

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Ecole de Sages-Femmes

Hôtel Dieu

1, place de l'hôpital

69288 Lyon cedex 02

ACCES DES SAGES-FEMMES LIBERALES AUX PLATEAUX TECHNIQUES



Mémoire présenté par Bénédicte LAFONT, née le 15 septembre 1987

En vue du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Promotion 2010

Remerciements

A Madame BALSAN, sage-femme enseignante,
pour sa disponibilité et son aide précieuse dans la réalisation de ce travail.

A Madame PACCOUD, sage-femme libérale guidante de ce mémoire,
pour m'avoir fait part de sa passion et engagement envers les femmes.

A Madame Nitenberg, médecin épidémiologiste,
pour son aide concernant l'utilisation des logiciels épidémiologiques.

Aux différents personnels médicaux hospitaliers et libéraux,
qui ont accepté de participer à mon étude.

A Chantal,
pour avoir mis à ma disposition ses compétences de dactylographie.

A Maud,
pour sa patience, sa disponibilité, ses conseils, sa gentillesse et son soutien.

A mes parents, famille et amis qui m'ont soutenue toutes ces années.

A toutes les personnes qui, de près ou de loin,
ont contribué à la réalisation de ce mémoire et à ma formation.

Merci...

Sommaire

INTRODUCTION.....	5
PARTIE 1 – CADRE THEORIQUE.....	6
1. QU’EST-CE QU’UN PLATEAU TECHNIQUE	6
<i>1-1 Evolution de la périnatalité française</i>	<i>6</i>
1-1-1 Délocalisation du lieu de naissance	6
1-1-2 Historique de l’accès aux plateaux techniques	8
<i>1-2 Le plateau technique.....</i>	<i>10</i>
1-2-1 Définition.....	10
1-2-2 Statut législatif.....	10
1-2-3 Les démarches à réaliser pour en faire la demande	12
<i>1-3 L’accompagnement global.....</i>	<i>13</i>
1-3-1 Définition.....	13
1-3-2 Choix d’exercice des sages-femmes.....	15
1-3-3 Demande des patientes	15
1-3-4 Volonté des pouvoirs publics	16
1-3-5 Organisation interne	17
1-3-6 Aspect financier.....	19
2. PLATEAU TECHNIQUE ET RESPONSABILITE MEDICOLEGALE	21
<i>2-1 Responsabilité médico-légale de la sage-femme.....</i>	<i>21</i>
2-1-1 Les compétences de la sage-femme.....	21
2-1-2 Limites de compétences	22
2-1-3 Responsabilités médico-légales	23
<i>2-2 Accès aux plateaux techniques des sages-femmes libérales et responsabilités médicolégales.....</i>	<i>25</i>
PARTIE 2 – L’ETUDE	26
1. PRESENTATION DE L’ETUDE.....	26
<i>1-1 Le constat.....</i>	<i>26</i>
<i>1-2 Les objectifs</i>	<i>26</i>
<i>1-3 Les hypothèses</i>	<i>26</i>

1-4 Population et outils.....	27
2. 1 ^{ERE} PARTIE D'ETUDE - COTE DES SAGES-FEMMES LIBERALES-	28
2-1 Outils et population	28
2-2 Résultats obtenus	28
2-3 Limites.....	28
2-4 Résultats.....	29
2-5 Conclusion	39
3. 2 ^{EME} PARTIE DE L'ETUDE - DU COTE HOSPITALIER-	40
3-1 Outils et population	40
3-2 Résultats obtenus	40
3-3 Résultats.....	41
PARTIE 3 – ANALYSE ET DISCUSSION.....	42
1. LE SECTEUR LIBERAL, UN SECTEUR QUI SE DEVELOPPE.....	42
1-1 Profil de la population libérale	42
1-2 Expérience de la population	42
1-3 Raisons de l'installation en secteur libéral	43
1-4 Activité libérale.....	44
2. L'ACCES AUX PLATEAUX TECHNIQUES	45
2-1 Connaissance des plateaux techniques.....	45
2-2 Avantages des plateaux techniques.....	46
2-3 Problèmes posés par l'accès aux plateaux techniques.....	49
2-4 Les conditions d'accès aux plateaux techniques	57
2-5 Quels obstacles à cette activité.....	62
3. QUELLE PLACE POUR L'OUVERTURE DES PLATEAUX TECHNIQUES DANS LES TROIS MATERNITES ETUDIEES ?	65
3-1 CH3.....	65
3-2 CH2.....	65
3-3 CH1	65
4. UN MANQUE QUI CHERCHE A SE COMBLER	66
CONCLUSION.....	67

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

Introduction

Tout en restant un moment d'une richesse émotionnelle intense, la naissance d'un enfant change profondément la vie d'un couple. Devenir parents, avec la responsabilité et l'engagement que cela suppose, suscite aussi la peur et l'angoisse de l'inconnu. Pour franchir cette étape, de nombreux couples ressentent le besoin d'être entourés, soutenus et rassurés en partageant leur projet de naissance avec un professionnel de santé disponible et à leur écoute.

Dans notre système de santé actuel, la femme enceinte est prise en charge, le jour de son accouchement, par l'équipe médicale de garde. Bien que les sages-femmes hospitalières tendent à répondre au mieux, dans la limite du temps qui leur est imparti, aux besoins de la femme, elles restent néanmoins des inconnues pour elle. La mise en place d'un accompagnement personnalisé est dès lors difficilement réalisable, voire impossible.

De plus en plus de femmes formulent le souhait d'être suivies et accouchées par la personne avec laquelle elles ont préalablement construit leur projet de naissance. De ce fait, les sages-femmes libérales sont de plus en plus sollicitées pour réaliser ce que l'on appelle l'accompagnement global et ce, bien-sûr, dans leur domaine de compétence qui est la grossesse et la naissance physiologique. Cet accompagnement implique l'accès à un plateau technique hospitalier pour l'accouchement. Or très peu de sages femmes libérales répondent favorablement à ces demandes.

Nous avons ainsi cherché à comprendre pourquoi l'accès aux plateaux techniques que suppose l'accompagnement global était aussi difficile à obtenir. Etait-ce à cause d'un manque de sages-femmes libérales ? D'un manque d'intérêt de ces-dernières pour ce type d'activité ? D'une méconnaissance de cette pratique ? D'un refus des équipes médicales hospitalières ? D'un refus de l'administration hospitalière ?

Dans une première partie, après avoir retracé son histoire, nous redéfinirons ce qu'est un plateau technique tant au niveau législatif qu'au niveau des responsabilités qu'il suppose.

Ensuite, dans une deuxième partie, nous exposerons les résultats de notre enquête réalisée auprès des sages-femmes libérales exerçant dans le Rhône et la Loire. Cette étude a comme objectif de connaître leur avis et intérêt concernant cette pratique.

Enfin, après analyse des résultats obtenus et des entretiens réalisés auprès de différents membres des équipes hospitalières, nous dégagerons la problématique que pose l'accès aux plateaux techniques tant du côté des sages-femmes libérales que du côté hospitalier.

1. Qu'est-ce qu'un plateau technique

1-1 Evolution de la périnatalité française ^[6]

1-1-1 Délocalisation du lieu de naissance

Jusqu'en 1940 la majorité des femmes accouchent à domicile en présence de leur sage-femme. Accoucher à l'hôpital est en effet considéré comme péjoratif : seules les mères célibataires, comme sanction, et les pauvres à titre de secours, y ont recours.

En 1945 sont créées la Sécurité Sociale et l'assurance maladie. L'état incite les femmes, par le biais de ces organismes assurant dès lors la gratuité des soins, à venir à l'hôpital. Des raisons évidentes de sécurité et d'efficacité sont évoquées. Les parturientes désormais sur place, les gynécologues obstétriciens peuvent intervenir plus rapidement en cas d'urgences obstétricales.

Les femmes quittent alors plus facilement le traditionnel foyer familial pour mettre au monde leur enfant en milieu hospitalier. A noter que les remarquables progrès en matière d'hygiène, d'asepsie et d'antisepsie hospitalière ont contribué à ce phénomène. L'hôpital se veut être un lieu assurant une meilleure sécurité pour la mère et l'enfant.

A cette époque apparaît un frein supplémentaire à l'exercice libéral des sages-femmes : ces dernières ne sont plus autorisées à rédiger la déclaration de grossesse. En effet, la Sécurité Sociale rend obligatoire l'auscultation cardio-pulmonaire à la déclaration de grossesse pour des raisons de santé publique. Les sages-femmes ne sont pas habilitées à réaliser cet examen médical. De ce fait, les femmes sont prises en charge dès le début de leur grossesse par un médecin et reviennent rarement auprès des sages-femmes pour la suite de leur suivi. Les médecins s'immiscent ainsi dans le phénomène de la naissance et ne laissent que peu de place aux sages-femmes. Toutefois, les cliniques de sages-femmes perdurent.

En 1950, alors que 45% des accouchements ont encore lieu à domicile, le taux de mortalité maternelle s'élève à 88‰ et le taux de mortalité périnatale à 36‰. Dix ans plus

tard, en 1960, 13% des accouchements se font à domicile. Le taux de mortalité maternelle s'abaisse à 55‰ et le taux de mortalité périnatale se situe à 31‰.

Cependant, malgré les progrès réalisés grâce à l'admission des parturientes à l'hôpital, la mortalité et morbidité périnatales et maternelles restent élevées à la fin des années 1960 (mortalité maternelle : 28‰ et mortalité périnatale : 23‰ ; un des taux les plus élevés d'Europe).^[22 ; 24]

De ce constat découle un premier plan de périnatalité au travers du décret n°72-162 du 21 février 1972 ou décret « Dienesch ». Ce plan impose aux maternités des normes précises de sécurité pour une meilleure qualité de soins. L'une d'elles oblige les maternités à avoir un bloc chirurgical attenant aux salles d'accouchement. Ceci mène à la fermeture de nombreuses petites structures dont les cliniques tenues par les sages-femmes libérales.

Sur le plan scientifique, la vision française ne permet de qualifier la grossesse et l'accouchement de physiologiques (eutociques) qu'après la naissance de l'enfant. Ainsi, au nom du principe de sécurité, les médecins français condamnent les accouchements se déroulant en dehors du milieu hospitalier. Les accouchements ont désormais tous lieu en centres hospitaliers.

La naissance physiologique se médicalise progressivement. L'hôpital met différentes technologies biomédicales à disposition de la future mère. On peut citer la surveillance fœtale par cardiotocographe à partir de 1976 puis plus tard, à partir de 1985, l'analgésie péridurale. Avec ces nouveaux dispositifs, la médecine est alors mieux présente au cours de l'accouchement et ceux, peut-être, au détriment de la physiologie.

A partir des années 2000, plusieurs associations d'usagers apparaissent pour défendre la physiologie de l'accouchement. Elles militent contre la surmédicalisation qui entoure la naissance.

En 2003, à l'occasion des États généraux de la naissance, apparaît le collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE). Ce collectif réunit des associations d'usagers, de parents, de citoyens et des associations familiales. Il a pour objectif de définir des stratégies propres à améliorer les conditions de la naissance. Il a aussi un rôle d'informations auprès des usagers en ce qui concerne la naissance répondant ainsi à l'obligation d'information imposée par la loi du 4 mars 2002.^[26]

Depuis 2004 ^[25], les sages-femmes peuvent de nouveau réaliser le suivi de grossesse physiologique de la déclaration de grossesse aux soins du postpartum. En effet, du fait de l'amélioration de leur mode de vie, les femmes sont en meilleure santé et présentent donc moins de risques cardio-respiratoires. L'auscultation cardio-pulmonaire n'étant plus obligatoire, les sages-femmes récupèrent leur droit de rédaction de la déclaration de grossesse.

L'exercice libéral se développe et la sage-femme peut ainsi reprendre sa place de spécialiste de l'eutocie. Toutefois la très grande majorité des sages-femmes exercent aujourd'hui encore en milieu hospitalier. Un certain nombre d'entre elles privilégie effectivement l'exercice hospitalier car il permet la prise en charge des grossesses et suites de couches pathologiques sous couvert des médecins.

Certaines sages-femmes libérales choisissent de pratiquer l'accompagnement global ce qui suppose de réaliser l'accouchement de leur patiente. L'accouchement à domicile reste mal accepté par le monde médical français. Il pose notamment le problème d'organisation de la prise en charge lors de complications. Ainsi, les sages-femmes libérales souhaitent pouvoir accéder à la sécurité qu'offre l'hôpital.

1-1-2 Historique de l'accès aux plateaux techniques

Le principe de plateau technique apparaît dans les années 1940. En effet, la loi hospitalière du 21 décembre 1941 ouvre les hôpitaux aux malades payants ce qui permet d'éviter la fuite des praticiens libéraux vers les cliniques privées. Les praticiens libéraux (médecins ou sages-femmes) peuvent ainsi bénéficier d'une partie des installations de l'hôpital pour leur patientes. C'est le début des « cliniques ouvertes à l'hôpital ».

La loi Debré de 1958, qui donne aux praticiens un statut hospitalier, est renforcée par la loi du 31 décembre 1970. Cette dernière oblige le praticien hospitalier à exercer à l'hôpital à temps plein. Cette loi fait ainsi perdre l'importance de la pratique en plateaux techniques. Les praticiens étant salariés, l'accompagnement global à la naissance devient difficile et peu courant.

En février 1984, l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) réalise la première action pour obtenir l'accès aux plateaux techniques pour les sages-femmes libérales. Sa représentante de l'époque (Anne-Marie Gavillot) se rend au ministère de la santé

et expose au professeur Roux les difficultés auxquelles se heurtent les sages-femmes libérales dans leur exercice et notamment le manque de lieux pour effectuer les accouchements.

En 1986, l'ANSFL émet la volonté de rencontrer Mme Barzach, ministre de la santé, pour discuter à nouveau de l'ouverture des maternités publiques aux sages-femmes libérales dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance.

En juillet 1987, un nouveau dossier est posé au ministère. Marc Leturmi (conseiller technique du directeur général des hôpitaux) propose un travail en commun pour analyser la situation et dégager les moyens de réalisation du projet. Les pouvoirs publics étudient alors ce projet sous tous les points de vue.

En septembre 1988, Françoise Olive, alors représentante de l'association, dépose un dossier complet sur l'exercice des sages-femmes libérales. L'affaire se poursuit par de nombreuses visites et courriers au ministère de la santé. Les sages-femmes adhérant à cette association appuient leurs argumentations par des statistiques sur les bas taux de césariennes dans la pratique de l'accompagnement global. De même elles mettent en évidence, par une analyse financière, que le coût d'un accouchement pratiqué par une sage-femme libérale s'avère économiquement plus avantageux pour l'assurance sociale.

Les actions de l'ANSL continuent tandis que Ségolène Royale, alors député des Deux-Sèvres, intervient auprès de Mr Claude Evin, ministre de la santé. Celui-ci souligne : *« le caractère indispensable pour l'exercice de leur profession de l'accès à un plateau technique conforme aux normes sanitaires en vigueur »*. Il se dit *« tout à fait disposé à examiner favorablement les demandes d'accès au plateau technique des centres hospitaliers qui lui seront présentées par les autorités locales compétentes »*.

Malgré tout ce soutien, les demandes ont du mal à aboutir. Des blocages mal identifiés persistent au niveau local.

Le projet continue d'avancer et, suite au décret du 8 août 1991 et à la circulaire complémentaire du 29 juillet 1992, l'accès des libéraux aux plateaux techniques est enfin possible.

1-2 Le plateau technique ^[3 ; 4]

1-2-1 Définition

De manière générale, les plateaux techniques permettent à tout professionnel libéral de venir exercer son activité au sein d'un établissement hospitalier.

Dans le cas particulier de ce travail, le plateau technique représente l'opportunité pour une sage-femme libérale d'assurer l'accouchement de ses patientes au sein d'une maternité publique ou privée dans le cadre de l'accompagnement global de la naissance. Et ce, en toute autonomie et sous sa propre responsabilité.

La sage-femme dispose à titre locatif du matériel et des locaux. Elle requiert, en cas de nécessité, l'aide des gynécologues-obstétriciens ou autres médecins du service tels que l'anesthésiste ou le pédiatre.

Cet accès nécessite l'accord de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et du comité médical d'établissement (CME).

Une convention, et souvent un règlement intérieur, lient la sage-femme libérale à l'établissement.

1-2-2 Statut législatif

Avant même toute rédaction de loi réglementant l'accès aux plateaux techniques pour les sages-femmes libérales, certaines d'entre elles utilisaient déjà ce moyen pour accoucher leurs parturientes. Il s'agissait, pour la plupart, d'un accord tacite entre le chef de clinique et la sage-femme qui bien souvent était une ancienne salariée du service en qui on avait confiance.

Le cadre médico-légal prend, dans notre société, une place de plus en plus importante dans toute pratique médicale. Il a fallu, pour déterminer les responsabilités de chacun, encadrer ce système par des lois afin que ce procédé ne relève plus de l'officieux. Ainsi, nous pouvons énumérer les principaux textes ayant attiré à cet accès aux plateaux techniques.

La première loi étant celle d'août 1991, parue dans le Code de Santé Publique, il s'agit d'une réforme hospitalière (ancien article L.711-5 du CSP abrogé en juin 2000, et remplacé par l'article L.6112-4) permettant l'accès aux plateaux techniques pour les sages-femmes libérales : « *Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils*

peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation ».

L'article L-6146-10 du CSP complète cette loi :

*« [...] les centres hospitaliers **autres que les centres hospitaliers régionaux** peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement.*

*Par dérogation aux dispositions de l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale, les intéressés perçoivent leurs **honoraires, minorés d'une redevance**, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.*

*[...] la création ou l'extension d'une telle structure est soumise à l'autorisation **du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire**. L'autorisation est accordée pour une **durée déterminée**. Elle peut être suspendue ou retirée en cas de non-respect par l'établissement de la réglementation applicable à ces structures.*

*Pour chaque discipline ou spécialité, l'établissement **ne peut réserver à cette structure plus du tiers de la capacité d'accueil, en lits et places, dont il dispose pour ladite discipline ou spécialité.** »*

A noter qu'une modification de cet article a eu lieu récemment dans le cadre de l'examen du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST). En effet le Sénat a adopté une disposition étendant l'exercice des professionnels de santé libéraux aux CHU sous condition d'avoir obtenu l'autorisation du président du directoire après avis du président de la CME. ^[20]

L'article L6141-2 du Code de santé publique rappelle la différence entre les centres hospitaliers régionaux (CHR) qui sont des centres hospitaliers à haute spécialisation et les centres hospitaliers universitaires (CHU) qui sont des CHR ayant passé une convention avec une université. Ces derniers sont des lieux de formation.

L'article R.714-30 du CSP précise entre autre que « *l'autorisation de création [...] peut-être accordée ou renouvelée pour une durée de cinq ans* ».

