

# L'expérimentation des maisons de naissance en France : où en est-on en 2017? Une enquête qualitative auprès des sages-femmes y exerçant

Maylis Fontant

► **To cite this version:**

Maylis Fontant. L'expérimentation des maisons de naissance en France : où en est-on en 2017? Une enquête qualitative auprès des sages-femmes y exerçant. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-02170976

**HAL Id: dumas-02170976**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02170976>**

Submitted on 2 Jul 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE  
FACULTE DE MEDECINE ET MAÏEUTIQUE  
FILIERE MAÏEUTIQUE**

**L'EXPÉRIMENTATION DES MAISONS DE NAISSANCE  
EN FRANCE : OÙ EN EST-ON EN 2017 ?  
Une enquête qualitative auprès des sages-femmes y exerçant**

**Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme  
Présenté et soutenu par  
Maylis FONTANT  
Sous la direction de Mme Brigitte EMMERY- Sage-Femme Enseignante**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018**



**UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE  
FACULTE DE MEDECINE ET MAÏEUTIQUE  
FILIERE MAÏEUTIQUE**

**L'EXPÉRIMENTATION DES MAISONS DE NAISSANCE  
EN FRANCE : OÙ EN EST-ON EN 2017 ?  
Une enquête qualitative auprès des sages-femmes y exerçant**

**Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme  
Présenté et soutenu par  
Maylis FONTANT  
Sous la direction de Mme Brigitte EMMERY- Sage-Femme Enseignante**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018**

# Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Brigitte EMMERY en sa double qualité de sage-femme enseignante et directrice de mémoire. Merci Brigitte de m'avoir patiemment aidée à choisir un sujet qui m'a tant plu ainsi que pour votre disponibilité dont vos nombreuses relectures.

Un grand merci à vous, sages-femmes des maisons de naissance. Merci de vous être rendues disponibles, de vous être confiées et de m'avoir accordé votre confiance. Merci également pour votre détermination dans cette aventure des maisons de naissance qui font mon admiration. Je vous souhaite une belle continuation.

Merci également à vous, sages-femmes de notre faculté. Par votre écoute et votre bienveillance, vous embellissez considérablement la qualité de notre formation.

Enfin, à vous, mes amis et ma famille, pour votre présence et votre soutien si précieux dans ma gestation de sage-femme. Spéciale dédicace à Constance, l'incommensurable fan des sages-femmes, qui semble protéger mon goût pour ce si beau métier.

*« De celui qui t'a fait naître, tu attendras autre chose que de  
la sécurité »*

Michel Briex

Les dix commandements de la périnatalité

Revue spirale n°39, ed Erès, 2006

# Sommaire

Remerciements.....	1
Sommaire .....	1
Lexique.....	2
1. INTRODUCTION .....	3
1.1. Contexte .....	3
1.1.1. Médicalisation de la grossesse.....	3
1.1.2. Maisons de naissance : qu'est-ce que c'est ? .....	4
1.1.3. Situation française.....	6
1.2. Problématique .....	7
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....	8
3. RÉSULTATS .....	8
3.1. Motivations et parcours des sages-femmes.....	9
3.1.1. Motivation des sages-femmes.....	9
3.1.2. Parcours professionnels antérieurs des sages-femmes.....	10
3.2. L'expérimentation.....	11
3.2.1. Ouverture des MDN.....	11
3.2.2. Avis des sages-femmes sur l'expérimentation.....	12
3.3. Paysage périnatal.....	12
3.3.1. Maternités partenaires.....	12
3.3.2. Professionnels de ville .....	15
3.4. Organisation des MDN .....	16
3.4.1. Les sages-femmes : nombre, statuts et activités .....	16
3.4.2. Organisation et répartition du suivi.....	18
3.4.3. Recrutement des patientes et distance.....	20
3.4.4. Tâches de fonctionnement des MDN.....	21
3.4.5. Associations des MDN.....	22
3.5. Spécificité du suivi en MDN.....	22
3.5.1. Spécificités et atouts.....	22
3.5.2. Conseils des SF à d'autres MDN existantes ou en devenir.....	23
3.5.3 MDN vs autres AGN.....	24
3.6. Les locaux .....	25
3.7. Aspect financier .....	27
4. ANALYSE ET DISCUSSION.....	29
4.1. Analyse critique de l'étude .....	29
4.2. Discussion .....	29
4.2.1. Les freins au fonctionnement des MDN .....	29
4.2.2. Les moteurs au fonctionnement des MDN .....	35
5. CONCLUSION.....	38
Bibliographie.....	40
Annexe I : grille d'entretien .....	
Annexe II: déclaration CNIL .....	

# Lexique

AAD Accouchement A Domicile

AFGSU Attestation de Formations aux Gestes et Soins d'Urgences

AGN Accompagnement Global à la Naissance

ARS Agence Régionale de Santé

CIANE Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNGOF Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOSF Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CNSF Collège National des Sages-Femmes

HAS Haute Autorité de Santé

IHAB Initiative Hôpital Ami des Bébé

INPI Institut National de la Propriété Industrielle

MACSF Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français

MDN Maison De Naissance

MSA Mutualité Sociale Agricole

PNP Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RMM Revue de Mortalité et de Morbidité

RPC Recommandations pour la Pratique Clinique

SF Sage-Femme



# 1. INTRODUCTION

## 1.1. Contexte

### *1.1.1. Médicalisation de la grossesse*

Le XX<sup>ème</sup> siècle est une période de bouleversement de notre organisation de la naissance. Pour lutter contre la mortalité et morbidité maternelle et néonatale, la naissance se médicalise et l'accouchement se déplace du domicile à l'hôpital. Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, les naissances se déroulaient essentiellement au sein des foyers. Philippe Charrier, sociologue, parle de l'accouchement au domicile comme une "norme incontournable" [1] (p127). Seules les femmes isolées, mères célibataires et pauvres, accouchaient à l'hôpital, et la morbidité y était plus importante, liée au manque d'asepsie [2]. Dans les années 50, les naissances se sont déplacées du domicile à l'hôpital. En 1952, 53% des naissances ont lieu dans les maternités contre 85% en 1962. Elles vont progressivement se centraliser essentiellement dans les villes et s'organiser en réseau. Ces nouvelles maternités vont permettre la naissance de l'obstétrique moderne, avec des "*accouchements ayant pour caractéristiques d'être rapides, déclenchés ou aidés, le plus souvent sous anesthésie péridurale et parfois par voie haute*", résume Charrier. [1] (p191)

Ceux sont les couples qui, les premiers, font émerger un discours critique en opposition à ce mouvement de médicalisation devenu la norme [1] (p191) et l'avis de ces derniers est davantage considéré. La loi Kouchner<sup>1</sup> de 2002 insiste sur l'importance de prendre en compte le point de vue des usagers ainsi que leur choix libre et éclairé. Le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE)<sup>2</sup>, porte-parole des patientes, s'est ainsi créé en 2003. Son enquête de 2012 sur "le respect des souhaits et vécu de l'accouchement [3]" montre que les femmes expriment davantage leurs souhaits : 57% en 2011, contre 36% en 2005. Elles demandent une

---

1 Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé

2 Le CIANE est un collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé (agrément N° N2013RN0027)

“liberté de mouvement (choix de position, possibilité de déambuler), un accompagnement personnalisé de la douleur (soutien pour un accouchement sans péridurale, possibilité de choisir le moment et le dosage de la péridurale) et le refus de l'épisiotomie en dehors d'une nécessité médicale sérieuse.”

Une demande de moindre médicalisation apparaît. La médicalisation ne va pas de soi car la naissance reste un processus physiologique. Elle peut aussi s'avérer iatrogène et ne pas répondre aux besoins des familles qui vivent une expérience humaine bouleversante. Les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) du Collège National des Sages-Femmes, parues en 2016, sur l'administration du syntocinon®<sup>3</sup> au cours du travail spontané, ont montré que l'usage du syntocinon® augmentait le risque d'hyperactivité utérine, de rupture utérine et d'hémorragie du post-partum, ainsi que les anomalies du rythme cardiaque foetal et la morbidité néonatale [4].

L'accouchement à domicile (AAD) peut être une réponse à une demande d'un accouchement non médicalisé. Or, celui-ci est très rare en France, notamment à cause de la difficulté pour les sages-femmes de souscrire une assurance professionnelle, car les prix sont inabordables. De fait, des solutions alternatives sont trouvées permettant un accompagnement global de la naissance (AGN). L'offre de soins se diversifie : pôles physiologiques au sein des maternités, accouchements réalisés par des sages-femmes libérales sur plateau technique. Les maisons de naissance (MDN) trouvent leur place dans ce mouvement de moindre médicalisation.

### ***1.1.2. Maisons de naissance : qu'est-ce que c'est ?***

#### **Un concept venu de l'étranger**

La première maison de naissance a ouvert ses portes à New-York en 1975. Elles sont désormais bien présentes aux Etats-Unis, Canada et dans la plupart des pays européens voisins de la France (Allemagne, Suisse, Angleterre, Espagne). Seule une minorité de patients y accouchent car il s'agit d'un choix radical. Assurer la sécurité médicale reste une préoccupation incontournable. On retrouve donc des études [5-6] qui attestent de la sécurité médicale au sein de ces structures. En 2013, une étude de cohorte américaine portait sur 15 500 patientes, dans 79 maisons de naissance. Elle ne montrait pas plus de complications qu'à l'hôpital.

---

<sup>3</sup> le syntocinon est le nom commercial de l'ocytocine

## **Définition**

Selon la loi française autorisant leur expérimentation<sup>4</sup>, les maisons de naissance sont *« des structures où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse. »*. La loi précise également que *« la maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure »*.

Selon le Netzwerk Europa (le réseau européen des maisons de naissance) :

« La maison de Naissance est une institution de santé primaire dans laquelle les femmes sont considérées comme **responsables et libres de leurs décisions**.

La maison de Naissance fonctionne **en réseau** avec l'ensemble du système de santé. C'est un établissement ayant accès aux services obstétricaux, pédiatriques, et néonataux d'un hôpital ou d'une clinique.

La maison de Naissance est une institution **autonome, indépendante** des institutions hospitalières ou cliniques, dans la mesure où une assistance à la naissance adaptée aux femmes y est pratiquée par des sages-femmes, dans le cadre de leurs compétences.

La direction obstétricale de la maison de Naissance est sous la **responsabilité exclusive des sages-femmes** ».

C'est selon ces critères que le « label maison de naissance » a été déposé auprès de l'INPI.

Les maisons de naissance sont donc tenues par des sages-femmes, qui y pratiquent l'accompagnement global des grossesses physiologiques pour des patientes à bas risque obstétrical. La femme accouche dans la maison de naissance accompagnée par sa **sage-femme référente** c'est-à-dire, celle qui l'a suivie pendant la grossesse. Une deuxième sage-femme dite **« de soutien »** est appelée par la sage-femme référente au moment de l'accouchement. Elle permet de soutenir la sage-femme référente notamment en cas d'urgence et de transfert. Un transfert rapide est possible auprès de la maternité partenaire contiguë.

La patiente rentrera chez elle dans les 12 heures et le post-partum sera assuré à domicile par la sage-femme référente, prenant en charge le couple mère-enfant.

---

<sup>4</sup> Loi n°2013-1118 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, 6 décembre 2013, 2p

La maison de naissance est physiquement, administrativement et juridiquement différenciée de sa maternité partenaire [7].

### ***1.1.3. Situation française***

#### **Une longue gestation [7]**

La première fois que l'on parle de création de maisons de naissance en France sur la scène politique est en 1988. Bernard Kouchner, alors secrétaire d'Etat à la santé, déclare vouloir mettre en place un groupe de travail pour des maisons de naissance [8]. Ce souhait est à nouveau exprimé lors du plan périnatal de 1998. Puis, à l'occasion du plan périnatal 2005-2007, leur expérimentation est fixée comme une des priorités [9]. Un groupe de travail est enfin mis en place. Mais en 2008, le CNGOF émet un avis défavorable aux maisons de naissance [10]. Il soulève le problème du coût des assurances et le risque médico-légal, ainsi que de la continuité des soins en cas de transfert, la patiente étant alors inconnue de l'équipe et pouvant perturber l'organisation du travail. Finalement, la loi est promulguée le 6 Décembre 2013. Elle autorise l'expérimentation des maisons de naissance : « *A titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance »* ». Elle précise une durée d'expérimentation de cinq ans : de 2016 à 2021.

