Compétences générales de la sage-femme (7).....	10
1.1.2. Différents modes d'exercices .....	11
<u>1.2. Installation et exercice en libéral.....</u>	<u>11</u>
1.2.1. Conditions d'installation (11).....	11
1.2.2. Mode d'exercice libéral de la sage-femme .....	12
1.2.3. Rémunération (13).....	13
<u>1.3. Activités majeures des sages-femmes libérales .....</u>	<u>13</u>
1.3.1. La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) .....	13
1.3.2. La surveillance de grossesse pathologique à domicile .....	14
1.3.3. La rééducation périnéosphinctérienne .....	14
1.3.4. Le suivi postnatal .....	14
<u>1.4. L'accouchement pratiqué par les sages-femmes libérales.....</u>	<u>15</u>
1.4.1. L'accouchement en maison de naissance .....	15
1.4.2. L'accouchement en plateau technique (27) .....	16
1.4.3. L'accouchement à domicile (AAD).....	16
2. L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE .....	17
<u>2.1. L'accouchement hors structure hospitalière .....</u>	<u>17</u>
2.1.1. L'accouchement inopiné.....	18
2.1.2. L'accouchement planifié à domicile.....	18
<u>2.2. Préparation et déroulement d'un accouchement planifié à domicile (AAD)</u>	<u>19</u>
2.2.1. Conditions préalables à l'AAD (33, 34, 35).....	19
2.2.1.1. La motivation du couple .....	19
2.2.1.2. La sélection des femmes enceintes .....	19

2.2.1.3.	L'information fournie au couple (36, 37) .....	20
2.2.2.	Coût de l'accouchement à domicile avec une sage-femme libérale (36) .....	21
2.2.3.	Projet de naissance et préparation à l'AAD.....	21
2.2.4.	Déroulement de l'AAD.....	22
2.2.5.	Risques de l'accouchement à domicile (AAD) .....	24
2.2.5.1.	Les risques imprévisibles .....	24
2.2.5.2.	Les risques liés au lieu d'accouchement .....	24
2.2.6.	Les textes de références pour la prise en charge de l'AAD.....	25
<u>2.3.</u>	<u>Pérennité de cette pratique en France .....</u>	<u>26</u>
2.3.1.	Demande des couples .....	26
2.3.2.	Avantages pour les sages-femmes libérales .....	27
2.3.3.	Morbidité et mortalité périnatale et maternelle .....	27
<u>2.4.</u>	<u>AAD, pratique peu courante en France.....</u>	<u>28</u>
2.4.1.	Raisons de cette absence de pratique.....	28
2.4.2.	L'assurance professionnelle.....	29
2.4.3.	Autres contraintes pour la sage-femme libérale .....	29
<u>2.5.</u>	<u>Dérives liées à l'absence d'accompagnement des AAD.....</u>	<u>30</u>
2.5.1.	L'accompagnement par les doulas (59).....	30
2.5.2.	L'accouchement à domicile non assisté ou ANA.....	31
<b>3.</b>	<b>LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES.....</b>	<b>31</b>
<u>3.1.</u>	<u>La « représentation sociale ».....</u>	<u>32</u>
<u>3.2.</u>	<u>Les différentes représentations sociales.....</u>	<u>32</u>
3.2.1.	Les représentations collectives (61).....	32
3.2.2.	Les représentations d'un groupe (61) .....	32
3.2.3.	Les représentations individuelles (61).....	32
<u>3.3.</u>	<u>La structure des représentations.....</u>	<u>33</u>
<u>3.4.</u>	<u>Représentations de l'accouchement à domicile .....</u>	<u>34</u>
<b>DEUXIÈME PARTIE : MÉTHODOLOGIE DE L'ETUDE .....</b>		<b>36</b>
1.	CONSTAT .....	37
2.	PROBLÉMATIQUE ET INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE .....	37
<u>2.1.</u>	<u>Problématique.....</u>	<u>37</u>
<u>2.2.</u>	<u>Intérêts de l'étude .....</u>	<u>37</u>
3.	OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES.....	38

