



**HAL**  
open science

# Les motivations professionnelles et personnelles des sages-femmes exerçant en maisons de naissance

Amélie Houellebecq

► **To cite this version:**

Amélie Houellebecq. Les motivations professionnelles et personnelles des sages-femmes exerçant en maisons de naissance. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03139705

**HAL Id: dumas-03139705**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03139705>**

Submitted on 12 Feb 2021

**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.

Ecole de Sage-Femme de Caen

LES MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES ET  
PERSONNELLES DES SAGES-FEMMES  
EXERÇANT EN MAISONS DE NAISSANCE

Sous la direction de M<sup>me</sup> Nathalie BRIELLE

Amélie HOUELLEBECQ

22.04.1997

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2016-2020



CAEN - CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE  
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

## AVERTISSEMENT

*Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.*

*En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.*

*Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.*

*Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !*

*Pour en savoir plus :*

*Le Code de la Propriété Intellectuelle :*

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

*Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :*

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

adresse  
tél.  
courriel  
internet

Bibliothèque universitaire Santé  
Pôle des formations et de recherche en santé • 2, rue des Rochambelles • CS 14032 • 14032 CAEN CEDEX 5  
02 31 56 82 06  
bibliotheque.sante@unicaen.fr  
scl.unicaen.fr/

## REMERCIEMENTS

Aux huit sages-femmes qui ont accepté de participer à mon étude malgré leur emploi du temps chargé. Merci de m'avoir accordé votre temps.

Aux sages-femmes enseignantes de l'école, à Mme Giffard et à Sophie pour leur accompagnement bienveillant tout au long de ces années d'études.

À ma directrice de mémoire, Mme Brielle, sans qui ce mémoire n'aurait pas pu aboutir. Merci pour votre aide si précieuse, votre soutien, votre disponibilité et votre gentillesse tout au long de l'avancée de ce travail, si important pour moi.

A toi Marie, pour ta relecture mais surtout pour ton soutien sans faille.

A Delphine, pour avoir pris du temps pour relire mon travail.

A ma maman et mon papa et à vous, Théodore et Flavie, pour avoir supporté mon stress durant toutes ces années d'études, pour votre soutien. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui.

A Aline, Marine, Chloé et Marion pour tous ces moments partagés pendant ces quatre années.

A Maxime, merci pour ton soutien et ta présence, merci d'avoir cru en moi et en la sage-femme que je serai dans quelques mois.

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	1
1 Un peu d'histoire .....	2
1.1 Au niveau mondial .....	2
1.2 En Europe .....	2
1.3 En France.....	3
2 Loi d'expérimentation des maisons de naissance en France .....	4
2.1 Le cadre juridique .....	4
2.2 Le cadre administratif .....	5
2.3 Descriptif des huit maisons de naissance en France .....	6
2.4 Fonctionnement des maisons de naissance .....	6
2.5 Le cadre financier .....	8
3 Les freins de l'expérimentation .....	9
4 Analyse et résultats du « rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maison de naissance en France » .....	10
5 Question de recherche .....	11
MATERIEL ET MÉTHODE .....	12
1 Problématique, objectifs et hypothèses.....	12
1.1 Problématique.....	12
1.2 Objectifs .....	12
1.3 Hypothèses.....	12
2 Matériel et méthode .....	12
2.1 Le type d'étude .....	12
2.2 Lieu et durée de l'étude .....	12
2.3 Echantillon.....	13
2.4 Méthodologie.....	13
RÉSULTATS.....	14
1 Description de l'échantillon .....	14
2 Résumés d'entretiens .....	15
2.1 Entretien numéro 1 : Emma.....	15
2.2 Entretien numéro 2 : Jade.....	15
2.3 Entretien numéro 3 : Louise.....	16
2.4 Entretien numéro 4 : Alice .....	16
2.5 Entretien numéro 5 : Chloé.....	17
2.6 Entretien numéro 6 : Lina .....	18

2.7	Entretien numéro 7 : Rose .....	18
2.8	Entretien numéro 8 : Léa .....	19
3	Analyse thématique des entretiens.....	20
3.1	Le parcours professionnel des sages-femmes travaillant en MDN .....	20
3.2	Les motivations professionnelles et personnelles des sages-femmes exerçant en MDN..	21
3.3	Intérêts des sages-femmes pour la MDN .....	21
3.4	Avantages et contraintes à travailler en MDN.....	21
	DISCUSSION .....	23
1	Limites et points forts de l'étude.....	23
1.1	Limites de l'étude.....	23
1.2	Points forts de l'étude.....	23
2	Discussion .....	23
2.1	Descriptif de la population.....	23
2.2	La structure et l'organisation des maisons de naissance font parti des arguments qui motivent les sages-femmes à faire le choix de travailler en MDN.....	24
2.3	Les sages-femmes exerçant en maison de naissance se sentent rapidement épuisées par le rythme de travail dans ces structures .....	26
2.3.1	Expérimentation .....	26
2.3.2	Gestion de la vie personnelle et professionnelle .....	27
2.3.3	Manque de reconnaissance .....	29
2.4	L'accompagnement global de la femme enceinte est la motivation principale des sages-femmes en maison de naissance.....	30
	CONCLUSION .....	33
	BIBLIOGRAPHIE.....	34
	ANNEXES.....	37
	ANNEXE I : Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance .....	37
	ANNEXE II : Loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance ....	51
	ANNEXE III : Arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maison de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale .....	53
	ANNEXE IV : Décret du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance .....	54
	ANNEXE V : Guide d'entretien semi-directif.....	57
	ANNEXE VI : Analyse thématique des entretiens .....	58

## LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Accompagnement Global

ARS : Agence Régionale de Santé

ASPQ : Association pour la Santé Publique du Québec

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CALM : Comme A La Maison

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNSF : Conseil National des Sages-femmes de France

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DU : Diplôme Universitaire

FIR : Fonds d'Intervention Régional

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du Post-Partum

ICM : International Confederation of Midwives

MDN : Maison De Naissance

PHAM : Premières Heures Au Monde

SA : Semaines d'Aménorrhée

SF : Sage-Femme

## INTRODUCTION

Lors de l'annonce de la grossesse, certains couples se demandent à quel praticien ils vont s'adresser pour suivre la grossesse : gynécologues-obstétriciens, médecins traitants, sages-femmes en cabinet libéral ou en milieu hospitalier, en clinique privée ou en maternité publique. Le choix est libre mais vaste. Lors d'un suivi classique pendant la grossesse, la femme enceinte rencontre environ 10 à 15 personnes différentes et plus d'une dizaine pendant le post partum. [1]

Certaines femmes font le choix d'un accompagnement global. Cela signifie que la femme enceinte est suivie par la même sage-femme pendant toute la grossesse, l'accouchement et le post partum. Cet accompagnement global a été défini par Jacqueline Lavillonnière, présidente de l'association nationale des sages-femmes libérales lors du congrès de l'International Confederation of Midwives (ICM) en 2002 : « *L'accompagnement global à la naissance, c'est un seul praticien pour assurer la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, la préparation à la naissance, la surveillance et la responsabilité lors de l'accouchement, les soins postnatals de la mère et de l'enfant* ». [2]

En France, l'accouchement lors de ce type de suivi peut avoir lieu dans trois endroits différents, en fonction de la pratique de la sage-femme : en maternité grâce au plateau technique, à domicile, ou encore, et ce depuis 2015, en maison de naissance (MDN). Les maisons de naissance « *sont des lieux de naissance contigus à une structure hospitalière au sein desquels des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré les suivis des grossesses* ». [3]

Huit maisons de naissance sont en expérimentation en France depuis 2015. Ce type d'exercice professionnel est rare et très particulier. C'est pourquoi nous nous sommes intéressées aux motivations des sages-femmes travaillant dans ces maisons de naissance françaises.



# 1 UN PEU D'HISTOIRE

## 1.1 AU NIVEAU MONDIAL

Les premières maisons de naissance ouvrent à New Mexico aux Etats-Unis en 1944. En 1975, la première maison de naissance indépendante d'un hôpital ouvre à New-York. [4]

Elles répondent à un mécontentement des femmes enceintes au sujet de leur prise en charge lors de leur suivi de grossesse et leur accouchement en maternité, « trop » médicalisés. Actuellement, le taux d'accouchement réparti dans les 150 maisons de naissance du territoire américain représente 0,5% des naissances. [5, 6, 7]

Plusieurs études dont « *San Diego Birth Center* » en 1998 ou l'étude publiée en 2013 par le *Journal of Midwifery and Women's Health* : « *Outcomes of care in birth centers : demonstration of a durable model* » démontrent que les maisons de naissance sont des structures permettant la prise en charge des femmes enceintes avec une sécurité similaire à celle des maternités hospitalières. Le taux de mortalité fœtale en MDN est inférieur à 0,5‰ [8], pour un coût financier moindre (le coût total de la prise en charge de la grossesse est de 4 550 \$ pour les maisons de naissance versus 5 535 \$ en milieu hospitalier aux Etats-Unis). [8, 9]

Au Canada, la première MDN ouvre en 2004. [10] En 2015, il y avait 12 maisons de naissances ouvertes. Actuellement 78% de la patientèle des sages-femmes québécoises accouchent en MDN contre 20% à domicile et seulement 2% à l'hôpital. [11]

Une étude australienne publiée en octobre 2019 corrélée par l'étude réalisée par Scarf et al en 2018 au niveau international, montre une probabilité plus faible de morbidité maternelle pour les grossesses à bas risque ainsi qu'un nombre limité d'interventions obstétricales. D'après cette étude, les femmes choisissant d'accoucher en MDN ont une chance multipliée par deux d'accoucher par voie basse sans autre intervention par rapport aux femmes prévoyant d'accoucher à l'hôpital (OR=2,12 ; IC à 95% [1,54-2,92]). Cependant, l'étude australienne est la seule qui démontre que la proportion de transfert du nouveau-né dans l'unité des soins intensifs néonataux est supérieure lorsque la femme enceinte accouche en maison de naissance, comparé aux femmes accouchant au sein de l'hôpital (OR=1,24 ; IC à 95% [1,10-1,39]). Cette augmentation n'a pas été observée dans l'étude réalisée à l'international (OR=0,88 ; IC à 95% [0,59-1,32]). [7, 12, 13]