D'autres articles posent des conditions à ce type d'exercice notamment en termes de distance entre le centre hospitalier et le domicile du praticien tel que le mentionne l'article R.71-34 du CSP : *« peuvent être admis sur leur demande, par décision du directeur de l'ARH, à dispenser des soins dans une structure régie par la présente sous-section les médecins ou sages-femmes exerçant à titre libéral qui résident effectivement à une distance du centre hospitalier leur permettant de satisfaire à l'obligation qui leur est faite de participer à la continuité des soins au sein de cette structure ; »*

1-2-3 Les démarches à réaliser pour en faire la demande

Ces différents textes donnant accès aux plateaux techniques rédigés, il a fallu mettre en place une procédure pour en faire la demande. C'est ainsi que découla des décrets n°97-371 du 18 avril 1997 et n°2001-367 du 25 avril 2001 un certain nombre d'articles du Code de Santé Publique (CSP).

L'article R.714-31 renseigne sur les différentes étapes nécessaires à l'obtention de l'autorisation du directeur de l'ARH :

« la demande de création ou d'extension d'une structure hospitalière régie par la présente sous-section ne peut être examinée que si elle est accompagnée d'un dossier comportant

- *la **délibération du conseil d'administration** prévue au 18° de l'article L.714-4*
- *la **présentation de l'opération envisagée**, notamment au regard des besoins de la population en ce qui concerne les disciplines ou spécialités en cause, la description de l'organisation retenue et des moyens utilisés, un état prévisionnel des dépenses de la structure comprenant notamment les dépenses en matière de fourniture ou produits à caractère médical ou pharmaceutique ainsi qu'une estimation des dépenses à la charge de l'assurance maladie*
- *l'**engagement** [...]*
 1. *le dossier est réputé complet si, dans un délai d'un mois à compter de sa réception, le directeur de l'ARH n'a pas fait connaître au centre hospitalier, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces manquantes ou incomplètes.*
 2. *les documents et leurs compléments éventuels sont adressés au directeur de l'ARH par pli recommandé avec avis de réception. »*

L'autorisation doit être rendue dans un délai de six mois selon l'article R.714-32 :
« [...] le délai de six mois [...] court à compter de la date de la réception du dossier complet de la demande »

Une fois les autorisations d'accès obtenues, un contrat est passé entre la sage-femme et le centre hospitalier. Ce contrat permet d'établir des règles de cohabitation comme le mentionne l'article R.714-35 :

*« Les médecins et sages-femmes autorisés à intervenir dans les structures d'hospitalisation concluent avec le centre hospitalier un **contrat définissant leurs obligations et celles du centre hospitalier**. Ce contrat contient l'engagement pris par le praticien de respecter le **règlement intérieur** de l'établissement ; il précise notamment la nature et les caractéristiques tant quantitatives que qualitatives de l'activité du praticien et les dépenses que peut engendrer cette activité en matière de fournitures ou de produits à caractère médical ou pharmaceutique ; le contrat indique également les conditions dans lesquelles le praticien participe à la continuité des soins au sein de ces structures.*

Le directeur de l'ARH peut demander communication du contrat du praticien »

Ces différentes lois prouvent bien que l'exercice en « clinique ouverte » est possible. Bien qu'il n'existe pas d'obstacles réglementaires à l'accès aux plateaux techniques, certains points restent encore flous. En effet, aucun article ne renseigne sur les modalités de fonctionnement interne aux plateaux techniques.

1-3 L'accompagnement global

1-3-1 Définition

La notion d'accompagnement global à la naissance est créée et défendue par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) depuis 1983. Elle fut reprécisée par sa présidente, Jacqueline Lavillonnière, lors du congrès de l'ICM (international confederation of midwives) à Vienne (Autriche) en 2002 : « *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant.* » ^[18]

Un tel accompagnement permet à la sage-femme, grâce à la relation de confiance réciproque qui se tisse progressivement entre elle, la femme et le couple, de prendre en charge sa patiente dans sa globalité tant au niveau médical que psychologique et social.

Elle redonne sa place au père qui, dans les salles d'accouchement françaises, est souvent mis en retrait ; spectateur de l'accouchement de sa femme. Ainsi, la sage-femme s'adapte à l'individualité de sa patiente et du couple et est plus à même de répondre à leurs besoins. Elle leur donne des informations leur permettant de formuler des choix et projets de naissance éclairés et personnalisés.

Contrairement à un suivi de grossesse dit classique, la femme a peu d'interlocuteurs. La sage-femme qui la prépare à la naissance de son enfant, qui répond à ses peurs, ses angoisses est celle qui assistera à son accouchement. La future mère se sent généralement plus sécurisée. L'angoisse de l'inconnu est atténuée. Elle sait que « *sa* » sage-femme la connaît et mettra tout en œuvre pour répondre au mieux à ses besoins. Elle s'autorise plus d'autonomie et devient ainsi réellement actrice de son accouchement.

Dans ce contexte, la sage-femme n'est pas là pour un simple accouchement. Elle assiste à la « construction » d'une famille. La sage-femme partage l'arrivée de cet enfant avec le couple.

De plus, plusieurs études et notamment celle parue dans la revue Pratique et Organisation de soins en octobre-décembre 2009^[8] mettent en avant le bénéfice obstétrical qu'offre un accompagnement continu de la femme par un même professionnel.

Bien que la sage-femme réalise un suivi dit global, elle se doit de travailler en réseau. En cas d'apparition de pathologies, elle adresse ses patientes à un obstétricien, de même qu'elle les adresse systématiquement à différents personnels médicaux tels qu'échographistes et anesthésistes.

Selon M. Trelaün et S. Janin, toutes les deux sages-femmes, l'accompagnement global a deux dimensions : *une dimension horizontale* correspondant à la continuité des soins par une même personne et *une dimension verticale* qui correspond à une prise en charge globale de la famille en attente de l'enfant. ^[13]

En effet, l'histoire du couple, ses envies, ses peurs, son vécu émotionnel, sont pris en compte. Ainsi, la grossesse et l'accouchement ne sont pas considérés que sous l'angle médical.

1-3-2 Choix d'exercice des sages-femmes

De par le statut de salarié que lui confère la structure hospitalière, la sage-femme obéit à une organisation de travail fixée par un système de roulement. Chaque agent est attaché à un poste dans un service donné ne lui permettant pas de suivre une patiente lors des différentes étapes de la grossesse, l'accouchement et période postnatale.

Pour certaines, cette façon de travailler ne les satisfait pas, elles se dirigent donc vers le secteur libéral qui leur permet de se libérer de ce travail protocolaire. Le problème se présentant rapidement par la suite est celui de la pratique des accouchements. En effet, en France, aucune assurance ne s'engage à assurer l'accouchement à domicile. De plus le système de santé français n'est pas organisé pour cette prise en charge, ce qui peut présenter un risque pour la patiente. L'exercice libéral rime ainsi avec la fin de la pratique des accouchements pour les sages-femmes.

Par le biais des plateaux techniques, qui constituent actuellement leur principale alternative, elles peuvent garder leur place dans le système de santé et ainsi respecter le *libre choix du praticien* qu'elles doivent aux parturientes comme l'indique l'article L.4151-6 du CSP : « *la sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir ses soins ou accoucher : elle doit tout faire pour faciliter l'exercice de ce droit* ».

L'accès au plateau technique, qui suppose une sage-femme pour une patiente, constitue un compromis intéressant pour la sage-femme libérale. Elle peut ainsi accompagner sa patiente et l'aider à accoucher au sein d'un centre hospitalier qui lui procure une certaine sécurité.

La sage-femme peut ainsi exercer avec la rigueur et l'authenticité que lui inspire sa profession.

1-3-3 Demande des patientes

Le conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF) a réalisé une enquête auprès des sages-femmes libérales fin 2008 ^[10].

(Sur 2750 questionnaires envoyés, 1615 ont été reçus et exploités).

Lors de cette enquête, 5% des sages-femmes ont déclaré avoir accès à un plateau technique en 2007 contre 4,4% en 2008. Entre 2007 et 2008, une augmentation significative (+30%) de la demande de suivi global par les femmes a été observée auprès de sages-femmes libérales n'ayant pas accès à un plateau technique.

On observe donc une diminution de l'offre par rapport à une demande qui ne cesse d'augmenter.

Cette demande croissante est aussi remarquée par l'ANSFL qui reçoit régulièrement des courriers de couples désirant obtenir des coordonnées de sages-femmes pratiquant l'accompagnement global.

En résumé de l'enquête, les sages-femmes disent souhaiter que *« l'offre soit réellement diversifiée pour respecter le projet de naissance des parents et éviter les accouchements sans professionnels de santé (avec ou sans doula) ou l'appel à la dernière minute de la sage-femme qui se trouve contrainte de faire l'accouchement à domicile »*. Elles aimeraient que *« l'ouverture des plateaux techniques soit facilitée car cela représente une bonne alternative entre l'accouchement à domicile et l'accouchement médicalisé en établissement de santé et que le regard désapprobateur des hospitaliers puissent disparaître »* et enfin elles désireraient que *« les problèmes assurantiels puissent être réglés à des tarifs raisonnables en même temps que la revalorisation des actes des sages-femmes soit effective »*.

De leur côté, les couples soulèvent le problème du non-respect de leur droit de « libre choix de praticiens » conformément à la loi du 4 mars 2002. Cette dernière rend effective la possibilité de prise en charge des grossesses et des accouchements par les sages-femmes dans le secteur libéral.

1-3-4 Volonté des pouvoirs publics

En septembre 2007, le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) a rappelé que *« les femmes peuvent être (si elles le souhaitent et si la grossesse est normale) suivies et accouchées par la sage-femme qui les accompagnera encore, ainsi que leur bébé, après la naissance. »* ^[19].

L'académie nationale de médecine déclare *« [...] convaincue qu'entre l'exigence de soutien et de confort psychologiques et l'exigence de sécurité, il convenait de trouver un juste équilibre », « [...] de l'éventuelle possibilité pour les sages-femmes libérales de venir*

travailler dans les services hospitaliers, possibilité prévues par les textes [...] souhaite que soient renforcés les effectifs des sages-femmes dans les structures hospitalières publiques ou privées et de sages-femmes libérales, pour leur permettre plus de disponibilité et leur permettre de mieux accompagner les femmes au cours de la grossesse, du travail et dans les suites de couches ». ^[19]

De plus, l'exercice en plateau technique entre directement dans les exigences du dernier plan de périnatalité 2005-2007 qui prône les valeurs humanité, proximité, sécurité, qualité. ^[12]

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), quant à elle, publie certains résultats démontrant que « *les femmes ayant eu un soutien continu pendant l'accouchement ont de plus fortes chances de voir leur travail légèrement raccourci, de donner naissance spontanément par voie basse et risquent moins de devoir recourir à une analgésie pendant l'accouchement ou d'exprimer du mécontentement quant à leur expérience de la naissance. En général, le soutien continu pendant l'accouchement a été associé à des effets bénéfiques accrus lorsque le prestataire n'était pas un membre du personnel hospitalier, lorsque ce soutien commençait au début du travail et dans des milieux où l'analgésie péridurale n'était pas systématiquement disponible* ». ^[17]

1-3-5 Organisation interne

Une sage-femme exerçant en plateaux techniques n'est pas soumise, comme ses collègues hospitalières à la hiérarchie de l'hôpital. Elle agit sous sa propre responsabilité. Elle mène le travail de sa patiente comme bon lui semble selon les besoins de cette-dernière. Néanmoins et en premier lieu, elle se doit de ne pas faire courir de risques à sa patiente ainsi qu'au fœtus sous peine de poursuite.

Ainsi il n'est pas rare de voir dans cette pratique certaines différences notables dans la surveillance du travail.

- la surveillance du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF) est souvent discontinuée.
Cette pratique est encadrée par certaines recommandations.

L'OMS soutient cette surveillance intermittente pour les grossesses à bas risques « *il n'est pas prouvé que le monitoring fœtal de routine pendant l'accouchement ait un effet positif sur l'issue de la grossesse. On ne devrait avoir recours au monitoring électronique du fœtus que dans des cas médicaux soigneusement sélectionnés* ». ^[5]

Dans le cadre d'une surveillance du rythme cardiaque fœtale par auscultation intermittente, le discours de la Haute Autorité de Santé (HAS) est le suivant « *Elle doit être pratiquée suivant un protocole très strict et nécessite la prise en charge d'une sage femme au chevet de la parturiente* ». ^[21]

Aux travers de son ouvrage Le nouvel art de la sage-femme^[11], Lesley Page, actuellement professeur d'université et directrice du Centre for Midwifery Practice à Londres, conseille l'auscultation intermittente pendant le travail dans le cadre de grossesses à bas risque. « *Des données probantes indiquent que l'utilisation de l'auscultation intermittente pendant le travail est associée à un taux plus élevé d'accouchements spontanés par voie basse et la santé du bébé n'en est généralement pas compromise. [...] De plus cette méthode favorise la mobilité de la femme* ». ».

Le groupe d'études scientifique du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists sur le monitoring fœtal du perpartum a formulé les recommandations suivantes : « *L'auscultation est la méthode de choix pour les femmes dont la grossesse s'est déroulée sans risque particulier pour le fœtus. [...] La méthode d'auscultation intermittente évaluée par le biais d'essais contrôlés randomisés se définit comme suit : auscultation pendant une minute entière, commencée immédiatement à la fin d'une contraction, répétée toutes les 15 minutes pendant la première phase, et entre les poussées pendant la seconde phase, ainsi qu'après tout effort maternel pendant la poussée. Toutes les valeurs doivent être enregistrées* ». ^[11]

P. Simon dans son article « Modalités de surveillance fœtale pendant le travail » indique qu' « *il est recommandé de réaliser un enregistrement du RCF sur au moins 20min pour toute femme arrivant en début de travail. [...] la surveillance du travail discontinu ne peut se concevoir que pour une patiente à bas risque. Elle nécessite la présence d'une sage-femme par parturiente* ». ^[15]

- la mobilisation pendant le travail ainsi que les positions d'accouchement sont privilégiées.

Selon l'OMS « *les femmes enceintes ne devraient pas être couchées sur le dos pendant le travail ou l'accouchement* » ^[5]

Plusieurs études et observations ont démontrées que l'alternance des positions adoptées par les femmes entraîne une nette diminution de la durée du travail et du nombre d'interventions médicales (forceps, ventouse ou césarienne).

De plus, accompagner les parturientes en proposant ou en respectant leurs choix de position, permet un suivi plus présent, plus personnel, fondé sur l'écoute, la confiance.

- la pose d'une perfusion est moins systématique (sauf si convenue dans le règlement intérieur).
- le recours à l'ocytocine (SYNTOCINON) pour renforcer la dynamique utérine n'est utilisé qu'en cas de nécessité. Il y a volonté de respecter au mieux la physiologie du travail.
- La sage-femme entoure sa patiente n'étant là que pour elle : c'est la pratique du « *one-to-one care* ». ^[27 ; 5]

1-3-6 Aspect financier ^[7]

Pour pratiquer l'exercice libéral, toute sage-femme doit souscrire à une assurance concernant les conséquences de sa responsabilité civile professionnelle. Le montant de celle-ci varie en fonction du type d'activité de la sage-femme. En effet, il faut savoir qu'une sage-femme n'ayant pas d'accès à un plateau technique paie aux alentours de 500€/an tandis que, celle réalisant les accouchements en plateau technique, paie 2000 à 2500€/an environ.

S'inspirant du système de tarification de la Sécurité Sociale, le montant des honoraires demandés par la sage-femme correspond à un forfait « surveillance du travail + accouchement + surveillance du postpartum ».

Lors d'un accouchement en plateau technique, l'hôpital est dédommagé par la sécurité sociale ainsi que par le versement d'un pourcentage des honoraires perçus par la sage-femme libérale à hauteur de 20%.

La somme que touche la sage-femme libérale pour cette prestation est assimilée à un dépassement d'honoraires.

Plusieurs articles encadrent, le côté financier de cette pratique :

- Article R. 714-36 : « *les médecins ou sages-femmes **sont tenus de faire connaître le montant de leurs honoraires** au patient ou à son représentant légal avant l'admission dudit patient dans une structure d'hospitalisation régie par la présente sous-section. »*

- Article R.714-37 : « *les honoraires dus aux médecins et sages-femmes sont perçus par l'intermédiaire du centre hospitalier qui est informé de leur montant soit par la mention portée sur la feuille de soins s'il s'agit d'un assuré social, soit par le document signé par le praticien dans les autres cas [..] »*

- Art R.4127-341 : « ***les honoraires** des sages-femmes doivent être déterminés en tenant compte de la réglementation en vigueur, de la nature des soins donnés et, éventuellement, des circonstances particulières. Ils **doivent être fixés, après entente entre la sage-femme et sa patiente**, avec tact et mesure.[...] Lorsque des sages-femmes collaborent entre elles ou avec des médecins à un examen ou un traitement, leurs notes d'honoraires doivent être personnelles et distinctes. »*

2. Plateau technique et responsabilité médico-légale

2-1 Responsabilité médico-légale de la sage-femme

2-1-1 Les compétences de la sage-femme ^[4]

Avant toute chose, rappelons que la profession de sage-femme est une profession médicale à compétences limitées dont l'exercice est régit, notamment, par un code de déontologie qui lui est propre. Ce code de déontologie est extrait du Code de la santé publique.

Le champ de compétence de la sage-femme stipulé au travers de l'article 3 de ce code ^[Annexe I] permet l'exercice du suivi global d'une grossesse eutocique, de sa déclaration aux soins du post-partum.

De même la sage-femme, par son droit de prescription bien que limité, renforce sa capacité d'autonomie dans la prise en charge d'un suivi de grossesse physiologique « *la sage femme est libre dans ses prescriptions dans les limites fixées par l'article L.4151-4* » (art R.4127-312 du code de déontologie).

Il est du devoir de la sage-femme d'assurer la prise en charge d'une expectante et/ou d'assurer la continuité des soins. De plus l'article R.4127-325 insiste sur la notion d'engagement de la sage-femme envers sa patiente : « *dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.* ».

La sage-femme est reconnue comme indépendante professionnelle par l'article R.4127-307 du CSP : « *la sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelques formes que ce soit* ».

L'article R.4127-348 du CSP renforce cette notion d'indépendance professionnelle : « *le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat [...]*

n'enlève en rien à ses devoirs professionnels, et en particulier à ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions et le respect du secret professionnel. »

La sage-femme est compétente en ce qui concerne la prise en charge globale d'un travail et accouchement eutocique. Cependant, dans certain cas, quand la sage-femme diagnostique une pathologie, transitoire ou non, pendant le travail ou l'accouchement, elle doit avoir recours à un avis médical spécialisé. L'article R.4127-362 précise que l'appel d'un spécialiste ne met pas forcément fin à son autonomie et champ de compétence. Elle peut reprendre la direction des soins : *« Après la consultation ou l'intervention du médecin appelé, la sage-femme reprend, en accord avec la patiente, la direction des soins sous sa responsabilité. »*

La sage-femme est donc un professionnel de santé autonome capable de prescrire, poser des diagnostics, dépister les anomalies et prendre en charge de manière globale les couples et les nouveau-nés.

2-1-2 Limites de compétences

Comme nous avons pu le stipuler dans le paragraphe 2-1-1, la sage-femme est une profession à compétences limitées ce qui signifie que devant toute situation débordant de ses compétences, elle se doit de faire appel à un médecin. Nous pouvons mentionner deux articles apportant des précisions quant à cette obligation :

- article R.4127-325 *« Sauf cas de force majeure, notamment en l'absence de médecin ou pour faire face à un danger pressant, la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige. »*.
- article L.4151-3 du CSP : *« [...] en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale, déclarée ou suspectée, pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin »*.