#### **Les neuf maisons de naissance**

Neuf maisons de naissance ont obtenu l'autorisation [11] :

- Le CALM (Comme A La Maison) à Paris (75)
- Premier Cri à Vitry sur Seine (94)
- DOUMAÏA à Castres (81)
- La Maison à Grenoble (38)
- Le temps de naître à Baie-Mahault (Guadeloupe)
- Joie de naître à St Paul (La Réunion)
- PHAM (Premières Heures Au Monde) à Bourgoin-Jallieu (38)
- MANALA à Sélestat (67)
- Un Nid pour Naître à Nancy (54)

#### **Le cahier des charges**

Le cahier des charges de la HAS encadre précisément leur fonctionnement [12]. Les critères d'éligibilité seront définis après l'expérimentation. Les recommandations de 2007 de la HAS qui classifient les risques médicaux des grossesses restent la référence et sont rappelées dans le cahier des charges [13].

## 1.2. Problématique

L'arrivée des maisons de naissance en France est susceptible de modifier le paysage périnatal. Il nous apparaît donc intéressant d'étudier l'avancée de cette expérimentation, en posant la question suivante :

### **Maisons de naissance en France : où en est-on en 2017 ?**

Notre objectif principal est de recueillir le témoignage des sages-femmes exerçant en maison de naissance, sur le fonctionnement des structures.

Nos objectifs secondaires sont de

- mettre en évidence les éléments positifs, "moteurs" et les éléments négatifs, "freins" au sein des structures
- décrire le fonctionnement des maisons de naissance
- identifier les caractéristiques des maisons de naissance françaises.

Nous présentons dans la partie suivante notre méthodologie de recherche.

## 2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

### **Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude qualitative, descriptive, multicentrique.

### **Terrain et période d'enquête**

Les 9 maisons de naissance en cours d'expérimentation.

L'enquête était programmée durant l'automne-hiver 2017-2018.

### **Population**

La population enquêtée était celle des sages-femmes en exercice en MDN.

Critère d'inclusion : Sage-femme en exercice en MDN, au titre de sage-femme référente.

Critère d'exclusion : sage-femme en exercice en MDN, au titre de sage-femme de soutien.

**Outil** : entretien semi-dirigé (Annexe I)

Les thèmes abordés étaient l'ouverture de la MDN, les motivations de la sage-femme à travailler en MDN, son parcours professionnel antérieur, l'organisation de la MDN, l'aspect financier, le nombre de suivis par mois, le recrutement des patientes, la spécificité de l'exercice en MDN, le lien avec la maternité partenaire, les moments de joie et les difficultés, les conseils à d'autres MDN existantes ou en devenir.

### **Mode de recueil des données**

Contact initial par téléphone, ou mail, ou site internet de la MDN, pour annoncer l'étude et recueillir l'accord pour un entretien et le programmer.

Pour l'entretien proprement dit, par ordre de préférence et en fonction de la distance géographique, et tenant compte de nos possibilités : sur place, par skype<sup>5</sup>, ou par téléphone.

Préalablement au lancement complet de l'étude, nous devions réaliser un entretien-test auprès d'une des MDN, par téléphone. Ce test serait exclu de l'exploitation des résultats (la MDN sélectionnée serait à nouveau interrogée dans le cadre de l'étude proprement dite).

### **Méthode de traitement des résultats**

Enregistrement de l'entretien.

Codage et anonymisation des données : les neuf MDN seraient numérotées MDN A à MDN I, et les neuf sages-femmes interrogées respectivement SF A à SF I.

Analyse de Contenu Thématique.

### **Considérations éthiques et autorisation**

Notre méthodologie de recherche a fait l'objet d'une déclaration simple à la CNIL (Annexe II).

---

<sup>5</sup> Skype est un logiciel qui permet aux utilisateurs de passer des appels vidéo via Internet

# 3. RÉSULTATS

## Nombre d'entretiens

Sur les neuf MDN, **huit** entretiens ont pu être réalisés. En effet, l'une des MDN concernée par l'expérimentation n'avait pas ouvert ses portes à la date de l'enquête. Toutes nos sollicitations pour entrer en contact sont restées sans réponse.

## Calendrier de l'enquête

MDN	MODALITES	DATE DE L'ENTRETIEN
MDN A	skype	Mercredi 1er Novembre 2017
MDN B	skype	Dimanche 5 Novembre 2017
MDN C	skype	Samedi 10 Novembre 2017
MDN D	skype	Vendredi 10 Novembre 2017
MDN E	skype	Mardi 14 Novembre 2017
MDN F	téléphonique	Vendredi 29 Novembre 2017
MDN G	téléphonique	Vendredi 1er Décembre 2017
MDN H	Sur place	Mardi 16 Janvier 2018
MDN I	Non réalisé	

## Analyse de contenu thématique

Voici les thèmes émergents:

Motivation et parcours antérieurs des SF, mise en place des MDN et avis des SF sur l'expérimentation, paysage périnatal (maternités partenaires et professionnels de ville), organisation des MDN (les SF, organisation du suivi, recrutement des patientes et distance, tâches de fonctionnement, associations des MDN), spécificité du suivi MDN, les locaux, l'aspect financier.

Nous présentons successivement ces thèmes, en citant des extraits d'entretiens. Par souci de confidentialité, l'intégralité des entretiens n'est pas présentée en annexe. Pour rappel : les huit SF interrogées sont des SF référentes.

## 3.1. Motivations et parcours des sages-femmes

### 3.1.1. Motivation des sages-femmes

Les 8 sages-femmes interrogées ont une motivation majeure. On peut citer :

SF A : considère son métier comme un engagement associatif (car elle se sent bénévole). C'est pour accompagner des accouchements physiologiques, qu'elle a choisi le métier de SF.

SF D : revenait pour l'accouchement des patientes qu'elle suivait à l'hôpital à titre bénévole.

SF A, E, G et H : sont sensibilisées à l'accouchement physiologique et AGN dès les études de sage-femme.

Deux aspects distincts, cités par 7 sages-femmes, ressortent dans leurs motivations :  
l'accouchement physiologique et/ou l'AGN :

SF C, E, F et G : **AGN** : *« proposer un accompagnement personnalisé, connaître leurs patientes, s'adapter à leurs patientes et pas l'inverse, relation très forte, favoriser l'autonomie des patientes en leur donnant confiance, ne pas les infantiliser ou être dans l'injonction, travailler tous les aspects de la SF, l'aboutissement n'est pas l'accouchement mais la parentalité (importance du suivi post-partum) ».*

SF A et H : **accouchement physiologique** : *« Intervenir le moins possible, libre choix d'accoucher des femmes, être là juste pour guider et soutenir, très intéressée par toute la physiologie de l'accouchement, respect du nouveau-né, position d'accouchement la plus intuitive, ne pas forcément couper le cordon tout de suite, lumière tamisée ».*

SF D parle des deux aspects : accompagnement et physiologie.

### ***3.1.2. Parcours professionnels antérieurs des sages-femmes***

Expériences antérieures d'AGN : SF A, B, C, G et +/- SF E :

SF A : rares accouchements à domicile auprès de femmes qu'elle connaissait déjà.

SF B : AAD et MDN en Allemagne.

SF C : accouchements en plateau technique (au sein de la maternité devenue ensuite partenaire de la MDN).

SF G : suivi global dans le « pôle physiologique » d'une maternité, que les professionnels appellent actuellement, maison de naissance.

SF E : venait en salle de naissance pour accompagner ses patientes suivies à l'hôpital en doublon de la SF de garde.

Expérience du cabinet libéral : SF A, C et G.

Parcours essentiellement hospitaliers : SF E et SF G (les maternités partenaires des MDN respectives).



## 3.2. L'expérimentation

### 3.2.1. Ouverture des MDN

Les MDN A, C et F ont vu leurs projets se monter au dernier moment et rapidement.

MDN A : plusieurs SF libérales qui se connaissaient déjà bien (affinités professionnelles) se sont réunies pour la MDN et ont recherché une maternité.

MDN B : comme les SF libérales se connaissent bien dans la région, un projet a émergé. Elles ont été soutenues par le conseil départemental de l'ordre des SF, la cadre de l'hôpital et un membre de la MSA (mutualité sociale agricole) qui les a beaucoup aidées.

MDN D : nouvellement arrivée dans la MDN, la SF D n'a pas raconté précisément les débuts de la MDN qu'elle n'a pas vécus.

MDN E : l'équipe médicale, sensibilisée à la physiologie (30-40% accouchements avec péridurale) a choisi de monter une MDN et a fait appel à des SF libérales et une SF de l'hôpital, SF E interrogée pour notre recherche. Elle a gardé son statut hospitalier et travaille à mi-temps pour la maternité (formation des internes, responsable IHAB...) et mi-temps pour la MDN. La présidente de l'association de la MDN est la cadre de la maternité. C'est elle qui s'occupe du dossier de l'expérimentation et de la comptabilité de la MDN.

MDN F : les SF de l'équipe désiraient ouvrir un pôle physiologique au sein de leur hôpital. Encouragées par les obstétriciens, elles ont choisi d'ouvrir une MDN, profitant de l'expérimentation. Selon la convention, les SF de la MDN doivent être des SF salariées de l'hôpital, connues de l'équipe de la maternité. Les SF gardent leur statut salarié hospitalier. Elle précise que des SF libérales du secteur ont tenté d'ouvrir une autre MDN mais le projet n'a pas abouti (difficulté à trouver une maternité partenaire).

MDN G : des SF libérales qui travaillaient au sein d'un pôle physiologique d'une plus petite maternité de niveau 1, ont choisi d'ouvrir cette MDN, pour un rapprochement de leurs domiciles et pour toucher plus de patientes en proposant un AGN dans une maternité de niveau 3. Le conseil départemental de l'ordre qui connaissait leur projet, les a contactées pour dire que la maternité était d'accord. La MDN a été soutenue par le chef de service et la cadre SF.

MDN H : la maternité était militante pour l'ouverture des MDN et l'accouchement depuis longtemps. A l'occasion du déménagement de la maternité (locaux neufs), la MDN a ouvert en 2008. Avant l'expérimentation, les patientes étaient transférées au moment de l'expulsion et accouchaient sur le plateau technique de la maternité.

### 3.2.2. Avis des sages-femmes sur l'expérimentation

Des difficultés liées à l'expérimentation sont relevées : SF A, B, G et H : difficultés à se projeter, sentiment d'être seules, demande beaucoup d'investissements.

SF A : Il est difficile de ne pas savoir à l'avance si les MDN ouvriront durablement. Cela ne permet pas de **se projeter** et complique le recrutement des SF. « Tout cela pour rien ? ».

SF B : « *On est en train de construire tout. C'est comme si vous aviez à peu près un plan et maintenant, il faut construire les murs, faire la déco. Il faut installer les meubles, il faut mettre les personnes dans les bonnes cases et il faut que ça fonctionne. C'est à dire, en fait, on sait bien que tout le monde nous dit c'est bien ce que vous faites et vous le faites bien, n'empêche qu'il y a personne pour nous aider. Il faut qu'on monte tout ça et c'est très difficile* ».

SF G : « *Ca demande beaucoup d'investissements, de réflexions, de comment ça va fonctionner, quel décision, on va prendre ? Comment on réajuste? Parce que forcément, entre la théorie qu'on a imaginée pendant autant de temps et en pratique comment ça se passe, il y a un décalage. Forcément, Et, comment on remobilise beaucoup d'énergie pour retransformer, ajuster, être au plus juste et ça, c'est très énergivore* ».

SF H : souligne l'importance de ne pas crier victoire trop rapidement: rien n'est gagné et les efforts doivent être maintenus jusqu'au bout.

Soutien des ARS ? SF B, G et H. On peut citer :

MDN H : les SF se sentent surtout soutenues financièrement mais n'ont pas l'impression que l'ARS s'intéresse au cœur de la MDN. Seuls les enjeux financiers et la sécurité médicale semblent les intéresser. Mis à part le dossier annuel, l'ARS "nous laisse tranquille."

Avis sur le dossier d'expérimentation : SF B, D et H. C'est une tâche prenante.

## 3.3. Paysage périnatal

### 3.3.1. Maternités partenaires

Maternités	Niveau	Nombre de naissances/ an <sup>6</sup>	Statut
MDN A	2A	1400	public
MDN B	2A	1200	public
MDN C	2A	1300	public
MDN D	1	1900	privé
MDN E	2A	1850	privé à but non lucratif
MDN F	1	1900	privé à but non lucratif
MDN G	3	3200	public
MDN H	1	3000	public

<sup>6</sup> Ces chiffres ont été relevés sur internet ou par les dires des SF interrogées. Ils peuvent ne pas être à jour et manquer de précision.

