



HAL
open science

Retentissements sur la vie professionnelle des sages-femmes d'une procédure mettant en cause leur pratique médicale

Clémence Nielly

► **To cite this version:**

Clémence Nielly. Retentissements sur la vie professionnelle des sages-femmes d'une procédure mettant en cause leur pratique médicale. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02322759

HAL Id: dumas-02322759

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02322759>

Submitted on 21 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

U-PC

Université Sorbonne
Paris Cité

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 12 septembre 2019

Par

Clémence NIELLY

Née le 16 novembre 1996

**Retentissements sur la vie professionnelle des
sages-femmes d'une procédure mettant en
cause leur pratique médicale**

DIRECTRICE DU MEMOIRE :

Madame Julie Gaillard

Sage-femme libérale, titulaire d'un master 2 de droit

JURY :

Madame Sylvie Carbonneaux
Madame Caroline Duchauffour
Madame Michèle Rivière

Sage-femme élue à l'Ordre départemental de Paris
Sage-femme expert judiciaire pour la Cour d'Appel de Paris
Directrice des écoles de sages-femmes de Paris

Mémoire N° : 2019PA05MA32

Remerciements

Je tiens à remercier les sages-femmes qui ont accepté de participer à mon travail et qui m'ont livré leur expérience, avec parfois beaucoup d'émotion. Merci pour leur confiance.

Je remercie également ma directrice de mémoire, Julie Gaillard, pour son accompagnement, pour ses précieux conseils et ses corrections. Merci aussi à Cécile Marest pour ses propositions qui ont permis d'améliorer mon travail.

De façon plus personnelle, je remercie ma famille, dont j'admire l'harmonie et la bienveillance : mes parents pour leur soutien tout au long de mes études, et mes frères pour leur complicité. Merci pour ces expériences de vie à l'étranger et ces voyages qui ont éveillé en moi curiosité et ouverture sur le monde. J'espère que nos aventures à six continueront.

Merci à mes camarades de promotion pour ces quatre belles années en école de sages-femmes, et particulièrement à Solène et Alice. Je garderai un merveilleux souvenir de notre expérience de stage au Sénégal, riche en émotions, en découvertes, en rencontres.

Merci à Anne, Mélanie, Pauline, Audrey et Maité pour leur amitié.

Résumé

Introduction-objectif : L'obstétrique est l'une des spécialités médicales les plus exposées aux litiges. Les sages-femmes peuvent voir leur responsabilité engagée de différentes manières, dans l'exercice de leur profession : responsabilités pénale, civile, administrative, disciplinaire. Elles peuvent également être impliquées dans une procédure n'engageant pas directement leur responsabilité mais questionnant leur pratique (médiation au sein d'une CDU, conciliation auprès d'une CCI). Le vécu d'une procédure par un soignant est un événement potentiellement éprouvant qui peut avoir des répercussions. L'objectif de notre étude est de déterminer les impacts sur la vie professionnelle des sages-femmes étant confrontées à une telle procédure.

Matériel et méthode : Nous avons mené une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de quatorze sages-femmes françaises, hospitalières ou libérales, ayant vécu une ou plusieurs procédures, contentieuses ou non. Nous les avons interrogées entre septembre et décembre 2018. Huit des procédures concernaient des sages-femmes qui pratiquaient des accouchements à domicile.

Résultats : Nos résultats ont révélé des conséquences sur l'évolution de la carrière des sages-femmes, avec un arrêt temporaire ou définitif de l'exercice pour plusieurs d'entre elles. Quelques-unes ont diminué leur taux d'activité en raison du stress ou de doutes sur leur désir de continuer à exercer. Pour certaines, le fait d'avoir été l'objet d'une plainte les a stimulées pour s'investir dans de nouveaux projets professionnels.

De plus, nous avons constaté des répercussions sur l'exercice médical au quotidien, avec des changements hétérogènes selon les sages-femmes. On retrouve principalement une vigilance accrue dans la tenue des dossiers médicaux et, pour les sages-femmes hospitalières uniquement, une sollicitation plus fréquente du médecin.

Concernant les relations sages-femmes – patientes, on constate une méfiance, ou bien une volonté d'optimiser la communication, y compris lorsque la plainte provient d'une

personne autre qu'une patiente. En revanche, les conséquences sur les rapports interprofessionnels sont moins évidentes.

Conclusion : Plusieurs éléments de la vie professionnelle sont modifiés en cas de procédure. Les sages-femmes doivent être averties du risque médico-légal pour s'en protéger.

Mots-clés : responsabilité médicale ; procédure ; pression médico-légale ; carrière professionnelle.

Abstract

Introduction: Obstetrics is one of the specialties most exposed to litigation. Midwives are subject to several liabilities in their profession leading to potential criminal, civil or administrative and disciplinary procedures. They can also be exposed indirectly to a procedure questioning their medical practice (through mediations or conciliations). The experience of a procedure, contentious or not, by a caregiver is a potentially painful event that can have multiple implications. The goal of our study was to determine the impact of such a procedure on midwives' professional life.

Methods: We interviewed, between September and December 2018, fourteen French midwives, working in hospital or in a private practice and having experienced one or more out-of-court, legal or disciplinary procedures. Eight procedures involved midwives practicing home delivery.

Results: Our results revealed some consequences for midwives' career development, with a temporary or definitive cessation of work for many of them. A few have reduced their professional activities because of stress or doubts about their desire to continue their practice. Some of them have felt the impulse to do their jobs differently through new personal engagements.

In addition, a procedure has an impact on individual medical practice, with different changes depending on midwives. There is mainly an increased vigilance in writing and updating patient medical records and, for hospital midwives only, they have a tendency to consult and call doctors more frequently.

Regarding midwife-patient relationships, there is distrust or a desire to optimize communication, including for complaints from somebody else than patient. On the other hand, the impact of procedures on inter professional relationships is not so obvious.

Conclusion: Several components of professional life are affected by a procedure. Midwives must be aware of the forensic risk to protect themselves.

Keywords: medical responsibility ; procedure ; forensic pressure ; professional career.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	4
Abstract	6
Acronymes et abréviations	10
Liste des annexes	11
Introduction	12
<u>Première partie : Contexte</u>	14
1.1. Procédures et sanctions encourues par une sage-femme	14
1.1.1. Les procédures contentieuses	14
1.1.2. Les procédures non contentieuses	19
1.2. Une judiciarisation médicale	22
1.2.1. Quelques chiffres : un nombre croissant de procédures	22
1.2.2. Pourquoi tant de plaintes ?	25
1.3. Les impacts d'une plainte chez le soignant impliqué	26
<u>Deuxième partie : Matériel et méthode</u>	29
2.1. Les axes de recherche	29
2.1.1. Les objectifs	29
2.1.2. Les hypothèses.....	29
2.2. L'étude	30
2.2.1. Le type d'étude.....	30
2.2.2. La population.....	30
2.2.3. Le déroulement de l'étude	30
2.2.4. Support et stratégie d'analyse	32
2.2.5. Considérations éthiques et règlementaires	32
<u>Troisième partie : Résultats et discussion</u>	34
3.1. Présentation des 14 procédures	34
3.2. Principaux résultats	42
3.2.1. Les répercussions de la procédure sur la carrière	42

3.2.2. Les impacts dans l'exercice professionnel au quotidien	45
3.2.3. Les changements relationnels avec les patientes et les professionnels	54
3.2.4. Pression médico-légale : perception et sensibilisation.....	61
3.2.5. Comment éviter une plainte ?	69
3.3. Résultats complémentaires	74
3.3.1. Impacts dans la vie personnelle	75
3.3.2. La question de l'accouchement à domicile.....	77
3.4. Forces et limites de notre étude	80
Conclusion.....	82
Bibliographie	83
Annexes.....	87

Acronymes et abréviations

AAD : Accouchement à domicile

ARS : Agence Régionale de Santé

CCI : Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux

CDN : Chambre Disciplinaire Nationale

CDPI : Chambre Disciplinaire de Première Instance

CDU : Commission Des Usagers

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-femmes de France

CSP : Code de la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SF : Sage-femme

TGI : Tribunal de Grande Instance

Liste des annexes

<u>Annexe 1 : Les ordres judiciaire et administratif</u>	
page 65	
<u>Annexe 2 : Le parcours d'une plainte devant les juridictions disciplinaires</u>	
page 67	
<u>Annexe 3 : Déroulement d'une procédure via la CCI</u>	page 68
<u>Annexe 4 : Évolution des réclamations en responsabilité civile médicale des établissements de santé</u>	page 69
<u>Annexe 5 : Mail envoyé aux sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre de Paris</u>	
.....	
page 70	
<u>Annexe 6 : Diagramme de recrutement de la population d'étude</u>	
page 71	
<u>Annexe 7 : Grille d'entretien</u>	page 72

Introduction

Nous exerçons une profession qui implique de grandes responsabilités, envers les mères et les nouveau-nés dont nous avons la charge. En toute circonstance, nous devons privilégier leur respect et leur intérêt. Une erreur dans notre pratique médicale peut engendrer de lourdes conséquences humaines comme un handicap ou un décès. Lorsqu'une faute est suspectée, notre responsabilité peut être mise en cause au cours d'une procédure.

Le risque médico-légal dans l'exercice de nos fonctions est-il réel ? C'est par cette question que nous avons débuté notre recherche d'un sujet d'étude pour notre mémoire. Nous nous demandions s'il était légitime de craindre la survenue d'une procédure au cours de notre carrière.

Tout au long de nos études, nous avons bénéficié de différentes interventions – mutuelles, avocats, conseil de l'Ordre – pour nous informer du risque de plainte et des différentes procédures auxquelles nous pourrions être un jour confrontés.

En parcourant la littérature disponible sur ce thème, nous avons constaté que le risque médico-légal faisait partie intégrante de l'exercice de la profession de sage-femme. Celle-ci est soumise à plusieurs types de responsabilités et est exposée à des plaintes d'expressions variées allant du simple courrier d'une patiente auprès d'une Commission Des Usagers (CDU) d'un hôpital, jusqu'à une assignation en justice, en passant par la saisine d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) ou du Conseil de l'Ordre des sages-femmes. La fréquence des procédures impliquant des professionnels de santé est en augmentation depuis plusieurs années, en particulier dans le domaine de l'obstétrique.

Nous nous sommes intéressés aux sages-femmes qui avaient vécu une procédure, contentieuse ou non, au cours de leur carrière. Peu d'études sont disponibles, probablement à cause de la confidentialité des données judiciaires. Il existe quelques données chiffrées sur la fréquence des plaintes, les principaux motifs de poursuites judiciaires en obstétrique, le coût moyen d'indemnisation en cas de condamnation. En revanche, aucune étude n'a

interrogé des sages-femmes impliquées dans une procédure, quelles qu'en soient les modalités. Nous avons alors décidé d'orienter notre recherche sur les répercussions d'un tel évènement, en interrogeant des sages-femmes qui y avaient été confrontées. La problématique à laquelle nous souhaitons répondre est la suivante : quels sont les impacts sur la vie professionnelle des sages-femmes en cas de procédure remettant en cause leur pratique médicale ?

Première partie : Contexte

1.1. Procédures et sanctions encourues par une sage-femme

1.1.1. Les procédures contentieuses

La sage-femme est soumise à plusieurs types de responsabilités, qui peuvent être engagées simultanément. Nous parlerons, dans un premier temps, des procédures judiciaires et administratives (cf. Annexe 1), puis des procédures disciplinaires.

- Procédures devant les juridictions civiles et administratives

La responsabilité civile peut être définie comme l'obligation faite à une personne de répondre de ses actes du fait de son rôle, des charges qu'elle doit assumer, et d'en supporter toutes les conséquences (1). Ce principe est consacré aux articles 1240 et 1242 du Code Civil (2).

La responsabilité médicale est une notion très ancienne, apparue il y a près de 4 000 ans. En effet, un document législatif datant de l'Antiquité a été découvert : il comprenait 282 lois sur la vie privée et professionnelle des babyloniens : le code d'Hammourabi (3).

Plus récemment, l'arrêt Mercier du 20 mai 1936 a consacré l'existence d'un contrat de soin entre le soignant et son patient et a fait naître la notion de responsabilité du médecin envers son malade. Le soignant n'a pas un devoir de résultat mais une obligation de moyens : « *Il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réserve faite de circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science ; que la violation même involontaire, de cette obligation contractuelle, est sanctionnée par une responsabilité de même nature, également contractuelle.* » (3).

Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002, le Code de la Santé Publique (CSP) (4) dispose que la responsabilité de tout professionnel de santé ne sera engagée qu'en cas de faute (article L1142-1 du CSP). La faute est constituée par un manquement aux obligations qui incombent aux sages-femmes. Ces obligations sont notamment définies :

- dans le code de déontologie des sages-femmes (5), repris aux articles R4127-301 à 367 du CSP.
- dans le Code de la Santé Publique, au chapitre « Droit des personnes malades et des usagers du système de santé » (droit à l'information, droit au secret...) et aux articles L4151-1 à 4 encadrant les compétences des sages-femmes.

Pour engager la responsabilité civile ou administrative, trois éléments doivent être réunis : une faute commise par la sage-femme, un préjudice (corporel, matériel ou moral) et un lien de causalité direct entre ces deux premiers éléments (6). Notons que c'est à la victime de prouver qu'il y a eu une faute, sauf s'il s'agit d'un défaut d'information de la part de la sage-femme.

Si la sage-femme exerce en libéral, c'est sa responsabilité civile personnelle qui peut être engagée. La juridiction compétente est le Tribunal de Grande Instance (TGI) de son territoire d'exercice, qui a une compétence exclusive en matière de réparation du dommage corporel. Si la sage-femme exerce dans un établissement privé, ses actes sont couverts par la structure où elle travaille (article 1242 du Code Civil). Si la sage-femme exerce en hôpital public, c'est la responsabilité administrative de l'établissement qui peut être mise en cause, sauf s'il s'agit d'une faute détachable du service, qui engage la responsabilité personnelle de la sage-femme (distinction faite en 1873 dans l'arrêt Pelletier) : acte qui se détache matériellement de la fonction du professionnel et relève de sa vie privée, acte inadmissible au regard du code de déontologie de la profession, acte de malveillance avec volonté de nuire, ou encore la recherche d'un intérêt personnel (7). La juridiction compétente en cas de mise en cause de la responsabilité administrative d'un établissement est le Tribunal Administratif du lieu où le fait générateur du dommage s'est produit.

L'objectif du demandeur lorsqu'il engage une action civile ou administrative est d'obtenir une indemnité pour un dommage causé. En cas de condamnation, l'indemnité est versée par l'assureur de la sage-femme si elle exerce en libéral, ou de l'établissement de santé si elle est salariée ou fonctionnaire. En cas de préjudice avéré sans faute établie, à type d'aléas thérapeutique, la victime a droit à une réparation financière au titre de solidarité nationale (article L1142-1 du CSP).

Le délai de prescription pour engager la responsabilité civile est de 10 ans à compter de la consolidation du dommage (article L1142-28 du CSP).

Les juridictions de second degré sont la Cour d'Appel en matière civile et la Cours Administrative d'Appel pour les procédures administratives. En cas de pourvoi en cassation, l'affaire est portée devant la Cour de Cassation en cas de procédure civile ou le Conseil d'État en cas de procédure administrative.

- Procédures devant les juridictions pénales

La sage-femme a, comme tout citoyen, une responsabilité pénale. Celle-ci l'expose à des sanctions personnelles (peine de prison, amende) qu'aucune assurance ne couvre puisqu'il s'agit de condamnations punitives et non de réparations indemnitaires (6).

Une procédure pénale est initiée par le ministère public, soit directement soit à la suite d'une plainte déposée par la victime. Pour engager la responsabilité pénale de la sage-femme, il faut que celle-ci ait commis une infraction, c'est à dire une violation de la loi. Le délai de prescription dépend du type d'infraction.

Il existe plusieurs tribunaux compétents en matière pénale : le Tribunal de Police pour les contraventions, le Tribunal Correctionnel pour les délits et la Cour d'Assises pour les crimes. En matière médicale, un juge d'instruction est souvent saisi, bien que cette saisine

ne soit obligatoire qu'en cas de crime. À l'issue de l'information judiciaire, le juge peut rendre une ordonnance de non-lieu ou de renvoi devant le tribunal compétent. Dans ce dernier cas, le jugement peut aboutir soit à une relaxe, soit à une condamnation et la sage-femme risque alors une peine d'emprisonnement et/ou une amende. (8)

En cas d'appel, l'affaire est portée devant une juridiction pénale de second degré : Cour d'Appel, ou Cour d'Assises d'Appel pour les crimes. En cas de désaccord persistant, un pourvoi en cassation est possible.

Les principales infractions pouvant être commises par une sage-femme dans le cadre de son exercice professionnel et les sanctions encourues sont les suivantes :

Infraction	Sanction encourue	Article du Code Pénal relatif à l'infraction
Homicide involontaire	3 ans d'emprisonnement et 45 000€ d'amende	Article 221-6
Atteinte involontaire à l'intégrité de la personne	2 ans d'emprisonnement et 30 000€ d'amende	Article 222-19
Risque causé à autrui	1 an d'emprisonnement et 15 000€ d'amende	Article 223-1
Non assistance à personne en danger	5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende	Article 223-6
Violation du secret professionnel	1 an d'emprisonnement et 15 000€ d'amende	Article 226-13

- Procédures devant les juridictions ordinaires

La sage-femme est soumise à une responsabilité disciplinaire devant l'Ordre des sages-femmes qui peut être engagée en cas de manquement au code de déontologie, quel que soit son mode d'exercice, même si pour les hospitalières les conditions de recevabilité sont plus strictes. Nous entendons, dans notre travail, par « responsabilité disciplinaire » la responsabilité déontologique et non la responsabilité envers l'employeur qui est définie dans le Code du Travail (notamment articles L. 1332-2 et L. 1331-1 du Code du Travail) (9).

La responsabilité disciplinaire d'une sage-femme peut être mise en cause, sans délai de prescription, soit par une plainte adressée au Conseil de l'Ordre des sages-femmes, soit par l'une des autorités désignées à l'article R4126-1 du CSP. Le Conseil de l'Ordre a la possibilité d'agir de sa propre initiative ou suite à une plainte reçue. Il peut également s'associer à une plainte dont il n'est pas à l'origine, comme par exemple une plainte d'une patiente ou d'une collègue sage-femme.

Notons que pour les sages-femmes exerçant dans un service public (salariées d'un établissement de santé public, sages-femmes de PMI), le dépôt de plainte peut être fait uniquement par le Ministre chargé de la santé, le représentant de l'état dans le département, le Procureur de la République ou le directeur de l'ARS (article L4124-2 du CSP).

La procédure comprend une première phase de conciliation au niveau du Conseil départemental. En cas d'échec de conciliation, le Conseil départemental transmet la plainte à la Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) au niveau interrégional. Notons que la phase de conciliation est inexistante en cas de plainte déposée par une autorité habilitée à saisir directement la CDPI (cf. Annexe 2). Le Conseil départemental n'a pas la possibilité de déclarer une plainte irrecevable. Il doit obligatoirement organiser une conciliation, et en cas de désaccord persistant, il doit transmettre la plainte à la CDPI. Cette dernière est présidée par un magistrat de l'ordre administratif, qui s'entoure de plusieurs sages-femmes – leur nombre dépend du nombre de sages-femmes inscrites au tableau de l'interrégion en question – qu'il consulte, avant de prendre sa décision.

Les sanctions encourues par la sage-femme mise en cause sont (article L 4124-6 du CSP) :

- l'avertissement
- le blâme
- l'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une partie ou la totalité des activités dans certains secteurs
- l'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis (trois ans maximum)
- la radiation du tableau de l'Ordre

Des jurisprudences sont consultables sur le site internet du Conseil de l'Ordre depuis peu (10).

En cas d'appel, l'affaire est portée devant la Chambre Disciplinaire Nationale (CDN). Les décisions rendues par la CDN peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation devant le Conseil d'Etat. (11)

Les membres présents en commissions de conciliation et en chambres disciplinaires sont énoncés aux articles L4123-2, L4152-6 et L4152-7 du CSP.

1.1.2. Les procédures non contentieuses

Il existe également des procédures dans lesquelles la sage-femme pourra être entendue, ou ses actes professionnels étudiés, sans pour autant que sa responsabilité ne soit engagée ou qu'elle encourt une sanction.

- Médiation au sein d'une commission des Usagers (CDU)

La sage-femme peut être appelée à venir dialoguer avec une patiente, qui estime avoir subi un préjudice, lors d'une médiation organisée par la Commission Des Usagers (CDU). La CDU, anciennement appelée CRUQPC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge) est une assemblée présente dans les établissements de santé

publics et privés et dont la fonction principale est de représenter les patients et leurs familles.

Elle se compose à minima du représentant légal de la structure, de deux médiateurs (un médecin et un non médecin) et de deux représentants des usagers (12).