Ces textes sont valables pour toutes les sages-femmes, quelque soit leur lieu et mode d'exercice. Elles sont responsables de leurs actes.

Dans le cadre d'un exercice en plateau technique, la sage-femme a comme objectif de ne pas avoir besoin de recourir à une aide médicale. C'est pourquoi elle prend en charge des femmes ayant une grossesse que l'on peut qualifier à bas risque.^[ANNEXE V]

En France, il n'existe pas de critères prédéfinis pour classer les patientes en grossesses à bas risques ou hauts risques. Chez nous, la grossesse est par définition à haut risque, on lui attribue le caractère physiologique seulement à posteriori, après un accouchement eutocique.

Pour sélectionner les patientes qu'elle est susceptible d'accompagner tout au long du travail et de l'accouchement, la sage-femme évalue les risques en fonction des antécédents de la patiente, du déroulement de la grossesse et de ses expériences professionnelles. Le choix de prise en charge ou non est donc laissé à son libre arbitre.

2-1-3 Responsabilités médico-légales ^[2]

Bien qu'étant une profession médicale indépendante, il faut rappeler que l'exercice de sage-femme constitue une profession médicale à compétences limitées. La responsabilité de la sage-femme se décline sous différents statuts.

La première responsabilité qu'engage une sage-femme lors de l'exécution du moindre geste est sa **responsabilité morale**. En effet, elle concerne toute sage-femme dans son entité et elle n'a pour juge que sa conscience ; elle correspond à l'éthique de la profession. Ainsi la sage-femme est capable de prendre une décision sans en référer au préalable à une autorité supérieure. Elle peut donner les motifs de ses actes et être jugée sur ces-derniers.

Exercer légalement la profession de sage-femme suppose que cette dernière soit inscrite au tableau de l'Ordre des sages-femmes. Cette inscription engage la professionnelle à respecter les règles de déontologie. Lesquelles sont constituées d'aspect moral, de droit et d'aspects purement professionnels. On parle de **responsabilité disciplinaire**. Elle n'est pas limitée dans le temps. La faute médicale peut être uniquement professionnelle et ne pas regarder la justice de droit commun. C'est le Conseil Interrégional de l'Ordre qui applique les sanctions qui sont : l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire ou permanente d'exercer et, en dernier ressort, la radiation au tableau du Conseil de l'Ordre.

La **responsabilité civile** évoque la réparation financière d'un dommage ou préjudice. Elle a pour effet le versement de « dommages et intérêts » à la victime ou à ses ayants droits par le responsable du préjudice. Pour obtenir réparation, la victime doit apporter la preuve de la faute, du dommage et du lien de causalité entre ces deux.

Dans le secteur public, c'est l'hôpital qui engage sa responsabilité face à la responsabilité civile des agents salariés pour les fautes commises par ceux-ci dans l'exécution des soins ou dans l'exercice médical ou en cas de dysfonctionnement des installations.

Dans le secteur privé, c'est également l'employeur qui est responsable civilement des agents salariés. Toutefois, il existe, dans certaines conditions, la possibilité pour l'employeur de se retourner contre la sage-femme salariée. Dans ce cas, la sage-femme étant une professionnelle indépendante, elle peut engager sa responsabilité civile.

Dans le secteur libéral, la responsabilité civile d'une sage-femme est fondée sur un contrat oral établi entre elle-même et sa patiente. Il crée des obligations de moyens et non de résultats à la charge de la professionnelle. Qu'elle exerce en cabinet, ou en plateau technique, la sage-femme libérale est donc seule et entièrement responsable sur le plan civil. Depuis la loi du 4 mars 2002, l'article L.1142-2 du CSP institue une obligation d'assurance responsabilité civile à tous les professionnels de santé.

Comme tout citoyen la sage-femme est pénalement sanctionnée de toute faute grave commise à l'encontre de la loi, de la société et de l'ordre public. La **responsabilité pénale** est individuelle, totalement indépendante de celle de l'employeur ou de toute autre personne. Elle est mise en œuvre pour toute sage-femme quelque soit son lieu d'exercice, s'il y a délit ou crime.

On entend par délit : les atteintes involontaires à l'intégrité de la personne, les atteintes involontaires à la vie, l'omission de porter secours à personne en danger, mise en danger de la personne et la violation du secret professionnel.

La sage-femme est donc responsable sur le plan pénal de tous les actes qu'elle entreprend. Les sanctions pénales consistent en des peines dont la fonction est essentiellement punitive et répressive : prison, amendes, interdiction d'exercer.

2-2 Accès aux plateaux techniques des sages-femmes libérales et responsabilités médico-légales

Comme nous l'avons vu précédemment, la sage-femme libérale est responsable de ses actes médicaux, dans la limite de ses compétences tant sur le plan civil que pénal. Elle doit donc, selon l'obligation législative, être protégée par une assurance professionnelle.

Dès lors que la sage-femme libérale accède à un plateau technique avec une patiente en travail, elle est responsable du bon déroulement du travail et de l'accouchement ainsi que des deux heures de surveillance du postpartum immédiat de la femme et du nouveau-né.

En revanche, il est de sa responsabilité et de son devoir d'avertir l'équipe obstétricale, pédiatrique ou d'anesthésie si elle dépiste une pathologie lors de sa surveillance ; la limite de ses compétences étant alors atteinte.

A partir du moment où le spécialiste est prévenu, il est responsable des actes qu'il effectue auprès de la parturiente et de la conduite à tenir dans le cadre de cette pathologie. Les médecins voient leur responsabilité pénale engagée pour leurs actes professionnels.

En parallèle, la sage-femme libérale reste présente et active dans la surveillance de la pathologie. Elle est alors responsable pénalement et civilement des actes médicaux réalisés de sa propre initiative et de l'exécution des actes prescrits par le médecin. Selon l'article du code de déontologie des sages-femmes, après la consultation ou l'intervention du médecin appelé, la sage-femme libérale reprendra la conduite des soins sous sa propre responsabilité et ce avec l'accord de la patiente.

A partir du moment où la sage-femme libérale est absente (soit pendant le délai de son arrivée à la maternité soit durant le séjour en suites de couche de la patiente) l'équipe obstétricale de l'établissement est responsable de la patiente.

1. Présentation de l'étude

1-1 Le constat

Fin 2008, le CNOSF a lancé une enquête auprès des sages-femmes libérales. Cette enquête a révélé que ces-dernières étaient de plus en plus sollicitées par des couples souhaitant bénéficier d'un accompagnement global à la naissance.

Les femmes cherchent donc à être accompagnées pendant leur grossesse et leur accouchement par une seule et même professionnelle. Ce désir formulé par un nombre croissant de patientes suppose un accès en plateau technique pour les sages-femmes libérales. Pourtant, malgré cette forte demande, l'activité en plateau technique ne se développe pas ou du moins très peu.

1-2 Les objectifs

Les plateaux techniques semblent constituer un compromis intéressant entre physiologie, accompagnement et sécurité comme l'encourage non seulement le dernier plan de périnatalité français mais aussi l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) aux travers de ses recommandations.

Notre recherche a donc pour objectif de comprendre pourquoi, malgré les différentes lois encadrant cet accès et la demande croissante des patientes, cette pratique reste aussi peu répandue.

1-3 Les hypothèses

Nous avons établis notre étude à partir des hypothèses de départ suivantes :

- Les sages-femmes libérales ne connaissent pas cette pratique
- Cette pratique n'intéresse pas les sages-femmes libérales
- Le personnel hospitalier ne souhaite pas accueillir de sages-femmes libérales au sein de leur équipe.

1-4 Population et outils

Afin de réaliser cette étude, notre enquête s'est organisée en deux temps.

Dans un premier temps, nous avons interrogé, via un questionnaire^[ANNEXE III], les sages-femmes libérales en exercice dans les départements du Rhône et de la Loire.

Dans un second temps, des entretiens ont été réalisés auprès du personnel hospitalier exerçant différentes fonctions :

- Gynécologues-obstétriciens responsables de la salle d'accouchement
- Anesthésistes
- Pédiatres
- Cadres sages-femmes
- Sages-femmes hospitalières

Et ce dans différents types d'établissements hospitaliers :

- Un Centre Hospitalier de niveau 1 ayant un plateau technique ouvert. Cet établissement, que nous nommerons CH1, se situe dans le Rhône (69). Il compte 813 naissances à son actif en 2009.
- Un Centre Hospitalier de niveau 2. Cet établissement, que nous nommerons CH2, se situe dans la Loire (42). Il compte 1971 naissances à son actif en 2009.
- Un Centre Hospitalier de niveau 3. Cet établissement, que nous nommerons CH3, se situe dans le Rhône (69). Il compte 3789 naissances à son actif en 2009.

Nous avons, par respect de la déontologie, rendu anonyme les lieux de notre enquête ; les praticiens devenant moins identifiables.

2. 1^{ère} partie d'étude - côté des sages-femmes libérales-

2-1 Outils et population

Un questionnaire comportant environ 25 questions a été réalisé afin de recueillir l'avis des sages-femmes libérales concernant l'accès aux plateaux techniques. Nous avons cherché à savoir quels étaient leur connaissances et intérêt vis-à-vis de cette pratique.

Pour satisfaire cette étude, nous avons géographiquement restreint notre population aux sages-femmes libérales de la Loire et du Rhône. Ce questionnaire a été envoyé le 29 juillet 2009 à 125 sages-femmes au total.

Nous avons obtenu les coordonnées de ces sages-femmes via des représentantes de chaque conseil départemental de l'ordre.

2-2 Résultats obtenus

Sur 125 questionnaires envoyés, 61 sages-femmes nous l'ont retourné ce qui représente 48,8% de réponses. A savoir que 3 d'entre eux n'ont pas pu être exploités du fait de leur réception trop tardive (en décembre).

Afin d'analyser les questionnaires, nous avons utilisé le logiciel épidémiologique « épi info » ainsi que le logiciel EXCEL.

L'analyse des questionnaires a eu lieu fin septembre.

2-3 Limites

Cette étude descriptive s'est basée sur un faible échantillon de réponses. Les résultats de notre enquête ne peuvent donc pas être considérés comme représentatifs de la population générale des sages-femmes.

2-4 Résultats

La population de sages-femmes libérales ayant répondu à ce questionnaire a comme âge moyen 43,6 ans sachant que la plus jeune a 26 ans et la plus âgée 62 ans. Elles ont en moyenne 2 enfants chacune.

- **PARCOURS PROFESSIONNEL:**

Année d'obtention du diplôme d'état ?

Tableau I : Nombre d'années d'expérience de la profession sage-femme

Obtention Diplôme d'Etat	Avant 1989	Entre 1989 et 1993	Entre 1994 et 1999	Entre 2000 et 2004	Entre 2005 et 2009
Nbr sages-femmes	30	10	6	8	3

La grande majorité (les 2/3 environ) des sages-femmes interrogées sont diplômées depuis plus de 15ans.

Nombre d'années d'exercice hospitalier ?

Nombre d'années d'exercice libéral ?



Figure n°1 : Expérience professionnelle (n=58)

38 sages-femmes, soit les deux tiers, se sont installées en libéral depuis moins de 10 ans dont 24 depuis moins de 5ans.

51 d'entre elles ont exercé plus de 5 ans en milieu hospitalier avant de rejoindre l'exercice libéral.

Raisons d'installation en libéral

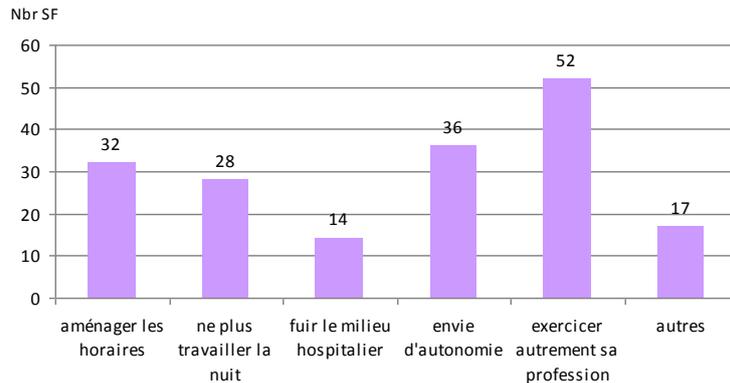


Figure n°2 : Raisons d'installation en libéral (n=58)

La principale raison d'installation en secteur libéral mentionnée par les sages-femmes interrogées est l'envie d'exercer autrement la profession. Ce changement concerne l'exercice même de la profession où ces-dernières cherchent plus d'autonomie, la possibilité d'exercer des soins autres que ceux proposés à l'hôpital ainsi qu'une approche différente de leurs patientes. Cette envie de changement concerne aussi l'aspect pratique que représente l'exercice libéral tel que l'aménagement des horaires et la fin du travail de nuit.

Peu d'entre elles estiment avoir décidé de s'installer en libéral pour fuir l'hôpital.

Les raisons mentionnées dans l'item « autres » expriment aussi cette envie de diversification professionnelle (mentionnée 2 fois). En effet, certaines disent rechercher dans le secteur libéral une approche plus personnalisée de leurs patientes (mentionnée 5 fois). D'autres veulent pouvoir réaliser des soins plus spécifiques à l'activité libérale tels que la rééducation périnéale, l'exercice de l'échographie ou l'acupuncture (mentionnées 5 fois).

D'autres encore sont entrées dans le secteur libéral à cause de la fermeture des petites maternités et n'ont pas désiré rejoindre un centre qui ne correspondait pas à leur compétences dans la physiologie obstétricale.

L'une d'entre elle dit avoir changé de secteur pour des raisons financière et une autre pour des raisons de santé.

Une seule déclare s'être installée en libéral pour pouvoir réaliser des accouchements à domicile.

Avez-vous fait des formations professionnelles complémentaires ?

100% de ces sages-femmes ont suivi des formations professionnelles complémentaires.

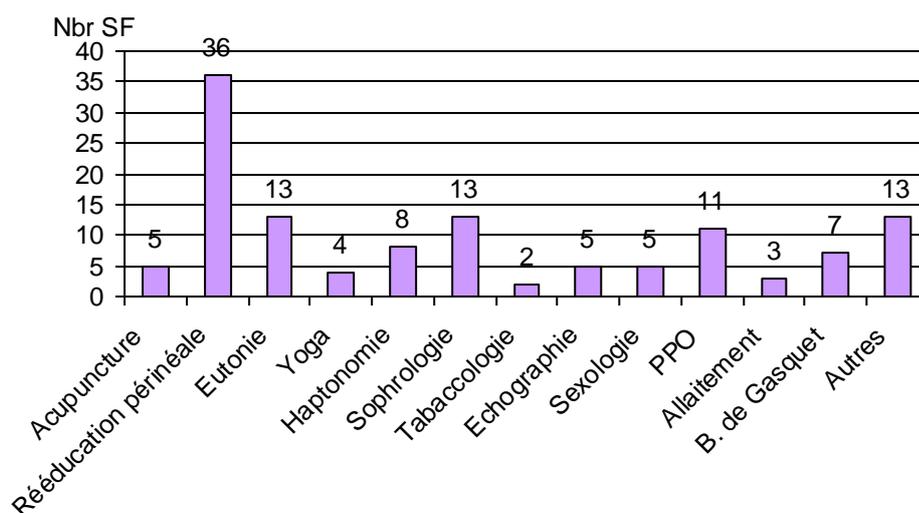


Figure n°3 : Type de formations complémentaires (n=58)

Les formations réalisées concernent pour la grande majorité la préparation à la naissance et à la parentalité. La formation à la rééducation périnéale a été suivie par 36 sages-femmes soit 62% de l'échantillon.

Les formations intégrées à l'item « autres » correspondent à des formations non reconnues par l'ordre des sages-femmes (ex : fleurs de Bach, médecine chinoise, homéopathie, diététique).

- **ACTIVITE ACTUELLE :**

Avez-vous des associé(e)s ?

50% d'entre elles travaillent avec des associées.

Quelles sont vos activités au sein du cabinet ?

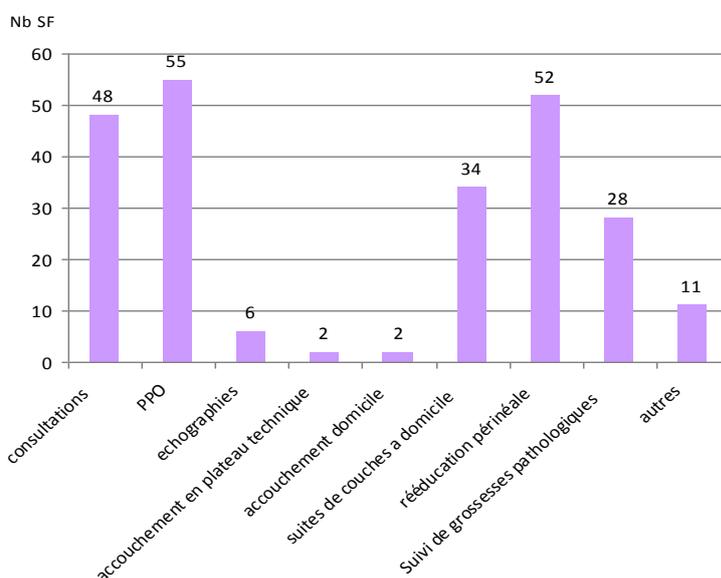


Figure n°4 : Activité au sein du cabinet (n=58)

4 sages-femmes libérales sur 58 précisent pratiquer des accouchements, et ce, de façon ponctuelle et non régulière. Ce qui en fait une activité encore assez marginale

L'activité principale de ces sages-femmes est basée sur l'animation de séances de préparation à la naissance et à la parentalité (55), la rééducation périnéale (52) et les consultations prénatales (48).

- **CONNAISSANCES SUR LES PLATEAUX TECHNIQUES :**

En avez-vous déjà entendu parler ?

Si oui par quel(s) intermédiaire(s) ?

100% des sages-femmes déclarent avoir déjà entendu parler de l'activité en plateau technique.

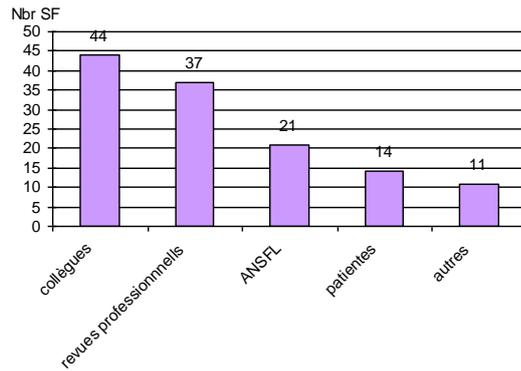


Figure n°5 : Intermédiaire(s) d'information sur la pratique en plateau technique (n=58)

Dans l'item « autres », 4 des sages-femmes disent avoir pratiqué cette activité pendant leur carrière, 3 autres connaissent cette pratique du fait de leur exercice dans une maternité ayant un plateau technique ouvert.