## **Implication des maternités partenaires dans la mise en place du projet**

Maternités « peu favorables » pour l'expérimentation : MDN A, C et G :

MDN A : simple accord du chef de service. C'est la direction qui souhaitait l'ouverture de la MDN, pour l'aspect innovant.

MDN C : l'équipe était clairement réfractaire à l'ouverture de la MDN, « *S'ils avaient pu, ils auraient tout fait pour fermer la MDN* ». L'accord vient de la direction.

MDN G : volonté du chef de service mais pas du tout de l'ensemble de l'équipe.

Initiative de la maternité, l'engagement est majeur : MDN E, F et H : cf ci-dessus (mise en place de la MDN).

Simple accord de la maternité en réponse à la demande de SF extérieures : MDN B, D et G :

MDN B : le chef de service et les SF étaient très favorables dont la sage-femme Cadre.

MDN D : l'équipe médicale était très favorable.

MDN G : volonté du chef de service et de la sage-femme Cadre mais non pas de l'ensemble de l'équipe médicale.

**Liens antérieurs entre les SF de la MDN et la maternité partenaire** : MDN A, C, E et F.

SF A : remplacements.

SF C : accès au plateau technique pendant 2 ans.

SF E et F : majorité de leurs carrières.

### **Liens avec l'équipe**

Relation qualifiée de globalement bonne par les SF A, B, D, E et F. On peut citer :

MDN A : qualifié de « *bon partenariat* », les SF de la MDN ne se sont pas senties jugées sur un transfert compliqué. Les RMM (Revue de Morbidité et de Mortalité) post-transferts sont particulièrement constructives. La relation avec l'équipe est très variable d'une équipe médicale à l'autre. Toute communication sur la MDN doit être vue avec l'hôpital, comme convenu dans le contrat du partenariat.

MDN B : les professionnels de la maternité et la MDN se connaissent bien, « *On arrive bien à se mettre d'accord* ». Une rencontre entre les SF de la maternité et MDN s'est déroulée et s'est avérée très riche. Elles seraient indispensables pour les discussions de fond.

MDN D : la proximité des locaux est un facteur favorisant à l'entente qualifiée de « *très bonne* »

MDN E : l'entente est particulièrement bonne. Le problème a été de trouver un juste équilibre pour l'autonomie de la MDN. « *Ils se permettraient un peu trop de mettre leur nez dans nos affaires.* »

MDN F : « *ça se passe super bien* ».

Des difficultés : MDN H et G

MDN H : la relation avec la maternité est la principale difficulté citée par SF H : « *ils ne viennent pas à nos staffs transferts alors que nous les invitons à chaque fois. Il y a un fantasme de ce qui se passe chez nous, et nous devons toujours justifier notre travail.* » Un nouveau chef de service est toujours disponible, ce qui est particulièrement appréciable.

MDN G : avec les obstétriciens, la SF G parle “d’objectivité” et de “démarche de qualité ». Le problème est surtout avec les SF.

Difficultés majeures : MDN C

MDN C : l’équipe est particulièrement hostile, surtout les pédiatres. Le climat est « pas très sain ». Les autres professionnels sont « soit contre, soit indifférents, soit soutiennent ».

**Difficultés spécifiques entre les SF de la MDN et de la maternité** : leur avis est important car elles sont « en première ligne » disent SF B, C, G et H. Les ressentis des SF de la maternité relevés par les SF de MDN sont :

Méconnaissance de la MDN : SF B, D et H.

SF B : « *ne savent pas ce qu’on fait* ».

SF D : « *une sorte de fantasme, l’impression qu’on fait n’importe quoi, équivalent à un accouchement dans la forêt, quoi* ».

SF H : « *fantasme de ce que l’on peut faire, ne comprennent pas notre surveillance car on ne fait pas de monito en continu* ».

Difficultés dans la relation avec les couples transférés : SF C

Peur de gérer de graves urgences de la MDN en plus de leur travail : SF B et G

Sentiment d’être la poubelle de la MDN : SF H « *on récupère leurs merdes* ».

Comparaison envers les SF de MDN qui, elles, « ont le temps avec leurs patientes » : SF G : « *une SF m’a dit «moi aussi, j’aimerais faire des accouchements naturels, mais je ne peux pas* » ».

Difficultés pratiques pour les SF de la maternité d’aller rencontrer la MDN : SF B, SF D et SF H. Problème de temps (revenir en dehors de leurs de temps de travail) et de communication.

Spécificité de la relation entre les SF de la maternité et de la MDN: SF D « *Quand ce sont des SF qui sont réticentes et qui pensent qu’on fait des accouchements dans la forêt, ça m’agace. Vraiment. Les autres professionnels, je les excuse plus* ».

**Décalage entre le monde hospitalier médical et l’accouchement physiologique de la MDN**

SF A, B, C, D, G et H VS SF E :

SF A : conseille à d'autres MDN de maintenir le cap de la physiologie. Très difficile de « *ne pas se laisser embarquer dans les protocoles hospitaliers* ».

SF B : manière de travailler très différente et même si la maternité était partante pour l'expérimentation et très ouverte, un grand décalage persiste.

SF C : d'autres SF de cette MDN ne se sentent pas du tout à l'aise avec l'environnement hospitalier jugé trop différent.

SF G : principalement lié au niveau 3 de la maternité référente. La SF a connu des accompagnements physiologiques en niveau 1 et ne connaissait pas un tel décalage. Il serait principalement lié au décalage du temps disponible pour les patientes.

SF H : décalage lié au temps disponible pour l'accompagnement des couples

SF E : « *on peut faire de la physio à l'hôpital, tout est une histoire de choix et de mentalités* ».

### **Transferts**

Difficulté pour les couples, et les SF de la maternité partenaire, de prendre en charge ces patientes transférées, et importance de bien préparer les couples à l'éventualité d'un transfert : toutes les SF.

Importance de débriefer avec la maternité après les transferts : SF A, C, D, E et F.

SF coordinatrice : à la MDN G, une SF qui ne fait pas de suivis, s'occupe de débriefer avec les SF de toutes les situations de transfert.

Cas particuliers : deux SF.

Une première SF : un nouveau-né a été transféré pour une complication rarissime et imprévisible : la rupture spontanée du cordon à la naissance. Il a bénéficié d'une hypothermie thérapeutique et a bien récupéré. La SF raconte avoir repris confiance en elle grâce au soutien de ses collègues, la bonne récupération de l'enfant et une déculpabilisation par l'équipe de la maternité.

Une deuxième SF : une patiente a été transférée à la maternité pour une demande de péridurale. Son nouveau-né est décédé de complications qui ont eu lieu après le transfert. La SF raconte sa culpabilité même si elle sait qu'elle n'a pas fait d'erreur, l'empathie décuplée envers les parents et que la naissance qui a suivi ce drame fut particulièrement intense mais lui a redonné confiance. Nous n'avons pas plus d'informations sur les causes, ni les circonstances du décès.

### ***3.3.2. Professionnels de ville***

Sages-femmes libérales en relais pour le post-partum : MDN B C et F.

Quelques SF libérales interviennent pour le post-partum en relais des SF de la MDN si le couple habite trop loin de la MDN. Avec beaucoup d'anticipation pendant la grossesse et des explications, les relais se déroulent bien.

Gynécologues dissuadant les patientes d'accoucher en MDN : MDN F et H. On peut citer :  
 MDN H : « Certains gynécologues nous ont porté préjudice, des propos vraiment très...voilà. Mais, ils ne nous connaissent pas, nous on les connaît pas. On n'en a jamais entendu parler. C'est nos patientes qui nous disent ça. C'est difficile pour elles. Surtout s'ils leur disent quand elles ont déjà choisi d'accoucher en MDN ».

Lien avec les professionnels de ville : MDN D, F et G :

MDN D : beaucoup d'engagements des SF pour faire connaître la MDN auprès des professionnels de ville : ces efforts paient et les SF se sentent bien reçues.

MDN F : sentiment de méfiance des sages-femmes libérales, particulièrement nombreuses sur le secteur, envers la MDN. Elles pourraient penser que la MDN leur « vole » du travail. Important pour les SF de la MDN d'aller se présenter par exemple à la réunion du réseau périnatal. Faute de temps, cela ne s'est pas encore fait mais c'est un projet.

MDN G : les SF libérales du secteur connaissent les SF de la MDN. Certaines deviennent SF de soutien et elles sont une aide précieuse par leurs bons conseils.

## 3.4. Organisation des MDN

### 3.4.1. Les sages-femmes : nombre, statuts et activités

MDN	Nombre de SF référentes au début de l'expérimentation	Nombre de SF référentes au moment de l'étude	Nombre de SF uniquement de soutien	Commentaires
MDN A	7	6 (dont une qui va partir)	2	Voudraient être 8 → Recrutent 2 autres SF, une nouvelle va commencer
MDN B	9	8	0	Un arrêt pour l'équilibre vie personnelle/vie professionnelle
MDN C	6	6	2 (une retraitée et une jeune accouchée)	3 SF ont accouché depuis l'ouverture
MDN D	5 (très vite 4)	2 (dont une nouvelle)	5	2 SF ont accouché depuis l'ouverture Voudraient un 2 <sup>ème</sup> binôme
MDN E	5	5	2 +/-1	
MDN F	2	2	Environ 10 SF du service	Recherchent un deuxième binôme
MDN G	4	4	Nombreuses et alternant	Un binôme arrête et retourne dans une plus petite maternité, sur plateau technique Remplacé par un nouveau binôme provenant des SF de soutien.
MDN H	6	6	8	

Evocation de leur propre état de grossesse par les sages-femmes : MDN C, D et G dont :

SF G : a travaillé jusqu'au 8ème mois de sa grossesse, et repris son travail aux 2 mois et demi de son enfant. Elle ne le refera plus et ne le conseille pas.

MDN C : 3 SF sur 6 ont eu des enfants depuis l'ouverture de la MDN. Certaines patientes ont donc vu 3 SF différentes sur la même grossesse.

Recrutements : MDN A, D et F.

MDN A : recherchent encore 2 SF. Aucune réponse des SF libérales de la région qui ont toutes été tenues au courant. Elles reçoivent beaucoup de candidatures de jeunes diplômées, pas toujours sérieuses. Elles "ne se sentent pas" de les former comme SF référentes mais éventuellement comme SF de soutien, vu leur peu d'expériences, d'autant plus que le cahier des charges demande une « pratique suffisante d'accouchements ».

MDN D : souhaiterait un deuxième binôme, recrute des SF.

MDN F : souhaiterait un deuxième binôme car elle refuse beaucoup de patientes. Le problème c'est que les SF doivent forcément travailler dans la maternité comme convenu par convention avec la maternité partenaire au moment de l'autorisation.

MDN	Statut	Activités parallèles	Type de suivi	Nombre de suivis par mois
MDN A	libérales	Cabinet parallèle	Binôme ou seule (une SF et parfois une autre)	4 par SF 6 à 8 par binôme
MDN B	libérales	Cabinet parallèle	Trinôme	7-8 par trinôme
MDN C	libérales	Activité principalement au cabinet Un binôme fait aussi des AAD	Binôme	6-8 par binôme
MDN D	libérale	Plein temps MDN	Binôme mais une SF principale	4 à 5 par SF
MDN E	4 libérales et 1 hospitalière	SF hospitalière: mi-temps hôpital/ mi-temps MDN SF libérales: cabinet	Binôme (au départ seul)	5 par SF
MDN F	salarié de la clinique	Plein temps MDN	Binôme	8 par binôme
MDN G	libérales	Cabinet	Binôme	8 par binôme
MDN H	libérales	¾ temps en MDN, sans cabinet 1 SF coordinatrice: mi-temps coordination et mi-temps AGN	Binôme mais une SF principale	3 par SF

### **Activités parallèles**

Souhaitent garder leurs activités : SF C et G.

SF C : garde le cabinet pour l'aspect financier (bien plus rentable que la MDN). C'est par le libéral, qu'elle a petit à petit été amenée à suivre des patientes en AGN.

SF G : elle tient à ses consultations de gynécologie. Elle a nettement réduit son activité (elle ne fait plus de rééducation du périnée et préparation à la naissance des patientes qui n'accouchent pas à la MDN). C'est un cabinet partagé, la gestion est donc facilitée avec les autres SF.

Activités libérales / MDN ne sont pas toujours si distinctes : SFA et C.

Entre les patientes suivies en libéral qui choisissent d'accoucher en MDN et les patientes de la MDN qui viennent en consultation au cabinet et non à la MDN (par proximité ou disponibilité de la salle de consultation de la MDN).

Souhaite réduire progressivement le libéral : SF A: « la MDN me suffit ».