La CDU cherche à concilier les différentes parties en favorisant le dialogue. Elle peut émettre des recommandations en vue d'apporter des solutions au conflit entre le soignant et le patient (13). Elle a par ailleurs la charge d'informer le requérant des différentes voies de recours dont il dispose.

En somme, lorsqu'une patiente sollicite une CDU, c'est qu'elle souhaite revenir sur un élément de sa prise en charge et obtenir des explications de la sage-femme. Si elle souhaite en revanche obtenir une réparation de son préjudice, sans avoir recours à une procédure contentieuse, elle s'adressera plutôt à une Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI).

- Conciliation au sein d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux (CCI)

Les CCI ont été créées par la loi Kouchner du 4 mars 2002. Elles ont une mission de conciliation et d'indemnisation pour régler « à l'amiable » les litiges. Elles se composent d'un président qui est un magistrat de l'ordre judiciaire ou administratif, et de représentants des usagers, des professionnels de santé, des établissements de santé, des assureurs et de l'ONIAM (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux).

La saisine d'une CCI nécessite certaines conditions de recevabilité : l'accident médical subi doit être postérieur au 4 septembre 2001 et avoir atteint un certain seuil de gravité (14).

La patiente qui souhaite faire une réclamation dispose de 10 ans à compter de la consolidation du dommage. Notons qu'une saisine de la CCI suspend le délai de prescription pour un recours contentieux jusqu'à la fin de la procédure. La saisine est gratuite pour la patiente (l'expertise est financée par l'ONIAM) et est possible quel que soit le mode d'exercice de la sage-femme – salariée ou libérale.

À l'issue de l'expertise, la CCI rend un avis, qui n'est pas susceptible d'appel, dans un délai indicatif de 6 mois, à propos des préjudices qui doivent être indemnisés ou pas. L'assureur du professionnel en cas de faute ou l'ONIAM en cas d'aléa thérapeutique, dispose alors d'un délai de quatre mois pour faire une proposition d'indemnisation (15) (cf. Annexe 3).

La distinction entre faute médicale et erreur médicale est subtile. L'erreur médicale correspond à l'action de se tromper : mauvais diagnostic ou réalisation d'un soin inapproprié par exemple. Mais l'erreur n'est pas forcément fautive. La faute a une connotation « juridique » et désigne un manquement à une obligation préexistante. L'aléa thérapeutique, ou accident médical non fautif, correspond quant à lui à la survenue d'un événement indésirable malgré le bon déroulement du soin : œdème de Quincke après administration d'un antibiotique chez un patient sans allergie connue par exemple.

Finalement, les procédures non contentieuses sont de plus en plus choisies par les patientes pour régler un litige, de par leur facilité, leur moindre coût et leur rapidité par rapport aux

procédures contentieuses. Dans une étude qui a analysé 66 dossiers de sinistres obstétricaux, 94% des sinistres déclarés ont été réglés à l'amiable (16).

1.2. Une judiciarisation médicale

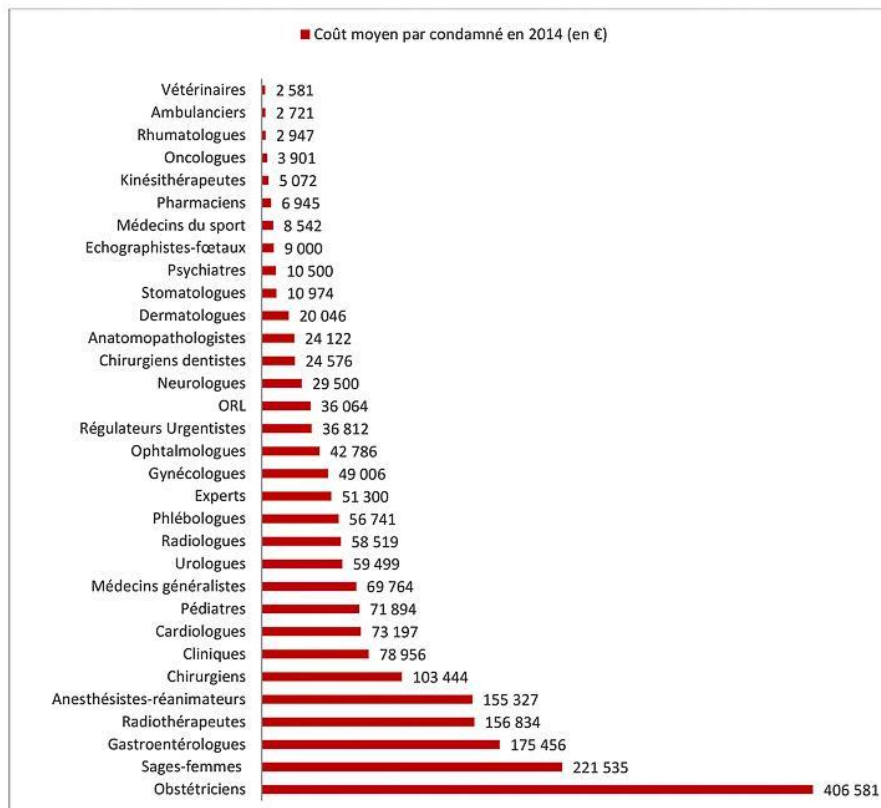
1.2.1. Quelques chiffres : un nombre croissant de procédures

Il n'existe pas de données mises à disposition par les différentes juridictions pour connaître la fréquence des procédures en obstétrique. Nous sommes donc allés chercher des chiffres auprès des compagnies d'assurance pour avoir une idée de leur évolution sur les deux dernières décennies. Nous avons utilisé les données de SHAM, premier assureur en responsabilité civile médicale en France qui couvre deux tiers des accouchements, et les données de la MACSF (Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français) source pertinente d'informations puisque une grande majorité des sages-femmes (17 496 en 2017 (17) sur les 28 932 sages-femmes françaises (18)) sont assurées auprès de cette compagnie.

L'évolution globale du nombre de réclamations dans les établissements de santé assurés par SHAM est en hausse : + 30% entre 2010 et 2015 (cf. Annexe 4). Le taux de condamnation des établissements de santé est en augmentation depuis 2001, et même de 12% entre 2015 et 2016. Par ailleurs, l'obstétrique représente 20% des réclamations en nombre et 58% en coût. (19)

L'obstétrique est chaque année l'une des dix spécialités médicales les plus souvent condamnées et qui totalise les plus forts coûts d'indemnisation judiciaire. En 2014 par exemple, les obstétriciens et les sages-femmes assurés à la MACSF sont les deux corps de métier à avoir eu le plus haut taux moyen de condamnation indemnitaire (cf. histogramme sur la page suivante). Certains chiffres montrent que le montant moyen des indemnités en obstétrique est 4 fois supérieur au coût moyen des condamnations, toutes spécialités confondues (16). Ce coût financier s'explique probablement par les lourdes conséquences

humaines qu'une erreur au cours de l'accouchement peut entraîner, comme un handicap mental chez un nouveau-né suite à une asphyxie par exemple.



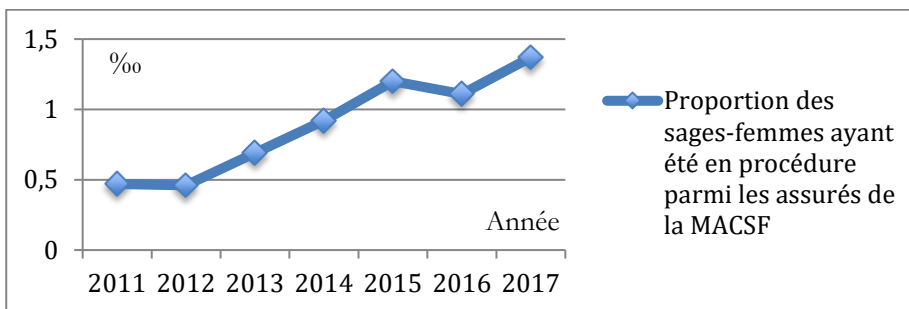
Coût moyen des condamnations par les juridictions civiles en fonction de la spécialité médicale : Histogramme tiré du rapport annuel de la MACSF, chiffres de l'année 2014 (20).

Nous avons rassemblé sous forme de tableau le nombre de procédures qui ont concerné des sages-femmes parmi les sociétaires de la MACSF (21) (22) (23) (20) (24) (25) (17) :

Année	Réclamations amiables	Saisines d'une CCI	Procédures civiles	Procédures administratives	Procédures pénales	Procédures disciplinaires	Total
2011	1	0	1	0	5	0	7
2012	3	0	2	0	2	0	7

2013	1	0	0	0	8	2	11
2014	4	2	2	0	7	0	15
2015	?	?	?	?	?	?	20
2016	5	2	1	0	10	1	19
2017	10	2	1	0	9	2	24

Bien que ceci reste un événement rare, si on rapporte le nombre total de procédures au nombre de sages-femmes assurées, ce dernier augmentant chaque année, on observe une croissance quasi constante de ces procédures depuis 2011 (0,47‰ en 2011 ; 1,37‰ en 2017) :



Dans une étude qui a analysé 66 dossiers de sinistres obstétricaux déclarés à SHAM et réglés entre 2004 et 2006, les circonstances les plus fréquentes étaient les asphyxies fœtales (24 dossiers) et les dystocies des épaules (8 dossiers). Plus de 80% des procédures étaient en lien avec un événement survenu pendant l'accouchement. Les conséquences des sinistres étaient en général lourdes : infirmité motrice cérébrale (16 dossiers), décès du nouveau-né (12 dossiers), atteinte du plexus brachial (6 dossiers), décès de la mère (2 dossiers). Les causes retenues étaient toujours multifactorielles avec généralement une erreur dans la prise en charge : erreur de diagnostic (27 dont 10 par des sages-femmes), de prise de décision (36 dont 13 par des sages-femmes), erreur dans un soin par une sage-femme (21 dossiers) et/ou un retard de prise en charge (13 dossiers). (16)

1.2.2. Pourquoi tant de plaintes ?

Nous nous sommes intéressés à l'origine de cette « judiciarisation » dans le secteur de la santé et avons retrouvé plusieurs explications possibles.

Lorsque nous parlons de plaintes envers des soignants, nous pensons en premier lieu aux plaintes émanant de patients. Or, on peut observer qu'il y a eu un changement de la nature du lien soignant-soigné. Aujourd'hui, le rapport entre le malade et le soignant ressemble à celui qu'on peut observer entre un consommateur et un prestataire de services, comme l'observe R. C. Rudigoz, gynécologue-obstétricien expert pour une Cour d'Appel : « *Le patient lui-même ou sa compagnie d'assurance paye le médecin pour résoudre un problème et a tendance à estimer que le résultat doit être garanti. Il n'y a plus de place pour l'accident, pour l'incident, et tout préjudice même minime est prétexte à réparation.* » (26). Le patient est devenu un client de soins. L'échec du praticien est interprété « *comme le fruit d'un geste maladroit ou d'une erreur de jugement, voire comme un manque de conscience professionnelle* » (3). La notion d'aléa est difficile à entendre par les usagers du système de santé. De plus, cette exigence de résultat dans leur prise en charge est renforcée par la technologie médicale de plus en plus performante et l'apparition de traitements efficaces contre des maladies encore incurables il y a quelques années qui a fait grandir l'espoir des patients, et notamment des parents, en ce qui concerne notre activité de sage-femme. La fatalité n'est plus acceptable à notre époque où la diminution de la morbi-mortalité périnatale est un but en soi.

Par ailleurs, si autrefois le patient n'osait pas discuter la prise en charge du médecin et avait une confiance totale en lui, actuellement les mentalités semblent avoir changé et la fonction médicale a été « désacralisée » (3). Les patients sont de véritables acteurs de leur santé qui participent aux décisions (loi Kouchner du 4 mars 2002). La diffusion des connaissances médicales, via internet notamment, permet aux usagers de s'informer sur les alternatives des prises en charge, sur la façon dont les soins doivent être dispensés « selon les règles de l'art ». Il n'est plus rare de voir un patient proposer au médecin une conduite à tenir.

Ajoutons que le parti pris des médias concernant les accidents médicaux et la médiatisation des scandales dans le monde de la santé incitent les soignés à faire preuve d'une appréhension parfois excessive.

D'autre part, nous suivons en tant que sage-femme des couples qui attendent un enfant qui est généralement désiré. La contraception et l'accès à l'interruption volontaire de grossesse en France permettent aux couples de choisir le moment où ils souhaitent devenir parents. S'ils sont passés par un parcours d'aide médicale à la procréation (AMP), le caractère précieux et désiré de l'enfant est encore plus marqué. L'enfant attendu doit être « parfait », notamment parce que les parents ont une grande confiance dans les échographies et les dépistages prénataux. En cas d'anomalie concernant l'enfant constatée à la naissance, la faute est alors souvent attribuée au soignant, accusé de négligence dans le suivi et/ou d'erreur technique. De plus, les parents ont une méconnaissance des risques inévitables, liés à l'accouchement par exemple, et des conséquences d'un acharnement thérapeutique en matière de réanimation néonatale. (27)

Enfin, le recours à une procédure en cas d'accident médical peut s'expliquer par le besoin de reconnaissance publique du dommage. Le patient cherche à être reconnu dans son statut de victime. Déposer plainte peut être un moyen pour lui d'obtenir une réparation financière, mais aussi morale, qui lui permettra de « tourner la page ». Cette étape est parfois nécessaire pour comprendre ce qu'il s'est passé. (28)

1.3. Les impacts d'une plainte chez le soignant impliqué

Lors de notre revue de la littérature, nous n'avons pas trouvé d'écrits à propos des impacts d'une procédure sur le soignant. En revanche, nous avons identifié des articles concernant les répercussions chez les professionnels de santé en cas d'erreur de leur part ou de survenue d'un événement indésirable lié au soin. Dans les deux cas, les conséquences néfastes pour le patient ont également un impact négatif sur le soignant. De plus, ses

compétences professionnelles sont remises en question, voire jugées publiquement s'il y a une procédure. L'absence de faute est à démontrer : à soi-même, à ses collègues et au patient.

Le vécu d'une procédure peut être une expérience marquante pour un professionnel de santé. La souffrance engendrée fait de lui une « seconde victime » dans l'affaire. Le concept de « seconde victime » en cas de sinistre médical a été défini par le professeur Albert W. Wu dans un article du *British Medical Journal* (BMJ) paru en 2000 (29). Il a ensuite été étudié par le professeur Éric Galam dans plusieurs articles. Ce dernier compare la mise en cause de la responsabilité du soignant à un « *traumatisme professionnel et humain* » et à un « *accident du travail qui doit être accompagné et soigné comme tel* » (30).

Le soignant qui voit sa pratique remise en cause passe par différentes étapes. En cas de préjudice, qu'il ait été causé par lui ou pas, il peut se sentir coupable face à l'échec du soin : « Qu'ai-je raté ? Comment aurais-je dû faire ? ». Ce sentiment d'avoir mal fait et d'être disqualifié peut même parfois conduire au suicide, nous explique E. Galam.

À la réception de la plainte, le professionnel peut se sentir trahi soit par son patient, soit par son collègue de travail, en fonction de l'identité de l'auteur de la plainte. Quand il s'agit de son patient, la relation d'aide et de soin devient une relation conflictuelle, méfiante. Le professionnel peut ressentir une profonde injustice, un dégoût de son métier. Il peut être amené à trouver les patients trop exigeants, sans reconnaissance, d'autant plus que la médecine n'est pas une science exacte et que tout n'est pas prévisible. Il peut considérer cette attaque en justice comme un moyen pour son patient de gagner de l'argent via le versement d'indemnités. Lorsqu'il s'agit d'une plainte d'un confrère ou de son Ordre, le professionnel se retrouve parfois dans l'incompréhension de ce manque de solidarité et de confraternité. Par ailleurs, la plainte reçue peut susciter chez le professionnel un sentiment de honte. Une peur d'avoir mauvaise réputation ou de perdre sa légitimité face à ses patients peut survenir. La procédure risque de lui faire perdre la confiance que ses pairs avaient envers lui. De plus, une peur du jugement peut l'empêcher de partager ses états d'âme avec ses collègues ou son entourage, or il a d'avantage besoin de soutien et de conseils que d'isolement. E. Galam nous dit dans l'un de ses articles : « *La mise en cause retentit sur son*

appartenance au groupe professionnel dont il sait bien qu'il ternit l'image, et auprès duquel il peut recevoir critiques, stigmatisation, indifférence ou au mieux compassion, mais rarement un accompagnement, et encore plus exceptionnellement un soutien affirmé » (31).

Dans un autre article, E. Galam décrit les retentissements d'un effet indésirable lié à la réalisation d'un soin dans la vie d'un professionnel de santé. On constate des répercussions dans son exercice médical, une atteinte de sa réputation professionnelle, un changement dans les relations soignant-soigné avec par exemple une distance, une méfiance et une relation moins bienveillante, des répercussions dans sa vie privée comme par exemple des insomnies, et une détresse émotionnelle (honte, culpabilité, humiliation, perte de confiance). (32)

Finalement, les impacts d'une procédure sont probablement très vastes : vie professionnelle, vie personnelle, état psychologique et émotionnel. Les procédures sont généralement longues et le soignant en ressort changé, parfois profondément marqué. Notre travail cherche à étudier les répercussions d'ordre professionnel d'une telle « épreuve » vécue par une sage-femme.

Deuxième partie :

Matériel et méthode

2.1. Les axes de recherche

2.1.1. Les objectifs

L'objectif principal de notre étude est d'identifier chez des sages-femmes les éventuels retentissements sur l'exercice quotidien de leur profession, en cas de procédure – contentieuse ou non – ayant remis en question leur pratique professionnelle.

Les objectifs secondaires sont, d'une part de mesurer la pression médico-légale qui pèse sur la profession de sage-femme, et d'autre part de définir les moyens et précautions à mettre en œuvre pour se prémunir contre une procédure contentieuse.

2.1.2. Les hypothèses

Nous avons formulé les trois hypothèses suivantes :

- Les sages-femmes étant confrontées à une procédure mettant en cause leur pratique professionnelle modifient leurs plans de carrière.
- Les sages-femmes étant confrontées à une procédure mettant en cause leur pratique professionnelle font preuve d'une rigueur accrue dans leur pratique médicale quotidienne.
- Les sages-femmes étant confrontées à une procédure mettant en cause leur pratique professionnelle changent la relation qu'elles entretiennent avec leurs patientes ou leurs rapports interprofessionnels (en fonction de qui a déposé plainte).

2.2. L'étude

2.2.1. Le type d'étude

Nous avons mené une étude qualitative rétrospective par entretien semi-directif. Une étude quantitative par questionnaire ne nous semblait pas adaptée pour un tel sujet qui concerne peu de sages-femmes.

2.2.2. La population

Nous avons interrogé des sages-femmes hospitalières ou libérales ayant vécu une procédure non contentieuse (CDU, CCI) et/ou judiciaire et/ou disciplinaire. Nos critères d'inclusion étaient les suivants :

- Avoir été impliqué directement dans la procédure et non pas comme simple témoin.
- Avoir vécu une procédure sur le sol français (exclusion des procédures à l'étranger car réglementation différente).
- Être une sage-femme diplômée qui exerce depuis au moins un an, afin que la période d'exercice antérieure à la procédure soit suffisante pour objectiver un éventuel changement dans les pratiques.

L'ancienneté de la procédure n'a pas été un critère de restriction et le dénouement de l'affaire - classement sans suite, relaxe, condamnation - non plus. En effet, nous cherchons à savoir si le fait même d'être mis en cause modifie l'évolution professionnelle.

2.2.3. Le déroulement de l'étude

Le recrutement des sujets de notre étude a été possible via plusieurs moyens.

Nous avons tout d'abord contacté trois compagnies d'assurance spécialisées dans la couverture des professionnels de santé en espérant qu'elles pourraient lancer un « appel à témoin » à leurs sociétaires, comme l'avait fait Magali Finon pour sa thèse de médecine où elle interrogeait 15 médecins généralistes ayant vécu une procédure judiciaire (33). Malheureusement cette piste n'a pas abouti en raison du refus des mutuelles contactées.

Nous avons, dans un second temps, effectué des recherches sur internet et dans des articles de presse et nous avons pu ainsi identifier six sages-femmes libérales ayant vécu une procédure judiciaire et/ou ordinale, toutes dans un contexte d'accouchement à domicile. Nous les avons contactées par mail, Facebook ou téléphone. Toutes étaient initialement d'accord pour participer à notre étude mais deux n'ont finalement pas répondu à notre relance.

Nous avons ensuite envoyé un mail d'appel à participation aux sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre de Paris (cf. Annexe 5). Six sages-femmes nous ont répondu. Cinq d'entre elles nous ont accordé un entretien et la sixième ne rentrait pas dans nos critères d'inclusion puisqu'elle avait été interrogée simplement en tant que témoin dans une affaire. Cependant, un de ces cinq entretiens n'a pas pu être utilisé car la procédure avait eu lieu pendant les études de la sage-femme. Celle-ci n'avait donc pas exercé avant et une évolution de ses pratiques médicales n'aurait par conséquent pas pu être appréciée.