De façon marginale, une a été renseigné par un membre de sa famille, une autre dans le cadre de ses études.

Vous êtes-vous déjà renseigné(e) sur cette pratique ?
Connaissez-vous les lois encadrant cette pratique ?
Connaissez-vous les démarches à réaliser pour bénéficier de l'accès au plateau technique ?
Avez-vous connaissance d'un plateau technique ouvert dans votre région ?

A] Renseigné sur cette pratique B] Connaissance des lois C] Connaissance des démarches

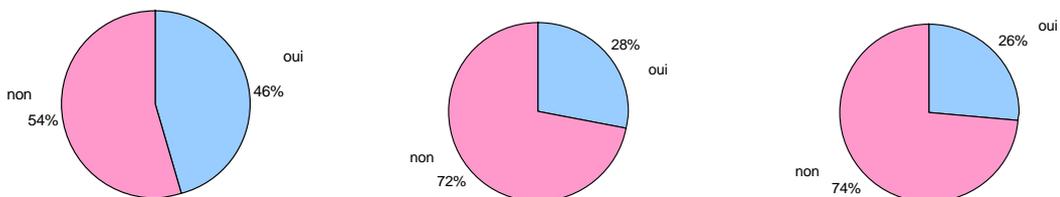


Figure n°6 A,B,C : Connaissances sur la pratique, les lois et les démarches du plateau technique (n=58)

Alors que 100% des sages-femmes interrogées déclarent avoir déjà entendu parler de l'activité en plateau technique, à peine la moitié d'entre d'elles ont fait la démarche de se renseigner davantage. Un quart seulement a cherché à connaître les lois et démarches encadrant cette pratique.

46 sages-femmes ont connaissance et sont capables de mentionner un plateau technique ouvert dans leur région.

- **L'EXERCICE EN PLATEAU TECHNIQUE :**

Selon vous, quels avantages présente l'activité en plateau technique ?

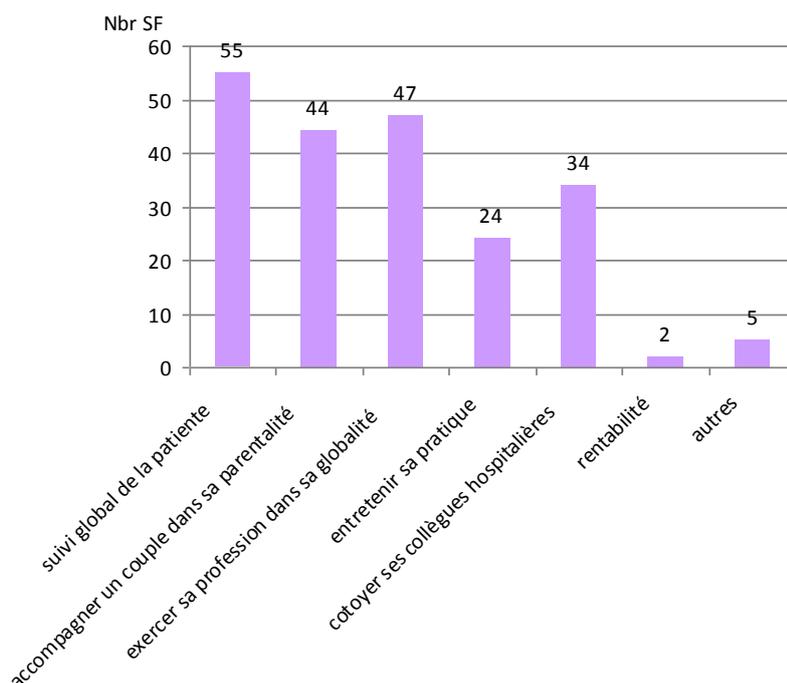


Figure n°7 : Avantages de l'exercice en plateau technique (n=58)

Les sages-femmes libérales trouvent plusieurs avantages à la pratique du plateau technique. Plus de 50% d'entre elles ont coché quatre avantages principaux.

De plus dans l'item « autres » la notion de sécurité de l'accouchée a été mentionnée 3 fois. Une sage-femme mentionne la notion de plaisir d'exercice comme avantage.

Quels inconvénients présente t-il ?

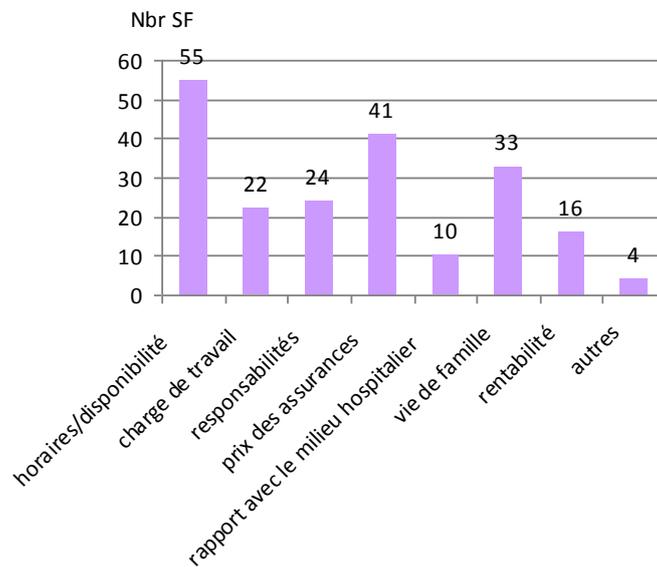


Figure n°8 : Inconvénients de l'exercice en plateau technique (n=58)

L'inconvénient cité à la quasi unanimité est celui concernant les horaires et l'engagement de disponibilité envers la patiente. 33 sages-femmes considèrent cette pratique comme incompatible avec leur vie de famille.

Le prix des assurances constitue d'après 41 sages-femmes un inconvénient considérable pour cet exercice.

Dans l'item « autres » les inconvénients rajoutés sont : application des protocoles (1 fois) et se sentir indispensable (1fois).

Vous sentez-vous compétente pour cette pratique ?

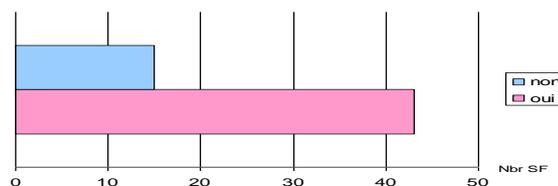


Figure n°9 : Sentiment de compétence des sages-femmes (n=58)

Environ un quart des sages-femmes interrogées ne se sentent pas compétentes pour la pratique en plateau technique. Sur les 15 sages-femmes ne se sentant pas compétentes 10 reconnaissent *une pratique trop lointaine*, une se sent *dépassée par les protocoles*, deux disent *ne plus avoir assez d'énergie pour gérer le stress et le temps* et enfin une ne sent pas compétente *pour réaliser un choix strict des patientes qui oblige à une capacité de détection précoce des complications*, une n'a pas donné de justifications.

Etes-vous intéressé(e) par cette pratique ?
Avez-vous déjà fait des démarches pour avoir accès à un plateau technique ?
Si oui êtes-vous arrivé(e) à vos fins ?
Si non pourquoi ?

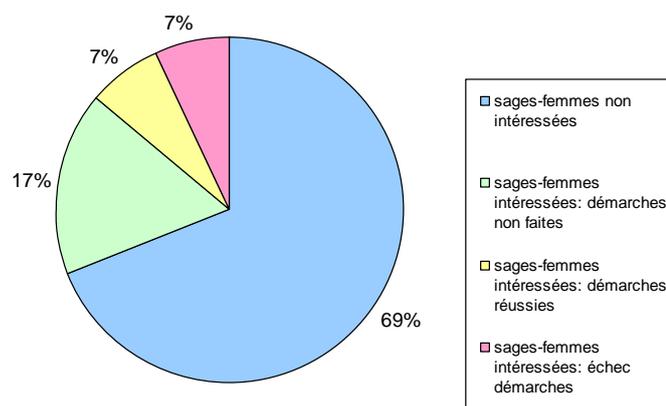


Figure n°10 : Intérêt des sages-femmes pour cette pratique et démarches réalisées n=(58)

31% soit 18 sages-femmes interrogées se disent intéressées par la pratique en plateau technique. 8 d'entre elles ont réalisé des démarches et seules 4 ont pu concrétiser leur demande.

Ainsi les sages-femmes n'ayant pas pu avoir accès au plateau technique mettent en avant pour deux d'entre elles *une maternité non ouverte à cette pratique*, une autre s'est confrontée au *blocage des anesthésistes et au désengagement de la direction*. La 4^{ème} est en cours de demande et déclare avoir *des difficultés à avoir accès aux textes de convention de la clinique*.

- **CONCLUSION :**

Dans quelles mesures/sous quelles conditions exerceriez-vous en plateau technique ?

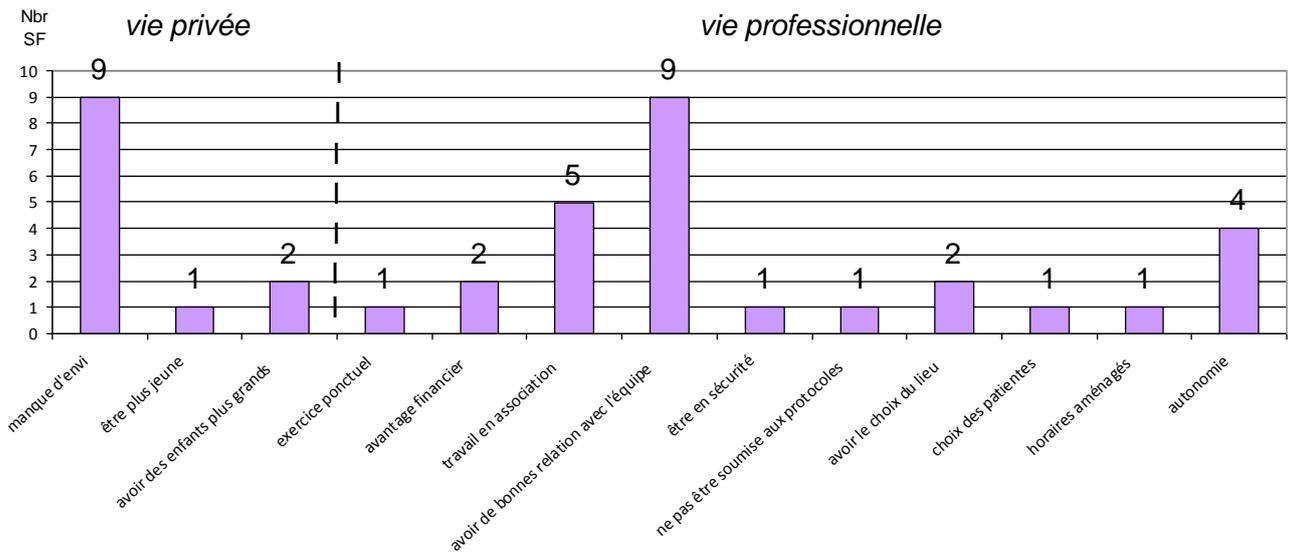


Figure n°11 : Conditions d'exercice proposées pas les sages-femmes (n=58)

Alors que 9 sages-femmes déclarent ne pas vouloir exercer en plateau technique, les autres formulent des conditions diverses et variées à l'exercice de cette pratique.

Etre en bon terme avec l'équipe médicale est la condition qui est revenue le plus souvent.

Le travail en association avec une collègue sage-femme afin de pouvoir mettre en place un système d'astreinte est ressorti 5 fois.

Quel(s) élément(s) vous rebute(nt) le plus à entreprendre les démarches nécessaires à l'accès au plateau technique ?

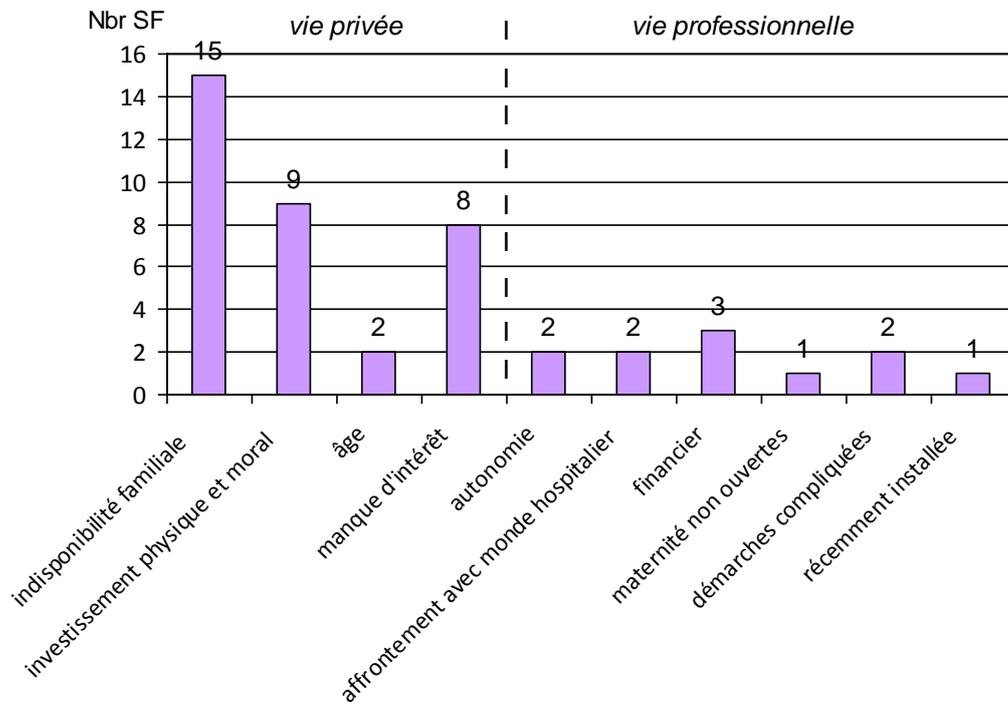


Figure n°12 : Eléments non favorables à l'exercice en plateau technique selon les sages-femmes (n=58)

Le principal élément rebutant mentionné par les sages-femmes est le facteur familial. Elles estiment qu'un tel exercice n'est pas compatible avec une vie privée, une vie familiale.

De même, certaines considèrent que cette activité représente un trop gros investissement personnel tant au niveau physique que moral.

2/3 des réponses non favorables concernent la vie privée.

2-5 Conclusion

Au vu de l'interprétation de ce questionnaire nous constatons que l'existence de l'activité en plateau technique est connue par toutes les sages-femmes interrogées. En revanche, la connaissance de la pratique de cette activité est, quant à elle, beaucoup plus floue.

Peu d'entre elles se disent réellement intéressées par cette pratique (18 seulement). La disponibilité et l'investissement physique et moral que représente cette activité constituent des inconvénients considérables bien souvent considérés comme incompatibles avec une vie de famille. De plus, selon elles, le secteur hospitalier n'est pas favorable à leur venue.

3. 2^{ème} partie de l'étude - du côté hospitalier-

3-1 Outils et population

Afin de connaître la vision du monde hospitalier vis-à-vis de cette pratique, nous avons décidé de rencontrer un échantillon du personnel médical de trois centres hospitaliers de différents niveaux.

Tout d'abord nous avons retenu le CH1 du fait de son plateau technique ouvert, il s'agit d'un niveau 1. Ensuite, pour faire contraste, nous avons choisi le grand pôle mère enfant existant dans les limites de notre zone géographique. Il s'agit de CH3, un niveau 3. Et enfin nous avons opté pour une maternité de niveau 2, le CH2.

Des entretiens de durées variables (entre 5 et 20 minutes) ont eu lieu avec le chef de service, un pédiatre, un anesthésiste, la cadre de salle de naissance ainsi que deux sages-femmes de chaque établissement.

Le principe de l'activité en plateau technique des sages-femmes libérales ainsi que l'étude réalisée dernièrement par le CNOSF (cf §1-3-3) ont été présentés à chaque début d'entretien. Bien qu'une trame d'entretien^[ANNEXE IV] ait été réalisée, ceux-ci se sont déroulés de façon relativement ouverte. Chacun a pu formuler son avis sur cette pratique ainsi que les limites que cette activité peut éventuellement poser.

La prise de rendez-vous pour effectuer ces entretiens a été laborieuse. Elle s'est effectuée via le téléphone, les mails mais également lors de rencontres non programmées.

3-2 Résultats obtenus

Les entretiens ont eu lieu de juin à décembre 2009.

Nous avons pu, sur cette période, rencontrer tout le personnel souhaité. Deux intervenants ont refusés l'enregistrement de l'entretien. Le contenu des 16 entretiens enregistrés est mis à votre disposition sur demande.

3-3 Résultats

NOM	FONCTION	LIEU D'EXERCICE
M1	chef de service responsable de salle d'accouchement	CH1
P1	pédiatre	CH1
A1	anesthésiste	CH1
C1	cadre de salle de naissance	CH1
SF1a	sage-femme	CH1
SF1b	sage-femme	CH1
M2	médecin responsable salle de naissance	CH2
P2	chef de service pédiatrique	CH2
A2	anesthésiste	CH2
C2	cadre de salle de naissance	CH2
SF2a	sage-femme	CH2
SF2b	sage-femme	CH2
M3	chef de service responsable de salle d'accouchement	CH3
P3	chef de service pédiatrique	CH3
A3	anesthésiste	CH3
C3	cadre de salle de naissance	CH3
SF3a	sage-femme	CH3
SF3b	sage-femme	CH3

Les données recueillies lors des entretiens ont été traitées dans le cadre d'une analyse de contenu thématique qui nous a permis de repérer les points communs et les divergences entre les discours des différents praticiens. Ainsi, sur chacune des thématiques de notre étude, nous avons pu confronter les points de vue des praticiens exerçant la même fonction. De même nous avons pu dégager les différentes positions exprimées au sein du corpus analysé.

1. Le secteur libéral, un secteur qui se développe

1-1 Profil de la population libérale

D'après l'analyse de nos questionnaires nous avons pu constater que l'âge moyen de la population interrogée était de 43,6 ans (la médiane se situe à 42ans). Cette valeur est conforme à l'âge moyen des sages-femmes libérales françaises fourni par le conseil national de l'ordre des sages-femmes (44 ans lors des recensements de 2001 et 2003). Ces sages-femmes avaient en moyenne 2 enfants chacune ce qui correspond à l'indicateur de fécondité français.^[23]

Notre échantillon de population, bien que limité, est conforme au profil de la population général en terme de fécondité et au profil des sages-femmes libérales françaises en terme de moyenne d'âge.

1-2 Expérience de la population

Nous avons pu constater que 40 sur 58 sages-femmes interrogées sont diplômées depuis plus de 15 ans. Seul 1/5^{ème} de notre population a une expérience professionnelle inférieure à 10 ans.

On s'est aperçu que la grande majorité des sages-femmes qui se sont installées en secteur libéral ont déjà à leur actif une carrière hospitalière. En effet, 36 d'entre elles ont exercé pendant plus de 10 ans à l'hôpital avant d'intégrer l'exercice libéral, dont 21 pendant plus de 15ans. Et, seules 7 sages-femmes ont une expérience hospitalière inférieure à 5 ans.