N'ont pas de cabinet et ne souhaitent pas en avoir : SF D, F et H.

**Statut des SF** : tiennent à leur statut libéral : SF A, C et G.

SF C : permet une indépendance.

SF G : souligne cependant le problème de l'absence de congés notamment le congé maternité.

### **Nombre de suivis par mois**

Avis sur le nombre de suivis : bon équilibre pour les MDN A, B et H / rythme trop soutenu pour les MDN F et G. On peut citer :

MDN F : pour la rentabilité de la MDN, les SF choisissent de suivre un peu plus de patientes que l'idéal. Le rythme est donc difficile à tenir.

MDN G : en réflexion car c'est beaucoup lié au fait qu'ils refusent beaucoup de patientes.

Souligne le problème de l'imprévisibilité des transferts : SF B et E. Par exemple, il y a eu 20% de sièges en 2016 dans la MDN E.

## ***3.4.2. Organisation et répartition du suivi***

### **Sages-femmes référentes**

Certaines MDN choisissent de travailler en binôme ou trinôme pour se répartir les astreintes des accouchements. Soit le couple a plusieurs SF référentes. On parle alors de **suivi conjoint**, soit le



couple a une SF référente principale qui assure la majorité du suivi mais rencontre tout de même une autre SF qui assure un nombre plus restreint d'astreintes. Cela permet aux SF de s'accorder quelques jours de repos dans le mois. Les binômes ou trinômes sont en général fixes ce qui facilite les plannings des astreintes et l'organisation. Certaines SF font des suivis seules.

MDN	Type de suivi	Consultations	PNP	Astreintes accouchement
MDN A	Binôme (maintenant fixe) ou seule (une SF)	Binôme: alternent	Binôme : alternent	Binôme: alternent
MDN B	Trinôme fixe	1 SF : toutes les consultations	2 SF : alternent	alternent en 3
MDN C	Binôme fixe	Non abordé	Non abordé	Lundi au jeudi/ Vendredi au Dimanche
MDN D	Binôme mais une SF principale	SF principale : tout	SF principale : 3-4 séances Deuxième SF : 2-3 séances	SF principale : tout le temps sauf 1 WE sur 2 assuré par la deuxième SF référente
MDN E	Binôme fixe	Non abordé	Non abordé	Alternent 1sem/2 ou 2 sem/4
MDN F	Binôme fixe	Alternent	Alternent	Alternent 1 sem : suivis et PNP / 1 sem : accouchements
MDN G	Binôme fixe	Alternent	Alternent	La moitié de la semaine
MDN H	Binôme fixe mais une SF principale	SF principale : toutes	SF principale: tout sauf une	SF principale : tout le temps sauf 1 WE sur 2 et 1 jour par sem assuré par la 2ème SF référente

Plusieurs ajustements ont été et sont encore nécessaires pour l'équilibre avec la vie personnelle : MDN A, B, D, E et G.

SF A: a eu l'expérience des suivis seule particulièrement enrichissant mais elle a récemment choisi de passer en suivi conjoint afin d'avoir plus de temps pour elle.

MDN B : le choix du trinôme est récent. Avant, les SF s'organisaient en binômes et encore avant, avec des gardes au sein de la MDN. « Trouver la bonne articulation entre nous, c'est une des difficultés principales ».

MDN D et G : les SF réfléchissent à un autre fonctionnement.

MDN E : le suivi était d'abord seul et les SF ont choisi de passer en binôme.

Bon équilibre trouvé : MDN C et H.

### **Sages-femmes de soutien**

Une autre SF dite « de soutien » est appelée par la SF référente au moment de l'accouchement pour la soutenir notamment en cas de transferts. Les astreintes pour ce rôle de SF de soutien peuvent être assurées par les SF référentes, par d'autres SF qui ne sont jamais SF référentes ou par les SF uniquement de soutien et les SF référentes.

MDN	SF uniquement de soutien	Autres activités professionnelles des SF de soutien	Astreintes
MDN A	0		SF référentes
MDN B	Non renseigné	Libérales	SF de soutien
MDN C	2	Une retraitée libérale et une libérale	Principalement les SF de soutien et 1 WE par mois pour chaque SF référentes
MDN D	5	Cabinet d'exercice libéral	SF de soutien
MDN E	3	Cabinet d'exercice libéral	SF de soutien
MDN F	Une dizaine	SF hospitalières de la maternité	SF de soutien la nuit et le WE/ SF référente en semaine de jour
MDN G	Nombreuses	Libérales	SF de soutien
MDN H	8	Libérales	SF de soutien la nuit et le WE/ SF référente en semaine de jour

Préférence des SF référentes que ce soit d'autres SF qui assurent les astreintes SF de soutien : MDN A, C, D, E et H VS MDN F.

MDN A : la présence des SF de soutien est indispensable.

MDN H : la présence des SF de soutien est une nouveauté depuis septembre 2016 et cela s'avère particulièrement appréciable.

MDN F : il est compliqué pour les SF de soutien de se rendre disponibles. En ayant un binôme supplémentaire, les SF référentes pourraient assurer ce rôle.

### 3.4.3. Recrutement des patientes et distance

MDN	Distance maximale acceptée ou temps de parcours	Réponse aux demandes des couples	Commentaires
MDN A	Non abordé	Commence à refuser	
MDN B	Non abordé. Quelques relais	Commence à refuser	Problème des transferts : moins de patientes que prévu
MDN C	80% dans les 20km ou relais (parfois 2h)	Non abordé	Quelques couples louent des gîtes ou viennent habiter chez un membre de leur famille qui vit à proximité
MDN D	1h	Beaucoup de demandes	
MDN E	45min	Ne remplit pas encore ses effectifs	Accès parfois impossible si intempéries
MDN F	45min ou relais	Non abordé	
MDN G	Non abordé	Commence à refuser	Touche un public plus large que dans le pôle physiologique de la maternité de la ville où la SF exerçait précédemment
MDN H	30min	60% de refus	La distance tranche

Faire connaître la MDN ne semble pas un problème car les couples intéressés trouvent la MDN. Cependant le travail de tri et d'information semble important.

Travail d'information auprès des couples et de tri des demandes : MDN D, G, F et H.

MDN D : Beaucoup de couples intéressés pour « l'exotisme » de la MDN, viennent et ne savent pas forcément ce qu'est une MDN.

MDN G : le public est large car la MDN est dans une grande ville et rattachée à une maternité de niveau 3. Il s'agit alors de s'assurer de la réelle motivation des couples.

MDN H : les SF organisent une réunion par mois de présentation de la MDN, la salle est alors pleine à craquer. Le critère de sélection est la proximité. Elles regrettent qu'il n'y ait pas d'autres MDN à proximité.

MDN F : la MDN attire des femmes en difficulté psychologique et intéressées par cet accompagnement personnalisé. Les SF apprennent à ne plus les accepter en MDN, car leur suivi est particulièrement chronophage. C'est une décision particulièrement difficile à prendre.

### ***3.4.4. Tâches de fonctionnement des MDN***

Une des difficultés principales pour les SF A, B, C, D, F et G est de gérer toutes les tâches de fonctionnement des MDN. C'est un travail particulièrement prenant pour lequel elles ne sont pas formées. On peut citer : « *Le temps passé est inquantifiable, extrêmement lourd, Un peu en overdose, beaucoup d'investissements, de réflexions. Particulièrement énergivore. On gère ça.... Difficilement, quoi !* ».

Les tâches de fonctionnement: secrétariat (beaucoup de sollicitations), approvisionnement du matériel, relation avec l'hôpital, rapport d'activités pour l'expérimentation, trésorerie et comptabilité, entretien des locaux dont le ménage, gérer les plannings des astreintes... et aussi de nombreuses réunions (équipe, maternité, l'association, ateliers pour les couples...), interventions dans les écoles de SF...

Certaines MDN ont choisi de rémunérer certaines SF pour ce travail ou d'avoir un salarié : MDN C, D, E et H.

MDN C : 2 SF sont rémunérées pour 3h de travail par semaine, ce qui permet d'alléger la perte de chiffre d'affaires du cabinet du jour. Les SF ne souhaitent pas avoir de SF coordinatrice qui serait un peu comme une Cadre. Elles tiennent à garder leur indépendance (lié à leur statut libéral). Elle souhaiterait avoir une secrétaire, mais n'en ont pas faute de moyens.

MDN D : une secrétaire à mi-temps vient d'être employée, « mais un temps plein, ça serait encore mieux ! ». Une SF coordinatrice pourrait émerger (¾ temps coordination et ¼ temps suivi).

MDN E : le dossier d'expérimentation et la comptabilité sont assurés par la SF Cadre de la maternité, présidente de l'association de la MDN, et ces tâches ne semblent pas une difficulté principale.

MDN H : une SF est coordinatrice à mi-temps et à mi-temps sur les suivis. Elle gère le dossier d'expérimentation, les astreintes, le recrutement des patientes, l'approvisionnement en matériel.

Il y a aussi une *femme de ménage*. Chaque SF a tout de même une tâche mineure à assurer. Pour cette SF, les tâches de fonctionnement ne semblent pas si problématiques.

### ***3.4.5. Associations des MDN***

Chaque MDN fonctionne avec une association où les couples adhèrent. L'association est particulièrement motrice dans la MDN H. Il y a six commissions particulièrement actives : politique, communication, financement, vie associative, aménagement et commissions de santé. Elles gèrent les travaux à la MDN, la trésorerie, les relations avec la presse, organisent elles-mêmes certaines réunions ou ateliers ... Il y a également un grand ménage trimestriel. La MDN existant depuis longtemps, elle contient environ 400 adhérents, même si tous ne sont pas autant disponibles et investis dans la MDN. C'est le socle de soutien principal de la MDN.

Aucune autre association ne semble être un moteur majeur. Cependant, à la MDN D, les mères ont un groupe WhatsApp<sup>7</sup> et s'échangent beaucoup de conseils. Deux mères organisent des ateliers.

## **3.5. Spécificité du suivi en MDN**

### ***3.5.1. Spécificités et atouts***

Lien couples/SF particulièrement fort et enrichissant : toutes les SF. Les naissances sont évoquées comme les plus grands moments de joie par toutes les SF. On peut citer :

SF B : « *pouvoir observer et regarder la femme accoucher par ses propres moyens et être juste là à corriger un petit peu, ou à l'aider quand elle a besoin, c'est absolument magique* ».

SF C : le lien entre la SF et le couple est particulièrement engageant mais tellement enrichissant que SF C ne voudrait plus ne pas aller aussi loin dans la relation avec ses patientes.

Connaître les couples et vice-versa : toutes les SF en parlent, et quasiment en premier.

« *Repérer les besoins, être à l'écoute, temps qu'on passe, s'adapter aux patientes et pas l'inverse* ».

SF H, A, G : au niveau médical, cela permet une plus grande sécurité médicale grâce à une meilleure « *acuité diagnostique* ». SF A raconte avoir vécu une délivrance longue avec une patiente et ne pas s'être inquiétée car c'était une patiente qui avait besoin de temps pour tout.

Redonner confiance à la femme et avoir confiance dans la physiologie : SF A, B, E, F et G. On peut citer :

---

<sup>7</sup> WhatsApp est une application mobile de messagerie instantanée.

SF E : « *les femmes nous bluffent vraiment quand on leur fait confiance* » (ex : des jeunes primipares sans péridurale)

SF G : se centrer sur l'essentiel c'est à dire la parentalité et pas que l'accouchement. Le post-partum à domicile est très responsabilisant. Expérience d'un couple qui confirme que le suivi en MDN leur a donné confiance dans leur rôle de parents (déjà deux enfants nés en MDN).

Avoir du temps : SF A, D, G et H.

Médical : garder toutes nos compétences médicales SF A, B et G. On peut citer :

« *Faire le nécessaire mais pas l'inutile, garder toute nos compétences médicales, laisser la physio à la physio et la patho à la patho* ».

Rôle majeur de l'expérience : apprendre des femmes pour les SF C, E, F et H. On peut citer :

SF F : « *hyper important, ne pas sortir du diplôme pour avoir de la bouteille, même si j'ai appris mon métier en un an* ».

SF C : « *j'en apprend tous les jours, alors que j'ai 27 ans d'exercice* ».

Rôle des médecines alternatives ? SF F vs SF E. Ce thème n'a pas été abordé par les autres SF.

Très important pour la SF F (bonapace<sup>8</sup>, hypnose, homéopathie, massage, acupuncture) car cela aide à se mettre dans son corps vs SF E : « *avant j'utilisais beaucoup ça, maintenant je me rends compte que le plus important c'est de redonner confiance aux couples* ».