Deux sages-femmes interrogées ont été rencontrées au cours d'un stage.

Enfin, quatre sages-femmes ont été recrutées par effet « boule de neige », grâce aux sages-femmes déjà incluses dans notre étude.

Au total, nous avons contacté ou été contactés par 24 sages-femmes impliquées dans une procédure. Nous avons effectué 15 entretiens et en avons analysé 14 (après élimination de la procédure survenue au cours des études de la sage-femme) (cf. Annexe 6). Nous avons observé le phénomène de saturation puisque peu d'éléments nouveaux ont émergé lors des derniers entretiens réalisés.

Le recueil des données a été effectué par des entretiens individuels de début septembre à fin décembre 2018. Avant de poser nos questions, nous nous présentions et faisons une brève introduction pour rappeler l'objectif principal de notre recherche.

Parmi les 14 entretiens exploités, six ont été menés en « face à face », sur le lieu de travail de la sage-femme, à son domicile ou dans un lieu neutre, à sa convenance. Nous avons essayé de privilégier ce « face à face », qui apporte de la richesse aux entretiens des études qualitatives, en permettant notamment d'avoir des informations sur le non verbal, mais cela n'a pas été possible géographiquement avec toutes les sages-femmes interrogées. Quatre

entretiens ont été faits par Skype avec webcaméra et quatre par téléphone ou Skype sans vidéo (problème technique ou souhait de la sage-femme de ne pas mettre la webcaméra). La durée des entretiens varie entre 24 et 63 minutes, avec une durée moyenne de 42 minutes.

La grille d'entretien utilisée (cf. Annexe 7) est celle qui avait été validée lors de notre synopsis consolidé, à quelques modifications près. Nous l'avons élaborée en partant de nos trois hypothèses et de nos objectifs. Elle nous a servi de guide lors des entretiens réalisés sur le mode semi-directif, sans être toujours suivie de façon linéaire pour favoriser la fluidité du discours du sujet interrogé, en fonction des thèmes qu'il abordait spontanément. Nous avons veillé à poser nos questions de façon neutre et bienveillante, avec le souci de ne pas orienter les réponses.

2.2.4. Support et stratégie d'analyse

Notre analyse est qualitative et ne se veut en aucun cas représentative statistiquement parlant. Elle se fonde sur les propos des sages-femmes interrogées dont le témoignage constitue l'outil de notre recherche. Nous avons intégralement retranscrit les 14 entretiens avant de les analyser.

Pour les sages-femmes ayant arrêté d'exercer, soit par choix, soit par obligation en cas de radiation, la période d'intérêt pour notre étude concerne le temps d'exercice entre la plainte et la cessation d'activité (identification des éventuelles modifications dans la pratique pendant cette période de quelques mois à quelques années).

Un résumé de chacune des 14 affaires a été réalisé au début de la partie « résultats ».

2.2.5. Considérations éthiques et règlementaires

L'accord des participants à l'étude a été recueilli oralement au début de chaque entretien. Toutes les sages-femmes ont accepté que nous enregistrions l'entrevue pour la retranscrire et nous permettre d'être le plus fidèle possible dans l'analyse de leurs propos.

Les témoignages des sages-femmes ont été anonymisés. Nous avons changé les prénoms et avons choisi des prénoms féminins pour tous les sujets interrogés étant donné que la profession de sage-femme est majoritairement exercée par des femmes.

Troisième partie : Résultats et discussion

Nous avons fait le choix de discuter nos résultats dans la même partie que leur présentation afin d'éviter les redondances. Dans un premier temps, nous présenterons les sujets interrogés et les grandes lignes de leur procédure, puis nous parlerons des propos recueillis lors de nos entretiens concernant les impacts sur la vie professionnelle.

3.1. Présentation des 14 procédures

Parmi les 14 sages-femmes interrogées :

- Deux ont vécu une médiation au sein de la Commission Des Usagers (CDU) de leur lieu d'exercice.
- Une a été entendue en Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI).
- Trois ont été impliquées dans une procédure judiciaire : une au civil et deux au pénal.
- Six ont vécu une procédure disciplinaire, voire deux pour l'une des sages-femmes.
- Deux ont été impliquées à la fois dans une procédure pénale et disciplinaire.

La moitié des plaintes sont survenues suite à un décès néonatal.

La procédure la plus ancienne date de 1996 et la plus récente de 2018.

Les sages-femmes avaient en moyenne 15 années d'expérience. La plus jeune diplômée exerçait depuis un an et la plus ancienne depuis 36 ans. D'après notre échantillon, les procédures ne semblent pas survenir plus fréquemment chez les sages-femmes peu expérimentées.

Une particularité de notre population d'étude est la proportion importante de sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile (AAD) : 8 sages-femmes sur les 14 interrogées.

Notre échantillon n'illustre donc pas la population des sages-femmes françaises puisque seulement 1% d'entre elles pratiquent les AAD (il n'existe pas de chiffre officiel). Cependant les études qualitatives n'ont pas pour objectif d'être représentatives.

Par ailleurs, nous pouvons voir cela comme un résultat en soi : les sages-femmes pratiquant les AAD semblent être plus exposées aux procédures. Par exemple, concernant les plaintes auprès de l'Ordre des sages-femmes, un article datant de 2014 révèle que plus d'un tiers des affaires disciplinaires jugées en première instance depuis 2007 concernaient des AAD (34).

Nous n'avons pas eu accès aux « comptes-rendus » ou aux décisions de justice. Le motif de chaque procédure est énoncé selon ce que nous a rapporté la sage-femme concernée. Rappelons que l'objet de notre étude n'est pas de revenir sur le bien fondé des plaintes ni sur la justesse des sanctions. Nous avons constaté une grande disparité dans les issues des procédures, de « classée sans suite » jusqu'à la radiation définitive.

Un tableau récapitulatif des 14 procédures vous est proposé à la page suivante.

	Type de procédure	Motif	Personne à l'origine de la plainte	Sanction
Louise	Médiation au sein d'une CDU	Décès périnatal à l'hôpital, déclenchement par Propress	Les parents	/
Élodie	Médiation au sein d'une CDU	Décès périnatal à l'hôpital, terme dépassé	Les parents	/
Raphaëlle	Entendue pour une expertise d'une CCI	Décès périnatal à l'hôpital, au cours de l'accouchement	Les parents	Aucune
Claire	Auditionnée pour une expertise du TGI	Périnée complet compliqué à l'hôpital	La patiente	Aucune
Fanny	Auditionnée au commissariat de police	Contexte d'AAD	Médecin du SAMU	Aucune
Diane	Auditionnée au commissariat de police	Décès périnatal à l'hôpital, échec de réanimation	Les parents	Aucune
Mélanie	Ordinale : CDN	Attestation de violences conjugales	Le mari de la patiente	Aucune
Valentine	Ordinale : CDPI	Décès périnatal en AAD, au cours du travail	Les parents, l'Ordre s'est associé à la plainte	Radiation
Sophie	Ordinale : CDN	Contexte d'AAD : 6 transferts, dossiers incomplets	L'Ordre départemental	Radiation
Julia	Ordinale : CDN	Contexte d'AAD : 3 transferts	Un médecin puis l'Ordre départemental	Interdiction d'exercer de 1 an
Béatrice	Ordinale : CDPI	Contexte d'AAD : transferts pour hémorragie	L'Ordre départemental	Avertissement
Pauline	Ordinale : CDPI	Contexte d'AAD, thérapeutiques sans preuves scientifiques, informations sur son site internet	L'Ordre départemental (1ère plainte) puis l'Ordre national (2ème plainte)	Avertissement puis interdiction d'exercer de 1 an
Gaëlle	Pénale : Tribunal Correctionnel Ordinale : CDN	Décès périnatal en AAD, au cours de l'accouchement	La famille des parents	Radiation
Zoé	Ordinale : CDN, Conseil d'État Pénale : auditionnée au commissariat de police	Décès périnatal en AAD, transfert pour proccidence	Les parents	Radiation

Tableau récapitulatif des 14 procédures de l'étude

Les procédures non contentieuses :

Louise :

Louise a participé à une médiation organisée par la Commission Des Usagers (CDU) de l'hôpital où elle exerce, suite à une lettre de plainte d'un couple dont l'enfant est décédé pendant le travail.

Il s'agissait d'une patiente déclenchée à terme par Propess® pour souhait maternel. Louise avait surveillé pendant une heure le rythme cardiaque fœtal après avoir posé le Propess® et celui-ci était normal. Trois heures après, la patiente étant très algique, la sage-femme avait proposé un bain. Le contrôle du rythme au sortir du bain avait révélé une bradycardie fœtale qui avait conduit à la réalisation d'une césarienne en urgence. L'enfant, né en état de mort apparente, n'avait pas pu être réanimé. Les parents reprochaient une « sous-médicalisation » du travail et auraient voulu avoir des monitorings plus rapprochés.

Le couple souhaitait adresser sa plainte à une Commission de Conciliation et d'Indemnisation mais Louise n'a pas eu de nouvelles jusqu'à présent.

Élodie :

Élodie a reçu une plainte d'une patiente dont l'enfant était décédé au cours de l'accouchement. La sage-femme n'était pourtant pas de garde à la maternité le jour de la naissance mais la parturiente reprochait à Élodie un manque d'information lorsqu'elle l'avait reçue pour sa consultation de terme. Élodie et son chef de service, qui avait réalisé l'accouchement, ont été conviés à une médiation organisée par la Commission Des Usagers (CDU) de la maternité. À ce jour, la patiente n'a pas porté l'affaire en justice.

Raphaëlle :

Raphaëlle était sage-femme hospitalière lorsqu'elle a été confrontée au décès d'un nouveau-né lors d'un accouchement. Elle nous raconte : *« C'était en salle de naissance, donc un accouchement d'une deuxième-pare, enfin le suivi du travail d'une deuxième-pare. Tout allait bien donc on est... ça y est, on est aux efforts expulsifs. Elle pousse, ça ne descend pas tellement et le rythme se casse la figure. On appelle le chef de garde qui pose des forceps et puis bon, je pense qu'il*

les pose un peu... enfin ça c'est moi hein... il les pose un peu trop haut. Il insiste, il insiste, enfin l'interne insiste après c'est le chef qui insiste. On pense, toutes les collègues pensent, qu'il a joué à casse-noisette quoi, il a explosé le crâne du bébé. Et du coup... le rythme s'est encore plus cassé la figure, il se cassait la figure de plus en plus, donc on est parti vite fait au bloc et euh... moi j'avais quasiment plus de pouls hein, quand on est parti au bloc. Et là au bloc, donc on a récupéré un bébé... [...] On a essayé de le réanimer je ne sais pas combien de temps, et on n'a pas pu le réanimer. ». Suite à cet événement, les parents de l'enfant décédé ont porté plainte auprès d'une Commission de Conciliation et d'indemnisation (CCI) contre Raphaëlle et le reste de l'équipe de garde (sa collègue sage-femme, le chef de garde, l'anesthésiste et le pédiatre). Raphaëlle a été interrogée 11 mois après l'événement dans le cadre d'une expertise demandée par la CCI, qui n'a pas donné suite.

Les procédures judiciaires

Claire :

Claire est une sage-femme salariée d'un hôpital privé qui a été impliquée dans une procédure civile. Elle a été convoquée à des opérations d'expertise organisées dans le cadre d'une procédure devant le TGI.

Il s'agissait d'une plainte d'une patiente qui avait souffert d'une lésion de type périnée complet compliqué lors de son accouchement. Claire nous raconte que la femme était une primipare sans facteur de risque présentant un travail physiologique et dont l'enfant était eutrophe. Au cours des efforts expulsifs, des saignements du sphincter anal avaient été constatés. Claire avait décidé de réaliser une épisiotomie car le périnée de la femme était fragile. Après l'accouchement, la découverte d'une déchirure interne profonde avec atteinte de la muqueuse rectale avait motivé l'appel du médecin. La patiente avait été suturée au bloc opératoire par l'obstétricien et le chirurgien digestif. La femme avait eu une cicatrisation difficile et avait été réopérée pour abcès.

Suite à cet événement, la patiente a envoyé une lettre pour demander à la Commission Des Usagers (CDU) de pouvoir consulter son dossier mais n'ayant reçu aucune réponse, elle a décidé d'avoir recours à une procédure judiciaire.

L'expert a conclu qu'il s'agissait d'un aléa obstétrical. Notons que Claire était la seule soignante de l'équipe impliquée dans la procédure.

Fanny :

Fanny est une sage-femme libérale qui a été auditionnée au commissariat de police à la suite d'un accouchement à domicile (AAD). Un médecin du SAMU a déposé plainte contre elle pour « *pratiques dangereuses* », lui reprochant notamment un manque d'hygiène qu'il avait constaté lors du transfert d'un nouveau-né mis au monde par Fanny. Ce début de procédure pénale n'a toutefois pas eu de suite.

Diane :

Diane a été auditionnée au commissariat de police suite au décès d'un enfant lors d'une réanimation néonatale en milieu hospitalier. Il s'agissait d'un nouveau-né à terme, né par voie basse, sans contexte d'anoxie anténatale, dans une maternité de type 2b mais sans pédiatre sur place. Diane avait appelé le pédiatre devant la détresse respiratoire de l'enfant mais celui-ci ne s'était pas déplacé tout de suite. L'anesthésiste était injoignable. La réanimation menée avec sa collègue sage-femme et une auxiliaire avait échoué. Les parents de l'enfant décédé avaient déposé plainte quelques jours plus tard contre Diane, sa collègue sage-femme et le pédiatre. Ce début de procédure pénale n'a pas eu de suite.

Les procédures disciplinaires :

Mélanie :

Mélanie était sage-femme en hospitalier quand elle a rédigé pour une de ses patientes une attestation de violences conjugales. Cette dernière l'a utilisée contre son mari pour l'accuser de coups et blessures. Le mari de la patiente a ensuite déposé plainte contre Mélanie auprès du Conseil de l'Ordre des sages-femmes pour « *non respect du code de déontologie et non respect du secret médical* ». La procédure a conduit Mélanie en commission de conciliation, puis devant la Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) et enfin, le mari ayant fait appel, devant la Chambre Disciplinaire Nationale (CDN). Elle n'a pas été condamnée.

Valentine :

Valentine exerçait en libéral et pratiquait les accouchements à domicile (AAD). La procédure disciplinaire qu'elle a vécue a pour origine la plainte d'une de ses patientes dont l'enfant est décédé in utero pendant le travail. Elle a été radiée définitivement par la Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) de sa région qui a considéré qu'elle avait une responsabilité dans l'affaire.

Sophie :

Sophie a vu sa responsabilité disciplinaire mise en cause par les sages-femmes de l'Ordre elles-mêmes, pour « *mise en danger de femmes enceintes et nouveau-nés à naître pour cause de pratiques dangereuses* ». L'Ordre a utilisé pour preuve des éléments de 6 dossiers de transferts, dont certains dataient de plus de 5 ans. Après sa radiation définitive prononcée par la CDPI, Sophie a fait appel et la CDN a confirmé la sanction. Sophie a souhaité soumettre son dossier à la Cour Européenne des Droits de l'Homme mais celui-ci n'a pas été retenu (la CEDH rejette de nombreux dossiers, très peu sont examinés).

Julia :

Pour Julia, sage-femme pratiquant des AAD, c'est un médecin qui a déposé plainte au Conseil de l'Ordre pour « *pratiques dangereuses* », en faisant référence à trois dossiers : deux

transferts pour stagnation de la dilatation et une hémorragie à 48 heures du post-partum. Après la conciliation au départemental, le médecin a retiré sa plainte mais l'Ordre a décidé de poursuivre la procédure. C'est ainsi que Julia a été interdite d'exercice pendant un an par la CDPI. Son recours en appel n'a pas modifié la décision de l'Ordre. Lorsque nous l'avons interrogée, Julia souhaitait se pourvoir en cassation auprès du Conseil d'État et soumettre un dossier à la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

Béatrice :

Béatrice a reçu une plainte de la part des sages-femmes de son Conseil départemental pour « mise en danger des mères et des bébés », « utilisation de pratiques non médicales dangereuses » et « défaut d'assurance ». Cette sage-femme libérale pratiquant les AAD avait fait l'objet de signalements de la part de professionnels hospitaliers, notamment à propos de certains de ses transferts pour hémorragie du post-partum suite à des AAD. Elle a été sanctionnée d'un avertissement par la CDPI. Elle n'a pas fait appel.

Pauline :

Pauline a vécu deux procédures disciplinaires à un an d'intervalle. Elle pratique les AAD mais les raisons des plaintes n'ont pas de lien direct avec cela.

La première plainte émanait du Conseil départemental de l'Ordre, pour plusieurs motifs : informations non conformes mises en ligne sur son site internet, plaque professionnelle non conforme, orientation des patientes vers un thérapeute pratiquant des soins énergétiques. Pauline a été sanctionnée d'un avertissement par la CDPI.

La deuxième plainte provenait du Conseil national de l'Ordre et concernait les informations disponibles sur son site internet à propos de pratiques non approuvées : « bébé lotus » (pratique qui consiste à laisser le nouveau-né relié au placenta jusqu'à ce que le cordon se détache naturellement au troisième jour de vie environ), isothérapie (homéopathie à base d'extrait de placenta, fabrication interdite en France), doulas (personnes qui accompagnent

et soutiennent les femmes enceintes pendant leur grossesse et leur accouchement, en complément du suivi médical). Pauline a alors été interdite d'exercice pendant un an.

Les doubles procédures : judiciaires et disciplinaires :

Gaëlle :

Suite au décès d'un bébé au cours d'un accouchement à domicile, Gaëlle a vécu une procédure pénale de 4 ans qui a abouti à une relaxe puis une procédure disciplinaire de 6 ans qui a abouti à une radiation du tableau de l'Ordre des sages-femmes. C'est la grand-mère de l'enfant décédé qui avait entamé la procédure envers Gaëlle et les parents se sont joints à la plainte dans un second temps, en tant que partie civile.

Zoé :

Zoé a reçu une plainte d'un couple qu'elle accompagnait pour un accouchement à domicile. La patiente avait été transférée par les pompiers pour procidence du cordon. L'enfant, né par césarienne en état de mort apparente, n'avait pas pu être réanimé. La procédure disciplinaire de Zoé est allée jusqu'au Conseil d'État. Zoé a été radiée. Sur le plan pénal, elle a été interrogée par la police au commissariat.

3.2. Principaux résultats

3.2.1. Les répercussions de la procédure sur la carrière

Arrêt total de l'exercice du métier :

Parmi les sages-femmes que nous avons interrogées, plusieurs n'exercent plus depuis leur procédure. Quatre d'entre elles ont été radiées du tableau de l'Ordre. Actuellement, une de ces sages-femmes fait du « coaching de naissance », une autre est infirmière, une autre encore est auxiliaire de vie auprès de personnes âgées. Notons qu'une de ces sages-femmes a fait une demande de réhabilitation au bout de trois ans qui a été refusée par le Conseil départemental. Elle attend la réponse de sa procédure d'appel.

Mélanie, qui n'avait reçu aucune sanction disciplinaire, n'exerce plus à cause d'un état d'épuisement professionnel, en parti causé par sa procédure : « *J'ai fait un début de burn-out donc j'ai été arrêtée pour maladie.* ».

Arrêt temporaire ou partiel de la profession :

Certaines sages-femmes ont dû arrêter leur exercice quelques temps, que ce soit à cause de la procédure en cours (Gaëlle n'a pas pu exercer pendant la durée de sa procédure pénale) ou à cause d'une sanction (Pauline et Julia ont eu une interdiction d'exercer d'un an).

Par ailleurs, deux sages-femmes ont réduit volontairement leur activité. Gaëlle, après sa relaxe au pénal et avant sa radiation, n'a suivi pendant deux ans que des femmes qu'elle avait déjà prises en charge pour une grossesse antérieure : « *Je ne voulais plus reprendre le travail. J'étais traumatisée par le fait que les parents aient pu porter plainte contre moi.* ». Fanny a fait une pause et a sollicité une de ses collègues plusieurs fois pour la remplacer : « *J'ai fini par... par m'arrêter pendant trois semaines parce que j'étais pas... j'étais pas bien quoi.* ».

De plus, Fanny a arrêté de pratiquer les accouchements à domicile (AAD). Bien que cette décision ait été prise plusieurs années après sa procédure, elle la relie en partie à la plainte reçue, car elle était depuis très stressée par rapport au risque de procédures liées aux AAD : « *Il y avait ma collègue qui m'avait dit « ton capital stress a été consommé ».* ».

Enfin, la plainte reçue a porté préjudice à Valentine qui a aussitôt été licenciée du plateau technique où elle travaillait, avant même sa condamnation par l'Ordre, ainsi qu'à Pauline qui a vu plusieurs postes lui être refusés dans des maternités suisses où elle avait fait acte de candidature, ce qui a modifié son projet initial de travailler dans un structure et l'a poussée à finalement s'installer en libéral en Suisse.