En ce qui concerne leur activité libérale, 38 d'entre elles, soit plus des deux tiers, se sont installées en libéral depuis moins de 10 ans dont 24 depuis moins de 5 ans.

Dans cette population les sages-femmes ont en moyenne plus d'expérience en milieu hospitalier (12,7 ans ; médiane à 11 ans) qu'en secteur libéral (8,1 ans ; médiane à 7 ans).

D'après l'étude des chiffres donnés par le conseil nationale de l'ordre, nous constatons que l'effectif des sages-femmes libérales ne cesse de croître ces dernières années. Voici quelques chiffres :

- en 2001, 1624 sages-femmes exerçaient en libéral soit 11% de l'effectif total des sages-femmes en activité
- en 2003, 1997 sages-femmes exerçaient en libéral soit 13,5% de l'effectif total des sages-femmes en activité
- en 2007, 2768 sages-femmes exerçaient en libéral soit 15,8% de l'effectif total des sages-femmes en activité

Ces différentes données mettent donc en évidence une recrudescence d'intérêt pour le secteur libéral ces dix dernières années notamment pour des professionnels ayant déjà acquis une certaine expérience hospitalière.

1-3 Raisons de l'installation en secteur libéral

Suite à l'analyse des questionnaires, nous avons constaté que 32 sages-femmes avaient choisi le secteur libéral pour pouvoir aménager leurs horaires et 28 pour ne plus travailler la nuit.

Actuellement les sages-femmes hospitalières françaises, hormis celles déléguées aux services de consultations, travaillent en garde de 12h avec alternance jour/nuit. Selon l'étude réalisée par K. Barrau-Baumstark sur l'effet du type d'aménagement horaire du travail sur la qualité de vie, il s'avèrerait que « *Le type d'aménagement horaire ne semble pas avoir d'impact sur la fatigue, ni sur la qualité de vie dans sa composante mentale, mais semble avoir un impact sur la qualité de vie dans sa composante physique.* ». ^[6] Le ministère de la santé évalue actuellement la durée d'activité professionnelle des sages-femmes à 34 ans alors qu'elle était estimée à 28 ans en 1990.

Avec l'augmentation de la durée d'activité professionnelle et l'impact que peut présenter le rythme des gardes de 12h sur la santé physique, l'aménagement de ses propres horaires constitue donc une motivation à l'exercice libéral.

L'envie d'autonomie et l'envie d'exercer autrement sa profession ont encouragé l'installation en secteur libéral pour respectivement 36 et 52 des sages-femmes interrogées.

Dans les 17 autres raisons mentionnées par la figure n°2, 13 sages-femmes ont cité des raisons se rattachant à une envie d'autonomie et de diversification de la profession.

D'après la sociologue C. Negroni, cette envie d'autonomie est un phénomène d'actualité il s'agit « *de la réalisation de soi, de quête de l'identité personnelle* ». Ainsi en s'installant en cabinet, les sages-femmes ont la possibilité d'orienter l'exercice de leur profession selon leur centre d'intérêt (échographie, acupuncture, accompagnement plus personnalisé...) et leurs convictions professionnelles. D'ailleurs nous avons constaté que toutes sans exception ont réalisé des formations complémentaires pour l'activité libérale. Ces dernières concernent différentes méthodes de préparation à la parentalité ainsi que la rééducation périnéale.

Bien que 14 sages-femmes déclarent avoir choisis l'exercice libéral pour fuir le milieu hospitalier, on s'est aperçu que ceci ne constituait pas la raison principale d'installation en secteur libéral.

1-4 Activité libérale

De part les résultats obtenus, nous avons observé que les principaux secteurs d'activité des sages-femmes libérales sont la préparation à la naissance et la parentalité (55 sages-femmes) et la rééducation périnéale (52 sages-femmes). Autrement dit des activités encadrant directement la naissance et l'accouchement. Les consultations prénatales constituent leur troisième secteur d'activité majeur (48 sages-femmes). En parallèle, la pratique d'accouchement que ce soit à domicile ou en plateau technique reste marginale.

Les sages-femmes libérales sont donc présentes auprès de leur patiente pendant toute leur grossesse et après l'accouchement. Un accompagnement quasi continu si ce n'est que très peu d'entre elles prennent en charge le moment phare de la grossesse qu'est l'accouchement.

Si l'on reprend les remarques faites en début de cette partie on peut effectivement comprendre que l'accouchement ne soit pas pris en charge par ces mêmes sages-femmes. En effet, certaines d'entre elles se sont installées en libérale pour justement pouvoir aménager leurs propres horaires. Or la mise en travail d'une parturiente est, par définition, spontanée donc non prévisible à un jour et une heure donnée.

2. L'accès aux plateaux techniques

2-1 Connaissance des plateaux techniques

Suite à notre étude nous avons pu observer que l'existence de l'activité en plateau technique était connue de toutes les sages-femmes libérales interrogées. En revanche, du côté hospitalier, on peut dénoter certaines lacunes.

Tableau II : Nombre de membres hospitaliers connaissant l'existence des plateaux techniques

	oui	non	plus ou moins
CH3	2	2	2
CH2	5	1	0

Sur les six membres du personnel médical interrogés au CH1, seule une sage-femme connaissait ce principe avant qu'il ne soit instauré au sein de l'établissement.

En ce qui concerne le CH2, ce principe était connu sauf par le pédiatre interrogé. Au sein de cet établissement, plusieurs demandes d'ouverture du plateau technique ont été formulées ces dernières années. Tout d'abord par le cabinet de sages-femmes libérales de la ville puis, lors de la fermeture de la clinique, par les médecins libéraux. Aucune demande n'a été acceptée.

Quant au CH3, seuls deux professionnels médicaux en connaissaient le principe.

Une grande partie des professionnels de santé ont eu cours de cette activité via des discussions entre collègues, des revues professionnelles ou suites à des demandes formulées auprès de l'établissement où ils exerçaient.

Toutes les sages-femmes libérales interrogées connaissaient l'existence de ce type d'exercice. 46 d'entre elles connaissaient un plateau technique ouvert aux sages-femmes libérales dans leur région. Malgré cela, un quart d'entre elles seulement avaient fait la démarche de se renseigner d'avantage sur cette pratique afin d'en connaître le fonctionnement.

En juin 2008, l'Agence d'hospitalisation régionale (ARH) de Rhône-Alpes décomptait 54 centres hospitaliers tous niveaux confondus. D'après le Dr C. Sellier, médecin inspecteur régional adjoint représentant la DRASS de Rhône-Alpes, sur cette même région qui, rappelons le, est la plus grande région de France, seul un hôpital ouvre son plateau technique aux sages-femmes libérales : le CH1. Ceci témoigne de l'impopularité de cette pratique.

2-2 Avantages des plateaux techniques

- ***Du côté des sages-femmes libérales :***

Selon les sages-femmes libérales cette pratique en plateau technique est profitable aux patientes. L'accompagnement global de la patiente (avantage mentionné 55 fois) mais aussi du couple (44 fois) étant personnalisés ces-derniers se sentent, a priori, plus en sécurité et se présentent plus sereins pour l'accouchement.

Mais cet exercice est, selon elles, aussi profitable à la sage-femme qui peut ainsi exercer sa profession dans sa globalité (47 fois). En effet, en accédant à un plateau technique la sage-femme entretient sa pratique (24 fois) tout en gardant contact avec le monde hospitalier (34 fois). Ceci permet un échange intéressant au niveau des pratiques professionnelles.

- ***Du côté hospitalier :***

Les médecins responsables de la salle d'accouchement :

Tandis que M3 estime que l'activité en plateau technique ne présente qu'un seul avantage, celui de proposer une alternative aux accouchements à domicile « *voir des dames accoucher chez elles par une sage-femme libérale, cela nous paraît en 2009/2010, aberrant* » ; M2, quant à lui, énumère de nombreux avantages à cette pratique « *la personnalisation de l'accompagnement ça avait du bon. [...] si on veut revenir à des accouchements physiologiques, cela ne peut marcher que s'il y a énormément de présence de la sage-femme libérale. Actuellement notre mode de fonctionnement ne permet pas de prendre en charge une femme avec autant de sollicitude qu'elle peut en avoir quand elle est*

vraiment avec une patiente. Je pense que le physiologique marcherait certainement beaucoup mieux si une sage-femme était présente complètement avec elle pendant toute la durée du travail. ».

M1 trouve cette approche de la naissance intéressante. Il a d'ailleurs contribué par son soutien à l'ouverture du plateau technique au sein de son établissement.

Les pédiatres :

L'activité en plateau technique suppose un éventuel retour à domicile à 6 heures de vie de l'enfant. Selon les trois pédiatres interrogés cet exercice ne présente, d'un point de vue pédiatrique, aucun avantage bien au contraire.

Selon P1, cet exercice a comme intérêt de permettre le désencombrement du service de suites de couches permettant ainsi d'augmenter le nombre d'accouchements.

Les anesthésistes :

A1, anesthésiste au sein d'un plateau technique ouvert, présente de nombreux avantages à cette pratique : d'une part au niveau du confort de la parturiente *« elle se sent en sécurité parce que c'est toujours la même sage-femme qui est à côté d'elle. Elle a pleine confiance en elle. La patiente ne voit pas de changement d'équipe. Je pense que ça change son comportement pour l'accouchement et finalement a moins de problèmes. Je pense que c'est bénéfique. [...] même s'il y a eu un échec complet de l'accouchement parce qu'il y a eu césarienne, il n'y a aucun problème du côté des femmes qui accouchent car elles voient qu'on a tout essayé, qu'on a épuisé toutes les possibilités, qu'on arrive au stade où le bien de l'enfant et celui de la maman passe par la césarienne. »* et d'autre part au niveau professionnel *« généralement la sage-femme libérale me présente toujours sa patiente, beaucoup plus que le font les sages-femmes de l'hôpital. Je pense qu'elles ont une certaine rigueur de travail en sachant qu'elles sont en dehors de l'encadrement hospitalier. [...] dans le cadre de ces suivis globaux, il est rare que je sois demandé. ».*

A3, quant à elle, présente plutôt des avantages pratiques à cette activité *« nous on préfère que ça se passe comme ça plutôt qu'elles débarquent de chez elles après un*

accouchement à domicile et que l'on doit intervenir en urgence sur une femme que l'on ne connaît pas. [...] pour la sécurité ce serait beaucoup mieux comme ça ».

A1, sans s'étendre sur les éventuels avantages de cette pratique, déclare que cela ne lui pose pas de problème.

Les cadres sages-femmes :

Alors que C3 et C2 ne se sont pas prononcées sur les éventuels avantages que présente cette activité en plateau technique, C1 en formule un principal qu'est la satisfaction des patientes. De cette satisfaction, l'établissement gagne une certaine notoriété qui lui permet d'élargir son bassin de recrutement et ainsi augmenter le nombre d'accouchement. L'augmentation du nombre d'accouchement étant nécessaire à la survie du centre hospitalier.

Les sages-femmes :

Les sages-femmes citent comme principal avantage, le suivi global que suppose cette pratique. SF3b : *« cela permet aux femmes d'être suivies et accouchées par le même personne »*. SF2b *« elles sont plus rassurées d'être accouchées par les sages-femmes qui les connaissent »*.

Certaines sages-femmes estiment que le travail actuel en salle d'accouchement ne leur permet pas d'accompagner les patientes dans leur projet de naissance comme elles le souhaiteraient. Cette activité est donc, selon elles, intéressante pour certaines patientes qui ont besoin d'être entourées. SF2a : *« une petite partie de la population demande à accoucher naturellement, physiologiquement. [...] on se rend bien compte quand on est sur le terrain, quand on travaille en salle d'accouchement, que ce n'est pas toujours possible d'accompagner ces femmes comme on le voudrait.[...] Certaines patientes ont besoin de venir avec leur sage-femme. »*. SF2b *« on n'a pas forcément le temps de s'occuper des patientes comme on voudrait. Je ne vois pas les sages-femmes libérales comme des rivales. »*.

Selon SF1b, les sages-femmes hospitalière apprennent à connaître le monde libéral aux travers de cette pratique *« avant j'étais cantonnée à ne pas connaître la profession libérale, en ayant peur par méconnaissance. Et maintenant que je connais mieux et qu'en*

plus ici je vois ce qu'est un plateau technique ouvert à l'activité libérale, je trouve que c'est formidable ». De plus cette activité permet un enrichissement professionnel « il n'y a pas longtemps, je voulais être avec elle, justement pour voir sa manière d'approcher la naissance. Nous avons passé une nuit ensemble auprès d'une patiente. C'est plutôt moi qui ai envie d'aller voir comment elles travaillent ».

Sur un plan pratique SF1b déclare *« pour nous c'est facile, parce qu'en fait quand elles arrivent on n'a rien à faire. Elles sont très autonomes. ».*

- **Confrontation :**

Au vu de l'enquête nous constatons que les avantages exposés par le monde hospitalier rejoignent en partie ceux cités par les sages-femmes libérales. La plupart s'entendent à dire que l'accompagnement global, de part la personnalisation qu'il suppose, présente un certain confort à la patiente. De plus les sages-femmes, aux travers de leur discours, mettent en évidence la volonté croissante des femmes de connaître au préalable la sage-femme qui va les accoucher.

Sur un plan professionnel, l'enrichissement des échanges entre le secteur libéral et le secteur hospitalier est aussi mis en avant.

2-3 Problèmes posés par l'accès aux plateaux techniques

- **Du côté des sages-femmes libérales :**

Le principal inconvénient mis en évidence par les sages-femmes libérales concerne la grande disponibilité que requière cette activité (mentionné 55 fois). En effet, dans le cadre d'un accompagnement global, la sage-femme s'engage à être présente pour l'accouchement de sa patiente. Or ce dernier peut avoir lieu à n'importe quel moment. La sage-femme se doit donc d'être disponible aussi bien le jour que la nuit que le week-end. D'après 33 sages-femmes, s'engager dans une telle activité est nuisible voire incompatible avec une vie de famille.

Lorsqu'une sage-femme libérale intervient sur un plateau technique elle engage son entière responsabilité. Ceci représente une trop lourde charge pour 24 sages-femmes.

De plus la durée de travail d'une parturiente représente plusieurs heures ce qui implique de devoir prévenir et reporter ultérieurement les rendez-vous programmés du cabinet. La charge de travail est considérable (mentionné 22 fois).

Le prix des assurances pour une telle pratique présente le second principal inconvénient de cette activité en plateau technique (mentionné 41 fois). En effet, 16 sages-femmes citent comme inconvénient le manque de rentabilité de cette activité. Les sages-femmes considèrent que la rémunération n'est pas à la hauteur de la disponibilité dont elles doivent faire preuve.

- **du côté hospitalier :**

Les médecins responsables de la salle d'accouchements :

Alors que M2 a une vision équilibrée des avantages par rapport aux inconvénients, M3 insiste sur le fait que cette activité en plateau technique ne présente qu'un seul avantage pour de multiples problèmes « *aucun d'eux me paraît insurmontable mais ça fait lourd* ».

- Au niveau des sages-femmes :

Problème de cohabitation

M3 et M2 s'entendent sur le fait que la cohabitation entre sages-femmes hospitalières et sages-femmes libérales serait difficile « *voir arriver quelqu'un de l'extérieur [...] qui s'occupe d'une patiente dans son coin, mais qui si ça ne va pas vient vous solliciter : je pense que le relationnel n'est pas très bon.* »(M3). « *je ne suis pas sûr que les sages-femmes qui font du public soient très favorables à cela.* »(M2).

De plus selon M3 cette collaboration n'est pas « donnant-donnant » dans le sens où les sages-femmes veulent leur autonomie mais que s'il y a un problème elles requerront l'aide de l'équipe.

Problème de rémunérations

M2 nous a confié qu'au niveau du CH2, l'ouverture du plateau technique sous forme de groupement de coopération sanitaire (GCS) pour les médecins libéraux s'était posé quelques années auparavant lors de la fermeture de la clinique auxquels ces derniers étaient rattachés. Le blocage a eu lieu au niveau de l'administration « *malheureusement le conseil*

d'administration de l'hôpital et la C.M.E. s'y sont opposés [...] ils n'acceptaient pas qu'à l'hôpital il y ait des gens qui travaillent avec des rémunérations différentes ».

Alors que M3 réfléchi dans ce sens *« les sages-femmes salariées [...] qui perçoivent un salaire mensuel, voir à côté la collègue qui vient profiter du plateau technique [...] et qui, elle, va toucher à l'acte une rémunération différente. C'est aussi une source de difficultés»,* M2, quant à lui, ne considère pas cet argument comme valable *« on sait très bien que quand on est libéral, on a d'autres rémunérations en faisant le même travail. Sauf que moi je ne suis pas tout à fait d'accord non plus car on ne fait pas tout à fait le même travail. En libéral on travaille davantage. Mais là où il y a du vrai c'est que dans le secteur public il y a des activités qui ne sont pas lucratives et que les libéraux ne veulent pas faire. ».*

- Au niveau des responsabilités

La répartition des responsabilités de chacun en cas de soucis constitue le principal problème posé par cette activité.

M2 rejoint M3 sur ce problème de responsabilité *« dès l'instant où ça se passe dans nos murs [...] ma responsabilité est engagée. [...] il y a des choses qui vont être contre mes opinions médicales alors que ça se passe sous ma responsabilité dans la pièce à côté ».*(M3.) Alors qu'un médecin est en mesure d'endosser l'entière responsabilité de ses actes, la sage-femme, quant à elle, à une autonomie limitée *« où s'arrête la responsabilité quand une sage-femme prend une mauvaise décision et qu'à ce moment-là, le médecin public prend le relais ? Où s'arrête la responsabilité ? »*(M2)

De même, le problème du droit de regard est soulevé par M3 *« Elles ne vont pas du tout vouloir qu'on aille mettre notre nez, regarder ce qui se passe ».*

- Au niveau organisationnel

Le CH3 est un centre hospitalier très demandé. Il y a un nombre d'inscription limité. *« voir arriver une femme avec sa sage-femme qui fonctionne dans un coin [...] alors que l'on a des problèmes d'inscription, cela veut dire qu'on récuse d'autres patientes [...] ça me pose quelques problèmes ».*

Selon M3 cette pratique est un phénomène de mode *« c'est très dans l'ère du temps actuel »* qui est difficilement réalisable dans un établissement où on compte 4000 naissances *« je peux imaginer à la limite, si vous avez deux accouchements par jour, qu'il y en ait un de plus qui soit un peu à part ».* M1 est en accord avec M3 sur ce point *« je comprends que dans les grandes structures où il y a beaucoup de monde, si vous faites 3000 accouchements par*

an, ce n'est pas la même chose que quand vous en faites 800. Je comprends qu'en CHU on ne veuille pas faire ça ».