3.1.	<u>Objectifs .....</u>	38
3.1.1.	Objectif principal .....	38
3.1.2.	Objectif secondaire .....	38
3.2.	<u>Hypothèses .....</u>	38
4.	<b>SCHÉMA D'ÉTUDE .....</b>	39
4.1.	<u>Type d'étude.....</u>	39
4.2.	<u>Population étudiée.....</u>	39
4.2.1.	Population source.....	39
4.2.2.	Taille de l'échantillon .....	39
4.2.3.	Critères d'exclusion .....	40
4.3.	<u>Variables.....</u>	40
4.4.	<u>Modalités pratiques .....</u>	41
4.4.1.	Mode de distribution et de recueil des questionnaires.....	41
4.4.2.	Difficultés rencontrées et stratégies mises en place .....	42
4.5.	<u>Recueil et traitement statistique des données.....</u>	42
	<b>TROISIEME PARTIE : RESULTATS .....</b>	44
1.	<b>ETUDE DES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION.....</b>	45
1.1.	<u>Répartition de la population de sages-femmes .....</u>	45
1.2.	<u>Âge des sages-femmes libérales .....</u>	46
1.3.	<u>Année d'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme.....</u>	46
1.4.	<u>Diplômes universitaires complémentaires .....</u>	47
2.	<b>PARCOURS PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES LIBÉRALES .....</b>	48
2.1.	<u>Emplois occupés avant l'exercice libéral.....</u>	48
2.2.	<u>Durée de l'activité professionnelle avant l'exercice libéral.....</u>	49
2.3.	<u>Niveau des maternités fréquentées.....</u>	50
2.4.	<u>Secteurs d'activité fréquentés .....</u>	51
3.	<b>EXERCICE LIBÉRAL ACTUEL.....</b>	51
3.1.	<u>Motivations pour l'installation en libéral.....</u>	51
3.2.	<u>Activités pratiquées en libéral.....</u>	53
3.3.	<u>Mode d'exercice libéral.....</u>	55
4.	<b>FREINS À LA PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT A DOMICILE (AAD) ..</b>	56
5.	<b>REPRÉSENTATIONS DES SAGES-FEMMES CONCERNANT L'AAD .....</b>	58

5.1.	<u>Associations verbales des sages-femmes libérales</u>	58
5.1.1.	« Accouchement à domicile »	58
5.1.2.	Analyse prototypique de Vergès	59
5.2.	<u>Représentations sociales des sages-femmes selon la durée d'expérience professionnelle</u>	59
5.2.1.	Les sages-femmes ayant moins de 10 ans d'expérience professionnelle	59
5.2.2.	Les sages-femmes ayant plus de 10 ans d'expérience professionnelle	61
5.2.3.	Associations verbales selon la durée de l'expérience professionnelle	63
6.	<b>POSITIONNEMENT PAR RAPPORT À L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE (AAD)</b>	64
6.1.	<u>Conditions de sécurité optimales pour un AAD</u>	64
6.2.	<u>Volontaire pour pratiquer les AAD</u>	65
6.3.	<u>Question ouverte sur l'AAD</u>	66
6.3.1.	Les alternatives entre AAD et maternité	66
6.3.2.	Les positions en faveur ou en défaveur des AAD	66
	<b>QUATRIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION</b>	67
1.	<b>POINTS FORTS ET LIMITE DE CETTE ÉTUDE</b>	68
1.1.	<u>Points forts de cette étude</u>	68
1.2.	<u>Limite de cette étude</u>	69
2.	<b>DESCRIPTION DE NOTRE POPULATION</b>	69
2.1.	<u>L'âge des sages-femmes libérales et les facteurs l'influençant</u>	69
2.2.	<u>La formation des sages-femmes libérales</u>	70
2.2.1.	L'obtention du diplôme d'état (DE)	70
2.2.2.	Les diplômes universitaires ou formations complémentaires	70
2.3.	<u>Emplois occupés par les sages-femmes avant leur exercice libéral</u>	71
3.	<b>ANALYSE DES ASSOCIATIONS VERBALES ET DES FREINS À L'ACCOUCHEMENT À DOMICILE</b>	72
3.1.	<u>Première hypothèse</u>	72
3.2.	<u>Quels freins à l'accouchement à domicile ?</u>	81
3.2.1.	Deuxième hypothèse	81
3.2.2.	Troisième hypothèse	82
3.2.3.	Quatrième hypothèse	83
3.2.4.	Cinquième hypothèse	85

4. OUVERTURE .....	90
4.1. <u>Propositions des sages-femmes libérales</u> .....	90
4.2. <u>Autres propositions</u> .....	91
CONCLUSION .....	93
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	96
ANNEXES .....	105
1. ANNEXE I : CHARTE DE LA SAGE-FEMME LIBÉRALE .....	106
2. ANNEXE II : LA CHARTE DE L’AAD .....	107
3. ANNEXE III : LE MATÉRIEL NÉCESSAIRE POUR UN AAD. ....	109
4. ANNEXE IV : QUESTIONNAIRE.....	110
TABLE DES MATIÈRES .....	115