Littérature dont la littérature étrangère : SF A, B, D, E et G. Lire permet de voir ce qui se fait ailleurs, toujours se remettre en question et assurer sa crédibilité. SF D raconte une conversation enrichissante avec sa maternité qui ne connaissait pas les RPC de 2016 du CNSF sur le syntocinon®.

Etre indépendant est stimulant intellectuellement : SF H et SF D: toujours se former et se remettre en cause plutôt que suivre les protocoles hospitaliers.

Bon esprit d'équipe : MDN A, C, D et H. SF A a été très soutenue par ses collègues après un transfert difficile.

### ***3.5.2. Conseils des SF à d'autres MDN existantes ou en devenir***

Motivation des SF : SF A et D : « *que l'accouchement naturel, ça vous transporte* ».

Esprit d'équipe : SFA et C. Avoir une bonne entraide et des objectifs communs.

Garder un équilibre avec la vie personnelle : SF C, G et E.

SF C : le soutien des proches et principalement du conjoint est primordial.

SF G : le soutien des proches dont le conjoint. Attention au risque de s'oublier

---

<sup>8</sup> Méthode permettant de soulager la douleur de la mère pendant les contractions grâce à trois techniques : la digipuncture, les massages et la déviation de l'attention par la respiration.

SF E : organisation des astreintes: *« je ne me mets pas en mode chien de garde à partir de 37SA. Ca, de toute façon, elles le savent. Après, on est dispo. Elles savent que moi aussi, il me faut un délai d'au-moins une heure ou que je peux ne pas répondre à mon téléphone Elles anticipent et ça, ça se gère avec les patientes. On gère aussi beaucoup de choses par téléphone ».*

Formation des SF : SF B, D, F et G. Elles soulignent le manque de formations à la physiologie dans la formation de SF.

SF B : faire des formations à l'accouchement physiologique, (ex de celle de Lavillonière<sup>9</sup>).

SF D et G : faire des revues de la littérature.

SF F : avoir des outils et de l'expérience. Ce n'est pas pour les jeunes diplômés.

Soigner la relation avec la maternité : SF B et E.

SF B : *« que les maternités concernées se préparent à accueillir une MDN en se renseignant. Les maternités s'attendaient à ce qu'on travaille comme à l'hôpital or, on ne peut pas travailler comme à l'hôpital. Je trouve simplement que les maternités n'ont pas été préparées à ça ».*

SF E : *« rassurer l'équipe de la maternité que ce ne sera pas n'importe quoi. Je pense que les bonnes relations, elles sont tellement vitales ! Je ne vois pas comment ça peut être pérenne avec une relation conflictuelle entre les deux structures ».*

Rester dans la physiologie : SF A.

SF A: *« continuer à bien maintenir le cap de la physiologie, de pas se laisser embarquer dans des protocoles trop hospitaliers, parce qu'il y a très peu de pratiques quotidiennes de la physiologie en France. C'est ça qui est difficile. Facile de se faire happer par ce qui est connu et le plus pratiqué en France ».*

Être organisé: SF D et A.

### **3.5.3 MDN vs autres AGN**

AAD vs MDN : avis des SF B vs SF A et E.

Pour SF B, il y a pour l'instant davantage de contraintes en MDN qu'avec les AAD de par l'investissement de l'expérimentation et le partenariat qui donne moins de liberté. La contrepartie est la sécurité médicale de la MDN et d'avoir plus de clientèle.

SF A relève le problème du coût de l'assurance AAD et SF E du risque médical décuplé à domicile, *« étant hospitalière, je sais que ça peut déraper très vite sans qu'on n'ait rien vu venir et moi je n'ai pas envie de me faire peur ».*

Accouchements sur plateaux techniques vs MDN : avis des SF C et E.

SF C nous raconte son expérience sur plateaux techniques : l'environnement hospitalier donne moins de libertés aux SF (respect des protocoles, pose de cathéters périphériques...) et le cadre

---

<sup>9</sup> Jacqueline Lavillonière est une SF libérale. Auteur de nombreux ouvrages sur la physiologie de l'accouchement, elle pratique l'AAD.

est moins propice à l'accompagnement physiologique. Elle résume ainsi « ce qu'on fait un peu au plateau, on le fait beaucoup plus dans la MDN ».

SF E : les accouchements sur plateaux techniques demanderaient trop d'investissements, si la SF choisit de n'en réaliser que quelques-uns.

Pôles physio vs MDN : avis des SF E, F, G vs SF H.

SF E : c'est tout à fait possible de faire de la physiologie à l'hôpital et donc d'ouvrir des pôles physiologiques. Elle préfère cela à l'accouchement à domicile pour la sécurité médicale.

SF G ayant travaillé dans un pôle physiologique, nous raconte que c'était plus simple financièrement (vraie rémunération de l'hôpital, elle signait un CDD de 800 € à chaque naissance) et le lien avec l'équipe était plus simple.

SF F : les pôles physiologiques qui proposeraient un véritable AGN, seraient tout à fait équivalents à une MDN mais c'est plus compliqué à mettre en place (suivis par 2 SF au maximum).

SF H trouve que la MDN permet une plus grande autonomie des SF qu'un pôle physiologique.

### 3.6. Les locaux

MDN	Type de locaux	Distance de transfert et/ou minutage temps	Différentes pièces
MDN A	Locaux neufs Bâtiment séparé de l'hôpital	Passage par l'extérieur, entrée par les urgences obstétricales 1min30 couveuse	2 chambres de naissance avec baignoire salon/cuisine salle d'attente/salle de réunion salle de consultation
MDN B	Ancienne aile du service	Même couloir	2 chambres d'accouchements et salles de bain salle de consultation salle de PNP salon/cuisine-salle d'attente-chambre de SF
MDN C	3 chambres d'internats aménagés	3min30 100 m de couloir et l'ascenseur	1 chambre de naissance 1 salle de consultation transformable en chambre de naissance (baignoire transportable) salon/cuisine
MDN D	Dans l'hôpital Ancienne partie du service	Même couloir	1 chambre de naissance (une autre pourrait ouvrir selon la demande) salle de consultation salle de PNP - 1 salon/cuisine
MDN E	Anciennes chambres du service	Même couloir	1 chambre de naissance 1 salle de consultation, aménageable en chambre de naissance) – 1 salle de PNP
MDN F	Anciennes chambres du service	Non renseigné	1 chambre de naissance 1 salle de consultation (aménageable en chambre de naissance, piscine gonflable) 1 salle de PNP salon/cuisine avec une bibliothèque
MDN G	Ancienne habitation du directeur Bâtiment séparé de l'hôpital	Passage par l'extérieur (20m) Couveuse pour les nouveau-nés	2 chambres de naissance avec salles de bain salle de consultation cuisine/ salon avec une bibliothèque
MDNH	Dans l'hôpital, entrée séparée	Ascenseur et couloir (20m)	2 chambres de naissance 2 bureaux de consultation - 1 salle de PNP cuisine/salon/salle de réunion

Préférence pour un bâtiment séparé ou une entrée séparée : SF A, H.

SF A : considère sa MDN qui est dans un bâtiment séparé comme l'idéal pour la convivialité de la MDN. Transfert considéré comme simple car proche.

SF H : a pu choisir d'avoir une entrée séparée dans un même bâtiment et le considère comme idéal pour l'indépendance de la MDN.

SF C : ce n'est pas forcément la proximité qui fait la sécurité du transfert. Elle raconte un transfert compliqué. Bien que la distance est proche, le nouveau-né a décompensé pendant le transfert. Il aurait peut-être été préférable de le ventiler à la MDN et d'organiser avec le Samu un transfert plus sécurisé.

Avis partagés : SF B et G.

SF B : aurait préféré un bâtiment séparé pour avoir un cadre non hospitalier/ transfert plus compliqué si passage extérieur.

SF F : cadre plus convivial avec son propre bâtiment/ relation plus difficile avec l'équipe, se sentent plus isolées.

Expériences des SF qui ont une MDN dans l'hôpital :

SF D : facilite les relations entre les collègues.

SF F : être dans l'hôpital n'empêche pas qu'elles se sentent dans un tout autre univers dès l'entrée dans la MDN. "Ça ne fait pas du tout hôpital".

**Les locaux sont décrits par toutes les SF comme un lieu convivial et chaleureux :**

SF A : important pour les patientes qu'elles viennent pendant la grossesse à la MDN pour se familiariser avec le lieu et s'y sentir chez elles le jour de la naissance.

SF B : on s'y sent vraiment bien, on a pu faire ce qu'on voulait. Après l'accouchement, un repas est partagé avec le couple et les SF.

SF F : libre accès. Bibliothèque disponible. Peuvent cuisiner sur place pendant l'accouchement et pendant les consultations et la PNP.

SF G : les patientes peuvent venir quand elles le souhaitent. Elles ont un libre accès avec un code. Une bibliothèque est à disposition et les livres se prêtent de couples en couples.

**Souligne la difficulté d'avoir des locaux disponibles :**

SF C : ce serait le point le plus difficile du cahier des charges : des locaux disponibles, attenants à la maternité et sans trop de travaux. Une MDN n'a pas ouvert à cause de ça.

SF H : opportunité du déménagement avec la construction de la nouvelle maternité. Les locaux ont pu être construits sur mesure. Ils sont fonctionnels et cela facilite beaucoup la vie des SF.



**Lieu des consultations parfois au cabinet de la SF libérale** : MDN A, C et G, selon la disponibilité de la salle de consultation et la distance du domicile.

### 3.7. Aspect financier

#### **Dépenses** :

Loyers : tous locataires de l'hôpital, sauf MDN E (juste investie ds les travaux, mais pas chère).

La dépense la plus citée et en premier. Son coût est très variable; de 20 000 à 100 000 € annuel.

Assurances : 3000 € par an par SF référente et 500 € par an par SF de soutien. Les prix ont été négociés au début de l'expérimentation entre le collectif des MDN et les assurances: la MACSF a proposé ce tarif pour l'expérimentation, qui est le même que celui des suivis sur plateaux techniques. SF B nous dit être « *clairement gagnante* », pour SF C cela « *reste un gros budget* ».

Astreintes des SF de soutien : il n'y a pas d'actes dans la tarification sécu pour la SF de soutien. Leurs astreintes sont payées par la MDN. Elle est citée par 3 SF comme étant une dépense problématique. Pour la MDN F, le budget est tellement conséquent que les deux SF référentes souhaiteraient avoir un deuxième binôme pour assurer eux-mêmes ces astreintes.

Matériel : ce thème n'a été abordé d'emblée que par SF B. Elle précise qu'ils recherchent des sources de financement autres pour le matériel, que la subvention ne peut couvrir. Cette MDN a récemment investi dans un échographe portable pour réaliser les quantités de liquide amniotique des consultations de terme. Sinon, SF C et G disent qu'à part un investissement de départ pour la table de réa et les monitorings, ce coût n'est pas si conséquent : l'accouchement non médicalisé est peu coûteux en soi.

#### **Financement** :

Subvention annuelle de 150 000 € de l'ARS. Les MDN ne peuvent fonctionner sans.

Adhésion obligatoire des couples dans toutes les MDN

Cotation des actes de la sécurité sociale : 344,40 € de l'acte accouchement<sup>10</sup>. La somme est perdue en cas de transfert. Trois SF nous disent trouver cette rémunération particulièrement faible vu le temps de travail.

---

<sup>10</sup> selon la tarification prévu par la sécurité sociale consultable sur :

<https://www.ameli.fr/lille-douai/sage-femme/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/tarifs>

Exception de MDN F : elle n'a pas été autorisée à utiliser la carte Vitale. Les sages-femmes déclarent directement à l'ARS leurs actes pour se faire rembourser. Ce montage financier complexe est une difficulté : les premiers remboursements ont été long à arriver, un délai de remboursement persiste toujours, et ce travail est prenant.

Autres aides : la MDN B : appels à dons (MSA, une autre mutuelle, association locale, conseil de l'ordre départemental des SF). Un mécène a offert une baignoire au sein de la MDN E.

MDN	Dépassements d'honoraires	Remarques
MDN A	0	Souci d'égalité
MDN B	oui	« pas forcément pour mais sinon, aucune SF ne viendra faire son boulot » « paie mieux le temps qu'on passe »
MDN C	500 € + 25 € par consultations	Flexible selon la patiente
MDN D	500 €	Augmentation progressive (au départ 250€)
MDN E	356,50 €	La moitié pour l'association, le reste pour la SF référente
MDN F	0	Souci d'égalité Une grosse concession
MDN G	450 €: répartis également entre la SF de soutien, la MDN et la SF référente	« plus grand chose pour nous! »
MDN H	Oui (somme non abordée)	« sans ça, on ne peut pas s'en sortir, quoi! »

Les mutuelles remboursent en général ces dépassements à hauteur de 344,40 €. C'est beaucoup plus rare pour les deux MDN hors métropole.