Selon M1 qui a l'expérience de cette pratique en plateau technique, la véritable difficulté à cet exercice se situe au niveau de la population concernée. En effet, il s'agit de couples qui, pour une grande partie, ont des demandes et des exigences bien précises qui ne sont pas toujours compatibles avec les pratiques et obligations médicales. « *On a des extrémistes qui disent : '' pas question moi je veux l'accouchement physiologique que ça dure 4 heures ou 20 heures il faut que ce soit l'accouchement physiologique [...] moi je veux ça, je veux ça'' et quand ils viennent voir le médecin, il devient presque un prestataire de service ».* M1 insiste sur la nécessité de recadrer les gens. Selon lui, la sage-femme libérale a un rôle d'information en ce qui concerne les éventuelles complications qui peuvent survenir pendant le travail ou l'accouchement « *il faut que les sages-femmes libérales préparent aussi les femmes à l'éventualité d'un accouchement par césarienne ou par extraction instrumentale, parce que souvent elles sont déçues. ».*

De même, selon lui, la sage-femme libérale, qui justement a élaboré avec le couple un projet de naissance physiologique, peut dans certains cas avoir du mal à prendre du recul sur la situation « *Souvent, c'est vrai que la sage-femme, encore une fois quand elle est embarquée là-dedans, elle a bien envi que ça se passe physio. Et parfois elle n'a plus tellement de recul pour dire là peut-être qu'il faut que je m'arrête ».*

Les pédiatres :

- concernant le nouveau-né

Retour précoce à 6 heures de vie :

P3 n'est pas du tout favorable à un retour précoce de l'enfant à domicile « *le bébé qui est lâché dans la nature à six heures de vie, je ne suis pas favorable du tout, du tout, du tout. [...] C'est dans le cadre de ces retours très précoces qu'on a vu réapparaître des ictères nucléaires. C'est quand même quelque chose de catastrophique ».*

P1 qui, lui, exerce dans un établissement au sein duquel le plateau technique est ouvert, qualifie ces retours à domicile de « *précocissimes* ». Il met en avant différents

problèmes organisationnels à des retours aussi précoces « *le dimanche il n'y a pas de visite du pédiatre. Il y a un pédiatre d'astreinte le dimanche. Il ne se rend à la maternité que pour les urgences et non pour des consultations de sortie.* ». De plus le pédiatre n'a pas de « droit de veto » pour une sortie à 6h de vie. La convention a été passée entre la direction de l'hôpital et les sages-femmes libérales. Les pédiatres n'ont pas pu instaurer leurs conditions à un retour précoce à domicile.

P2 rejoint le discours de P1 ; il ne condamne pas le retour à domicile à 6 heures de vie mais, selon lui, il ne doit être possible que dans certaines conditions bien établies « *s'il y a accouchement par voie basse eutocique, qui ne pose pas de problème et un bébé qui va bien, ça ne me dérange pas. [...] chaque fois qu'il y a un risque infectieux, chaque fois qu'il y a un ictère, enfin un risque d'ictère précoce, une pathologie au premier examen, je ne serai pas d'accord pour laisser partir l'enfant.* ».

Manque de pédiatre pour voir ces enfants en cas de problème :

Selon P3 et P2, peu de pédiatres ou médecins de ville sont susceptibles d'accepter d'examiner des nouveau-nés de quelques jours en cas de problème « *On n'a pas beaucoup de pédiatres en ville qui accepteraient de voir les enfants. On a une pénurie de pédiatre.* » (P2) « *Il y a beaucoup de médecins généralistes qui n'ont pas la formation pour et ne souhaitent pas s'en occuper. Si vous êtes en période d'épidémie saisonnière, vous allez mettre un petit dans un environnement bourré de virus. Ce n'est pas satisfaisant du tout.* ». (P3)

Pour résoudre ce problème, P1 propose aux parents de revoir lui-même les enfants en consultation. Parfois même, quand il n'est pas serein vis-à-vis de la sortie « précocissime » d'un nouveau-né, il insiste auprès des parents pour revoir l'enfant dans les 24 à 48 heures.

- Au niveau des sages-femmes

Sages-femmes pas assez formées en pédiatrie

Selon P3, permettre le retour à domicile précoce des enfants sous-entend que la sage-femme qui en est responsable doit maîtriser l'examen pédiatrique « *il faut que cette sage-femme ait indiscutablement une formation supérieure à ce qu'elle a appris pendant ses études sur le plan pédiatrique notamment en ce qui concerne l'auscultation cardiaque et la palpation des fémorales. [...] il y a des petits symptômes qu'il faut savoir prendre en compte sur l'alimentation, la prise de poids, la diurèse, les tétées, etc et je ne suis pas persuadé que toutes les sages-femmes puissent effectuer cela.* ».

La sage-femme doit être disponible

P2 insiste sur le fait que la sage-femme qui accepte d'exercer en plateau technique doit s'engager à être disponibles pour sa patiente 24h/24h les premiers jours qui suivent la naissance, ce qui lui paraît difficilement réalisable.

- Au niveau des responsabilités

Le problème de la répartition des responsabilités en cas de problème est abordé par P2 et P1.

- Au niveau administratif

Selon P2, la mise en place de cette activité demande un lourd travail administratif en amont « *ça me paraît compliqué parce qu'il faut effectuer un lourd travail de préparation auquel le système public n'est pas encore prêt.* »

Les anesthésistes :

Pour les trois anesthésistes interrogés cette pratique ne leur pose aucun problème sur le point de vue anesthésie « *nous on est anesthésistes. On a une patiente qui a mal, on lui fait une péridurale du moment qu'elle a eu une consultation chez nous, qu'elle est prévue d'accoucher chez nous, qu'il y a eu un suivi obstétrical, un dossier.* » (A3)

Les cadres sages-femmes :

Alors que C2 pense que les sages-femmes hospitalières seraient réticentes à l'ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales, C3 quant à elle, pense que ce serait plutôt l'équipe médicale qui se dresserait contre ce projet.

C1 présente un seul problème à l'ouverture du plateau technique. Il concerne la personnalité des patientes qui y ont recours « *c'est plus la personnalité des patientes qui est difficile à gérer dans le cadre du secteur hospitalier parce qu'elles se comportent comme si tout leur été dû. [...] c'est un refus des protocoles qui va très loin.* ».

Les sages-femmes :

Dans l'ensemble, les sages-femmes interrogées considèrent que cette pratique ne présente aucun problème *« elle est comme nous, comme n'importe quelle sage-femme qui suivrait sa patiente. S'il y a un problème, on appelle le médecin. [...] si ce sont des habitudes qui sont prises, on finirait par les connaître, elles seront intégrées. »* (SF3b). *« c'est un peu comme nous, quand on vient accoucher une amie, où on est en plus. Nos collègues savent qu'on est là, mais uniquement pour notre amie, et on fait un petit peu ce qu'on veut ».* (SF3a).

Selon SF2a, l'ouverture des plateaux techniques nécessite une certaine ouverture d'esprit des équipes hospitalières *« Il faut que les équipes soient prêtes à accueillir la femme qui arrive avec sa sage-femme libérale. C'est encore difficile à faire passer, les mentalités ne sont pas encore prêtes mais ça viendra. »*

Selon SF1b cette pratique ne pose pas de problème au sein de CH1 car l'équipe hospitalière travaille dans la même approche de la naissance *« je pense qu'ici on travaille quand même dans l'approche de la naissance, on a beaucoup de ressemblances, et du coup on peut se comprendre. Je pense que ce serait plus difficile, effectivement si on était un plateau technique plus médicalisé ».*

SF1a, qui exerce aussi à CH1, déclare que le seul problème rencontré depuis l'ouverture du plateau technique concerne la personnalité des patientes *« il y a comme un refus de l'hôpital [...] c'est un peu excessif. Tout ce qui est excessif n'est pas bon. [...] on se retrouve avec des gens qui deviennent excessifs dans leur comportement, c'est-à-dire que sous prétexte que tout va aller bien, ils font prendre des risques à l'enfant. ».* *« Ces patientes sont vraiment très particulières, c'est parfois un peu lourd ».*

- **Confrontation :**

Suite à cette étude, nous avons pu constater que la question des rémunérations posait problème tant au niveau libéral qu'hospitalier. Alors que les sages-femmes libérales estiment que cette activité n'est pas assez rentable par rapport à la disponibilité et la responsabilité que celle-ci demande, certains membres du personnel hospitalier ainsi que l'administration hospitalière pensent qu'au contraire la différence de salaire pour un même acte serait source de litiges entre sages-femmes hospitalières et sages-femmes libérales.

Actuellement pour un accouchement dans notre région, une sage-femme libérale demande des honoraires compris entre 500€ et 1000€. Ce tarif comprend la surveillance du travail quelque soit le nombre d'heures sur lesquelles il s'étend, ainsi que l'accouchement et la surveillance du postpartum immédiat de la mère et du nouveau-né.

Depuis quelques années l'assurance maladie française s'est inspirée du modèle belge en ce qui concerne la tarification de l'accouchement. En effet, dans le domaine privé, dans le cas où l'accouchement est réalisé par le médecin, la sage-femme peut tout de même coter la surveillance du travail.

Cette distinction est importante car, en redonnant sa place à l'importance de la surveillance du travail, elle rappelle que la prise en charge d'une parturiente par une sage-femme ne se résume pas en l'accouchement. Cette distinction est aussi intéressante pour la sage-femme libérale notamment dans le cadre d'ouverture d'un plateau technique privé. En effet, si la sage-femme libérale a recours au médecin pour une extraction instrumentale ou une césarienne chacun encaisse le forfait qui correspond à ses actes.

Nous pouvons remarquer néanmoins que la répartition des honoraires est différente entre la Belgique et la France. Dans notre pays, la répartition des honoraires correspond à hauteur d'1/3 pour la surveillance du travail et 2/3 pour l'accouchement tandis qu'en Belgique 45% des honoraires correspondent à la surveillance du travail.

Plusieurs membres hospitaliers insistent sur la disponibilité que doit faire preuve la sage-femme qui s'engage dans une telle activité. Or il s'agit effectivement d'un problème majeur mentionné en masse par les sages-femmes libérales qui y voient une incompatibilité avec une vie familiale et privée.

Et enfin l'élément de taille qui est une source de difficultés majeures, concerne la répartition des responsabilités. En effet, on se rend compte, au vu des questionnaires et entretiens, que la pression du risque médico-légal est omniprésente dans les esprits de chacun.

Il est intéressant de remarquer que les pédiatres présentent de nombreux problèmes à une telle activité et, qu'en contrepartie, aucun problème d'ordre pédiatrique n'est abordé par les sages-femmes libérales.

2-4 Les conditions d'accès aux plateaux techniques

- ***Du côté des sages-femmes libérales :***

Avant toute chose, nous rappelons que certaines sages-femmes libérales ne souhaitent pas exercer en plateau technique (9 sages-femmes) quelles que soient les conditions.

Pour les autres, une des conditions primordiale à cette pratique serait d'entretenir une relation satisfaisante avec l'équipe hospitalière.

De plus, ces dernières expriment leur désir d'exercer sous leur propre autonomie et donc ne pas être soumises à des protocoles stricts. Or il ne s'agit pas là d'un refus catégorique de protocoles. En effet, nous rappelons que ces sages-femmes réalisent des suivis de grossesse et, pour ce faire, elles respectent de façon effective la réglementation française concernant la surveillance de grossesse.

Aux travers des questionnaires, nous avons pu remarquer que les sages-femmes exprimaient le sentiment de subir les protocoles. Afin d'établir une réelle collaboration professionnelle entre obstétriciens et sages-femmes, il pourrait être intéressant d'intégrer de façon plus systématique les sages-femmes dans leur rédaction.

En 2010, les sages-femmes libérales se doivent d'obéir à des protocoles scientifiquement validés notamment pour respecter le Code de déontologie des sages-femmes, « [...] *la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né.* ». L'exemple anglo-saxon ^[1] semble être un modèle répondant aux attentes de ces professionnelles. En effet, outre-Manche, nos consœurs ont établis depuis quelques années un référentiel de pratiques basées sur des preuves : l'Evidence-Based Medicine . L'étude de leurs pratiques prouve leur bien-fondé. Ainsi, bien que les sages-femmes exercent en marge des protocoles hospitaliers, elles obéissent à des pratiques validées scientifiquement.

Cependant il leur semble difficile d'assumer l'exercice en plateau technique seule. Certaines d'entre elles (5), estiment que seul un exercice en association peut permettre d'assurer une telle activité. D'autres (2), souhaiteraient pratiquer cette activité si cette-dernière était plus avantageuse sur un point de vu financier.

Nous avons pu observer que la grande majorité des conditions posées par les sages-femmes libérale concernaient l'aspect professionnel de cette pratique. Autrement dit si les conditions d'exercice de cette pratique leur étaient plus satisfaisantes d'un point de vu professionnel, elles seraient beaucoup plus ouvertes à celle-ci.

- ***Du côté hospitalier :***

Les médecins responsables de la salle d'accouchements :

N'étant pas favorable à cet exercice, M3 n'a pas formulé, au cours de l'entretien, de condition à la mise en pratique de cette activité si ce n'est « *il faut que la sage-femme libérale se plie au fonctionnement de la salle d'accouchement X ou Y* ».

Selon M2, l'exercice en plateau technique des libéraux n'est possible que si ces derniers s'engagent à respecter des conditions bien précises via un règlement intérieur établis au préalable « *il faut définir ça avec beaucoup de précision. [...] si on redonnait l'autorisation aux libéraux de faire des accouchements, ce serait vraiment avec des contraintes très sévères, c'est-à-dire une gestion complète des patientes, des codages, des lettres en temps réel avec tous les impératifs. Tout ce qui est imposé actuellement à l'hôpital. Il ne faudrait pas que ça pénalise le service.* »

Il insiste sur le fait que « *si le plateau technique est ouvert, il doit l'être aussi bien aux sages-femmes libérales qu'aux médecins libéraux* »

Lors de l'ouverture du plateau technique de CH1, M1 ainsi que son équipe ont établis des règles à cet exercice « *il ne s'agit pas de faire n'importe quoi. [...] les sages-femmes libérales suivent le protocole 'Aurore' [...] on ne sort pas des protocoles* » notamment concernant les critères d'inclusion à cette prise en charge. En effet, pour prétendre à un suivi global, chaque patiente doit obtenir l'aval d'un médecin du service « *d'accord pour l'accouchement physiologique, mais sous réserve que tous les dossiers des patientes qui sont suivies par les sages-femmes libérales soient vus au moins une fois par un médecin d'ici. La visite du 8^{ème} mois est donc réalisée par un médecin du service. Il faut que nous on voit les dossiers pour savoir si effectivement ce cas-là entre dans le cadre de l'accouchement physiologique* ».

Les pédiatres :

P3 refuse tout retour précoce à domicile à 6 heures de vie dans la mesure où, actuellement, aucun système de prise en charge de ces nouveau-né n'est mis en place « *sans savoir quelle est la personne spécifiquement qui va s'en occuper, sans savoir quel type de relais il peut y avoir, sans être certain qu'il y aura un médecin disponible pour voir un nouveau-né de quelques jours dans son cabinet, je ne ferais pas ça* ». Il n'est favorable à cette pratique que si l'enfant reste au moins 48 heures sur le plateau technique « *je suis opposé personnellement à tout retour à domicile avant 48 heures de vie [...] pour l'examen du cœur notamment* ».

P2, quant à lui, pose différentes conditions à la mise œuvre de cette pratique :

Au niveau pédiatrique

- « *sur le principe, du côté pédiatrique, ça ne me dérange pas, à condition qu'il y ait une sécurité, un minimum d'heures de présence de la femme après l'accouchement sur le plateau technique. Je dirais 2 à 6 heures* »
- « *à mon avis chaque fois qu'il y a un risque infectieux, chaque fois qu'il y a un ictère, enfin un risque d'ictère précoce, une pathologie au premier examen, je ne serais pas d'accord pour laisser partir l'enfant.* »
- « *il faudrait que les pédiatres s'engagent à examiner l'enfant. [...] je me vois mal laisser partir un enfant sans jeter un coup d'œil dessus* »

Au niveau du couple mère-enfant

- « *à condition que cette sage-femme se libère pour assurer le suivi de sa patiente* »

Au niveau des protocoles

- « *si ça se passe mal, il faut qu'il y ait des choses bien écrites.[...] je ne dis pas qu'il faudrait que ce soit les protocoles de l'hôpital. Il faut que les protocoles soient discutés* »
- « *il faut qu'on ait un droit de regard, enfin que l'obstétricien et le pédiatre, s'ils ont à intervenir, aient un droit de regard sur ce qui se passe, parce qu'après, c'est leur responsabilité* »
- « *il faut qu'il y ait un partage d'informations sur le dossier médical* »

- « *il faut que ce soit acté, il faut que ce soit prévu, il faut qu'il y ait une convention* ».

Pour P1 un retour à domicile des nouveau-nés à 6 heures de vie nécessite de s'être entretenu au préalable avec les parents afin de leur délivrer une information exhaustive sur les éventuelles complications néonatales qui peuvent se déclarer chez leur enfant. Ils doivent être au courant des différents signes cliniques qui doivent les mener à consulter rapidement.

Les anesthésistes :

Les anesthésistes posent une condition commune : que cette activité soit organisée.

Hormis cette condition, A3 souhaiterait « *que la consultation soit faite dans l'établissement entre 33 et 35 SA avec une lettre expliquant quels sont les soucis de la patiente afin de connaître le dossier.* » tandis que A2 rajoute que cette collaboration serait facilitée si l'équipe médicale connaissait la sage-femme libérale et inversement.

Les cadres sages-femmes :

Selon C3 et C2, pour accéder au plateau technique les sages-femmes libérales doivent s'engager à respecter les protocoles en vigueur dans l'établissement « *elle accepte les avantages mais aussi les inconvénients. Donc, en effet, les protocoles font partie parfois des inconvénients. Je pense que c'est le minimum pour que ça se passe bien.* » (C2) ainsi que les habitudes du service « *sous prétexte qu'elle est entièrement responsable de ses actes et des conséquences, je ne crois pas qu'après on puisse la laisser faire ce qu'elle veut, sur le plan à la fois déontologique et professionnel.[...] même si c'est sous sa propre responsabilité sur le plan professionnel cela me gênerait vraiment qu'elle fasse certaines choses qu'on ne fait pas ici.* » (C3).

C2 rajoute que, selon elle, l'ouverture du plateau technique ne serait acceptée par l'équipe médicale que si la sage-femme libérale était déjà connue de l'établissement. Autrement dit qu'il s'agisse d'anciennes collègues hospitalières dont on connaît la pratique et le travail.

C1 a participé à l'ouverture du plateau technique de l'établissement « *la 1^{ère} réunion a été faite en janvier 2006 et on l'a mis en place seulement en octobre 2007* ». Lors de la mise en place de cette activité au sein de CH1, un règlement intérieur a été mis au point entre les sages femmes et l'hôpital traitant notamment du respect des protocoles « *il y a eu élaboration de critères d'inclusion,[...]ensuite a été établis une chartre au niveau administratif, c'est une chartre signé entre le directeur et les sages-femmes libérales [...] a été discuté les modalités pratiques comme la tenue du dossier et quelles consultations devront avoir lieu ici* ».