Hésitation :

Certaines sages-femmes ont hésité à arrêter d'exercer ou à changer de métier, comme Diane : « *J'étais dégoûtée du métier de sage-femme, je voulais tout... tout quitter, tout quitter, tout abandonner. Je m'étais renseignée pour m'orienter vers euh... l'enseignement, l'enseignement ouais, et puis euh... (soupir), bein finalement je ne l'ai pas fait.* ». Mélanie nous dit avoir songé au début de sa procédure à faire des études de droit pour devenir avocat.

Projets nouveaux :

De nouveaux projets professionnels ont émergé chez certains sujets interrogés, suite à leur procédure.

Mélanie souhaitait s'impliquer au sein de sa maternité pour améliorer la prise en charge des violences et autres risques psycho-sociaux.

Deux sages-femmes ont souhaité s'investir à l'Ordre, l'une pour « protéger » ses collègues pratiquant les AAD, l'autre dans le but de dissoudre les conseils.

D'autres ont songé à changer de secteur d'exercice. Diane qui est toujours sage-femme en hospitalier nous dit par exemple : « *Je voulais... en fait ne plus travailler à l'hôpital, j'avais postulé pour la PMI, et comme ça n'a pas abouti... donc j'ai laissé tomber, voilà.* ».

En revanche, aucune sage-femme hospitalière n'a arrêté de travailler dans un service en particulier suite à la plainte, comme la salle de naissance par exemple.

Besoin de se former :

Aucune sage-femme n'a exprimé le besoin ou l'envie de suivre une formation, quel qu'en soit le thème (sujet relié au motif de la plainte comme l'analyse du rythme cardiaque foetal par exemple ou formation à propos de la responsabilité médicale...)

Discussion :

La mise en cause de sa responsabilité professionnelle peut avoir des répercussions dans la carrière d'une sage-femme. Sur nos 14 sujets, 9 ont vu leurs projets professionnels impactés. Alors que certaines sages-femmes connaissent une simple remise en question temporaire : « Suis-je vraiment faite pour ce métier ? », d'autres ont arrêté d'exercer totalement, soit contraintes par une sanction disciplinaire, soit pour d'autres raisons personnelles. Dans notre échantillon, nous remarquons que les impacts sur la carrière concernent surtout les sages-femmes libérales (qui pratiquent les AAD), mais ce sont également celles qui ont été davantage sanctionnées : interdiction temporaire d'exercer pour deux d'entre elles et

radiation pour quatre d'entre elles. Les sages-femmes hospitalières semblent avoir été plus « épargnées » par les procédures disciplinaires et donc par les sanctions concernant leur droit d'exercer.

Le vécu de la procédure a parfois des conséquences visibles à plus long terme sur la carrière, comme dans le cas de Fanny qui a fini par arrêter les AAD. La procédure semble donc laisser des séquelles, qui peuvent ressurgir de façon différée dans le temps.

De tels impacts avaient été constatés par Magali Finon dans son étude intitulée « Le médecin face à la justice : entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire » : suite à leur procédure, deux médecins avaient décidé d'abandonner la médecine générale, quatre y avaient songé, un souhaitait diminuer son activité. (33)

Enfin, l'événement a suscité chez certaines sages-femmes l'envie de s'investir dans de nouveaux projets, en lien avec leur procédure en tant que telle (investissement au sein de l'Ordre des sages-femmes suite à une procédure disciplinaire) ou bien avec le motif de celle-ci (prise en charge des violences conjugales). En effet, cet événement vécu leur a ouvert les yeux sur des problématiques et elles se sont mobilisées pour améliorer les choses.

Nous validons notre première hypothèse « Les sages-femmes étant confrontées à une procédure mettant en cause leur pratique professionnelle modifient leurs plans de carrière », en précisant que souvent, les changements par rapport à leurs projets professionnels initiaux ne sont pas un choix mais sont imposés par une décision ordinaire.

3.2.2. Les impacts dans l'exercice professionnel au quotidien

État d'esprit après la plainte :

Nous avons demandé aux sages-femmes ce qu'elles avaient ressenti en retournant travailler après avoir eu connaissance de la procédure engagée. Nous leur avons présenté un nuage de mots en leur proposant de choisir ceux qui représentaient le plus leur état d'esprit. Nous avons ensuite réalisé un autre nuage pour présenter les résultats obtenus en faisant ressortir

les mots les plus cités par les sages-femmes, avec pour chaque mot le nombre de fois où il a été choisi, mentionné entre parenthèses :

<i>Peur</i>	<i>Méfiance</i>
<i>Aucun changement</i>	
<i>Stress</i>	<i>Prudence excessive</i>
<i>Perte de confiance en soi</i>	
<i>Surmotivation</i>	<i>Vigilance</i>
<i>Angoisses</i>	<i>Dévalorisation</i>
<i>Doute sur ses capacités</i>	
<i>Solitude</i>	<i>Envie de mieux faire</i>
<i>Dégout de la profession</i>	
<i>Distance relationnelle avec les patientes</i>	

Nuage présenté aux sages-femmes

<i>Peur (x5)</i>	<i>Méfiance (x4)</i>
<i>Aucun changement (x0)</i>	
<i>Stress (x2)</i>	<i>Prudence excessive (x2)</i>
<i>Perte de confiance en soi (x2)</i>	
<i>Surmotivation (x2)</i>	<i>Vigilance (x7)</i>
<i>Angoisses (x1)</i>	<i>Dévalorisation (x0)</i>
<i>Doute sur ses capacités (x2)</i>	
<i>Solitude (x6)</i>	<i>Envie de mieux faire (x4)</i>
<i>Dégout de la profession (x2)</i>	
<i>Distance relationnelle avec les patientes (x0)</i>	

« Nuage résultat »

Personne n'est resté indifférent suite à la procédure. La mise en cause de leur pratique professionnelle a principalement engendré chez les sages-femmes une vigilance accrue, une envie de mieux faire, un sentiment de solitude, de la peur, de la méfiance.

Pour Gaëlle, les mots de ce nuage ne conviennent pas, ses sentiments étaient décuplés : « Alors il n'y a que les étapes au-dessus en fait. Donc au lieu de peur c'est terreur, au lieu de stress c'est traumatisme, au lieu de... au moment où ça s'est fait il y avait la sidération, il n'y est pas. Donc c'est beaucoup plus fort, c'est un choc, c'est un traumatisme énorme. [...] C'est pas la solitude mais c'est l'isolement total. [...] Ça a été un cauchemar de 4 ans. Donc là tous vos mots ils sont très doux. ».

Actuellement, certaines n'ont plus ces ressentis dans l'exercice de leur métier, comme Louise : « *Je pense que j'ai suffisamment travaillé dessus pour que ce soit quelque chose qui n'ait pas un impact néfaste.* » D'autres au contraire ont été impactées à long terme comme Raphaëlle par exemple : « *Je me méfie toujours des médecins.* ».

La pratique au quotidien (actes techniques, prescriptions, tenue des dossiers médicaux) :

À part Fanny qui ne pratique plus les AAD comme évoqué précédemment, les sages-femmes ont continué à pratiquer les mêmes actes techniques et ne se sont pas restreintes dans leurs pratiques. Claire affirme par exemple que sa fréquence d'épisiotomie est restée la même. Quelques nuances sont à faire concernant les sages-femmes qui font des AAD. En effet, la plupart d'entre elles ont augmenté leurs exigences par rapport aux couples qu'elles acceptaient de suivre, quitte à refuser plus de demandes d'accompagnement. Fanny par exemple a été plus stricte sur la distance du domicile de la patiente avec l'hôpital : *« Il faut quand même qu'on soit plus rigoureuses là-dessus et que quand les gens sont trop loin bien qu'ils louent un gîte, qu'ils se rapprochent de l'hôpital. »*.

Certaines ont redoublé de vigilance par rapport à la surveillance de la grossesse et du travail. Louise par exemple nous dit : *« Je vais être plus vigilante sur la surveillance par monito. »* et avoue parfois prolonger plus que nécessaire la surveillance du rythme cardiaque fœtal : *« Je vais avoir plus tendance à écouter les bébés donc au-delà et aussi à être plus vigilante à ce que les patientes disent. C'est à dire que, sans forcément écouter le bébé, je vais aller voir la patiente, comment elles sont les contractions, est-ce qu'elles sont très rapprochées, très douloureuses, mieux évaluer en fait cette contractilité. »*.

Valentine a acheté un monitoring pour se protéger sur le plan médico-légal : *« J'ai acheté un monitoring parce qu'avant j'avais pas de monito du coup j'écoutais avec le doppler donc ça ça m'a été reproché direct, même si les études elles montrent que c'est pareil. »*. Ce n'est pas du tout la vision des choses de Sophie qui nous explique : *« Est-ce que je suis obligée de faire un monitoring oui ou non. Donc la loi était claire là-dessus : non, il y a deux façons pour surveiller les bruits du cœur c'est ou avec un monitoring ou par intermittence avec un Doppler à condition que la sage-femme soit continuellement en présence de sa parturiente, ce qui était le cas. Donc une fois que j'ai vérifié ça et que je me suis dit « je suis dans ce cas là, je suis dans les clous », jamais je me suis dit « ah mais oui mais si jamais j'ai un procès ça va quand même être mieux si j'ai un monitoring pour me protéger ». Je ne fonctionne pas comme ça. »*.

Élodie raccourcit le temps de surveillance des termes dépassés et a tendance à insister plus auprès des patientes pour qu'elles acceptent le déclenchement : *« J'ai le déclenchement plus*

facile, en tout cas je suis plus insistante pour un déclenchement pour une patiente qui est à terme dépassé, avec des conditions où on sait que ça va bien se passer. ».

Concernant leurs prescriptions, deux sages-femmes libérales expliquent laisser moins le choix aux parents de réaliser les examens complémentaires prescrits. Elles citent toutes les deux en exemple le dépistage vaginal du streptocoque B pendant la grossesse.

D'autre part, nous avons interrogé les sages-femmes à propos de la façon dont elles tiennent les dossiers médicaux de leurs patientes. 9 d'entre elles ont remarqué des modifications dans ce qu'elles écrivent dans les dossiers, suite à leur procédure. Celles qui n'ont pas vu de changement précisent qu'elles étaient déjà rigoureuses auparavant.

Celles qui ont modifié leurs habitudes quant au dossier médical écrivent plus de détails, sont plus précises dans leurs observations et leurs transmissions. Claire explique : *« Au niveau de mes dossiers médicaux, j'ai pu voir à quel point les mots sont importants, dans l'expertise vu comment ils ont dépiauté du coup le dossier. [...] En terme de médico-légal, ouais je fais beaucoup plus attention à ce que je marque ou ce que je marque pas sur le dossier. ».* Claire n'écrit pas forcément plus de choses mais a appris grâce à sa procédure à reconnaître ce qui était essentiel d'écrire d'un point de vue médico-légal : *« J'ai plus la notion en fait de ce qui est important à marquer et ce qui ne l'est plus en fait. Je marque peut-être un peu moins de choses en fait finalement, mais plus dans le sens médico-légal quoi. ».*

Raphaëlle a toujours un œil sur ce que ses collègues écrivent, notamment concernant les conduites à tenir des médecins, elle vérifie la concordance avec ce qu'ils lui disent à l'oral : *« Moi quand ils me disent quelque chose à voix haute, je revérifie dans le dossier si ça a été écrit. S'ils me demandent quelque chose à voix haute je vérifie aussi qu'ils ont marqué la même chose sur le dossier, et si c'est pas la même chose je leur dis « si tu as marqué que ça, je ne peux faire que ça ». ».*

Plusieurs sages-femmes précisent qu'elles notent également plus d'informations sur les échanges verbales avec la femme, sur le relationnel soignant-soigné, sur l'état psychologique et émotionnel de la patiente.

Parmi les sages-femmes qui ont changé leur tenue du dossier médical, certaines vont même jusqu'à corriger leurs collègues, comme Claire qui nous confie : *« Je leur fais des petites*

remarques parfois sur les dossiers, ouais surtout chez mes collègues jeunes sages-femmes qui sont pas très rigoureuses sur leurs dossiers tout ça. [...] Je pense qu'elles ne se rendent pas compte à quel point ça peut être important. ».

Une sage-femme, Pauline, a informatisé les dossiers de ses patientes : *« Je me suis créée de nouveaux dossiers informatiques pour, pour pouvoir garder en fait des traces. ».*

Appel du médecin, transfert des patientes :

À la question « Faites-vous plus appel au médecin ou adressez-vous plus souvent vos patientes à un médecin ? », quatre sages-femmes interrogées nous ont répondu par l'affirmative. Juste après la plainte, Claire appelait plus souvent le médecin pendant les efforts expulsifs et Raphaëlle demandait plus d'avis sur des tracés de monitoring. Diane veillait à ne pas sortir de son champ de compétence et nous dit, à propos des situations pathologiques : *« J'appelais le médecin pour qu'il prenne ses décisions, pour qu'il prenne sa place. ».* À propos des échographies faites en consultation de terme, Élodie nous a confié : *« Si j'ai le moindre petit doute [...] j'appelle le médecin. [...] Je me dis au moins, si l'écho de liquide est faite par le médecin, il y a un nom en plus du mien sur la consultation de terme. ».*

Parallèlement, deux sages-femmes ont remarqué avoir demandé plus souvent l'avis de leurs collègues sages-femmes, comme Raphaëlle par exemple : *« Je demandais, je pense, plus souvent aux collègues « alors tu penses quoi de ce rythme ? ». ».*

Cependant, elles gardent bien à l'esprit qu'elles restent seules responsables de leurs décisions même si elles s'enquière de l'opinion d'autres soignants, comme en témoignent les paroles de Diane : *« Simplement, quand j'ai un doute, je demande un avis à une collègue, bein je n'oublie pas que c'est moi la principale concernée. [...] C'est ma responsabilité, c'est ma patiente donc je préfère demander un avis à un médecin même si ma collègue pense le contraire. ».*

Diane va même plus loin et nous explique que nous mettons en jeu notre responsabilité dans tout acte et soin prodigués aux patientes. On comprend alors qu'elle ose discuter les directives des médecins qu'on lui demande d'appliquer : *« J'ai appris à m'affirmer, à dire non quand il le faut. Il n'y a pas longtemps, il y a quoi... deux ou trois ans de ça, j'étais en suites de couches pathologiques et il y a un médecin qui est venu me faire la morale en me disant « oui, fallait*

faire les sorties précoces, à J2 », alors moi j'ai osé lui dire que... que non, c'était moi qui signais les documents, que si moi je jugeais qu'une dame n'était pas prête pour sortir, qu'elle ne sortirait pas, et que si lui il en jugeait le contraire, qu'il viendrait lui faire la sortie, et que moi je ne le ferai pas. Je lui ai dit carrément que s'il y a un souci, avec moi qui me retrouve devant les tribunaux, ça sera pas lui. Donc j'ai appris à dire non quand il le faut, sachant que c'est ma responsabilité qui est en jeu. ».

Pour d'autres sages-femmes, au contraire, l'appel au médecin et devenu moins fréquent après leur procédure. Quand nous avons interrogé Sophie, sage-femme pratiquant les AAD, sur l'évolution de la fréquence des transferts de patientes qu'elle effectuait, voici ce qu'elle nous a répondu : *« Moins, clairement. Et les patientes [...] essayaient de me protéger aussi, demandaient elles de ne pas être transférées, de ne pas devoir s'inscrire dans les maternités, de ne pas devoir... voilà bon, il y avait des limites quand même pour moi aussi. Et même dans des accouchements, je me souviens de un en particulier où normalement j'aurais transféré et c'est la maman qui m'a dit « non, s'il te plait, pas question » et voilà. Bon ça s'est bien fini mais je... si j'avais été à l'aise avec les maternités, j'aurais appelé c'est clair. »*. En effet, la tension, apparue suite à la procédure, entre Sophie et ses collègues hospitaliers a eu des répercussions négatives et il s'agit là du seul exemple parmi nos résultats où la pratique médicale est devenue moins prudente qu'avant la procédure vécue.

Délégation de tâches :

Concernant les tâches confiées aux infirmiers et aux auxiliaires, les participantes à notre étude n'ont pas noté de changement. Diane précise qu'elle a une grande confiance en ses collègues paramédicaux.

En revanche, une sage-femme a modifié sa façon d'encadrer les étudiants. En effet, Claire a réalisé sa responsabilité à leur égard grâce à la procédure qu'elle a connue : *« Ce qu'on m'a bien fait comprendre et ça je l'ai bien intégré depuis c'est que [...] les étudiantes sont sous la responsabilité de la sage-femme, elle doit être toujours présente auprès de la patiente avec l'étudiante. »*. Elle est depuis plus impliquée dans l'encadrement des étudiants et a tendance

à vérifier ce qu'ils font. Elle se sent d'autant plus concernée qu'un incident impliquant un étudiant est survenu dans la maternité où elle exerce.

Julia, sage-femme libérale, avait l'habitude d'encadrer des étudiants mais n'a plus de demande de stage : « *Avant j'en avais régulièrement mais l'école de sages-femmes ne m'en envoie plus du tout.* ».

Discussion :

Au total, nous constatons que l'expérience de la procédure a rendu les sages-femmes plus rigoureuses et vigilantes dans leur exercice au quotidien. Pauline nous dit : « *L'impact positif, c'est que ça m'a aidé à être plus carrée.* ». Ces changements peuvent être résumés par les propos de Julia : « *Je me suis astreinte à être beaucoup plus précise dans mes comptes rendus, dans mes prescriptions et dans tout ça.* ».

L'impact le plus important dans notre échantillon est dans la tenue des dossiers médicaux. Les sages-femmes ont réalisé le caractère médico-légal du dossier et le remplissent désormais avec la plus grande attention. En effet, les expertises lors d'une procédure se basent essentiellement sur les données rapportées dans le dossier. Le remplir correctement ne permet pas de se prémunir contre une plainte mais permet d'apporter des preuves concernant le déroulement et l'exécution des actes médicaux. Il est important d'y tracer l'état de santé de la patiente, les examens complémentaires réalisés, les explications qui lui ont été fournies, les décisions collégiales prises en staff. Les éléments à faire figurer dans le dossier médical d'un patient hospitalisé sont mentionnés à l'article R1112-2 du CSP (4).

Il est intéressant de noter que certains changements dans leur pratique au quotidien n'ont aucun lien avec le motif de la plainte reçue par la sage-femme (prescription du dépistage du streptocoque B vaginal par exemple). On peut penser que les sages-femmes, suite à la procédure, réalisent qu'elles sont exposées et prennent donc plus de précautions, dans l'ensemble de leur champ de compétences. Quelques-unes nous ont exprimé leur peur de recevoir à nouveau une plainte, pour un autre motif.

On peut remarquer le souci de certaines sages-femmes à respecter les recommandations nationales en matière de santé. Nous nous sommes demandés quelle était la valeur juridique

des RPC (Recommandations pour la Pratique Clinique). Tout professionnel de santé a l'obligation de prodiguer des soins selon les données scientifiques du moment comme nous le rappelle l'article R.4127-325 du Code de la Santé Publique (CSP). Or, les recommandations établies par des instances comme la HAS ou par des sociétés savantes dont la fiabilité des auteurs est connue, sont considérées comme des références de données acquises de la science par la jurisprudence. Ainsi, la sage-femme qui ne respecte pas les RPC risque d'engager sa responsabilité en cas de litige. Concernant les protocoles de soins rédigés par les professionnels d'un service d'un établissement de santé, ceux-ci peuvent constituer une référence mais la sage-femme doit veiller à ce que les tâches qui lui incombent soient en accord avec ses compétences définies par la loi. Si elle applique un protocole qui la fait sortir de son champ de compétences, sa responsabilité pourra être engagée, ainsi que celle du praticien ayant rédigé le protocole. (6)

À propos des sages-femmes qui font preuve d'une prudence accentuée depuis leur procédure dans leur surveillance et leurs ordonnances d'examens complémentaires, nous avons été interpellés par un concept décrit dans la littérature : la médecine défensive. Il s'agit, pour un professionnel de santé, de prescrire des examens superflus pour se « couvrir ». Cette pratique s'observe beaucoup aux Etats-Unis où les médecins, par peur des procès qui sont fréquents, prescrivent des explorations inutiles. Ceci a deux conséquences majeures : la iatrogénie (examens d'imagerie par exemple) et le coût (incompatible avec la volonté de réduire les dépenses de santé) (35). Une étude de la Fédération Hospitalière de France (FHF) menée auprès de 800 médecins a révélé que « pour 53% des médecins, les risques de mise en cause judiciaire ont modifié leur exercice en les incitant à la réalisation d'examens supplémentaires. » (36).

Peut-être pouvons-nous inclure dans cette « médecine parapluie » l'attitude de certaines sages-femmes qui font appel plus souvent au médecin depuis leur procédure, soit pour se rassurer, soit pour se « dédouaner ». Il s'agit, dans notre échantillon, des sages-femmes hospitalières.