SF en MDN est un métier à concession financière : SF A, C, D, F et G.

Nécessité de faire des économies : MDN A, C, F.

MDN A : le budget formation est à la charge des SF et ne font que le minimum (AFGSU, réanimation néonatale requise dans le cahier des charges).

MDN C : pas de budget pour avoir une secrétaire.

MDN F : choisissent de prendre davantage de patientes pour rentabiliser leur activité. « *On commence à tirer un peu la langue, quoi. On commence à fatiguer. Donc, ça veut dire quoi, on va plus cibler les patientes qu'on recrute. On a beaucoup de demandes de primipares, donc on va prendre un peu moins de primipares parce que c'est plus chronophage. Attention aux patientes fragiles parce que psychologiquement, c'est pareil, elles demandent beaucoup de temps et d'énergie qu'on n'a pas. Donc, c'est un peu le problème, quoi* ».

Nous abordons maintenant la discussion de notre travail.

# 4. ANALYSE ET DISCUSSION

## 4.1. Analyse critique de l'étude

### Points faibles de l'étude

- La technique des entretiens, réalisés par skype et encore plus par téléphone, est moins riche que s'ils étaient réalisés en face à face.
- Au fil des entretiens, les SF ont abordé des sujets différents, ce qui a compliqué l'analyse de contenu.
- La MDN qui n'a pas ouvert ses portes, n'a pas pu être incluse dans notre étude. Il aurait été intéressant de connaître les freins à son ouverture.
- Les propos recueillis ne sont l'avis que de quelques SF de MDN. Ils sont dépendants de leurs personnalités et humeurs du jour. Tout ce qu'elles nous ont rapporté sur les autres professionnels de santé ou les couples est éminemment subjectif.
- Les SF interrogées sont celles qui étaient volontaires et ont répondu favorablement à nos sollicitations. On peut penser que ce sont les SF les plus optimistes sur leur travail et qu'il y a donc un biais de sélection.

### Points forts de l'étude

- Toutes les MDN qui ont ouvert leurs portes ont été incluses. Notre étude est donc particulièrement représentative de l'expérimentation.
- Notre trame se composait d'une douzaine de questions peu directives (Annexe I). Ceci a permis une grande liberté de parole. Ainsi, nos échanges furent particulièrement riches et ont fait émerger les éléments les plus pertinents.

## 4.2. Discussion

### *4.2.1. Les freins au fonctionnement des MDN*

Notre étude a soulevé des freins au fonctionnement des MDN, que nous discuterons successivement: la médicalisation de la grossesse, l'enjeu financier, l'implication des SF et le recrutement des SF.

## Contexte de la médicalisation de la grossesse

Nous avons vu que maintenir de bonnes relations avec la maternité partenaire est essentiel. Et pourtant, cela n'est pas si simple.

Tout d'abord, l'accouchement physiologique et l'AGN se développent en opposition avec le monde hospitalier. Madeleine Akrich, affirme « *en France, toute grossesse et tout accouchement sont considérés comme potentiellement risqués et il n'y a aucun moyen permettant d'éliminer de façon radicale le risque* » [14]. Danièle Carricaburu parle « *d'une inflation constante du contenu de la catégorie haut risque* » concernant les grossesses [15]. Béatrice Jacques a recueilli la parole de professionnels de santé. Un gynécologue répond à la question : « *Qu'est-ce que pour vous une grossesse normale ? C'est difficile... Peut-être une grossesse dont on n'a pas entendu parler... parce que des grossesses normales, il n'y en a plus* » (p55) [16]. Ces sociologues soulignent que la grossesse est représentée comme une période à **risque médical** dans l'univers français des années 2000. Cela explique que les MDN ont été si longues à être autorisées, même si les pouvoirs publics ne sont pas hermétiques à ces questions. Et les difficultés persistent. Nos SF nous ont majoritairement confirmé ce décalage de prise en charge. Proportionnellement plus représentées sur le territoire outre-mer (2 MDN sur 8), on peut penser que le climat de médicalisation de la grossesse y est moindre et rend plus aisé les MDN. Un véritable **choc culturel** sépare la MDN de l'hôpital.

La mère et l'enfant sont-ils en danger en accouchant en MDN ? Les deux cas particuliers de transfert décrits semblent indiquer qu'aucune erreur médicale n'a été faite par les SF de MDN. Nous ne sommes pas à l'abri de complications rares et graves (rupture spontanée du cordon à la naissance). N'ayant que très peu d'informations sur le nouveau-né décédé, dont la patiente a été transférée pour une demande de péridurale, nous ne pouvons incriminer l'impact du suivi en MDN. Cependant, Justine Peltier, dans son mémoire de fin d'études de SF réalisé en 2014, montrait par une étude cas témoin sur 48 femmes accouchant à la MDN de Pontoise, qu'il n'y avait pas plus de complications qu'à l'hôpital [17].

SF B trouve que, même avec une bonne volonté, **les maternités n'ont pas été prêtes à accueillir les MDN**. Les SF doivent justifier leurs prises en charge souvent considérées comme extrêmes. Par ailleurs, les SF de MDN elles-mêmes, découvrent une tout autre manière de faire que celle apprise pendant leur formation initiale. Il y a un **manque de formation à la physiologie des SF**, alors que la physiologie est précisément leur domaine. Ornella Lenoir [18], une SF française exerçant en MDN suisse, souligne le paradoxe de la SF française sur-compétente par rapport à sa consœur suisse. Profession médicale, elle peut intuber des nouveau-nés, réaliser des révisions utérines, poser des dispositifs intra-utérins... mais elle est démunie concernant la physiologie de l'accouchement. A l'occasion des RPC de

l'accouchement physiologique de 2017 [19], nous constatons qu'il y a **très peu d'études sur la physiologie de l'obstétrique**. Par exemple, les données actuelles de la littérature ne permettent pas de recommander une durée des efforts expulsifs. En 2011, le CNGOF recommandait une extraction au bout de 30 minutes d'efforts expulsifs avec un RCF normal. Ce n'était qu'un accord d'expert.

Les premiers à vivre ce choc culturel sont les couples transférés. C'est d'autant plus violent qu'ils choisissent la MDN pour éviter de mettre un pied à l'hôpital. Les SF soulignent donc l'importance de **préparer les couples aux transferts**. Il est aussi primordial de bien **choisir sa maternité partenaire**. Nous constatons qu'avec les plus « grosses » maternités (3000 accouchements) comme c'est le cas avec les MDN F (niveau 3) et H (niveau 1), la relation hôpital-MDN semble plus difficile. Plus que le niveau de la maternité, ce serait le nombre d'accouchements qui accentue ce décalage. Contrairement à la SF de MDN, les SF de ces maternités de taille importante suivent plusieurs patientes simultanément. L'équipe hospitalière aurait moins de temps disponible pour travailler avec la MDN, la bonne entente entre collègues serait plus difficile (car il y a alors plus de collègues). Il est préférable de s'assurer que l'ensemble de l'équipe médicale est d'accord pour l'arrivée de la MDN et non pas qu'une minorité, voire même seulement la direction de l'hôpital. La **démarche scientifique** crée un pont entre ces deux mondes de la naissance : les revues de la littérature ainsi que les RMM permettent des discussions constructives et objectives.

Nous nous interrogeons également sur **l'indépendance et l'autonomie des MDN** vis à vis du partenariat. Philippe Charrier, constatant la spécificité française de la notion de risque en obstétrique, présentait début 2013 que les MDN françaises seraient qualifiables de « MDN hospitalières » [1] (p197-198). Toutes les MDN ont leurs locaux contigus (prévu par le cahier des charges) et la plupart sont dans l'enceinte de l'hôpital voire du service. Cependant, les SF nous ont confié que cela ne les empêchait pas d'y rester maître des lieux et que l'atmosphère ne soit pas du tout hospitalière. Cependant, les deux SF de la MDN F sont salariées de la clinique et y reversent leurs salaires. Elles restent autonomes sur les tâches logistiques et administratives. Le lien de dépendance à la maternité est donc limité puisqu'elles travaillent en totale autonomie (dont les tâches de fonctionnement de leurs MDN). La MDN E où la Cadre de la maternité est présidente de l'association et une des SF est hospitalière, retient davantage notre attention. SF E nous dit « *Nous, on avait peur de ce côté ingérence qui se mêle de tout. Bon, après, il a fallu quelques mois, plusieurs analyses de dossiers histoires de faire le point sur tout ça. Ça aide d'être en hospitalier. Mais c'est aussi à double tranchant. C'est à dire qu'eux, ils se permettent plus, non pas d'intervenir mais de donner leurs avis que si on était juste tu voies, des structures*

*complètement coupées même si physiquement proches* ». Les avantages sont le soutien pour la logistique et l'administratif (uniquement pour la MDN E), ainsi que la relation facilitée avec l'équipe en contrepartie d'une moindre liberté des SF davantage tenues de rendre des comptes envers leurs maternités. Nous pouvons donc qualifier la MDN E de MDN hospitalière. D'ailleurs, d'autres structures qui se prénomment « maisons de naissance » existent en France. Elles sont gérées administrativement par la maternité, les locaux sont juxtaposés aux salles de naissance et les SF y sont salariées. Nous pouvons nommer celles de Pontoise (95), Remiremont (88) et Lormont (33). Des filières physiologiques aussi appelées pôles physiologiques existent également comme à Rennes (35). Ils se présentent comme des MDN intra-hospitalières. Ailleurs, l'AGN est possible avec accès au plateau technique par des SF libérales, par exemple à Lens (62).

En résumé, il nous semble que les MDN de l'expérimentation ont leurs spécificités propres. Elles se démarquent des autres formes d'accompagnement global car les SF sont plus libres de proposer un suivi différent du suivi classique hospitalier. Pour rappel, SF C nous disait « *ce qu'on fait un peu au plateau, on le fait beaucoup plus dans la MDN* » (cf point 3.5.3). Cependant, leur mise en place est bien plus difficile. La fragilité du lien avec la maternité en est la principale cause. Nous sommes encore tôt dans l'expérimentation et nous pouvons espérer que ces efforts porteront leurs fruits, d'autant plus que les huit MDN nous ont semblé en bonne voie. Une des MDN plus que les autres est qualifiable de MDN hospitalière. Il s'agit d'un compromis dans l'avancée des MDN, tout comme le sont les pôles physiologiques et le plateau technique. Il nous semble que ces premiers pas vers la physiologie en amènent d'autres.

### **Implication des SF**

De par les astreintes et les nombreuses tâches liées au fonctionnement de la MDN, ce métier est particulièrement prenant. En effet, la logistique et l'administratif, tout comme pour un cabinet de SF libérales et pour les SF hospitalières, prennent de plus en plus de place. Il est important de trouver la plus juste articulation dans la répartition des suivis pour concilier l'AGN et le meilleur confort de vie possible. Vu les ajustements faits, il nous semble qu'il vaut mieux avoir des **SF de soutien extérieures** plutôt que ce rôle soit assuré par les SF référentes qui cumulent les astreintes.

Pour le suivi, celui en trinôme, récemment choisi par une MDN, nous paraît moins idéal : la répartition des astreintes en trois se fait au détriment des couples. La SF qui sera présente à l'accouchement et le couple se connaissent moins bien alors que cette relation est justement la

clé de voûte de l'AGN. Le suivi seul est particulièrement riche mais bien plus prenant. Seules les SF les plus déterminées s'y aventurent et persistent. Nous voyons que la plupart qui ont fait ce choix sont passées à un fonctionnement **en binôme**. Celui-ci nous semble un bon compromis, permettant aux professionnels des jours de repos, et au couple de n'avoir que deux SF référentes. Deux MDN ont choisi d'avoir un suivi en binôme avec une SF principale par couple. Seuls quelques jours d'astreintes par mois sont assurés par une autre SF, permettant un repos pour la SF principale. C'est le choix qu'ont fait les SF de la MDN H et il leur convient. Elles ont moins de tâches administratives que dans d'autres MDN (association active, salariée pour le ménage et SF coordinatrice qui gère une bonne partie du fonctionnement). La SF C nous confie préférer ne pas avoir de SF coordinatrice pour garder un esprit d'autonomie entre collègues, dont elles ont l'habitude étant SF libérales.

La disponibilité des SF est également dépendante de leurs éventuelles activités en cabinet. Il est important que celles qui font ce choix puissent avoir des aménagements pour concilier les deux activités : un cabinet partagé semble préférable (soutien des collègues) sans hésiter à diminuer l'activité.