Les sages-femmes :

Les sages-femmes hospitalières sont d'accord sur le fait que les sages-femmes libérales doivent respecter les protocoles de services validés par le chef de service si elles souhaitent intervenir sur le plateau technique « *il faut qu'elles signent une convention avec le réseau et qu'elles signent une convention avec les établissements de manière à respecter en partie les protocoles.* » (SF2a) « *il faut se plier à certaines règles de l'établissement [...] au niveau des protocoles [...] on ne fait pas n'importe quoi. [...] nous sommes sous le protocole AURORE ; elles doivent s'y conformer* ». (SF1a) « *je pense qu'il faut le protocole habituel, qu'elles aient un bilan de coagulation, une carte de groupe valide, une consultation avec un anesthésiste de l'établissement et une dernière consultation par un de nos médecin* » (SF3a) De même, selon elles, le cadre doit être bien défini notamment en ce qui concerne les responsabilités de chacun.

Selon SF1b, la sage-femme libérale qui intervient au sein d'un plateau technique doit être proche de l'équipe hospitalière pour une cohabitation satisfaisante « *il faut qu'elle soit proche de sa patiente c'est évident mais aussi qu'elle soit proche de l'équipe. Ca c'est important, je pense que l'échange avec l'équipe est important* ».

Selon SF2a, cet exercice serait facilité s'il concernait des sages-femmes connues du service.

- **Confrontation :**

Le principal désaccord mis en évidence par cet audit concerne le respect des protocoles. En effet, alors que l'équipe hospitalière insiste sur le fait que les sages-femmes libérales se

doivent, s'il elles accèdent à un plateau technique, de respecter les protocoles en vigueur dans l'établissement, les sages-femmes libérales, quant à elles, déclarent vouloir exercer en toute autonomie sans être assujetties par ces-derniers.

Il est intéressant de remarquer que l'envie de mettre en œuvre des moyens pour permettre d'entretenir une relation convenable est réciproque.

Selon Geneviève Ravillon, sage-femme libérale ayant eu accès à plusieurs plateaux techniques sur Paris, pour être acceptée par un établissement, il faut s'adapter avant tout à son fonctionnement « *respecter les règles élémentaires de l'établissement pour éventuellement les aménager progressivement est une raison sine qua non si l'on veut pratiquer l'accompagnement global.* » [8].

Encore une fois, l'aspect pédiatrique n'est pas abordé par les sages-femmes libérales.

2-5 Quels obstacles à cette activité

- ***Du côté des sages-femmes libérales :***

Nous avons pu constater via les questionnaires que 15 des sages-femmes interrogées soit 25% de l'échantillon ne se sentent, faute de pratique, plus compétentes pour assurer les accouchements de leurs patientes. D'autres raisons sont formulées telles que le stress, les responsabilités et le temps que ceux-ci requièrent.

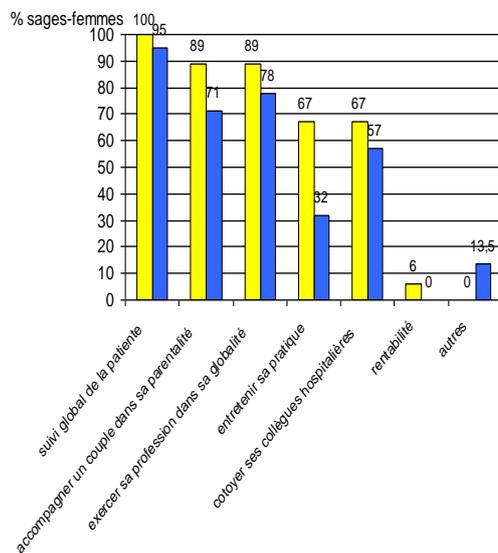
De plus, seules 18 sages-femmes se disent intéressées par cette activité ce qui ne représente que 31% de l'échantillon. 8 d'entre elles ont réalisé des démarches et seules 4 ont obtenu un droit d'accès au plateau technique.

Ces différentes valeurs montrent qu'actuellement, les sages-femmes libérales sont peu demandeuses pour accéder à un plateau technique. Seule la moitié des quelques sages-femmes qui se sont lancées dans les démarches se sont vu autoriser l'accès par l'administration hospitalière.

Selon les sages-femmes libérales, les éléments non favorables à une pratique en plateau technique sont principalement d'ordre privé. En effet, selon elles, cette activité requière un investissement physique et moral considérable et qui, par la disponibilité qu'il suppose, est incompatible avec une vie familiale.

Les sages-femmes intéressées ont-elles un profil particulier ?

A]



B]

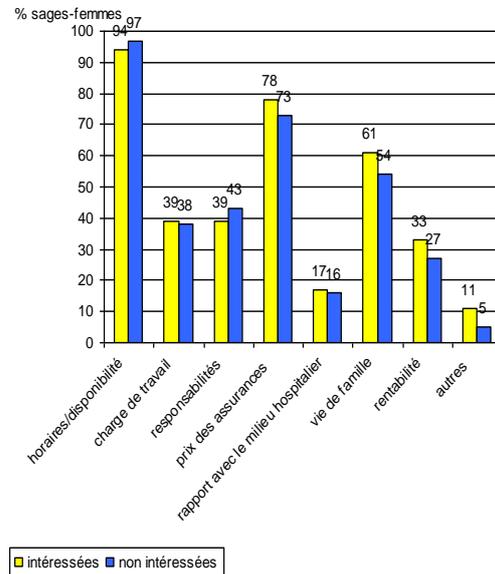


Figure n°13 A et B : Avantages et inconvénients en fonction de l'intérêt des sages-femmes pour l'exercice en plateau technique (n intéressées = 18 ; n non intéressées = 40)

Ces figures montrent que les sages-femmes intéressées trouvent en effet plus d'avantages à la pratique en plateau technique. En revanche, au niveau des inconvénients, que les sages-femmes soient intéressées ou non, leur nombre est plus ou moins identique.

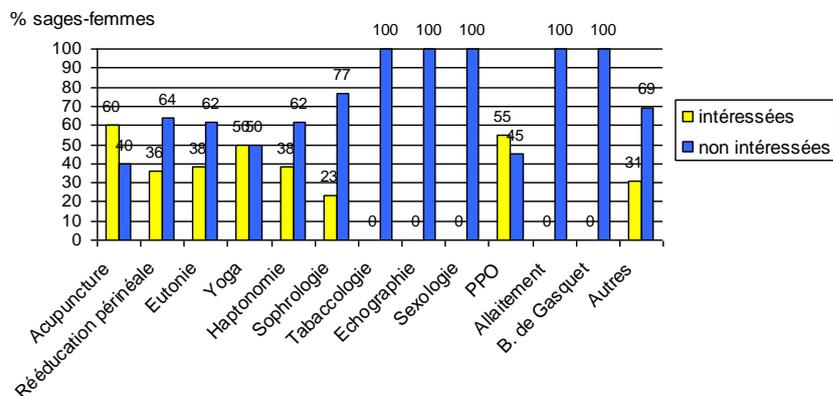


Figure n°14 : Formations complémentaires en fonction de l'intérêt des sages-femmes pour l'exercice en plateau technique (n intéressées = 18 ; n non intéressées = 40)

Alors que certaines formations ne concernent que les sages-femmes ne souhaitant pas exercer en plateau technique, aucune en revanche n'est spécifique aux sages-femmes libérales intéressées par cette pratique.

Ces différentes figures ne nous permettent pas d'isoler un profil type des sages-femmes susceptibles de recourir aux plateaux techniques. A l'inverse, la figure ci-dessus met en évidence certaines formations suivies uniquement par des sages-femmes qui ne sont pas intéressées par cette activité.

On constate donc qu'aucune différence significative entre les sages-femmes libérales interrogées n'est prédictive d'un quelconque intérêt pour l'exercice en plateau technique.

- ***Du côté hospitalier :***

Suites aux différents entretiens réalisés pour cette étude nous avons pu décompter 14 membres du personnel médical favorables à l'ouverture des plateaux techniques, 2 fermement opposés et 2 membres encore indécis.

Cependant malgré ces encouragements le personnel hospitalier insiste sur la nécessité d'un cadre rigoureux de cette activité et surtout sur l'éclaircissement vis à vis des responsabilités de chacun. En effet, aux travers de ces entretiens nous avons pu nous rendre compte que la pression du risque médico-légal est omniprésente dans l'esprit du personnel médical. Pascale Metrat, sage-femme libérale, confirme au travers d'un article ^[8] que cette obstacle est le plus difficile à franchir « *Depuis 2001 j'essaie d'accéder à des plateaux techniques, aussi bien dans le secteur privé que public dans la région lyonnaise. J'ai essuyé de nombreux refus. Bien souvent, l'établissement met en avant le risque médico-légal.* ».

3. *Quelle place pour l'ouverture des plateaux techniques dans les trois maternités étudiées ?*

3-1 CH3

En ce qui concerne CH3, l'équipe médicale se dresse contre ce projet. Outre le problème de responsabilités formulé par certains de ses membres, se pose aussi le problème de population. En effet, cet établissement de niveau 3 étant centre de référence, il est de ce fait très sollicité. Le nombre d'inscriptions étant limité, les grossesses à hauts risques sont prioritaires par rapport à des suivis globaux qui se veulent être des suivis de grossesses physiologiques.

3-2 CH2

Au niveau de CH2 le refus de l'administration constitue l'obstacle principal à l'ouverture du plateau technique. Selon le personnel hospitalier interrogé la demande est réelle de part et d'autre mais « *les mentalités ne sont pas encore prêtes.* ».

La demande, toujours effective à ce jour, reste insatisfaite.

3-3 CH1

Une maternité commence à rentabiliser l'utilisation de l'ensemble de l'équipement et des équipes à partir de 800-850 accouchements par an. Ainsi, dans ce contexte d'économie de santé, le CH1 qui n'atteignait pas 600 accouchements par an il y a deux ans a cherché à trouver des solutions. L'ouverture du plateau technique en a été une. En effet cette extension de l'hôpital a permis de gagner des accouchements ainsi qu'une certaine notoriété élargissant le bassin de recrutement. « *De par cette ouverture l'hôpital gagne le droit de ne pas fermer son unité* ». ^[27] Rappelons que 813 naissances ont eu lieu sur le site du CH1 en 2009.

Par la demande qu'il suscite, l'accès des plateaux techniques peut donc contribuer à la « survie » des petites structures. De plus il est compatible avec la population d'une maternité de niveau 1 qui, par définition vise les grossesses à bas risque.

4. Un manque qui cherche à se combler^[14 ; 16]

Du fait de l'évolution de la société et de la vie moderne, Le soutien spontané des mères, sœurs et de la famille en général n'est plus aussi effectif qu'autrefois. L'entourage n'est plus aussi disponible. Les femmes sont et se sentent plus souvent isolées.

En milieu hospitalier, les sages-femmes doivent surveiller plusieurs parturientes. Elles sont absorbées par des tâches médicales et administratives et n'ont plus la disponibilité suffisante pour être constamment au chevet de la parturiente. Leur rôle est progressivement devenu plus technique et plus médical. Or, comme le mentionne certaines sages-femmes interrogées et comme le confirme le chiffre des demandes d'accompagnement globaux, cette prise en charge n'est pas suffisante pour une partie de la population.

Dans l'état actuel des choses nous sommes forcés de constater que seule une infime partie de ces demandes ne peut être satisfaite.

La requête des femmes restant sans solution au vu du manque de plateau technique ouvert et du manque de sages-femmes intéressées par cette activité, nous risquons de voir se développer en France des professions parallèles telles que les doulas. Bernard Bel, membre du CIANE note que « *de nombreux parents seraient prêts à n'être accompagnés que par une doula, rares étant les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global* ».

L'apparition de ces dernières est bien la preuve que les couples sont en réelle demande d'accompagnement et que de ne pas répondre à leur attente nous expose à voir réapparaître ce qu'on appelait autrefois les matrones ; autrement dit des personnes n'ayant aucune qualification que ce soit médical, sociale ou psychologique. Selon Docteur Henry Cohen « *les doulas sont un mauvais outil pour de bonnes questions posées* ». ^[14]

Conclusion

Malgré la législation existante, la volonté des pouvoirs publics et des couples, l'exercice des sages-femmes libérales au sein de plateaux techniques est aujourd'hui restreint. Alors que la quasi totalité des professionnels médicaux connaissent l'existence de cette pratique, très peu en connaissent le fonctionnement.

Cette activité est considérée comme un fait nouveau dont on doit se méfier. Pourtant ne constitue t-il pas la base même de notre profession de sage-femme ? Suivre et accompagner dans la sécurité la femme tout au long de sa grossesse et de son accouchement ?

Notre étude a montré que cette pratique intéressait peu les sages-femmes libérales dont l'activité actuelle est basée sur des rendez-vous programmés leur assurant un certain confort notamment pour leur vie familiale. Selon elles, l'exercice en plateau technique, qui s'improvise sur des plages horaires déjà prises par des rendez-vous, présente une charge de travail trop lourde. De plus s'intégrer dans le milieu hospitalier souvent hostile demande un investissement physique et moral considérable.

Bien que les équipes hospitalières trouvent le principe d'exercice en plateau technique intéressant, la pression du risque médico-légal est présente dans les esprits de chacun et constitue un frein majeur à leur ouverture.

Ainsi, les sages-femmes libérales prêtes à s'engager dans ce type de prise en charge des couples sont confrontées au refus hospitalier.

Dans ce contexte, les couples se trouvent laissés pour compte. Le système de santé ne pouvant répondre à leurs besoins, les futurs parents persistants dans leur demande sont tentés de faire appel à des professions hybrides tel que les doulas.

Nous nous trouvons alors dans une situation aussi complexe que contradictoire. La peur du risque médico-légal empêchant l'ouverture des plateaux techniques, aucune alternative à une prise en charge dite classique ne peut être proposée aux femmes. Ainsi nous laissons délibérément les femmes se mettre en danger si elles refusent d'entrer dans le système de soins proposé.

Bibliographie

Ouvrages et articles

- 1- BRAYFORD D., CHAMBERS R., BOATH E., ROGERS D.. Evidence-based care for midwives. 2nd édition. Radcliffe ; 2008.
- 2- CAISSE AUTONOME DE RETRAITE DES SAGES-FEMMES FRANCAISES. L'assurance professionnelle. Profession Sage-Femme 2001 avril ; (74) : 32.
- 3- CLEMENT J.M.. Le point de vue du juriste. Les Dossiers de l'Obstétrique 1997 avril ;(249) :37-8.
- 4- Code de la Santé Publique.
- 5- CONFERENCE INTERREGIONALE SUR LA TECHNOLOGIE APPROPRIEE DE L'ACCOUCHEMENT, Fortaleza (Brésil) avril 1985. Les recommandations de l'OMS. Les Dossiers de l'Obstétrique 1997 nov ;(255) :68-70.
- 6- JACQUES B.. De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels. Santé de l'Homme 2007 sept-oct ;(391) :20-2.
- 7- JOURNAL OFFICIEL. Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les sages-femmes libérales et l'assurance maladie. Profession Sage-Femme 2008 mars ;(143) :19-35.
- 8- HATEM M.. Comparing midwifery-led to other models of care available to pregnant women: a Cochrane systematic review. Pratiques et Organisation des Soins 2009 oct-nov ;(4).
- 9- MASSELOT-GUIR A.. Les plateaux techniques désertés. Profession Sage-Femme 2005 mai ;(115) :36-7.
- 10- MOULINIER C.. Synthèse des résultats de l'enquête auprès des sages-femmes libérales. Contact Sages-Femmes 2009 juil ;(20) :8.
- 11- PAGE L. Le nouvel art de la sage-femme - science et écoute mises en pratique. Elsevier. 2004 :118-21

- 12- PLAN PERINATALITE 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité.
- 13- PINTO L., BONNARD P.. Commission Naître mieux. 1998 :4-9
- 14- RICHARD-GUERROUDJ N.. Avec ou sans doulas. Profession Sage-Femme 2008 mai ;(125) :36-8.
- 15- SIMON P.. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. La Revue Sage-Femme 2008 mai ; vol 7 :72-8.
- 16- TEURNIER F.. A propos des doulas : le collège national des sages-femmes se réjouit du positionnement de l'Académie de médecine !. La Revue Sage-Femme 2008 juin ;vol 7 :243-50.

Liens Internet

- 17- http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/routine_care/cd003766/fr/index.html
Bibliothèque de santé genésique de l'OMS. Consulté le 8 novembre 2009.
- 18- <http://www.ansfl.org/rubrique.php?id=8>. consulté le 12 décembre 2009.
- 19- http://www.cnogf.asso.fr/D_TELE/080619_doulas_acad-med.pdf. consulté le 20 décembre 2009.
- 20- www.egora.fr , HPST : les médecins libéraux pourront exercer en CHU. Consulté le 19 mai 2009.
- 21- http://www.has-sante.fr/portail/jems/c_2400535/internet-et-indications-des-modes-de-surveillance-du-rythme-foetal-au-cours-de-l'accouchement-normal consulté le 10 juin 2009.
- 22- http://www.ined.fr/fichier/t_telechargement/19187/telechargement_fichier_fr_sd2006_t70_fm.xls consulté le 1er octobre 2009.
- 23- http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_developpes/indicateurs_fecondite/

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B8G3C-4TMHM11-1&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1145202487&_rerunOrigin=google&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_user=10&_md5=95de1a93cbc5a7902a98d791c305f009, BARRAU-BAUMSTARCK, Masson, 2008. consulté le 1^{er} octobre 2009.

24- http://www.invs.sante.fr/publications/2006/mortalite_maternelle/annexes_6_3_evolution.pdf. consulté le 1er octobre 2009.

25- <http://www.legifrance.fr>. consulté le 15 juin 2009.

26- <http://www.wiki.naissance.asso.fr/index.php/CIANE>. consulté le 20 novembre 2009.

Conférences et entretiens

27- Delanove Thien-An, Conférence : accoucher autrement, Grenoble, le 1 décembre 2009.

28- Entretien avec Fabrice BUGNON, contrôleur de gestion au centre hospitalier de Givors, le 20 novembre 2009.

Mémoires

MENUT V.. Le suivi global par les sages-femmes libérales et l'accès aux plateaux techniques. Ecole de sages-femmes de Lyon, 2006.

BENOIT M.A.. L'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques, l'accompagnement global : la France en 2005. Ecole de sages-femmes de Bordeaux 2, 2006.

DELORME D.. Plateaux techniques et maisons de naissance : une autre conception de la naissance ?. Ecole de sages-femmes de Bourg en Bresse, 2000.

Annexes

ANNEXES I : Extrait du Code de Déontologie relatif aux compétences des sages-femmes

Dernièrement, en octobre 2006 a été promulgué le décret n°2006-1268 relatif au code de déontologie des sages-femmes.

L'article 3 stipule « *l'article R.4127-318 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes : pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L.4151-1, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment :*

- 1° l'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;*
- 2° le frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal mentionné à l'article L.2122-1 ;*
- 3° l'amnioscopie de fin de grossesse ;*
- 4° la surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail ;*
- 5° le prélèvement de sang fœtal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang ;*
- 6° l'oxymétrie du pouls fœtal ;*
- 7° l'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;*
- 8° l'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;*
- 9° la réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;*
- 10° la délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels ; en cas de besoin la demande d'anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;*
- 11° le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né*
- 12° la surveillance des dispositifs intra-utérins ;*
- 13° la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement »*

« *II. - La sage-femme est autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'anesthésie loco-régionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. Elle en informe le médecin gynécologue-obstétricien.*

Sous réserve qu'un médecin puisse intervenir à tout moment, la sage-femme peut participer à la technique d'analgésie loco-régionale pratiquée lors de l'accouchement, à l'exclusion de la période d'expulsion. La première injection doit être réalisée par un médecin. La sage-femme ne peut pratiquer les injections suivantes que par la voie du dispositif mis en place par le médecin. Elle peut procéder au retrait de ce dispositif. »

ANNEXE II : Modèle de convention proposé actuellement par l'ANSFL

Plateau technique : *exemple de convention*

Convention entre **Etablissement.....**
et **Madame..... sage-femme libérale**

- Vu la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et notamment l'article **L.711-5 du code de la Santé Publique** permettant d'associer des professionnels de santé non hospitaliers au fonctionnement des Etablissements Publics de Santé.