A contrario, une partie des sages-femmes libérales de notre étude ont remarqué qu'elles transféraient moins leurs patientes, probablement par peur que l'hôpital ne leur reproche

leur pratique de l'AAD. En effet, les sages-femmes ressentent parfois une certaine hostilité des soignants à leur égard. Ceci peut avoir pour conséquence une prise de risque. C'est d'ailleurs ce qu'avait remarqué Pauline : *« Je sais qu'il y avait certaines sages-femmes, par peur, qui se débrouillaient entre guillemets pour transférer le moins possible. Et moi j'ai jamais voulu rentrer dans ça. »*.

Nous validons notre deuxième hypothèse « Les sages-femmes étant confrontées à une procédure mettant en cause leur pratique professionnelle font preuve d'une rigueur accrue dans leur pratique médicale quotidienne. ». La majorité des sages-femmes déclarent être plus vigilantes et prudentes. Les changements dans la pratique prennent différentes formes mais on retrouve un impact important sur la tenue du dossier médical. L'appel du médecin est plus fréquent après la procédure pour les sages-femmes salariées, qui semblent vouloir se protéger. On retrouve l'apparition d'une attention particulière de la part des sages-femmes pratiquant les AAD qui sont plus exigeantes et précautionneuses dans leur « sélection » de patientelle. Nous n'avons pas établi de lien entre le type de procédure (contentieuse ou non) et les répercussions sur l'exercice.

3.2.3. Les changements relationnels avec les patientes et les professionnels

Relation avec les patientes :

Lorsque c'est une patiente qui porte plainte, bien que la majorité des sages-femmes comprennent le besoin des femmes de voir leur préjudice reconnu publiquement et de trouver un responsable, la relation sage-femme-patiente est altérée. Ainsi, certaines sages-femmes comme Gaëlle ont perdu le lien de confiance qu'elles avaient avec leurs patientes : *« J'étais traumatisée par le fait que les parents aient pu porter plainte contre moi. [...] J'avais plus confiance. »*. Une méfiance s'est alors installée pendant qu'elle continuait d'exercer au cours de sa procédure disciplinaire. Elle ajoute, à propos des couples qu'elle acceptait de suivre pour une naissance à domicile : *« Je dis oui à des parents en disant : mais qu'est-ce que tu vas me faire après ? »*.

Cette méfiance a d'ailleurs poussé quelques sages-femmes à refuser de suivre des femmes, notamment pour des AAD. Fanny explique observer davantage « *le profil psychologique des gens* » lors du premier entretien, avant de débiter un suivi de grossesse. Elle veille à « *mettre la confiance au centre de la relation sage-femme – parents.* ». Zoé a décidé, après avoir été informée de la plainte à son encontre, d'accompagner uniquement les accouchements des patientes qu'elle avait suivies pendant toute leur grossesse, « *pour que s'établisse une réelle relation de confiance.* ». Après sa procédure pénale, Gaëlle a mis deux ans avant de dire oui à de nouvelles patientes ; auparavant, elle se restreignait aux femmes qu'elle avait connues lors d'un accouchement antérieur.

Plusieurs sages-femmes de notre étude évoquent leur volonté de veiller à ce que la relation qu'elles entretiennent avec les femmes soit franche, honnête, vraie. Pauline dit : « *Maintenant je fais beaucoup plus attention lorsque je sens qu'il y a un relationnel entre le couple et moi qui n'est pas très fluide, je pose cartes sur table en fait.* ». Elle ajoute qu'en cas de difficulté relationnelle avec un couple, elle cherche des solutions pour améliorer le lien et en cas d'échec, elle leur propose de rencontrer une autre sage-femme.

Louise est plus vigilante dans sa communication avec les parents : elle se trouve plus à l'écoute et discute davantage les prises en charge avec les femmes. Son objectif au quotidien est le suivant : « *C'est d'être plus vigilante sur la relation que j'ai avec les couples en fait. C'est à dire de bien comprendre ce qu'ils attendent de moi et bien... et transmettre au mieux ce que moi je pense et ce que j'estime en tant que professionnelle.* ».

Cinq sages-femmes ont modifié la façon dont elle délivre les informations à leurs patientes, à propos du suivi de grossesse, des soins prodigués, de l'accouchement à domicile.

- Louise par exemple explique davantage les risques des prises en charge et présente toutes les alternatives possibles, en particulier concernant le déclenchement du travail (la plainte qu'elle a reçue était en lien avec ce thème). Par ailleurs, elle s'assure de la bonne compréhension de la femme et recherche son accord : « *Quand je propose quelque chose aux patientes, d'être sûre que c'est bien accepté par elles, qu'elle a bien tout compris, que... enfin voilà.*

Ou sinon de proposer plusieurs choix et de laisser le choix à la patiente avec toutes les infos nécessaires quoi. ».

- Pour Élodie également, la recherche du consentement éclairé ou du refus de soin de la femme est primordial : *« Vigilance sur l'information telle qu'elle est perçue et m'assurer, faire une reformulation. »*. Elle note la décision de la patiente dans le dossier médical. Elle donne l'exemple du dépistage de la trisomie 21 où il est important de faire formuler à la patiente son souhait de réaliser ou pas le calcul de risque. Élodie nous rappelle qu'il est important d'*« éviter d'être dans l'interprétation de la communication. »*.

- Julia donne plus de précisions à ses patientes sur la possibilité d'être transféré à l'hôpital pendant un accouchement à la maison. Elle a remarqué qu'elle était *« plus précautionneuse, en leur expliquant qu'effectivement, comment ça se passe en cas de transfert, en étant bien claire. »*.

- Gaëlle, après sa procédure pénale, s'est mise à délivrer une informations très détaillée sur la mort périnatale aux patientes qu'elle suivait pour un AAD : *« Ce qui a changé c'est que dans ma pratique je parlais plus souvent de la mort, de la mort autour de la naissance. Donc j'ai intégré des informations avec des films et des documents, avec des données chiffrées sur la mortalité maternelle et infantile. [...] La procédure pénale m'a aidée à parler plus facilement de choses difficiles avec les parents, à les mettre en face de leurs responsabilités, et ça m'a permis de leur dire que je ne leur garantissais pas un enfant vivant et bien portant, quels que soient les examens, les échographies. »*.

- Pauline a même créé des feuilles de consentement qu'elle fait signer aux parents qu'elle accompagne pour une naissance à domicile : *« J'ai fait des documents écrits noir sur blanc avec toutes les conditions en fait que j'exige pour pouvoir les accompagner pour les accouchements à domicile et puis tous les cas de transfert, c'est-à-dire quelles sont les indications de transfert. Et puis ensuite je leur demande de signer le document pour montrer comme quoi ils ont bien été informés. »*.

Un autre élément qui est apparu dans le discours des sages-femmes est qu'elles semblent *« s'affirmer »* plus qu'avant dans leurs prises en charge des patientes. Nous avons déjà évoqué l'exemple des deux sages-femmes libérales qui laissaient moins le choix aux parents de réaliser les examens prescrits (dépistage du streptocoque B notamment). Diane exprime bien ce souci d'appliquer les recommandations, quitte à aller à l'encontre du désir des

parents, pour ne pas avoir de reproches en cas de sinistre : « *Certaines patientes, les conjoints même nous dictent la conduite à tenir, nous disent ce qu'on doit faire par rapport à ce qu'ils ont vu sur Internet donc euhm... donc c'est à nous de recadrer et là on se dit... on prend conscience que s'il y a un souci, que c'est notre responsabilité qui est engagée. On est là en tant que professionnel, on n'est pas là pour... pour aller dans le sens des patientes, faire plaisir aux gens, sachant que s'il y a un problème par la suite ça nous retombera dessus.* ».

Par ailleurs, un élément intéressant est apparu spontanément dans les réponses de cinq sages-femmes : elles ont évoqué le soutien de leurs patientes durant la procédure. Un des impacts a donc été l'apparition d'une empathie de la part des femmes envers leur sage-femme mise en cause. Sophie explique avoir ressenti, il est vrai, une méfiance à l'égard des nouvelles patientes mais également un lien plus fort avec les femmes qu'elle connaissait d'avant la plainte. Pauline reconnaît : « *J'avais beaucoup de soutien de tous les parents.* ». Béatrice aussi a été épaulée par ses patientes : « *J'ai eu une centaine de témoignages CERFA, une centaine.* ». Plusieurs d'entre elles sont venues assister à l'audience, le jour de son procès.

Globalement, en dépit du retentissement de leur affaire, les sages-femmes n'ont pas remarqué une méfiance particulière des patientes à leur égard. Une nuance est à faire pour Julia qui a vu certaines de ses patientes ne pas honorer leur rendez-vous lorsqu'elles ont eu écho de la plainte déposée à son encontre. Béatrice, en demandant à ses patientes si elles souhaitaient poursuivre leur suivi avec elle malgré son avertissement de l'Ordre, a eu seulement une réponse négative.

Rapports interprofessionnels :

Concernant leurs relations avec leurs collègues sages-femmes, les sujets de notre étude qui travaillaient en hospitalier n'ont soit pas remarqué de changement, soit observé un élan de soutien :

- Raphaëlle : « *Elles m'ont toujours soutenue dans cette histoire, vraiment.* ». Elle précise tout de même qu'elle a été l'objet de rumeurs au sein du service, qu'elle a dû rectifier.

- Mélanie parle d'un soutien global de la part de la maternité : « *J'étais protégée par la structure, personne ne m'a... n'a remis en cause mon travail, personne en interne.* ».

En revanche, pour les sages-femmes libérales, le soutien ne provenait que de leurs collègues pratiquant les AAD. Julia par exemple a été déçue par les professionnels qu'elle côtoyait dans des institutions : « *Il y a pas beaucoup de soutien à part dans des cercles très, très restreints de sages-femmes qui font des accouchements à domicile.* ». Béatrice nous donne l'exemple d'une de ses anciennes collègues qui ne lui adresse plus la parole : « *Voilà comment je suis perçue, voilà comment on peut nous stigmatiser, nous déconsidérer, et nous voir finalement comme des dangereuses professionnelles.* ».

Pour quelques sages-femmes, c'est leurs rapports avec les médecins qui ont été modifiés. Raphaëlle explique avoir perçu une confrontation entre les deux corps de métier : « *On essaie vraiment de faire en sorte que ce soit vous. Donc il y avait le côté médecin qui se défendait. Enfin ils veulent toujours... je l'ai ressenti vraiment à ce moment là, c'est qu'ils veulent vraiment essayer de vous enfoncer. [...] Je me méfie un peu plus des médecins.* ».

La procédure de Mélanie a été très médiatisée. Elle raconte que les relations avec certains de ses collègues, particulièrement des médecins, ont été impactées.

Pour les sages-femmes pratiquant les AAD, il nous a été difficile de faire la distinction entre les difficultés relationnelles entre professionnels apparues après la procédure et celles déjà présentes avant. En effet, la majorité est en mauvais terme avec les soignants des hôpitaux de leur région. Beaucoup ressentent une malveillance voire une persécution des médicaux qui ne pratiquent pas les AAD. Julia va même jusqu'à qualifier de « *haineux* » ces contacts interprofessionnels. Nous reviendrons sur ce point dans les résultats complémentaires de notre étude.

Durant sa procédure disciplinaire, Béatrice a été confrontée à des refus de soins pour ses patientes dans les hôpitaux : « *On voulait pas me donner des rendez-vous d'écho, les médecins voulaient pas mettre des mots dans mes dossiers, ils ont même refusé d'accueillir mes patientes.* ».

Elle précise qu'après la plainte, ses anciens collègues hospitaliers qu'elle avait côtoyés

pendant plus de 30 ans ne la laissaient plus entrer en salle de naissance en cas de transfert d'une patiente.

Pauline nous livre son anxiété lorsqu'elle devait entrer en contact avec d'autres professionnels juste après sa procédure, pour un transfert par exemple : *« J'étais toujours extrêmement stressée, parce que j'avais toujours peur si on devait faire un transfert à l'hôpital, ou à chaque fois que j'allais dans une réunion où il y avait d'autres sages-femmes. »*.

Suite à la plainte, Sophie a évité les contacts avec certains gynécologues, notamment ceux à l'origine des lettres de signalement pour l'Ordre à son encontre. Valentine a cessé tout contact direct avec les maternités ; si elle devait faire un transfert, elle rédigeait un courrier.

Discussion :

Lorsqu'un patient dépose une plainte contre un soignant, la relation de confiance qui régnait entre eux peut être altérée. C'est ce qu'avait pu constater Magali Finon dans son mémoire : sur les 15 médecins généralistes interrogés, 12 avaient exprimé un sentiment de trahison, « d'attaque surprise et déloyale » de leur patient ayant déposé plainte (33). Les sages-femmes que nous avons interrogées expriment bien cette méfiance apparue après la procédure. Pour plusieurs, l'information délivrée est désormais plus complète. L'une d'entre elles va jusqu'à faire signer un consentement aux parents pour se protéger. Pour rappel, les modalités de la délivrance de l'information sont décrites à l'article L1111-2 du CSP (4). La Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré des recommandations à ce sujet (37). On observe une volonté des sages-femmes d'être les plus transparentes et honnêtes possible avec les couples et parfois de les responsabiliser dans les décisions concernant le suivi de la grossesse, la prévention de certaines pathologies.

Concernant les rapports avec les médecins, nous avons constaté lors de notre revue de la littérature que cette rivalité évoquée par Raphaëlle était présente depuis des siècles. Au XVIIème siècle par exemple, les confrontations médecins/sages-femmes étaient fréquentes, d'autant plus qu'il n'existait pas à l'époque de devoir de confraternité édicté dans le code de déontologie actuel. Un contentieux de cette époque illustre cette rivalité. Il s'agit d'une affaire de décès maternel suite à une rétention placentaire impliquant Louise Bourgeois,

sage-femme connue pour avoir mis au monde les 6 enfants de Marie de Médicis et Henri IV, un médecin et un chirurgien-barbier (38). Dans notre étude, il paraît difficile de mettre en évidence avec certitude un changement dans les rapports interprofessionnels du fait de la procédure. On note que les sages-femmes hospitalières semblent avoir été plutôt soutenues et entourées, contrairement aux libérales qui semblent avoir été plus isolées.

Nous ne validons que partiellement notre troisième hypothèse « Les sages-femmes étant confrontées à une procédure mettant en cause leur pratique professionnelle changent la relation qu'elles entretiennent avec leurs patientes ou leurs rapports interprofessionnels (en fonction de qui a déposé plainte) ». La relation avec la patiente a été impactée suite à la procédure pour la majorité des sages-femmes interrogées, dans le sens de la sage-femme vers les couples mais pas tant dans le sens inverse. Les changements mis en évidence sont l'apparition d'une méfiance, en particulier de la part des sages-femmes pratiquant les AAD, et/ou une volonté de favoriser la communication, le dialogue et l'information avant la réalisation des soins. En revanche, les rapports interprofessionnels ne sont pas toujours impactés. Ils semblent l'avoir peu été pour les sages-femmes hospitalières. Quant aux sages-femmes libérales, un lien avec la procédure est difficile à établir car les relations avec leurs confrères étaient déjà conflictuelles en amont.

De plus, les répercussions relationnelles retrouvées sont indépendantes de la personne – patiente ou professionnel de santé – ayant initié la procédure.

Nous avons répondu à nos trois hypothèses. Les deux premières sont validées et la troisième l'est partiellement. L'objectif principal de notre étude, qui était d'identifier les répercussions sur la vie professionnelle en cas de procédure, est atteint. Abordons à présent les réponses des sages-femmes qui portaient sur nos objectifs secondaires.

3.2.4. Pression médico-légale : perception et sensibilisation

Une pression palpable :

Nous avons demandé aux participantes de notre étude si elles ressentait une pression médico-légale dans l'exercice de leur profession. Toutes ont répondu par la positive.

- Mélanie : « *Ce qui est clair c'est que dans l'exercice du métier, je te dis, c'est un peu dur mais, moi pendant 25 ans d'exercice, à chaque fois que j'ai pris une garde, j'ai vu l'épée de Damoclès, je l'ai visualisée au-dessus de ma tête.* ».

- Raphaëlle : « *J'y pense quand même régulièrement : les 30 minutes de monito, les machins, tout bien faire. Il faut vraiment rien... rien avoir à se reprocher.* ».

- Claire : « *Je le ressens plus du côté médico-légal entre... plutôt du bébé qui va naître en fait. Le pH, les choses comme ça, je sais que c'est hyper important pour se dédouaner.* ».

- Pour Valentine aussi, la pression est plutôt sur les actes qui concernent le nouveau-né et la réanimation : « *On voyait que les pédiatres, ils ouvrent le parapluie.* ».

- Louise : « *Oui sur moi je ressens une pression, mais ça j'ai envie de dire c'est depuis le diplôme quoi. Depuis qu'on est à l'école on nous dit qu'il y a un... qui faut faire attention au médico-légal, les risques de procès etcetera.* ».

- Sophie : « *Le médico légal dans l'ensemble et essayer de faire un maximum pour qu'on te tape pas sur les mains, sur les doigts oui, ça oui. Dans le suivi tu vois, dans les examens, dans le dossier, dans le nombre de consultations, dans... voilà tout ce qui pourrait éventuellement toucher à la pathologie de le faire confirmer, ça oui.* ».

Pour les sages-femmes libérales interrogées, la pression semble encore plus importante pour plusieurs raisons :

- Elles sont seules face à leurs responsabilités, sans le soutien d'une structure en cas de sinistre. Julia observe qu'en milieu hospitalier « *tout est fait pour couvrir tout le monde, pour se dédouaner des fautes personnelles.* ». Valentine nous dit : « *Après c'est toujours plus facile quand on est, quand on est à l'hôpital et qu'on travaille en équipe. Les responsabilités sont diluées, c'est pas la faute à, enfin on n'est pas seul référent donc euh. À moins qu'il y ait quelqu'un qui fasse vraiment*

une grosse bêtise, sinon bon c'est une équipe quoi. Alors que quand on travaille en libéral, on est très exposé puisque la patiente elle a à faire qu'à nous. ».

- Celles qui pratiquent les AAD n'ont en général pas d'assurance professionnelle, ce qui suscite chez elles une certaine inquiétude.

- Celles qui pratiquent les AAD se sentent déconsidérées par les autres professionnels, comme nous l'expliquerons dans notre partie « 3.3. Résultats complémentaires », et s'estiment donc encore plus exposées à une plainte.

Certaines sages-femmes, comme Diane, ont pris conscience grâce à leur procédure des risques qu'elles encouraient en cas de litige : *« Moi j'ai vraiment réalisé ma responsabilité en tant que sage-femme, ça je l'ai réalisé. Ma responsabilité vis à vis des patientes et du bébé. Et qu'en cas de... en cas de souci, je pouvais me retrouver en prison. ».*

Par ailleurs, les sages-femmes observent que leurs collègues, qui n'ont jamais été confrontées à une procédure, ressentent également cette pression médico-légale. Louise nous dit : *« Je pense que c'est dans la tête de tout le monde. ».*

Un des éléments qui apparaît dans les réponses que nous avons recueillies est que la pression serait plus ou moins intense selon la patientelle :

- Claire, qui travaille dans une maternité privée nous dit : *« Là où je travaille on a une patientelle qui est très informée, peut-être trop informée, et qui demande beaucoup d'explications, qui sont très au courant de ce qu'ils ont le droit et pas le droit et euh donc euh... je te dirais que oui, il y a une pression oui, c'est certain. Ils ont besoin d'information, ils le demandent, ils le revendiquent et ils font ce qu'ils veulent quoi. ».*

- Raphaëlle, qui prend en charge des femmes de condition socio-économique plutôt défavorisée a l'impression que les plaintes sont plus rares.

- Mélanie, plutôt qu'une différence selon la population qui fréquente la maternité, observe une évolution de l'exigence des parents par rapport à il y a quelques années : *« La mentalité des femmes a changé entre il y a 25 ans et aujourd'hui. Il y a une espèce de... de quelque chose qui est due, comme un... je mets un euros et pouf il y a un package qui doit tomber, voilà, il y a un*

package qui doit tomber, parce que mon enfant il doit être comme-ci, comme-ci, comme ça, dans le package il y a un bébé. Moi c'est ce que je ressens. Dans mon discours j'appelle ça les bébés code barre. Moi je suis désolée mais entre un bébé code barre et un bébé, bah c'est pas les mêmes. ».

Toutefois, cette peur du procès est nuancée par Raphaëlle et Louise qui, dans ce climat de pression, reconnaissent chercher à se protéger d'une plainte mais souhaitent avant tout assurer aux patientes la meilleure des prises en charge :

- Raphaëlle : *« C'est pas tellement le risque juridique, vous n'avez pas envie non plus qu'à votre patiente il lui arrive quoi que ce soit, ni au futur bébé qui arrive. C'est comme ça que je vois la chose. Bien sûr qu'il y a le... le juridique mais s'il se passe quoi que ce soit... je ne sais pas si j'arrive à bien m'exprimer... on fait les choses parce qu'on veut le bien de la patiente. ».*

- Louise : *« Après c'est pas que par rapport au risque de procès, c'est que de se dire bein... nos actes, ce qu'on fait ou ce qu'on ne fait pas peut avoir une influence grave, donc du coup être hyper vigilante sur ça. C'est pas tant au niveau médico-légal exclusivement en fait qui a la pression mais c'est lié au travail et à la responsabilité qu'on a quoi. ».*

La sensibilisation au risque médico-légal durant les études :

Toutes les sages-femmes interrogées se souviennent avoir suivi des cours de droit en école de sages-femmes.