Les SF nous ont confié les difficultés à concilier ce métier avec leurs vies personnelles. Le risque de s'oublier existe et il est primordial d'en tenir compte avant de commencer à travailler dans une MDN.

Nous pensons qu'il faut essayer de tout faire pour être le plus disponible pour les couples sans être embolisé par le travail administratif et logistique. Le temps investi est alors pour les couples, leurs cœurs de métier. Il est donc plus simple à accepter et a plus de sens. A chaque MDN de trouver son équilibre et ses ressources.

### **Enjeu financier**

Lié à l'investissement des SF, l'enjeu est de taille. Les SF nous ont confié suivre davantage de patientes pour rentabiliser la MDN, préférer les multipares aux primipares trop chronophages et se refuser d'avoir une secrétaire pour ces tâches pourtant très énergivores. Elles limitent également leurs budgets formations, se contentant parfois des strictes obligations alors que les SF soulèvent l'importance de se former à la physiologie. Le coût reste parfois totalement à la charge des SF. Elles sont donc moins disponibles pour l'essentiel : les couples.

Plus précisément, la plupart ont choisi d'appliquer des **dépassements d'honoraires**. Ils sont rares dans la profession de SF. Les SF de MDN font ce choix, pourtant contraire à un principe d'égalité d'accès aux soins auquel elles sont sensibles, pour « payer mieux le temps passé ». Les 349,44 € prévu par la cotation des actes de la sécurité sociale pour l'accouchement, ne peuvent couvrir toute l'implication : l'accouchement (dont les 6 à 12 heures de post-partum), et encore plus la disponibilité des astreintes. Par ailleurs, cette somme n'est pas versée en cas de transfert.

Le deuxième enjeu soulevé est la **rémunération de la SF de soutien**. N'existant nulle part ailleurs qu'en MDN, sa rémunération (accouchement et astreintes) n'est pas prévue par la cotation des actes. Une MDN désirerait ne plus avoir de SF de soutien extérieure pour ne plus avoir besoin de faire face à leur coût alors que d'autres SF nous ont raconté combien il est appréciable, gain de temps une fois de plus, que ce soit des SF extérieures qui assurent ce rôle.

**L'indemnité annuelle** de 150 000 € allouée par l'ARS pour chaque MDN nous pose question car les budgets sont très variables : par leurs tailles (2 à 8 SF référentes) et leurs loyers (localisation et taille, de 20 000 à 100 000 €). Il nous semblerait plus pertinent que cette indemnité soit ajustée à chaque MDN. On pourrait sinon imaginer un forfait accouchement en MDN.

En revanche, le coût des **assurances**, n'est pas une difficulté majeure, contrairement à ce que nous aurions pu penser. Nous espérons que les prix expérimentaux de la MACSF seront maintenus au-delà de la période expérimentale (2016-2021).

Consciente des soucis financiers qui touchent l'ensemble de la vie publique, nous comprenons que les MDN sont loin d'être une priorité. Cependant, l'accouchement physiologique en lui-même est peu coûteux car non médicalisé. Rendre possible ces accouchements par une rémunération ajustée permettrait de faire des économies. On peut aussi penser que si les conditions d'exercice, dont financières des SF sont meilleures, alors les MDN deviendront bien plus nombreuses et pourront être source d'économie.

### **Recrutement des SF**

Deux MDN souhaiteraient s'agrandir et ont du mal à trouver des SF. L'une d'elles a cette difficulté car elle est dans une région reculée. Il nous semble préférable, surtout dans ce cas, d'avoir un réseau professionnel solide de SF pour ouvrir une MDN car peu de SF sont intéressées par ce mode d'exercice peu classique.



## L'expérimentation

Nous pouvions penser qu'au vu du cahier des charges, les SF nous parleraient davantage de son exhaustivité. Même si remplir le dossier d'expérimentation est prenant, ce n'est pas une difficulté clairement ressortie dans notre étude.

Mise à part l'importance de persévérer dans leurs efforts, les SF nous ont peu fait part de leurs impressions sur la réussite ou non de l'expérimentation. Sans doute ont elles peu de recul. Le point le plus sensible reste l'insertion au sein du paysage périnatal et cet équilibre va en s'améliorant grâce aux efforts côté maternité et MDN. L'expérimentation nous paraît donc en bonne voie et il nous semble que les MDN seront autorisées à ouvrir. Cependant, il est encore tôt dans l'expérimentation qui ne s'achèvera qu'en 2021. Nous émettons une limite : les SF sauront-elles tenir dans la durée ? SF C nous dit « on peut être à fond pendant six mois, un an, mais pendant cinq ans ? ».

### *4.2.2. Les moteurs au fonctionnement des MDN*

Notre étude a soulevé différents moteurs au fonctionnement des MDN que nous discuterons successivement : des appuis extérieurs, la motivation des SF, d'avoir confiance en la physiologie et de la transmettre aux couples, leur formation à la physiologie et de faire attention aux critères de sélection des patientes. En revanche, les médecines alternatives ne nous semblent pas primordiales.

Nous ne reviendrons pas sur l'importance de prendre soin de la relation avec la maternité partenaire et de trouver une organisation ajustée.

## Appuis extérieurs

On retrouve des sources d'appuis extérieurs dans certaines MDN mais pas dans toutes. **L'association de la MDN H** est la seule particulièrement active. C'est celle qui contient le plus d'adhérents car elle existait déjà avant l'expérimentation. On peut penser que le rôle des autres associations grandira avec l'âge des MDN. C'est aussi aux SF de penser à solliciter les couples. Le ménage trimestriel est un exemple simple mais concret. Par ailleurs, la MDN G fonctionne avec **un réseau de SF libérales** ce qui, en plus d'être profitable au fonctionnement de la MDN,

facilite l'insertion dans le paysage périnatal. En outre, le **CNOSF** a toujours soutenu les MDN. Il a joué un rôle pour la promulgation de la loi ainsi que la négociation des prix des assurances. Nous constatons qu'au niveau local, il a soutenu deux MDN par ses conseils et son soutien financier. C'est peut-être aux SF de penser à le solliciter.

### **Motivation des SF**

Pour rappel, SF B nous disait: *« c'est le fait d'être seul pour tout monter. C'est à dire, en fait, on sait bien que tout le monde nous dit c'est bien ce que vous faites et vous le faites bien, n'empêche qu'il y a personne pour nous aider. Il n'y a pas force vive pour nous aider. Quelque part, il faut quand même qu'on invente tout et ça s'est difficile »* (cf point 3.2.2.). Nous sentons que même avec certains appuis, les SF doivent surtout compter sur elles-mêmes. Il n'est pas question de se lancer dans l'aventure sans une vraie détermination, qui est le principal socle des MDN. S'appuyant surtout sur leurs propres forces, les SF doivent prendre soin de leurs relations interpersonnelles : un bon esprit d'entraide (lors des transferts difficiles, être arrangeant entre collègues ... ) aide beaucoup. Les formations faites entre pairs sont une bonne occasion.

Par ailleurs, nous avons repéré que certaines SF sont davantage intéressées par la physiologie alors que d'autres par l'AGN. Approfondir la relation entre la SF et la femme, ne serait pas possible avec un suivi classique hospitalier et l'alternative serait donc de sortir de la médicalisation.

### **Relation SF/couple et confiance en la physiologie**

Les SF sont unanimes : la clé de voûte de la prise en charge des femmes est cette **relation** unique entre la patiente et la SF qui se connaissent si bien. Anne-Marie Curat, actuelle présidente nationale du CNOSF, vient confirmer ces propos. Dès 2010, elle rappelle que la MDN est avant tout un engagement de confiance entre la professionnelle et sa patiente [20]. Il n'est pas question que la patiente refuse un transfert que la SF jugerait nécessaire, comme c'est parfois le cas lors d'AAD. Les RPC de l'accouchement physiologique de 2017 [19] insistent sur le rôle primordial du soutien continu des femmes pendant l'accouchement. C'est le seul moyen non médicamenteux qui a clairement fait ses preuves dans la littérature : Hodnett et al. ont publié, en 2012, dans la Cochrane Library, une méta-analyse sur le sujet. Ils montrent que les femmes accouchent plus rapidement et qu'il y a moins de recours aux césariennes et aux extractions [21]. Les MDN seraient paradoxalement un lieu de sécurité. Trois SF nous ont d'ailleurs dit avoir une plus grande acuité diagnostique puisqu'elles connaissent leurs patientes aussi sur le plan médical.

Les SF apprennent à faire **confiance en la physiologie des femmes** et leurs capacités à accoucher elles-mêmes. Ayant foi en leurs patientes, elles transmettent cette confiance. Cela n'empêche pas de garder une expertise médicale et de repérer les pathologies. Simplement, le regard sur la parturiente change : le risque médical n'est plus omniprésent tel une épée de Damoclès. Ce suivi global, qui se poursuit dans le post-partum, est très riche pour le couple et leur donne confiance en leur parentalité. Doris Nadel, sage-femme libérale, nous le disait en 2004, « la confiance est la clé de voûte de l'eutocie » [22].

### **Formation à la physiologie**

Les SF ont toutes souligné l'importance de se former spécifiquement à la physiologie. La formation initiale française, théorique comme pratique, est pauvre en ce qui concerne la physiologie, nous ont dit massivement les SF. Anne-Marie Curat le confirme également [20]. Vu les changements que nous percevons déjà, il nous semble que cela pourrait évoluer dans les années à venir.

### **Médecines alternatives**

Acupuncture, hypnose, phytothérapie, yoga...ne semblent pas être des outils primordiaux. Seules deux SF de notre étude ont abordé ce sujet. Pour l'une, ceux sont des outils indispensables alors que la deuxième nous raconte avoir progressivement découvert qu'ils ne sont pas l'essentiel de la prise en charge : une fois de plus, le plus important est d'avoir confiance en la physiologie des femmes. D'ailleurs, les RPC de l'accouchement physiologique de 2017 [19] affirment que les données actuelles de la science ne permettent pas de les recommander.

### **Critères de sélection des patientes**

Les SF nous ont confié leurs difficultés à refuser des patientes, pour des raisons médicales (avec un choix de critères très stricts, n'ayant pas le droit à l'erreur) et également selon le contexte psycho-social patientes fragiles intéressées par les MDN pour être davantage soutenues. Nous pouvons regarder l'exemple allemand : ce sont des critères très stricts médicaux qui rendent les transferts en urgence plus rares et une prise en compte du versant psychologique et social est réalisée [20]. Il nous semble que c'est une chance de garder des critères stricts médicaux et nous espérons que la prise en compte du versant psychologique et social sera prévue au terme de l'expérimentation.

## 5. CONCLUSION

Au terme de deux des cinq années de l'expérimentation 2016-2021, nous avons vu que huit MDN fonctionnent et répondent aux conditions de l'expérimentation.

Leurs difficultés principales sont la fragilité du lien avec les maternités partenaires liée au contexte français de la médicalisation de la grossesse, leur manque de soutien financier ainsi que l'investissement des SF très prises non seulement par les contraintes mais aussi par la logistique et l'administratif. Cette relation MDN / maternités partenaires semble plus facile avec les maternités de petite taille (moins de 2000 accouchements par an). C'est une démarche de qualité de soins, avec l'appui de la bibliographie, ainsi qu'une bonne communication qui améliorent cette relation. Par ailleurs, les SF cherchent à trouver le meilleur équilibre dans l'organisation du suivi. Il semble que le suivi en binôme soit le plus approprié ainsi que de faire appel à d'autres SF pour le rôle de SF de soutien.

Mis à part quelques appuis extérieurs dans certaines MDN (association des usagers, conseil départemental de l'ordre des SF, réseau de SF libérales), les SF se sentent seules. Leurs motivations et déterminations nous semblent le principal socle des MDN : elles existeront tant que les SF souhaiteront continuer d'accompagner ces couples. Plus que les médecines alternatives, avoir confiance en la physiologie de l'accouchement et la transmettre aux couples ainsi que les connaître particulièrement bien, sont les principaux atouts de cette prise en charge non médicalisée. Notre étude a également soulevé l'importance de se former à la physiologie. En effet, la formation initiale des SF ne serait pas suffisante pour une parfaite maîtrise de la physiologie de la parturiente.

Il ressort une méconnaissance du suivi spécifique en MDN par les maternités partenaires. La notion de risque prédominante dans la représentation de la grossesse en France est en tout opposée avec le suivi en MDN. La prise en charge en MDN repose essentiellement sur une confiance en la physiologie de l'accouchement ainsi que la relation approfondie tout au long de la grossesse entre la SF et le couple. Le manque de connaissance de la physiologie révèle également ce décalage de prise en charge.