- vu l'avis favorable de la Commission Médicale d'Etablissement
- vu l'avis favorable du Conseil d'Administration de l'Etablissement

Il est convenu et arrêté ce qui suit:

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1er :

- Dans le cadre d'une réponse à une démarche 2thique de la profession de sage-femme et dans le respect de leur compétence médicale et obstétricale définie par l'article **L.374 du code de la Santé Publique** d'une part

- dans le cadre de la volonté de (établissement) d'ouvrir ses pratiques à des partenaires extérieurs d'autre part

Le Directeur de (établissement) autorise à Mme sage-femme libérale, l'accès du plateau technique et de ses structures pour l'exercice de son activité.

DE L'ACCES AU PLATEAU TECHNIQUE

Article 2

L'accès au plateau technique obstétrical garanti par la présente convention comprend la mise à disposition des locaux, du matériel et du personnel paramédical et administratif, nécessaire à Mme pour sa pratique professionnelle au profit de ses patientes.

Article 3

Madame pratique l'accompagnement global de la naissance, dans le respect de la physiologie, avec comme objectif l'intégralité de la mère et de l'enfant en utilisant les connaissances de la médecine obstétrique (scientifique et sociale)

Notamment :

- elle accouche es patientes qu'elle a suivies dans l'exercice de son activité libérale en cabinet
- elle assure la sécurité de la mère et nouveau-né pendant un délai minimum de deux heurs après la naissance

- elle participe à toutes les autres actions conformes au **décret n°91-779 du 8 aout 1991** relatif à l'exercice du métier de sage-femme.

Si la parturiente se présente à l'hôpital sans la sage-femme, elle est accueillie par la sage-femme de garde jusqu'à l'arrivée de la sage-femme libérale qui prend la responsabilité de la patiente.

Article 4

Madame appellera le(s) médecin(s) spécialiste(s) de garde (d'astreinte) pour tous conseils ou problèmes professionnels ne relevant plus de sa compétence. Elle collaborera alors

DES CONSULTATIONS PRENATALES

Article 5

Avant tout accouchement, la sage-femme libérale doit organiser une consultation prénatale auprès d'un des médecins obstétriciens ou sage-femme de (établissement). Cette consultation donne lieu à l'ouverture du dossier médicale et administratif.

Article 6

Au cours de la 37th semaine d'aménorrhée, les patientes de la sage-femme seront vues à la même consultation de sécurité anesthésie que les parturientes suivies dans l'établissement. Cette consultation donne lieu à la constitution d'un dossier sécurité anesthésie.

Article 7

Au cours de la grossesse, la sage-femme libérale informe la patiente de l'accès possible à l'information sur l'analgésie péridurale et les réunions publiques organisées de ce sens par l'hôpital.

DU SEJOUR EN SUITES DE COUCHE

Article 8

A l'issue du délai de deux heures mentionné à l'article 3, les équipes médicales et paramédicales deviennent responsables des soins en post partum, des soins au nouveau-né et du séjour de la mère et de l'enfant.

La sage-femme libérale s'engage à fournir toutes les informations nécessaires à la prise en charge de la mère et de l'enfant durant leur séjour

La sage-femme libérale assure un suivi de sa patiente et du nouveau-né chaque fois qu'elle l'estime nécessaire pendant le séjour, en concertation avec la sage-femme chef d'unité et/ou la sage-femme de garde

Article 9

La sage-femme libérale participera à la mise en place du réseau de qualité de soins en périnatalité du secteur sanitaire et acceptera les termes de fonctionnement et les modalités induites pour la prise en charge de sa patiente.

DE LA RESPONSABILITE

Article 10

La responsabilité juridique (civile et pénale) de Mme [] est engagée pour les actes qu'elle effectue dans le cadre de la présente convention et dans la limite du respect de ses compétences professionnelles. A cet effet, elle est couverte par une assurance personnelle.

Les médecins appelés par Mme [] voient leur responsabilité juridique engagée pour leurs actes professionnels au même titre que pour tout autre patient de l'établissement.

L'hôpital voit sa responsabilité engagée dans le cadre d'un mauvais fonctionnement du service au niveau des locaux, du matériel et du personnel médical, paramédical et administratif.

DE LA REMUNERATION DE LA SAGE FEMME LIBERALE

Article 11

Les honoraires de Mme [] sont conformes au tarif conventionnel de la sécurité sociale et à la nomenclature générale des actes professionnels.

Mme [] reverse une redevance de 20% à l'hôpital selon la réglementation en vigueur.

Article 12

La présente convention est établie pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être résiliée avant ce terme par chacune des deux parties sur préavis de trois mois.

La présente convention prend effet à partir du []
Elle fera l'objet d'une évaluation contradictoire après un an de fonctionnement.

Signature des deux parties

ANNEXE III : questionnaires adressés aux sages-femmes libérales

Identité :

Nom :

Prénom :

Age :

Vous vivez :

- en couple
- seule

Nombre d'enfants ainsi que leur âge :

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

Parcours professionnel :

Année d'obtention du diplôme d'état ?

Nombre d'années d'exercice hospitalier ?

Nombre d'années d'exercice libéral ?

Raison(s) d'installation en libéral ?

- Possibilité d'aménager ses horaires
- Ne plus travailler la nuit
- Fuir le milieu hospitalier
- Envie d'autonomie
- Fuir les protocoles
- Exercer autrement sa profession
- Autres

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

Avez-vous fait des formations professionnelles complémentaires ?

- Oui
- Non

Si oui lesquelles ?

.....
.....

Activité actuelle

Avez-vous des associé(e)s ?

- Oui
- Non

Quels sont vos activités au sein du cabinet ?

- Consultations de grossesse
- Consultations du post-partum
- Consultations en urgence
- PPO
- Echographies
- Accouchement en plateau technique
- Accouchement à domicile
- Suites de couches à domicile
- Rééducation périnéale
- Autres

.....
.....

Connaissances sur les plateaux techniques :

En avez-vous déjà entendu parler ?

- Oui
- Non

Si oui par quel(s) intermédiaire(s) ?

- Collègue(s)
- Revues professionnelles
- ANSFL
- Patientes
- Autres :

Vous êtes-vous déjà renseigné sur cette pratique ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous les lois encadrant cet exercice ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous les démarches à réaliser pour bénéficier de l'accès au plateau technique?

- Oui
- Non

Avez-vous connaissance d'un plateau technique donnant accès aux sages-femmes libérales dans votre région ?

- Oui
- Non

Si oui lequel ?..... ;

L'exercice en plateau technique :

Selon vous, quels avantages présente l'exercice en plateau technique ?

- Suivi global de sa patiente
- Accompagner un couple dans sa parentalité
- Exercer sa profession dans sa globalité
- Entretenir sa pratique
- Côtayer ses collègues hospitalières
- Rentabilité
- Autres

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

Quels inconvénients présente t-il ?

- Horaires et l'engagement de disponibilité pour sa patiente
- Charge de travail
- Responsabilités
- Prix des assurances
- Rapports avec le milieu hospitalier
- Incompatible avec une vie de famille
- Pas assez rentable
- Autres

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

Vous sentez-vous compétente (professionnellement parlant) pour cette pratique ?

- Oui
- Non

Si non pourquoi ?

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

Etes-vous intéressée par cette pratique ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà fait des démarches pour avoir accès à un plateau technique ?

- Oui
- Non

Si oui êtes-vous arrivée à vos fins ?

- Oui
- Non

Si non pourquoi ?

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

Conclusion :

Dans quelles mesures/sous quelles conditions exercez ou exerceriez- vous en plateau technique ?

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

Pour les sages-femmes n'exerçant pas en plateau technique :

Quel(s) élément(s) vous rebute le plus à entreprendre les démarches nécessaires à l'accès au plateau technique ?

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

ANNEXE IV : trame d'entretien

- **Identité**
Votre qualité
Votre lieu d'exercice
Votre ancienneté

- **Les plateaux techniques**
En avez-vous déjà entendu parler ?
Qu'est-ce cela vous inspire ?

- **Les sages-femmes libérales**
Les pensez-vous compétentes pour ce type d'activité ?
Pensez-vous que la cohabitation serait envisageable au sein de votre équipe? De votre établissement ?

- **Les protocoles de service**
Dans cette pratique la sage-femme libérale engage seule sa responsabilité.
Est-ce que malgré tout vous exigeriez un droit de regard sur ses actes ?
Essaieriez-vous de la soumettre aux protocoles de services ? Auxquels en particulier ?
D'après vous la sage-femme libérale se doit-elle d'assister au staff ?

- **Conclusion**
Encourageriez-vous cette pratique ?
Seriez-vous prêt à travailler aux côtés d'une sage-femme libérale ?
A quelles conditions ?

ANNEXE V : Classification du bas risque selon AUDIPOG

Groupes de patientes « à bas risque »

Définition des bas risques :

Primipares "à bas risque"	Multipares "à bas risque"
Age ≥ 18 et < 35 ans	Age ≥ 18 et < 35 ans
Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière	Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière
	Absence d'antécédent néonatal : ni prématurité, ni mort né, ni mort néonatale
	Absence d'utérus cicatriciel
Absence de pathologie au cours de la grossesse	Absence de pathologie au cours de la grossesse
Grossesse unique	Grossesse unique
Présentation céphalique	Présentation céphalique

ANNEXE VI : Entretien avec F.B. du service de gestion de CHI

F.B. : l'accès au service public par les sages-femmes libérales est premièrement lié au fait qu'effectivement, on laisse entrer à l'intérieur de l'hôpital une activité dite «libérale», ce qui n'est pas le cas dans tous les établissements publics de santé. C'est la première des choses.

Cette activité libérale est forcément liée à une demande d'autorisation qui doit être faite aux services de la D.D.A.S.S., afin d'obtenir ce qu'on appelle une «clinique ouverte». Vous ne pouvez pas faire venir une sage-femme libérale si vous n'avez pas d'autorisation d'avoir une clinique ouverte qui permet cette activité.

C'est un préambule à la possibilité d'avoir une activité de ce type. Les conditions financières sont relativement très simples. Il y a des textes qui régissent l'activité libérale des sages-femmes.

Les sages-femmes libérales, à l'intérieur de la clinique ouverte, doivent rétribuer une partie de la rémunération qu'elles perçoivent auprès des patientes, à l'hôpital dans lequel elles travaillent. Cette rémunération est égale à 20 % sur les accouchements, 60 % sur les actes, etc... qui sont effectués.

Les barèmes sont calculés en fonction.

Elles ont libre cours aux tarifs qu'elles exposent. Ça dépend de la clientèle, c'est-à-dire que toute patiente qui vient subir un accouchement à l'hôpital et qui est suivie par une sage-femme libérale, doit avoir connaissance, par cette dernière, du montant des prestations qui lui seront facturées, et ceci, indépendamment du séjour hospitalier que devra effectuer la patiente.

C'est des dépassements d'honoraires pour accéder librement au milieu hospitalier.

B.L. : Le montant qu'elle reverse à l'hôpital, c'est sur le tarif Sécurité Sociale ou sur son tarif ?

F.B. : Non, sur le montant quelle applique, elle. Ce n'est pas sur le montant Sécurité Sociale.

B.L. : Justement, au niveau Sécurité Sociale, elle reverse à l'hôpital ?

F.B. : Normalement, la réglementation est la suivante. On est une activité libérale, donc, dans ce cas-là, il n'y a pas de part Sécu, sur l'accouchement, je parle, il n'y a pas de part Sécu, parce qu'elle, ce qu'elle facture, c'est du dépassement d'honoraire.

La part qui est facturée à l'assurance maladie est facturée par l'hôpital, parce que c'est un accouchement. On utilise le plateau de l'hôpital. Simplement, on permet à la sage-femme libérale d'avoir un lieu qui lui permette d'exercer, de pouvoir pratiquer des accouchements. Une enceinte publique, donc elle reverse une partie des dépassements d'honoraires qu'elle facture.

Mais c'est l'hôpital qui facture à l'assurance-maladie l'accouchement, c'est-à-dire l'accouchement de la mère qui est en séjour. La tarification de l'activité hospitalière : le séjour d'une mère, ça rapporte à peu près 2 000 €, le séjour de l'enfant rapporte à peu près 1 000 €. Le séjour global «enfant + mère», c'est 3 000-3 200 € à peu près pour une durée de quatre jours.

C'est facturé à l'assurance-maladie pour 100 % et au-delà de ça, la sage-femme libérale facture un dépassement d'honoraires à la patiente qui lui, va s'élever à 100-150-200 €, en fonction des tarifs quelle a fixés. C'est l'activité libérale, on n'est pas dans la Sécurité Sociale.

La prise en charge normale d'un accouchement, c'est une activité libérale, ça veut bien dire ce que ça veut dire. Elles peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires, et c'est pour ça qu'on est obligés de créer une structure qu'on appelle «clinique ouverte». Parce que dans ces cas-là, ce n'est pas l'hôpital qui fait l'activité libérale, c'est la sage femme qui fait l'activité libérale au sein d'une structure juridique qu'on appelle «clinique ouverte». Par contre, il faut que la patiente qui vient faire son accouchement soit au courant des tarifs pratiqués, etc. Mais ça ne change en rien la prise en charge.

L'avantage pour l'assurance maladie c'est quoi ? C'est que si c'est une sage-femme qui fait l'accouchement généralement on a un retour à domicile dans les 48h.

Vous avez des durées de séjour moins longues, donc le coût est moins important pour la Sécurité Sociale. Cela a aussi un intérêt. C'est une activité libérale, ce n'est pas une activité très traditionnelle hospitalière. Cela veut dire que les gens qui emploient les sages-femmes libérales le font dans le but d'avoir une prestation « supérieure ».

B.L. : Quand la sage-femme libérale fait appel à un médecin, ça rentre dans le forfait Sécu ?

F.B. : Oui, tout à fait. Elle est là pourquoi ? Elle est là uniquement pour effectuer l'accouchement. Le médecin, il viendra toujours quand ça n'ira pas, comme dans n'importe quel accouchement.

L'accès au plateau est exactement le même, d'ailleurs dans la convention que nous avons signée avec les sages-femmes libérales, c'est bien ce principe-là. L'accès au plateau est exactement le même.

S'il y a un problème médical, le médecin est là pour ça. Quand on est à l'hôpital, il n'y a pas de souci. Simplement, la sage-femme utilise les moyens, c'est pour ça qu'elle rétribue une partie de sa rémunération. Elle utilise les équipements, elle utilise tout à l'hôpital. Mais, après, une fois que l'accouchement a eu lieu, la sage-femme ne fait plus rien. Enfin, elle vient voir, etc... C'est pour ça qu'elle va toucher un dépassement d'honoraires. On estime, enfin les textes, que du fait qu'elle touche un dépassement d'honoraires c'est normal qu'elle rétribue une partie de sa rémunération à l'hôpital parce qu'elle a utilisé tout le système du service public.

Mais c'est vrai que la Sécurité Sociale, pour elle, ça ne diminue pas son coût, dans l'idée. Mais dans le principe, ils partent du postulat que généralement, on ne fait pas les quatre jours traditionnels, parce qu'il y a un accompagnement particulier.

B.L. : L'hôpital y gagne t-il sur cette activité ?

F.B. : Non, il gagne des accouchements. Donc, il gagne une notoriété, il gagne le droit de ne pas fermer son unité.

Je vais vous donner un exemple. Il y a deux ans, à l'hôpital, on faisait 576 naissances. Cette année, on va en faire 800.

Ce ne sont pas les sages-femmes libérales qui nous ont apporté les 224 qui manquaient. Non les sages-femmes libérales nous ont apporté, chacune, peut-être 50/40 accouchements au total, peut-être 100 accouchements dans l'année en plus, mais ça vous permet d'avoir plus d'accouchements, ce qui permet d'arriver au seuil d'utilisation de vos équipements.

On sait qu'une maternité, entre 800 et 850 naissances, peut commencer à rentabiliser l'utilisation de l'ensemble des équipements et des équipes qui sont là. Vous avez un seuil d'utilisation, ce qu'on appelle «les économies d'échelle» qui commencent à ce moment-là.

En-dessous, vous êtes en sous-utilisation de l'équipement. Il y avait le plan Larcher qui était sorti avec des gens qui avaient fixé un nombre d'accouchements à 1 000 accouchements, entre 800 et 1 000 accouchements. Autrement, tout ce qui était en-dessous, il fallait fermer les cliniques et les hôpitaux, enfin les maternités. Donc aujourd'hui si vous ne vous donnez pas les moyens d'y arriver vous ne pouvez pas.

Donc, forcément, que cela apporte des accouchements en plus a un intérêt, pas uniquement financier, mais aussi permet de maintenir les emplois, etc.

Comment dire : pour l'hôpital, financièrement, ça n'a pas d'avantage, parce que si les gens sortent 48 heures avant dans le GHS, vous ne touchez qu'à partir de 72 heures. Si vous sortez à 24 ou à 36 heures, vous ne touchez que la moitié du séjour. Donc, au lieu de percevoir 3 000€, vous ne percevez que 1 500 €. Vous touchez parce qu'il y a un peu plus de séjour, mais à côté de ça, effectivement, les 20 % plus un peu plus de séjour, ça ne suffit pas à dire que vous touchez bien en plus. Mais ça permet effectivement d'augmenter son activité, d'utiliser au mieux son domaine public.

Auteur : Bénédicte LAFONT	Promotion : 2010
Titre : L'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques	
<p>Résumé</p> <p>Beaucoup de femmes souhaitent être accouchées par la sage-femme qui les a suivies et préparées pendant la grossesse tout en bénéficiant de la sécurité qu'offre l'hôpital. L'ouverture des plateaux techniques est la clé de leur requête, or cette pratique est peu répandue.</p> <p>Nous avons cherché à identifier l'origine de ces blocages en réalisant une étude auprès des sages-femmes libérales de la Loire et du Rhône via des questionnaires et auprès du personnel hospitalier de trois hôpitaux via des entretiens.</p> <p>Il en est ressorti que cette pratique en plateaux techniques intéressait peu les sages-femmes libérales (18 seulement sur 58 interrogées) car supposait une grande disponibilité incompatible avec une vie de famille. Du côté hospitalier, 14 membres sur 18 interviewés sont favorables à cette pratique bien que la pression du risque médico-légal demeure dans l'esprit de chacun.</p> <p>Cette activité est possible à la condition d'une certaine collaboration et confiance entre libéraux et hospitaliers.</p>	