Pour certaines, la sensibilisation au risque médico-légal au cours des études est jugée suffisante. Raphaëlle par exemple nous explique qu'elle avait étudié des cas cliniques en classe avec une juriste, comme une sorte de RMM (revue morbi-mortalité). Claire se souvient : *« C'est vrai qu'on nous a appris à ce que le dossier soit irréprochable. ».*

Pour d'autres, la formation présente des lacunes :

- Valentine et Louise estiment avoir été peu informées sur le parcours de la sage-femme qui reçoit une plainte. Louise dit : « *Sur le droit on est informés. Donc on sait ce qu'on a le droit de faire, pas le droit de faire. Après pour le chemin de la plainte, ça pas trop.* ».

- Sophie a le même ressenti, mais celle-ci a fait ses études en Belgique. Ses propos ne peuvent pas être pris en compte si nous souhaitons évaluer l'enseignement en France : « *On a eu des cours de droit sur quels sont les droits des femmes, quels sont les droits de la sage-femme, où sont les limites, le secret professionnel, toutes ces choses là, mais pas sur les procédures.* ».

- Claire trouve que pendant les études, il y a un manque de prise de conscience de la responsabilité personnelle de la sage-femme : « *Je pense que les médecins sont très conscients et que nous sages-femmes on l'est un peu moins parce qu'on nous a appris aussi que le médecin de toute façon c'est lui qui allait prendre la responsabilité, que si on est à l'hôpital c'est l'hôpital qui va prendre la responsabilité, donc on se rend pas trop compte de l'impact malgré tout que ça peut avoir.* ».

- Louise aurait aimé avoir des « conseils pratiques » sur le comportement à adopter en cas de litige, en plus des cours de droit plus « théoriques » : « *Ce à quoi on n'est pas forcément préparés c'est comment gérer ça en tant que professionnel face à la patiente. Finalement je pense que ça conditionne pas mal de chose, la façon dont est géré la médiation, et heureusement que j'ai eu un peu une préparation en amont avec la chargée des usagers, mais ça sinon on y est pas préparé, et on pourrait facilement perdre pied parce que finalement on a face à nous un couple qui est en colère, un couple qui est triste, un couple qui du coup peut être assez... violent dans ses propos [...] On sait la théorie, qu'il faut faire attention, qu'il faut être vigilant dans les dossiers, ce qu'on a le droit de faire, pas faire etcetera, mais après en pratique il y a un fossé en fait.* ».

Nous avons remarqué que les sages-femmes diplômées depuis plusieurs dizaines d'années semblaient avoir eu moins d'heures de cours dédiées aux litiges qui peuvent survenir pendant leur carrière.

Pour Gaëlle, la pression médico-légale ressentie actuellement proviendrait justement de la formation reçue en école de sages-femmes : « *On vous apprend la peur. Vous maintenant vous*

êtes terrorisés par votre enseignement. Moi j'ai été terrorisée par une procédure mais vous, vous êtes terrorisés par le système avant même de vous installer. ».

Sophie s'inquiète sur la manière dont cette thématique est abordée : *« C'est pas ça qu'on doit enseigner aux sages-femmes, la peur d'un éventuel procès. ».* Claire se souvient des propos alarmants d'une de ses enseignantes : *« Dans mon école on avait une prof qui faisait partie de l'Ordre, alors je ne sais pas si c'est ça qui faisait que, mais le jour de notre diplôme elle nous a dit qu'il fallait qu'on s'attende à ce qu'on ait au moins un procès sur le dos dans notre carrière. ».*

La conscience de leurs responsabilités et du risque de procédure :

Malgré l'information reçue durant leurs études, 6 sages-femmes sur les 14 interrogées n'avaient jamais songé qu'elles pourraient un jour être impliquées dans une procédure.

- Sophie connaissait sa responsabilité judiciaire mais n'avait pas notion de sa responsabilité disciplinaire : *« Ça m'a jamais effleuré l'esprit. [...] Je savais même pas que ça existait. J'ai découvert ça dans ma boîte aux lettres, vraiment. Les 8 ans avant jamais j'ai... je savais même pas, je m'étais jamais intéressée aux chambres disciplinaires, je savais même pas quel était leur rôle. ».*

- Béatrice a été très surprise de recevoir une plainte des sages-femmes de l'Ordre : *« J'avais cette... cette conviction un peu innocente de me dire « il m'arrivera rien parce que je suis connue de tout le monde et que bein ils savent comment je travaille et voilà ». ».*

- *« On se dit que ça n'arrive qu'aux autres », nous dit Diane.*

Les 8 autres sages-femmes étaient plus conscientes de ce risque là. Raphaëlle nous fait remarquer que la sage-femme est présente sur toutes les situations d'urgence et que même si elle n'est pas l'actrice principale, elle est impliquée : *« Oui, parce que même s'il y a une anomalie de rythme, c'est la chef de service qui fait la césarienne, vous êtes dedans. Il y a un HRP, il y a un machin, vous êtes dedans. ».* Valentine a immédiatement pensé à la procédure et à la sanction qu'elle risquait après l'événement : *« Et je te dirais que quand le bébé est décédé, ma première pensée ça a été : je risque de me faire radier. ».*

Discussion :

D'après nos résultats, la pression médico-légale est omniprésente, quel que soit le mode d'exercice de la sage-femme. Par ailleurs, certaines patientes seraient plus « procédurières » que d'autres. Dans son mémoire intitulé « Le risque médico-légal en salle de naissance : connaissances et ressenti des sages-femmes hospitalières », Romane Begon a interrogé par un questionnaire 126 sages-femmes de salle de naissance et a pu constater que 99% d'entre elles ressentent une pression « très élevée » ou « élevée » (39). Dans cette même étude, 7 questions avaient été posées aux sages-femmes pour évaluer leurs connaissances générales quant au risque médico-légal. Le taux de bonnes réponses à ces questions variait de 7,9% à

62,7%. Par exemple, moins de 10% des sages-femmes savaient qu'elles encouraient une amende et/ou une peine de prison si leur responsabilité pénale était engagée. La conclusion tirée était que les sages-femmes avaient une connaissance insuffisante à ce sujet.

Nous pensons qu'il est important d'aborder la thématique du médico-légal au cours des études de sages-femmes. Les étudiants doivent apprendre quelles sont leurs responsabilités au regard des différentes juridictions (TGI, chambre disciplinaire...), quelles sont les différentes plaintes auxquelles ils peuvent être confrontés durant leur carrière, émanant de qui (parents, professionnel de santé, Conseil de l'Ordre...), quelles sont les sanctions encourues en cas de procédure. Cependant, nous pensons qu'il est contre-productif d'aborder ces sujets sur un ton alarmant ou menaçant qui risquerait de déstabiliser les futurs professionnels qui ont bien souvent une faible confiance en eux en début de carrière.

Nous aurions aimé évaluer la formation initiale dans les écoles de sages-femmes mais depuis la réforme LMD (Licence-Master-Doctorat), il n'y a plus de programme national qui indique le nombre d'heures de cours à dispenser pour chaque matière. Chaque école organise ses enseignements dans la limite des ECTS définis. De plus, le programme peut varier d'une année sur l'autre. À titre d'exemple, nous avons eu cette année à l'école Baudelocque 9 heures de cours de droit en moins par rapport à la promotion antérieure, au profit d'autres matières. Néanmoins, les sages-femmes de l'échantillon de l'étude de Romane Begon ont répondu à 46% qu'elles n'étaient pas satisfaites de leur formation initiale en matière de risque médico-légal et 93% étaient favorables à la mise en place de formations continues en lien avec l'évolution du cadre juridique de la profession.

Nous avons prêté attention à la remarque de Louise à propos du manque de « conseils pratiques » dans la formation. On peut imaginer proposer aux étudiants une analyse d'un cas clinique pour déceler les éléments qui exposent la sage-femme à une procédure. Ou bien faire une mise en situation : que faire si je suis confronté à un litige ? Comment réagir ? Comment gérer la communication avec une patiente en cas de sinistre obstétrical ? L'objectif étant d'être capable d'identifier les situations à risque médico-légal, d'avoir des « clés » pour les désamorcer et de connaître le risque de poursuites judiciaires et disciplinaires. Un point important est également de déculpabiliser : recevoir une plainte ne veut pas forcément dire

qu'on a commis une faute. Seul un juge peut déclarer quelqu'un coupable. Parfois, une simple médiation permet à des parents de comprendre ce qu'il s'est passé.

Notons qu'il existe un DU (Diplôme Universitaire) intitulé « Responsabilité médicale » proposé par l'université Paris Descartes (40).

Enfin, la pression n'est pas ressentie uniquement par les sages-femmes ayant vécu une procédure ; les collègues des sujets de notre étude et les sages-femmes interrogées par Romane Begon (qui, rappelons-le, n'ont pas connu de procédure à leur rencontre) sont également inquiètes quant au risque médico-légal. Elles ont conscience d'être exposées dans de nombreuses situations car elles sont des « personnages pivot » de l'obstétrique. Leur activité est au croisement de différentes spécialités et elles sont en lien avec plusieurs intervenants qui prennent en charge la femme et son enfant : gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste (27). Ainsi, elles sont impliquées dans toutes les situations qui peuvent survenir en salle de naissance par exemple : hémorragie du post-partum, césarienne en urgence, réanimation néonatale... D'autre part, lorsqu'un membre d'une équipe médicale reçoit une plainte, cela intéresse l'ensemble des soignants qui peuvent s'identifier à leur collègue, s'imaginer que cela aurait pu leur arriver personnellement. En cas d'événement indésirable grave, des revues morbi-mortalité (RMM) sont souvent organisées au sein des services. Ces discussions font réfléchir l'ensemble de l'équipe sur l'amélioration d'une prise en charge, mais aussi indirectement sur le risque d'accident et sur leur responsabilité professionnelle qui pourrait être engagée.

Au total, les sages-femmes ressentent une pression dans l'exercice de leurs fonctions. Celle-ci est due au risque médico-légal auquel elles sont exposées mais aussi aux grandes responsabilités qu'elles ont vis à vis des patientes et de leur enfant dont elles ont la charge.

3.2.5. Comment éviter une plainte ?

Nous avons demandé aux participantes de notre étude quels conseils donner aux sages-femmes pour diminuer leur risque d'avoir une plainte. À cette question, la moitié des sages-femmes interrogées ont parlé de l'importance du relationnel et de la communication avec la patiente. Louise nous dit : « *En fait souvent les gens quand ils portent plainte ou quoi, c'est qu'il y a des choses qu'ils n'ont pas compris, parce qu'il y a eu un problème de communication.* ». Raphaëlle insiste sur l'écoute et précise que la plainte d'une patiente ne vise pas toujours le versant technique et médical de la prise en charge, mais parfois le côté humain et relationnel. Pour Élodie aussi l'écoute est fondamentale, il faut laisser un espace de parole suffisant à la femme. Elle ajoute : « *Je reste convaincue que si on met en place une relation verbale, un échange, une communication forte avec la patiente, on se garantit de beaucoup de plaintes. [...] Les plaintes c'est souvent quand il y a eu des malentendus.* ». Pour Louise, il est important de délivrer une information complète aux parents et de discuter ensemble de la prise en charge. Claire conseille de donner des explications honnêtes et de revenir à distance sur ce qu'il s'est passé avec la patiente en cas d'événement particulier, par exemple aller voir la femme en suites de couches en cas de problème survenu au cours de l'accouchement. Fanny préconise d'entretenir un lien de confiance avec les couples.

D'autre part, quatre sages-femmes recommandent de veiller à ne pas dépasser les limites de notre champ de compétences et d'être conscient de nos responsabilités. Diane nous dit : « *Bien connaître sa profession, les compétences de la sage-femme, voilà, ses compétences déjà, ses limites hein ! Ne pas les dépasser, quelque soit... même si c'est dans l'urgence, toujours appeler le médecin. Voilà. Parce que tant que tout se passe bien ça va, mais le jour où il y a un problème on te dit « vous ne m'avez pas appelé, vous n'auriez pas dû prescrire tel examen, c'est pas de vos compétences ».* Tant que tout se passe bien, ça va, tout le monde est content. Mais le jour où il y a un problème, là on recherche la petite bête, on recherche les responsabilités de chacun. ». Elle ajoute qu'il ne faut pas hésiter à demander un avis au médecin en cas de doute. C'est également l'opinion de Élodie : « *Et puis appeler le médecin si on pense qu'il y a chose qui est en dehors de nos... et quel que soit le médecin, et quel que soit l'heure. Alors là, s'il y a bien un conseil que je*

donnerais à une sage-femme c'est ça aussi. Même si c'est un médecin dont elle a un petit peu peur parce qu'il est pas agréable ou... on s'en fout. ».

Quelques sages-femmes insistent sur la rigueur de la tenue des dossiers médicaux. Élodie par exemple nous dit : *« Bien noter, tracer dans le dossier tout ce qui s'est dit, tous les refus des parents, ça c'est important. Alors traçabilité dans un dossier, s'il y a bien une chose que je dirais, et je le dis aux étudiantes sages-femmes : noter. Noter l'heure, le nom, ce qu'on a dit à la patiente, si elle a accepté ou refusé, surtout quand on sent qu'il y a des parents qui sont dans des refus de certains soins, parce qu'on en a de plus en plus hein qui refusent les antibio par exemple avec du strepto B des choses comme ça, euh on a eu un bébé qui est décédé suite à ça, heureusement que tout avait été tracé. Donc vraiment la traçabilité écrite dans le dossier elle est aussi fondamentale. Ça veut pas dire qu'on évitera la plainte mais on aura gain de cause. ».*

Plusieurs sujets interrogés conseillent de travailler en équipe. Les sages-femmes hospitalières nous disent de solliciter nos collègues sages-femmes et les médecins. Les sages-femmes libérales pensent qu'il est utile de travailler en réseau, de construire des relations solides avec les professionnels hospitaliers, de s'associer avec une collègue sage-femme.

Une des sages-femmes de notre étude incite à faire un maximum d'examens complémentaires pour ne pas passer à côté d'un diagnostic.

Raphaëlle et Julia insistent sur la formation continue pour être à jour concernant les dernières recommandations pour la pratique clinique.

Trois sages-femmes libérales nous recommandent de ne pas pratiquer les accouchements à domicile car cela expose à un plus grand risque de procédure selon elles et le défaut d'assurance peut avoir de lourdes conséquences en cas de procédure civile.

Une sage-femme libérale ayant vécu une procédure disciplinaire suggère de devenir membre du Conseil de l'Ordre.

Par ailleurs, certaines sages-femmes nous ont donné des conseils pour le cas où nous vivrions une situation qui nous exposerait à une plainte. Diane et Raphaëlle préconisent de garder des traces écrites des événements : photocopie du dossier médical, déroulement du

sinistre raconté par écrit. Mélanie conseille de se rapprocher d'un avocat. Claire et Raphaëlle nous invitent à prévenir rapidement notre assureur pour avoir de l'aide.

Enfin, deux sages-femmes ne nous ont pas donné de conseils. Pour Sophie par exemple, donner ce genre de conseils revient à inviter les sages-femmes à travailler dans la peur du médico-légal.

Discussion :

Pour se prémunir contre une plainte, les sages-femmes interrogées dans notre étude nous ont donné plusieurs suggestions.

Tout d'abord, la sage-femme doit veiller à ne pas commettre de faute qui engagerait sa responsabilité. Elle doit connaître le cadre juridique de l'exercice de son activité. La sage-femme dispose d'une autonomie d'action dans le cadre de l'eutocie mais n'est pas habilitée à intervenir en cas de situation dystocique ou pathologique (exception faite pour les situations d'urgence vitale), pour lesquelles elle doit appeler le médecin (article L4151-3 du CSP). Nous recommandons aux sages-femmes d'avertir le médecin dès qu'elles sortent d'une situation physiologique pour laquelle elles peuvent agir seules, ou bien pour poser leurs questions en cas de doute sur une prise en charge. En pratique, il arrive que les sages-femmes hospitalières agissent hors de leur champ de compétences, dans leurs prescriptions par exemple, sous couvert du chef de service, mais il y a des situations où l'avis d'un médecin est indispensable.

La sage-femme doit veiller à être rigoureuse dans la traçabilité de ses soins. Or, un défaut de traçabilité dans les dossiers médicaux est constaté dans 26% des cas lors des visites de risques faites par SHAM dans les établissements qu'elle assure. Pourtant, cet élément est important pour la défense médico-légale en cas de procédure. (16) Il existe un guide du dossier patient disponible sur le site de la HAS.

La sage-femme a une obligation de formation continue pour perfectionner et améliorer ses connaissances professionnelles acquises lors de sa formation initiale (article R4127-304 du CSP). La formation continue permet d'offrir aux femmes et à leurs nouveau-nés les meilleurs soins possibles, au regard des données actuelles de la science, et participe à la prévention du risque médico-légal (6). Le compte personnel de formation (CPF), qui remplace depuis 2015 le droit individuel à la formation (DIF), permet le financement public de ces formations à hauteur de 500 euros par an (41).

De plus, la sage-femme doit être vigilante à la relation qu'elle entretient avec ses patientes. Il est important de les laisser s'exprimer et d'être à l'écoute de leurs attentes, leurs ressentis. La patiente doit se sentir considérée et impliquée dans les décisions ; c'est une obligation

légale (article L1111-4 du CSP). Il faut s'assurer que la femme ait reçu toutes les informations nécessaires et qu'elle les ait comprises (article L1111-2 du CSP). Le manque d'informations, avant et après l'acte médical, est le catalyseur d'une grande partie des plaintes (27). Dans une enquête de l'Inserm qui avait récolté 80 courriers de plaintes de patients, 45 évoquaient un problème relationnel et 12 un défaut d'information (28). Il est primordial pour les sages-femmes de se rendre disponibles et à l'écoute de leurs patientes, de leur délivrer une information claire et précise, de répondre avec honnêteté à leurs questions.

En cas de situation à risque médico-légal, qu'il y ait eu une erreur des soignants ou bien que la relation ait été conflictuelle avec formulation de reproches de la part de la femme ou de son entourage, il est recommandé d'entretenir un contact étroit et répété avec la patiente. Le soignant ne doit pas être dans l'évitement mais doit au contraire favoriser le dialogue. Il peut être intéressant de faire intervenir le chef de service pour montrer à la patiente l'importance qu'on accorde à ses récriminations et que le corps médical assume ses responsabilités. (26)

En cas d'événement à risque de plainte, garder une photocopie du dossier médical de la patiente peut s'avérer utile pour pouvoir se souvenir à distance du déroulé d'un sinistre, ou bien pour avoir une preuve de la version originale du dossier. Nous pouvons prendre comme exemple une jurisprudence relatant l'affaire d'un obstétricien qui, se sachant dans une position délicate dans une affaire pénale pour blessures involontaires (handicap d'un nouveau-né) avait modifié les informations du dossier médical. Cette dissimulation de la vérité avait été découverte par la sage-femme, également mise en cause, qui avait gardé une copie du dossier original, avant que le médecin ne le modifie (42). Nous rappelons d'ailleurs que l'ajout de précisions dans un dossier médical, à posteriori, est autorisé à condition de laisser apparaître la distinction entre les informations d'origine et celles ajoutées dans un second temps. En revanche, la modification des faits constitue un obstacle à la manifestation de la vérité et est passible de 45 000 euros d'amende et trois ans d'emprisonnement (article 434-4 du Code Pénal). Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) recommande, en cas de situation à risque de procédure pénale, de garder une copie du dossier médical. En effet, en matière pénale, l'apport de preuve obtenue de manière

déloyale ou illégale est autorisé. Le CNGOF écrit : « Si l'on craint une procédure en pénal, il faut impérativement, dès ce stade, faire une photocopie (en couleur pour conserver les éventuels surlignages colorés) de la totalité du dossier, incluant les résultats d'examens biologiques et radiologiques, et conserver ce dossier en lieu sûr. » (43). Ceci doit être fait rapidement car les dossiers litigieux peuvent parfois être saisis et mis sous scellés. De plus, le CNGOF conseille de rédiger rapidement une note personnelle retraçant les évènements, comme certaines sages-femmes de notre étude avaient fait. D'autant plus que le délai entre les faits et l'expertise est souvent long.