Par ailleurs, une des MDN de l'expérimentation n'est pas indépendante de sa maternité partenaire comme prévu dans la définition des MDN du Netzwerk. Elle fonctionne similairement à d'autres « pôles physiologiques » qui voient le jour dans les structures hospitalières dont certains se prénomment également maisons de naissance. Nous pouvons donc les qualifier de maisons de naissance hospitalières. Leur existence, ainsi que les accouchements sur plateau technique, sont le reflet d'un premier pas en réponse à la demande d'alternative à la médicalisation de la grossesse. L'expérimentation en est un nouveau. Les MDN de l'expérimentation donnent davantage de liberté aux SF afin de proposer un suivi si différent du suivi commun hospitalier. Le décalage MDN/ hôpital y est plus important et explique les difficultés rencontrées.

Les MDN répondent à la demande des femmes mais elles sont encore trop peu nombreuses sur le territoire. Nous souhaiterions que ces huit MDN puissent servir de modèle à de prochaines ouvertures au terme de l'expérimentation. SF H conseillait justement à de potentielles futures MDN : *« de venir prendre tout les conseils de celles qui ont démarré déjà avant, parce que je pense que c'est pas facile. D'aller d'emblée dans ce qui marche, qu'on continue à bosser de concert. C'est tellement un projet hyper complet, une structure à part entière, des SF qui sont passionnées par leur boulot et prêtes à donner du temps pour ça. Y a un gros temps de travail sur les protocoles, de formations avec les SF de soutien. Il faut de la motivation mais c'est tellement chouette que ça n'a pas de prix. La qualité de travail vaut largement ça ».*

Nous avons vu que les équipes des maternités méconnaissent ces prises en charges si différentes. Il serait intéressant d'étudier plus précisément, par un autre mémoire d'étudiante SF par exemple, le propre de ce suivi, afin de contribuer à faire découvrir aux professionnels périnataux les maisons de naissance.

# Bibliographie

- [1] Charrier P, Clavandier G, Sociologie de la naissance. Armand Collin, Paris-2013, 270p
- [2] Morel MF Histoire de la naissance en France. Adsp n°61/62, Décembre 2007, mars 2008.
- [3] Ducroux-Schouwey C, Gaebel G, Respect des souhaits et vécu de l'accouchement, communiqué de presse [En ligne]. 2012 Novembre [2 pages]. Consultable à l'URL : [http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/CP\\_sortie\\_maternite\\_Novembre2012.pdf](http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/11/CP_sortie_maternite_Novembre2012.pdf)
- [4] Dupont C, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. Revue sage-femme, Novembre 2016, 8p. Consultable à l'URL : <http://dx.doi.org/10.1016/j.sag.2016.11.006>
- [5] Rutledge Stapleton S, Outcomes of care in Birth centers : demonstration of a durable modes. Journal of Midwifery & Women's Health, janvier 2013, 12p.
- [6] Overgaard C. Freestanding midwifery unit versus obstetric unit : a matched cohort study of outcomes in low-risk women. British Medical Journal, août 2013, 13p.
- [7] Schwartz, Maisons de naissance en France Phase expérimentale 2016-2021. Site du réseau de santé de Champagne Ardennes. Consultable à l'URL : [http://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/6-2016-05-20-schwartz-maison\\_de\\_naissance\\_reseau\\_ch\\_ard.pdf](http://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/6-2016-05-20-schwartz-maison_de_naissance_reseau_ch_ard.pdf)
- [8] KOUCHNER B, Allocution de Bernard Kouchner, secrétaire d'Etat à la santé, le 10 octobre 1998, à la 9ème Journée nationale de la Fédération des cercles d'études des gynécologues-obstétriciens. [en ligne] consultable à l'URL : [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33\\_981010.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_981010.htm)
- [9] Plan périnatalité 2005-2007 humanité, proximité, sécurité, qualité, [En ligne], 2007, 42p, consultable à l'URL : [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)
- [10] CNGOF, Communiqué de presse, Expérimentations de maisons de naissance, Mise en garde du CNGOF, 11 Mars 2008, Consultable à l'URL : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/080310DHOS\\_Maisons%20de%20naissance.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080310DHOS_Maisons%20de%20naissance.pdf)
- [11]  
CALM <http://www.mdncalm.org>  
DOUMAIA <http://doumaia.fr>  
LA MAISON <https://www.lamaisongrenoble.com>  
LE TEMPS DE NAITRE <https://www.letempsdenaitre.fr/contact/>  
JOIE DE NAITRE <http://www.manoa.re>  
PREMIER CRI  
PREMIERES HEURES AU MONDE <http://mdnpham.fr>  
MANALA <http://www.manala.fr>  
UN NID POUR NAITRE <http://www.unnidpournaitre.fr>

- [12] HAS, Cahier des charges de l'expérimentation, les maisons de naissance, Septembre 2014, 32p consultable à l'URL : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201409/cahier\\_charges\\_maisons\\_naissance\\_230914.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201409/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf)
- [13] HAS, Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées, publié en 2007, mise à jour en Mai 2016, 42p. [en ligne] consultable à l'URL : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf)
- [14] Akrich M, Comment la naissance vient aux Femmes. Empêcheurs De Penser En Rond-Mars 1996 – 96p
- [15] Carricaburu D, De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. Risque et Santé, Volume 30, numéro 1, printemps 2007, pages 123-44
- [16] Jacques B, Sociologie de l'accouchement. Presses universitaires de France, 2007, 208p
- [17] Peltier J, Une prise en charge différente pour un accouchement moins médicalisé : les MDN sont-elles possibles en France ? Mémoire de diplôme d'état de sage-femme, Avril 2014, 70p
- [18] Lenoir O, Maisons de naissance, l'exemple de la Suisse. Vocation Sage-femme, n°123, Novembre Décembre 2016, pages 11- 4
- [19] HAS, Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales- Argumentaire scientifique [En ligne]. Décembre 2017. 199p. Consultable à l'URL : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_argumentaire.pdf)
- [20] Curat A-M, La maisons de naissance, avant tout un engagement de confiance entre la professionnelle et sa patiente. Vocation Sage-femme, n°85, Octobre 2010, p8-9
- [21] Hodnett et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. 2012. Cochrane Library, 4p
- [22] Nadel D, Entre mythes et réalité : l'accouchement physiologique, Les dossiers de l'obstétrique, n°325, mars 2004

# **Annexe I : grille d'entretien**

Comment-avez vous été amenée à travailler en MDN ? Où avez-vous travaillé avant ?

Comment s'est mis en place le projet ?

Comment ça se passe avec votre maternité partenaire ? Avec d'autres professionnels de santé ?

Comment vous organisez-vous pour la prise en charge des patientes ?

Combien de patientes suivez-vous par mois ?

Comment recrutez-vous vos patientes ?

Comment vous organisez-vous pour la répartition des tâches ?

Combien de sages-femmes y a t'il dans votre MDN ? Sages-femmes référentes, de soutien ?

Au niveau financier comment cela se passe t'il ?

Quels sont vos atouts dans la prise en charge des couples ?

Pouvez-vous me raconter un moment particulièrement joyeux que vous avez vécu dans votre MDN ? Un moment plus difficile ?

Quels conseils donneriez-vous à une MDN qui existerait déjà ou qui ouvrirait ses portes ?



## Annexe II: déclaration CNIL

n° XXXX	<b>Mémoire FMM – Fontant 2017</b> « L'expérimentation des maisons de naissance en France : où en est-on en 2017 ? Enquête qualitative auprès des sages-femmes y exerçant »
Date de mise en œuvre	Octobre 2017
Finalité principale	Recueillir le témoignage des sages-femmes exerçant en maisons de naissance en France (MDN) sur le fonctionnement des structure
Détails des finalités des traitements	Mettre en évidence les éléments positifs, « moteurs » et les éléments négatifs, « freins » au sein des structures Décrire les activités des MDN Identifier les caractéristiques des MDN françaises
Service chargé de la mise en œuvre	FMM Département maïeutique.
Fonction de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	L'étudiant Maylis FONTANT: <a href="mailto:maylis.fontant@lacatholille.fr">maylis.fontant@lacatholille.fr</a> Anne Buyssechaert, Correspondante Informatique et Libertés : <a href="mailto:cil@univ-catholille.fr">cil@univ-catholille.fr</a>
Catégories de personnes concernées par le traitement	Des sages-femmes exerçant en MDN.
Catégories de données traitées : Identité Coordonnées Réponses aux questions	<b>Détails des données traitées :</b> <b>Identité :</b> de la MDN et de la sage-femme interrogée (mais dont les noms ne seront pas retranscrits dans l'entretien ; la sage-femme sera identifiée par SFA à SFI). Même chose pour la MDN, MDN A à MDN I ). <b>Coordonnées :</b> téléphone et adresse postale, mail. <b>Réponses aux questions :</b> données professionnelles (parcours), sa pratique, ses motivations pour travailler en MDN, sa satisfaction par rapport à sa pratique en MDN.
Catégories de destinataires: Maylis Fontant, étudiante; Directrice de mémoire et sage-femme référente: Brigitte Emmery.	<b>Données concernées :</b> toutes.
Durée de conservation	Durée de l'étude.
Mise à jour (date et objet)	Sans objet
Modalités d'informations	Par téléphone au premier contact.
Type de formalité	Déclaration normale.  Disposer d'un CIL dispense des formalités auprès de la CNIL.

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME  
ANNEE : 2017-2018**

**TITRE :**

**L'expérimentation des maisons de naissance en France : où en est-on en 2017 ?  
Une enquête qualitative auprès des sages-femmes y exerçant**

**AUTEUR : Maylis FONTANT**

**Sous la direction de : Brigitte EMMERY, sage-femme enseignante**

**MOTS-CLÉS :** maisons de naissance, expérimentation, accouchement physiologique, accompagnement global à la naissance

**RÉSUMÉ :**

Introduction : En 2012 a été votée en France la loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance (MDN). Elles existent déjà dans la plupart de nos pays limitrophes et cela faisait près de quinze ans que leur ouverture était en débat. Elles sont neuf à avoir été autorisées à ouvrir. Leur fonctionnement s'inscrit dans un cahier des charges de la HAS. L'expérimentation se déroule sur cinq ans, 2016-2021. Notre objectif principal est de recueillir le témoignage des sages-femmes (SF) sur le fonctionnement des structures. Nos objectifs secondaires sont de mettre en évidence les moteurs et les difficultés, d'identifier les caractéristiques des MDN françaises et de décrire leur fonctionnement.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés, préférentiellement sur place, par skype ou par téléphone, auprès des SF exerçant en MDN et réalisant l'accompagnement global à la naissance. Ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique.

Résultats : Huit maisons de naissance ont ouvert leurs portes. Deux à huit SF par MDN réalisent l'accompagnement global. Les SF dites « référentes » prennent en charge les couples soit seules, soit en binôme ou en trinôme. La plupart font appel à des SF extérieures à la MDN pour le rôle de SF de soutien. Six MDN sur huit demandent aux couples des dépassements d'honoraires car l'indemnité annuelle de l'ARS ne permet pas de couvrir l'intégralité des frais (dont le travail de la SF ainsi que la rémunération de la SF de soutien). Connaître les couples ainsi que d'avoir confiance en la physiologie de l'accouchement sont les principaux atouts de cette prise en charge non médicalisée. Les principales difficultés sont la fragilité du lien avec les maternités partenaires lié au contexte français de médicalisation de la grossesse, le manque de soutien financier ainsi que l'investissement des SF très prises par les contraintes mais aussi la logistique et l'administratif. Mis à part quelques appuis extérieurs (association des usagers, conseil départemental de l'ordre des SF et réseau de SF libérales), les SF se sentent seules pour cette expérimentation. Leur forte motivation constitue le principal moteur des MDN.

Conclusion : Au terme de deux années d'une expérimentation prévue sur cinq, cette étude sur le point de vue des SF exerçant en MDN a pu relever des différences notables d'un lieu à un autre, très en lien avec le paysage périnatal environnant. L'investissement professionnel des SF, ainsi qu'une relation approfondie entre le couple et la SF permettant de leur donner confiance, apparaissent comme moteur essentiel. Mais il ressort également de nos observations une méconnaissance des MDN par les équipes des maternités partenaires, d'autant que des « pôles physiologiques » ou « espaces physiologiques » voient le jour dans les structures hospitalières, accentuant la confusion. L'alternative à la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement est en marche. Gageons que l'expérimentation des MDN en permettra le développement.