Par ailleurs, les deux sages-femmes qui nous ont conseillé de prévenir notre assurance en cas d'événement nous exposant à une plainte étaient des sages-femmes hospitalières, dont les actes étaient couverts par la structure où elles exerçaient. Nous nous sommes demandés s'il était utile de souscrire en plus un contrat de Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) à nos frais, si nous exercions en hospitalier. Celui-ci n'est légalement obligatoire que pour l'exercice en libéral mais la sage-femme hospitalière ayant souscrit un tel contrat est assurée également en cas de faute détachable du service. Par ailleurs, un autre type de contrat est proposé par les assurances : la protection juridique. Il permet la prise en charge des frais de défense en cas de procédure pénale ou disciplinaire. Finalement, il peut être intéressant de se rapprocher d'une compagnie d'assurance y compris pour les sages-femmes hospitalières, afin d'être mieux protégé. De plus, cela permet de bénéficier de conseils et d'aide en cas d'interrogations sur un événement professionnel. (6)

3.3. Résultats complémentaires

Certains thèmes sont apparus spontanément dans plusieurs entretiens et nous avons estimé qu'il était intéressant de les aborder dans nos résultats d'étude. Il s'agit des impacts sur la vie personnelle et des difficultés de la pratique de l'AAD en France.

3.3.1. Impacts dans la vie personnelle

La procédure vécue par les sages-femmes a eu des répercussions d'ordre professionnel mais également dans leur vie personnelle.

En premier lieu, plusieurs sages-femmes ont eu un mal-être voire une véritable dépression suite à cet événement :

- Mélanie a fait un début de burn-out, a eu des insomnies et a été en arrêt maladie.
- Pauline nous dit : « *J'ai vraiment passé une année où j'étais dépressive.* ».
- Sophie : « *J'avais tous les symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique.* ».

Presque toutes évoquent un vécu difficile de la procédure. Béatrice nous confie que c'est l'un des deux événements les plus douloureux de sa vie, avec le problème de santé de l'un de ses proches. Sophie nous dit : « *De toute façon c'est très très lourd une procédure juridique, c'est un stress continu.* ». Pauline parle de « *souffrance* » et d' « *expérience qui est tellement dure à vivre.* ». Valentine était épuisée : « *J'ai pas fait appel parce que c'était horrible. C'est horrible. Donc moi j'avais juste envie que ça cesse.* ». Plusieurs sages-femmes soulignent la difficulté de tenir moralement pendant toute la durée de la procédure qui est en général longue.

Mélanie précise que la situation en soit est pénible à vivre, même si elle ne débouche sur aucune sanction. Dans son cas, dès le dépôt de plainte du mari de sa patiente ayant subi des violences conjugales, l'Ordre lui avait assuré qu'elle ne serait pas sanctionnée, mais Mélanie clame : « *Enfin je me suis quand même tapée plus d'un an de procédure hein, donc il m'est arrivé quelque chose, ça je n'arrête pas de le dire, ne dites pas que c'est rien parce que c'est pas rien hein.* ».

Pour Élodie, la plainte de sa patiente l'a mise dans une situation de malaise : « *C'est la sensation quoi d'avoir été celle qui quelque part pour elle est responsable de la mort de son enfant.* ».

Gaëlle nous raconte le vécu chaotique de sa procédure pénale : « *C'est un très grand traumatisme d'être dans une procédure pénale, c'est très violent, très violent et les violences s'enchaînent, j'ai été mise en garde à vue... vous êtes face à des juges qui vous traitent comme si vous étiez une merde, il n'y a pas d'autre expression, ils ont un mépris et une arrogance totale, les enquêteurs vous harcèlent, vous empêchent de dormir, ne vous donnent pas à manger... c'est... vous êtes dans un film noir, plus que noir du cinéma quoi, c'est un film d'horreur, c'est un cauchemar. Ça a été un cauchemar de quatre ans.* ».

Par ailleurs, cinq sages-femmes ont été submergées par l'émotion au cours de nos entretiens : voix tremblante, larmes. L'une d'entre elles a d'ailleurs souhaité faire une pause pendant l'entrevue. Béatrice par exemple nous raconte sa procédure, encore bouleversée par ce qu'elle a vécu : *« 7 mois où j'ai beaucoup trinqué physiquement, ça a été très dur. Moi qui suis une personne qui sourit beaucoup, j'avais perdu le sourire euh... (elle souffle). Voilà tu vois même d'en parler j'ai encore... (sa voix tremble). Excuse-moi, c'est pas prévu du coup mais... C'est vrai que c'est quelque chose qui reste... qui reste gravé (elle a les larmes aux yeux). Je me suis dit « mais pourquoi ça m'arrive à moi ? C'est trop dur, c'est pas juste ». Je me regardais dans une glace je me disais « mais non mais j'ai jamais mis en danger mes patientes, c'est pas juste, cette plainte n'est pas juste ». ».*

Outre ces répercussions psychologiques et ce vécu douloureux, une sage-femme évoque une altération de sa santé avec des répercussions physiques pendant et après la procédure (perte de cheveux et de dents).

D'autre part, les quatre sages-femmes radiées de l'Ordre et celle qui a arrêté d'exercer suite à son arrêt maladie, mettent toutes en avant les conséquences financières que l'événement a eu dans leur vie. D'une part, la procédure a un coût, notamment pour les sages-femmes qui n'ont pas de contrat de protection juridique. Zoé nous confie : *« Ça a coûté très cher, toute la procédure j'en ai eu pour 10 000 euros. ».* D'autre part, perdre ses revenus du jour au lendemain a bouleversé le quotidien des sages-femmes et de leurs familles. L'une d'entre elle a d'ailleurs dû vendre sa maison.

Enfin, la procédure a eu des répercussions familiales pour l'une des sages-femmes avec une rupture de contact avec l'un de ses enfants directement liée aux bouleversements engendrés par sa radiation. Sophie nous raconte avec émotion : *« J'ai vu basculé ma vie. [...] Il y a quelques piliers dans la vie d'un être humain c'est sa maison, son toit, c'est son revenu, c'est sa vie de famille. Et c'est les rôles auxquels on s'identifie qui sont importants. Moi j'ai perdu... je les ai perdu tous les 4. Les 4 piliers sont partis d'un seul coup. On m'a enlevé mon revenu... Et j'ai été dans l'échec en*

tant que sage-femme et en tant que maman. Voilà. [...] Ça a été un deuil de deux ans avant que j'ai pu rebondir. ».

Discussion :

L'expérience d'une procédure a eu un large impact dans les vies personnelles des sages-femmes que nous avons interrogées. On retrouve des répercussions sur la santé (mentale et physique), la qualité de vie (revenus financiers), l'entourage (famille notamment). L'expression d'émotions pendant nos entretiens témoigne du caractère marquant et douloureux d'une telle expérience, persistant parfois plusieurs années après. L'étude de Magali Finon rapporte que sur les 15 généralistes interrogés, 7 ont manifesté des signes anxio-dépressifs et 3 ont présenté une dépression (33). Tout ceci est en accord avec les impacts évoqués dans notre partie « 1.3. Les impacts d'une plainte chez le soignant impliqué ». Les répercussions psychologiques et dans la vie personnelle d'un soignant confronté à une procédure pourraient constituer le sujet d'un autre mémoire.

3.3.2. La question de l'accouchement à domicile en France

Les sages-femmes libérales de notre étude, qui pratiquent ou pratiquaient les accouchements à domicile, ont toutes évoqué le sentiment de ne pas être acceptées, voire d'être « persécutées » par les autres soignants et les institutions. Elles se sentent déconsidérées par leurs confrères hospitaliers. Julia nous explique : « *On est toutes mises sur la touche de la part de nos collègues classiques et hospitalières.* », elle ajoute également : « *Quand les patientes disent qu'elles sont suivies par moi, mes collègues sages-femmes disent « vous savez que vous pouvez changer de sage-femme ? ». C'est, c'est violent quand même.* ». Zoé a l'impression que cette pratique n'est pas acceptée en France : « *C'était surtout ça le gros du débat dans ma procédure, c'était vraiment faire la chasse aux sages-femmes qui font des accouchements à domicile.* ». Julia remarque qu'une telle pratique expose fortement à une procédure disciplinaire :

« Toutes les sages-femmes qui font de l'accouchement à domicile sont en procédure quand même, ou en menace de l'être. ».

D'autre part, la majorité des sages-femmes qui accompagnent des naissances à domicile ne sont pas assurées pour cette pratique car le coût des assurances est trop élevé par rapport à leur salaire. En effet, lorsqu'elles se sont renseignées auprès d'assureurs, leurs devis étaient compris entre 20 000 et 30 000 euros par an. C'est, d'après elles, un obstacle supplémentaire à la réalisation d'AAD.

Discussion :

La pratique des AAD fait polémique au sein du corps médical. Les grandes instances (HAS, CNGOF...) n'ont pas émis d'avis sur la question. Il existe peu d'études évaluant la sécurité de l'AAD et leurs résultats sont contradictoires. Une étude a retenu notre attention car elle inclue un nombre important de sujets : l'étude anglaise « Birthplace » qui compare les issues de 79 774 naissances (dont 18 269 à domicile). Celle-ci conclue plutôt favorablement pour l'issue maternelle mais défavorablement pour l'issue néonatale (notamment en cas de primiparité).

Actuellement, la pratique des AAD est autorisée en France comme dans de nombreux pays voisins. Elle semble toutefois exposer davantage à une procédure disciplinaire : parmi les 42 procédures antérieures à 2014, environ un tiers concernaient des sages-femmes libérales pratiquant des AAD alors qu'elles ne représentent que 1% des sages-femmes françaises (34). On peut se demander si cette pratique engendre plus d'accidents périnataux et entraîne par conséquent plus de plaintes.

Nous avons constaté que certaines sages-femmes réalisaient des AAD pour des patientes dans des situations « à risque » : utérus cicatriciel, gémellaire, siège. Nous pensons qu'il serait important d'encadrer la pratique pour limiter les prises de risque et assurer une meilleure sécurité des femmes et de leur nouveau-né. Nous pouvons imaginer par exemple des recommandations émises par le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF). Le problème est sûrement là : il n'existe pas de texte élaboré par des institutions ou des groupes de professionnels posant les limites de la pratique de l'AAD et il y a par conséquent

des « débordements », des conduites qui donnent aux naissances à domicile une mauvaise réputation.

Nous souhaitons souligner une conséquence de ce sentiment de persécution dont se disent victimes les sages-femmes pratiquant les AAD. Certaines ont décidé de laisser les femmes accoucher seules (ANA : accouchement non assisté) et de venir faire les suites de couches ensuite. Ceci peut paraître choquant et être assimilé à un manque de conscience professionnelle car cela fait courir un risque aux patientes. Mais les sages-femmes pratiquant ces « naissances libres » disent qu'elles souhaitent respecter le choix des femmes présentant une grossesse physiologique qui désirent accoucher chez elles, sans pour autant pratiquer dans l'illégalité si elles ne sont pas assurées.

Des alternatives intéressantes, en attendant des textes officiels à propos des AAD, pourraient être les maisons de naissance, qui proposent d'accompagner physiologiquement l'accouchement de patientes présentant une grossesse sans risque particulier, dans des locaux se situant à côté d'une maternité équipée afin de pouvoir transférer les patientes en cas de complication.

Enfin, concernant la souscription à un contrat de responsabilité civile professionnelle (RCP), abordé par plusieurs sujets de notre étude : il est obligatoire mais le coût est tel que les sages-femmes, au vu de leur chiffre d'affaire, n'ont pas les moyens de le financer. La saisine du Bureau Central de Tarification à ce sujet n'a pas satisfait la demande des sages-femmes puisque celui-ci proposait un contrat à 19 000 euros (44). Ceci s'explique probablement par les coûts élevés des indemnités à verser par les assurances en cas de condamnation dans le domaine de l'obstétrique (cf. histogramme partie 1.2.1. du Contexte).

3.4. Forces et limites de notre étude

Un des points forts de notre étude est son originalité puisqu'à notre connaissance, il n'en existe pas d'autre ayant interrogé des sages-femmes impliquées dans une procédure. Les sujets de mémoires les plus proches du thème que nous avons choisi sont celui de Magali Finon "Le médecin face à la justice: entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire" (33) et celui de Romane Begon "Le risque médico-légal en salle de naissance: connaissances et ressenti des sages-femmes hospitalières"(39). De plus, nous avons un échantillon relativement important pour un tel sujet. En effet, si les procédures sont de plus en plus fréquentes, elles restent un événement rare pour les sages-femmes et il s'agit surtout d'une expérience dont on ne souhaite pas forcément reparler, soit par pudeur, soit parce que c'est un souvenir douloureux. Nous avons réussi à recruter 14 sujets, l'objectif pour un mémoire qualitatif d'étudiant sage-femme étant de faire entre 10 et 15 entretiens.

Enfin, une autre force de notre étude est la variété des profils des sages-femmes interrogées : libérales et hospitalières, ayant reçu une plainte initiée par une patiente ou un professionnel de santé, qui ont vécu une procédure non contentieuse et/ou judiciaire et/ou disciplinaire, pour des motifs variés.

Toutefois, notre étude comporte plusieurs biais. Tout d'abord, nous avons une proportion importante de sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile alors qu'elles sont rares en France (environ 1%). Notre population est donc peu représentative mais les études qualitatives n'ont pas pour objectif d'être généralisables. Ce biais de sélection est dû à notre recrutement par effet « boule de neige ». Cependant, cela permet également de montrer que la pratique des AAD expose plus à des procédures, notamment disciplinaires, pour ce qui est de notre échantillon. Par ailleurs, nous avons interrogé un nombre important de sages-femmes parisiennes en raison de notre mail via l'Ordre de Paris. Les sages-femmes de province ont certainement moins eu l'opportunité de participer puisque notre demande ne leur est parvenue que par l'intermédiaire des premières participantes de notre étude, qui ont parlé de notre sujet de recherche autour d'elles.

D'autre part, nous retrouvons le biais, classique dans ce type d'approche, d'auto-sélection. La participation étant basée sur le volontariat, nous pouvons penser que les sages-femmes les plus affectées par leur procédure n'ont pas voulu répondre à nos questions, ne souhaitant pas évoquer ce sujet sensible et tabou pour elle, ou bien ne souhaitant pas raconter l'expérience pénible qu'a été leur procédure. Par exemple, nous avons appris – par l'un des sujets interrogés pour notre étude – qu'une sage-femme ayant vécu une procédure, dans le contexte d'un décès maternel, a bien reçu notre demande par mail via le Conseil de l'Ordre de Paris, mais elle ne s'est pas manifestée.

Un autre biais est celui de mémorisation, comme dans toute approche rétrospective. Les sages-femmes ont pu avoir des difficultés à se souvenir de leurs pratiques avant la plainte, ou des évolutions dans l'exercice de leur métier directement liées à la plainte.

Un dernier biais identifié est celui d'interprétation. Bien que nous ayons tenté de rapporter de manière factuelle et objective les propos des sujets interrogés, il est possible que nous n'ayons pas toujours bien compris ce que les sages-femmes voulaient nous transmettre.

Conclusion

Qu'elles aient été confrontées à une procédure contentieuse ou amiable, qu'elles aient été condamnées ou mises hors de cause, les sages-femmes qui ont vu leur pratique médicale remise en cause ont exprimé des répercussions sur leur vie professionnelle.

Les résultats de notre étude, bien qu'ils ne soient pas généralisables, montrent plusieurs conséquences. Premièrement, les sages-femmes ayant vécu une procédure ont observé des retentissements dans leur carrière, avec parfois un arrêt total d'exercice, généralement lié à une sanction plus qu'à un choix. Deuxièmement, elles ont remarqué des changements dans leur pratique au quotidien, qui se sont manifestés de diverses façons selon les sages-femmes : impacts dans la tenue des dossiers médicaux, dans leurs prescriptions d'examens complémentaires et dans leurs sollicitations des médecins. De façon générale, les sages-femmes s'estiment plus vigilantes et rigoureuses qu'avant, et certaines expriment un sentiment de peur du risque de récurrence d'une plainte à leur égard. Troisièmement, plusieurs ont constaté des conséquences dans leur relation avec les patientes, et ce quel que soit l'origine de la plainte : perte de confiance mais aussi amélioration de la communication. Les modifications dans les rapports interprofessionnels en revanche sont moins évidentes. Par ailleurs, d'autres répercussions, notamment dans la vie personnelle (vie familiale, impacts financiers, altération de la santé), ont été évoquées spontanément. La plainte reçue a engendré des symptômes dépressifs chez certains sujets interrogés. La procédure a été longue et pénible pour plusieurs des sages-femmes et l'évocation de cet événement a réveillé des émotions au cours des entretiens que nous avons mené, y compris pour des affaires anciennes.

Un travail de recherche exclusivement dédié aux répercussions d'une procédure dans la vie personnelle ou sur l'état psychologique des soignants serait intéressant à mener.

Le métier de sage-femme est profession médicale à compétences limitées, avec des droits et des devoirs, qui implique une grande responsabilité. Cette responsabilité peut engendrer une pression, d'autant plus importante de nos jours du fait notamment des exigences des

patients, et de l'accès à de multiples informations. La majorité des sages-femmes semblent ressentir une « menace » judiciaire. Pour autant, travailler dans la peur – bien que cela peut parfois encourager la rigueur – est souvent source de stress et de perte de confiance. Une information clarifiée pour les professionnels de santé sur la réalité d'une procédure et la prévention des litiges semble souhaitable, que ce soit dans les écoles de sages-femmes, en formation continue ou dans les instances ordinales comme il en existe déjà. Toutefois, gardons à l'esprit que l'objectif d'une sage-femme n'est pas de se protéger d'une plainte mais de toujours pratiquer son art avec un souci d'exigence et dans une réelle qualité de communication avec ses patientes.

Bibliographie

1. CNRTL. Définition de RESPONSABILITÉ [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/responsabilit%C3%A9>
2. Legifrance. Code civil [Internet]. 2019 [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721>
3. Demont L. 4 000 ans de responsabilité pénale médicale. *Rev Jurid Ouest.* 1999;12(3):361-76.
4. Legifrance. Code de la santé publique [Internet]. 2019 [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665>
5. Code de déontologie - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/code-de-deontologie/>
6. Ponte C, Amiel-Tison C, Cabrol D, Nguyen F, Poulain M-A. *50 Questions Sur le Métier de Sage-Femme: Législation et Exercice Professionnel (2e Édition)*. Elsevier Masson; 2011.
7. MACSF Le Sou Médical. La faute détachable du service [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Cadre-general/faute-detachable-fonction>
8. Merger-Pélier M, Dibie-Krajcman D. *Manuel juridique de la sage-femme: la sage-femme: nouvelles compétences, nouvelles responsabilités*. 2e éd. Bordeaux: les Études hospitalières; 2012. 286 p. (Pratiques professionnelles).

9. Legifrance. Code du travail [Internet]. 2019 [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050>
10. Base jurisprudentielle [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 27 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/base-jurisprudentielle/#posf>
11. La procédure disciplinaire - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/ordre/juridictions-ordinales/pre-contentieux/>
12. ARS Ile de France. Commissions des usagers (CDU) [Internet]. 2019 [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/commissions-des-usagers-cdu>
13. Service-Public. Saisine de la commission des usagers [Internet]. 2018 [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10256>
14. Service-Public. Saisir la commission (CCI) en cas d'accident médical, infection nosocomiale [Internet]. 2018 [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13318>
15. ONIAM. Accidents Médicaux [Internet]. [cité 25 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.oniam.fr/accidents-medicaux>
16. Theissen A, Fuz F, Carbonne B, Bonnet L, Rouquette-Vincenti I, Nicolai P, et al. Sinistralité en obstétrique dans les hôpitaux publics français : données Sham. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* janv 2016;45(1):54-61.
17. MACSF Le Sou Médical. Sage-femme - Rapport annuel 2017 [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/Risque-des-professions-de-sante/Sages-femmes>
18. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Données démographiques de la profession [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
19. SHAM. Communiqué de presse - 13ème édition du Panorama du risque en établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. 2017.
20. MACSF Le Sou Médical. Rapport annuel sur le risque médical - Chiffres 2014. 2015.
21. MACSF Le Sou Médical. Rapport d'activité - Le risque des professionnels de santé en 2011. 2012.
22. MACSF Le Sou Médical. Panorama des risques professionnels en santé - Chiffres 2012. 2013.

23. MACSF Le Sou Médical. Rapport annuel - Panorama des risques professionnels en santé - Chiffres 2013. 2014.
24. MACSF Le Sou Médical. Le risque médical - Rapport annuel 2015. 2016.
25. MACSF Le Sou Médical. Sinistralité des sages-femmes - Rapport annuel sur la sinistralité en 2016 [Internet]. 2017 [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-medical/Risque-des-professions-de-sante/Sages-femmes>
26. Rudigoz R-C. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français - Conduite à tenir en cas de complications obstétricales à risque médico-légal. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. 3 déc 1997 [cité 27 avr 2019]; Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1997_GO_213_rudigoz.pdf
27. Soutoul JH. La sage-femme face aux juges. Paris: Ellipses; 1996.
28. Parizot I, Morgny C. Les patients face aux évènements indésirables dans le système de santé. 2007;130.
29. Wu AW. Medical error: the second victim. BMJ. 18 mars 2000;320(7237):726-7.
30. Galam E. La souffrance du soignant : une réalité à prendre en compte. Responsabilité. juin 2013;13(50):10-1.
31. Galam E. La souffrance du médecin mis en cause par un patient. Responsabilité. déc 2009;9(36):20-3.
32. Galam E. Erreur médicale : de la seconde victime au premier acteur. Médecine. sept 2012;8(7):317-22.
33. Finon M. Le médecin face à la justice: entretiens avec 15 généralistes ayant vécu une procédure judiciaire. 2014;161.
34. Richard-Guerroudj N. Comment l'Ordre vous juge? Prof Sage-Femme. sept 2014;(208):14-20.
35. Dupagne D. La médecine défensive, une catastrophe qui nous menace tous [Internet]. Santé Polémique. 2018 [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.franceinter.fr/emissions/sante-polemique/sante-polemique-18-decembre-2018>
36. Fédération Hospitalière de France (FHF). Sondage « Les médecins face aux pratiques d'actes injustifiés » [Internet]. [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Actualite/A-la-Une/Sondage-Les-medecins-face-aux-pratiques-d-actes-injustifies>
37. HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. 2012.

38. Seguy B. Le risque juridique en obstétrique aux xvii^e et xviii^e siècle. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2008;37(8):783-90.
39. Begon R. Le risque médico-légal en salle de naissance: connaissances et ressenti des sages-femmes hospitalières. 2017.
40. DU Responsabilité médicale [Internet]. [cité 4 mai 2019]. Disponible sur: [http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/epidemiologie-sante-publique-pedagogie/du-responsabilite-medicale/\(language\)/fre-FR](http://www.scfc.parisdescartes.fr/index.php/descartes/formations/medecine/epidemiologie-sante-publique-pedagogie/du-responsabilite-medicale/(language)/fre-FR)
41. Ministère du Travail. Le Compte personnel de formation ou CPF : tout comprendre [Internet]. [cité 5 mai 2019]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/droits-a-la-formation-et-orientation/compte-personnel-formation>
42. Hafiz C. Un médecin condamné pour avoir surchargé un dossier. Droit Déontologie Soins. 1 déc 2012;12(4):466-72.
43. CNGOF. Risques médico-légaux [Internet]. [cité 6 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-46.html>
44. Seguin C. Responsabilités dans l'accouchement à domicile programmé. :8.
45. Ministère de la Justice. L'ordre judiciaire [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/lordre-judiciaire-10033/>
46. Ministère de la Justice. L'ordre administratif [Internet]. [cité 26 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/lordre-administratif-10034/>
47. Association d'aide aux victimes d'erreurs médicales. C.R.C.I., CONSEILS PRATIQUES [Internet]. [cité 27 avr 2019]. Disponible sur: http://www.aavac.asso.fr/loi_kouchner/crci.php
48. SHAM. Panorama du risque en établissements de santé, social et médico-social. 2017.

Annexes

Annexe 1 : Les ordres judiciaire et administratif

Schémas tirés du site internet du ministère de la justice (45) (46).

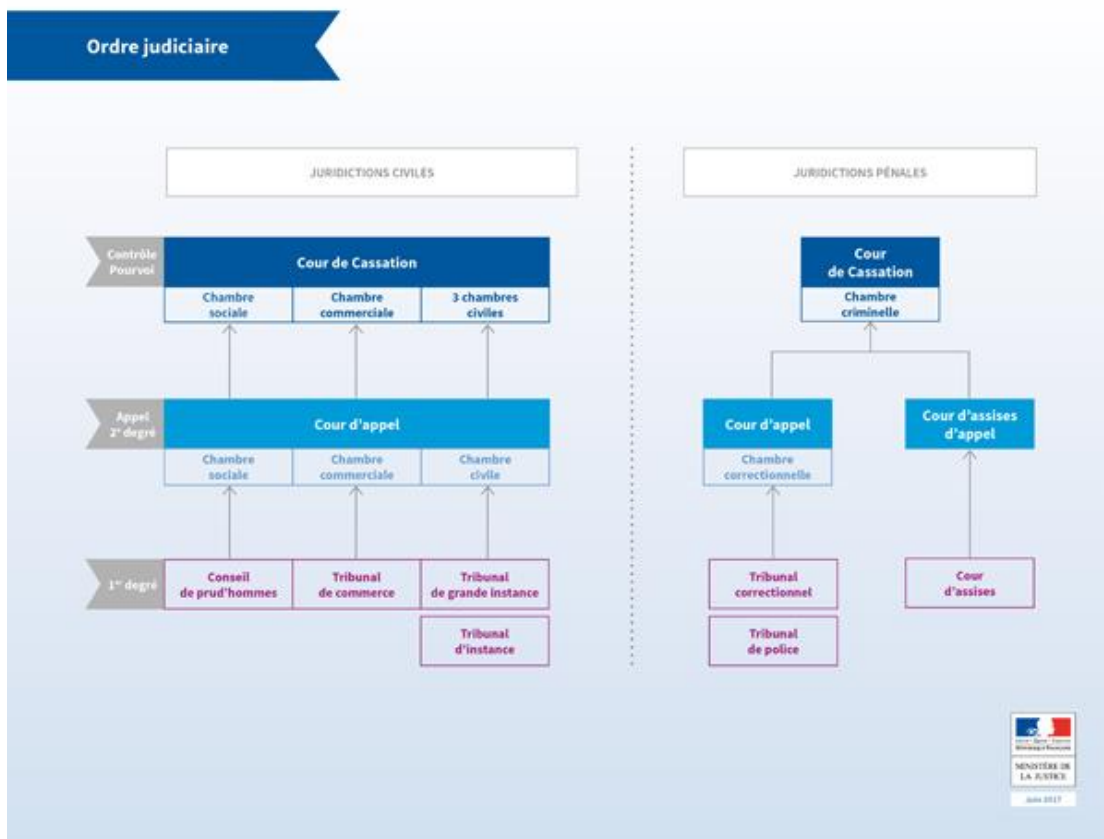


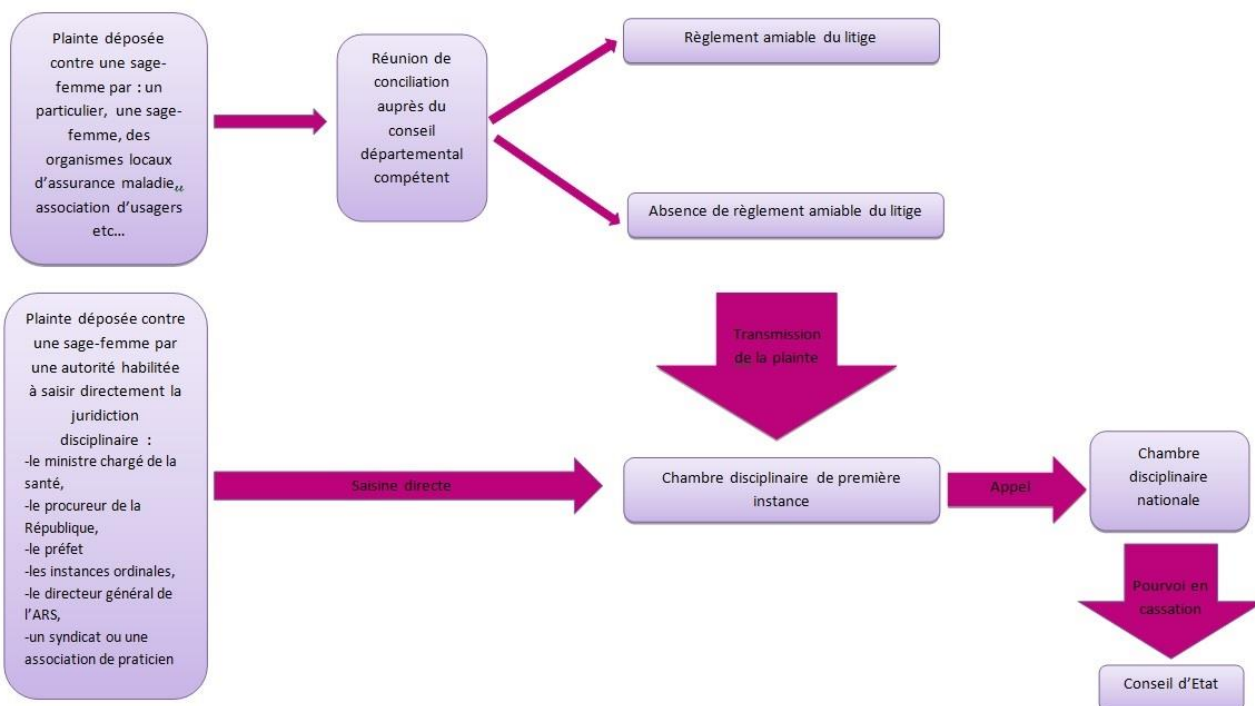
Schéma 1/2



Schéma 2/2

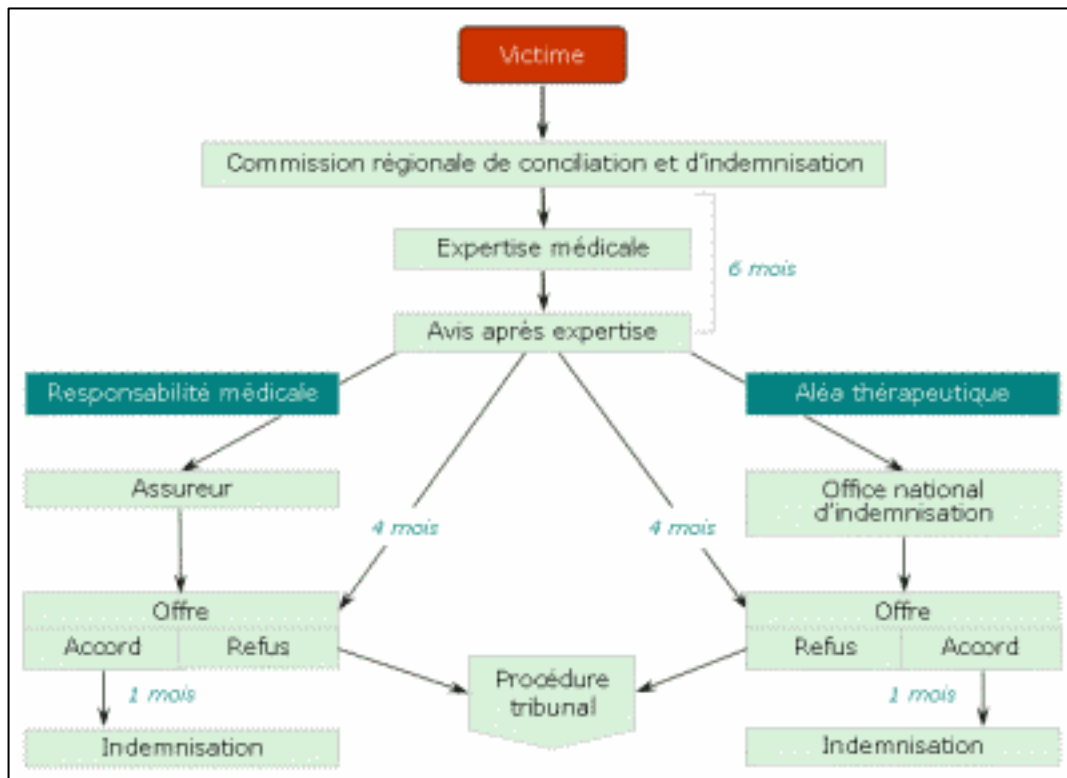
Annexe 2 : Le parcours d'une plainte devant les juridictions disciplinaires

Schéma tiré du site internet de l'Ordre des Sages-Femmes (11).



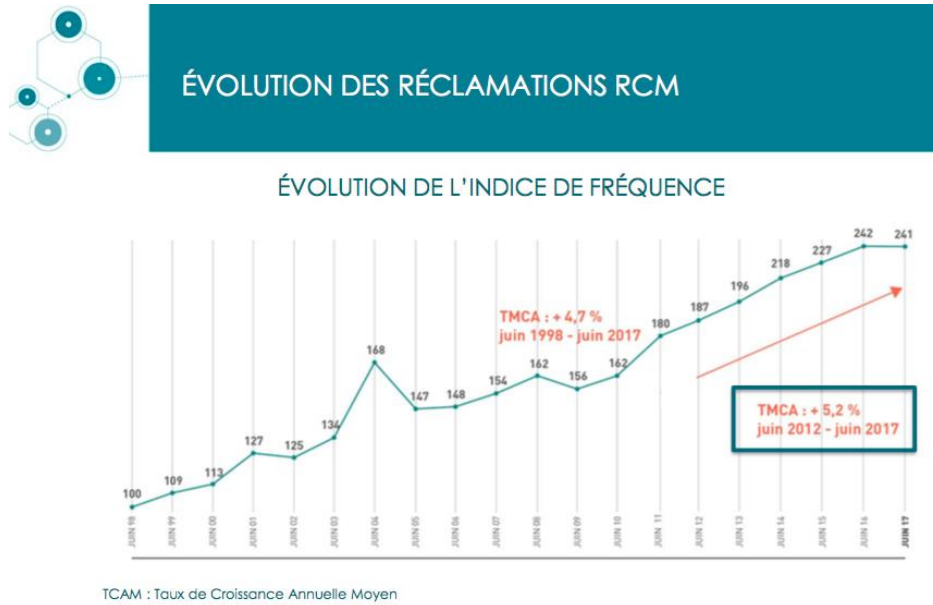
Annexe 3 : Déroulement d'une procédure via la CCI

Schéma tiré du site internet de l'Association d'Aide aux Victimes d'Accidents Corporels (A.A.V.A.C) (47).



Annexe 4 : Évolution des réclamations en responsabilité civile médicale des établissements de santé

Courbe tirée du Panorama du Risque de SHAM (48).



- › Les établissements de santé sont toujours très exposés

Annexe 5 : Mail envoyé aux sages-femmes inscrites au tableau de l'Ordre de Paris

Madame, Monsieur,

Etudiante sage-femme en 4^{ème} année de formation à l'école Baudelocque (Université Paris-Descartes), je réalise mon mémoire de fin d'études sur « Les impacts d'une procédure judiciaire ou ordinale sur les pratiques professionnelles des sages-femmes ».

L'obstétrique fait partie des cinq spécialités médicales les plus exposées à des plaintes de patientes et à de possibles litiges. De ce fait, une certaine pression médico-légale pèse sur la profession de sage-femme. L'expérience d'une plainte peut être mal vécue au point que le soignant qui est confronté à cette mise en cause est qualifié de « seconde victime ».

Je souhaite, dans ce travail de recherche, étudier les éventuels retentissements de cette expérience sur la pratique médicale et la carrière des sages-femmes.

Pour répondre à ma problématique, je recherche des sages-femmes (hospitalières ou libérales) qui auraient été impliquées dans une procédure judiciaire (civile ou pénale) ou ordinale, quel qu'en soit le motif, et qui accepteraient de m'accorder une trentaine de minutes pour un entretien.

Mon objectif est d'identifier les effets de l'événement sur la pratique du métier et non pas de revenir sur le motif du litige.

Le contenu de nos échanges restera strictement confidentiel et anonymisé.

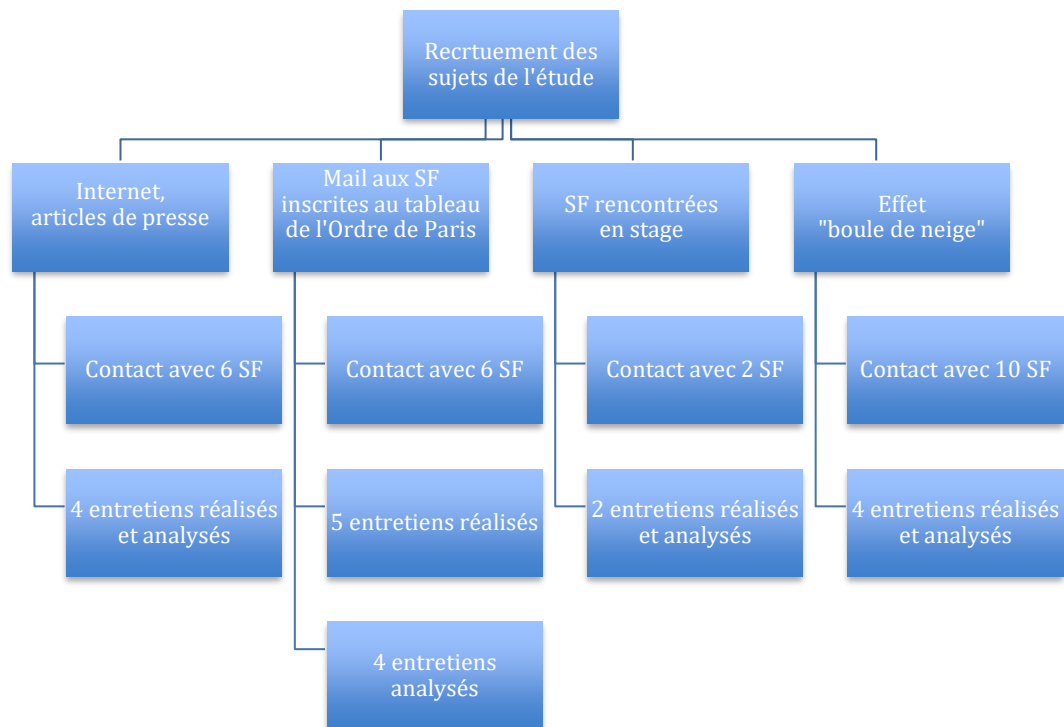
Si vous êtes concerné et que vous acceptez de m'aider dans ma recherche, je vous communique mes coordonnées afin que vous puissiez me contacter pour fixer les modalités de notre entretien.

Je vous remercie par avance de l'intérêt que vous porterez à mon travail et de votre soutien pour sa réalisation.

Veillez recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Clémence Nielly, étudiante sage-femme

Annexe 6 : Diagramme de recrutement de la population d'étude



Annexe 7 : Grille d'entretien

I) Questions initiales : le contexte

1- Exercer-vous encore actuellement le métier de sage-femme ?

Si non : Combien de temps s'est écoulé entre la plainte et l'arrêt définitif de votre exercice ?

2- En quelques mots, pouvez-vous me raconter ce qu'il vous est arrivé ?

- Qui a déposé plainte ?
- Quel était le motif de la plainte ?
- Quelle type de procédure était-ce ?
- Si SF hospitalière : d'autres membre de l'équipe ont-ils reçu une plainte également ?
- Quel était la décision finale de la procédure ?
- En quelle année a eu lieu l'événement et en quelle année a débuté la procédure ?
- Combien de temps a duré la procédure (quand avez-vu eu la décision finale) ?

II) Questions relatives à la carrière professionnelle

1- Suite à cet événement, avez-vous modifié vos plans de carrière professionnelle, par rapport à vos projets antérieurs ?

- Arrêt de la profession, changement de lieu d'exercice, changement de service ?
- Suivi d'une formation/e-learning ?

III) Questions relatives aux pratiques professionnelles

1- Quels sentiments avez-vous ressentis en retournant travailler juste après avoir eu connaissance de la plainte ?

2- Parmi ce nuage de mots, pouvez-vous en choisir deux qui reflètent ce que vous avez ressenti ?

3- Ressentez-vous toujours actuellement les mêmes choses ?

Si la réponse est non : pendant combien de temps avez-vous eu ces sentiments ?

4- Y a t-il certains actes que vous ne pratiquez plus depuis cet événement ?

5- Faites-vous plus appel au médecin ou adressez-vous plus souvent vos patientes à un médecin (selon le mode d'exercice) ?

6- Si SF hospitalière : Confiez-vous toujours les mêmes tâches aux étudiants, aux infirmiers, aux auxiliaires de puériculture, aux aides soignants ?

7- Avez-vous noté des changements dans vos prescriptions ?

- Prescription d'examens complémentaires notamment.

8- Avez-vous l'impression qu'il y a eu des modifications dans ce que vous écrivez dans les dossiers des patientes ?

IV) Questions concernant les relations avec les patientes ou avec les autres professionnels

1- Avez-vous remarqué des changements concernant la relation que vous avez avec vos patientes ?

2- Avez-vous remarqué des changements concernant vos rapports interprofessionnels ?

V) Questions relatives à la pression médico-légale et à la « prévention » du risque de procédure

1- Selon vous, existe-t-il une pression médico-légale qui se fait ressentir dans l'exercice de la profession de sage-femme ? Ressentez-vous cette pression au quotidien ? L'observez-vous chez vos collègues ?

2- Aviez-vous déjà songé, avant cet événement, que vous pourriez être un jour impliquée dans une procédure judiciaire ou ordinale ?

3- Aviez-vous été sensibilisé et informé quant au risque médico-légal pendant vos études ? Aviez-vous eu des cours de droit sur la responsabilité de la sage-femme ?

4- Selon vous, quelles précautions devrait prendre une sage-femme pour diminuer ses risques d'avoir une plainte contre elle ?

VI) En résumé

1- Quel est, parmi tout ce que nous avons abordé, l'impact le plus important qu'a eu cet événement dans votre vie professionnelle ?

VII) Question sur le profil de la sage-femme

1- En quelle année avez-vous été diplômé ?

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.