## 1.2 EN EUROPE

Les Allemands, précurseurs en Europe, ouvrent la première maison de naissance en 1987 à Berlin. Aujourd'hui, 169 maisons de naissance ont vu le jour. Les frais dépensés dans ces structures sont pris en charge à 100%. [6]

En 1993, les centres allemands et suisses créent le « réseau européen des maisons de naissance » (NETZWERK). [3]

En 2011, en Suisse, le taux national de naissances dans la vingtaine de maisons de naissance existantes était de 1,5%. [11]

Ensuite le Royaume Uni, la Belgique, la Suède et les Pays-Bas feront de même en ouvrant ce type de structures dans leur pays. Les derniers en date en Europe à mettre à disposition des femmes enceintes ce type de structure sont en 2019, la République Tchèque et la Bulgarie. [12]

En fonction des pays, le fonctionnement et l'organisation y sont différents. En Suède, les maisons de naissance sont intra hospitalières alors qu'elles sont complètement autonomes en Belgique. Cependant, elles ont toutes un point commun qui est la démedicalisation de la grossesse et de l'accouchement en permettant le suivi global. [6, 14]

### 1.3 EN FRANCE

En France, la première structure pouvant être rapprochée à celle des maisons de naissance ouvre en 1949. Il s'agit de la clinique de Mme Béarn à Sarlat. Elle ferma en 1999 pour des raisons sanitaires. D'autres projets ont vu le jour avant la mise en place légale d'une expérimentation des maisons de naissance, certaines sont encore ouvertes, comme à Pontoise, avec « PaMaNa » ouverte en 2006, ou « Comme A La Maison » (CALM) ouverte à Paris en 2008. [5, 15]

L'Etat français a pris part au questionnement sur les maisons de naissance la première fois en 1998 avec Bernard Kouchner qui était alors Secrétaire d'Etat chargé de la Santé. [6]

Cinq ans plus tard, le Ministre de la Santé, des familles et des personnes handicapées, Jean-François Mattei confie à la « mission de périnatalité » d'évaluer la mise en place des maisons de naissance pour répondre aux problématiques de la périnatalité. Le plan de périnatalité 2005-2007 préconise le développement des maisons de naissance sous forme expérimentale en exigeant que la structure soit attenante aux plateaux techniques. Malgré la mise en place d'un groupe de travail constitué de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) en 2005, l'expérimentation ne voit pas le jour par manque d'accord. [6]

Un collectif regroupant plusieurs associations d'usagers s'est créé en 2003 sous le nom de Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE). Ce collectif réfléchit sur l'ensemble des stratégies pouvant être mises en œuvre pour améliorer les conditions de naissance en France. Il dialogue avec le Ministère de la Santé et la Haute Autorité de Santé (HAS) mais aussi avec les parents et futurs parents. [16] En février et mars 2007, le CIANE publie deux rapports, l'un sur les « enjeux de la création des maisons de naissance dans le contexte français » et un autre sur la « modélisation des coûts de fonctionnement d'une maison de naissance ». Pour le CIANE, la MDN « plus qu'un lieu

*spécifique d'accouchement, doit être vue comme l'outil de construction d'une nouvelle filière spécifique de suivi des grossesses physiologiques placé sous la responsabilité des sages-femmes ».*

[17] Le CIANE, en s'appuyant sur les modèles canadiens et allemands, réalise une estimation du coût global de financement d'une maison de naissance et le compare au coût d'un suivi standard en maternité. Au total, le coût du suivi global en MDN fait par une sage-femme est estimé à 1 885€ versus 2 650€ pour un suivi standard pratiqué en maternité. Les maisons de naissance permettraient donc une économie de 765€ par parturiente soit 153 millions d'euros d'économie par an si l'on se base sur un taux d'accouchements en MDN de 25% des 800 000 naissances annuelles réalisées en France. [17, 18] En parallèle, en janvier 2015, la commission des affaires sociales avait estimé, grâce à l'enquête confiée à la Cour des Comptes sur les maternités, que l'économie réalisée par la généralisation des maisons de naissance sur le territoire français serait de 7 millions d'euros. [19]

En 2010, le projet de loi de financement ainsi que le rapport annuel d'évaluation des lois de la sécurité sociale pour l'année 2011, envisagent la mise en place de l'expérimentation de maison de naissance en France. Dans les mêmes temps, le Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens Français (CNGOF) soutient le projet de l'expérimentation. [6]

C'est en 2013, soit 15 ans après les premières propositions de Bernard Kouchner sur la mise en place de l'expérimentation des maisons de naissance en France, que le texte de loi est adopté. Suivra la parution du cahier des charges par l'HAS (Annexe I) permettant de définir les critères d'acceptation des femmes ainsi que les modalités pour la mise en place de cette expérimentation. [6, 14]

## **2 LOI D'EXPERIMENTATION DES MAISONS DE NAISSANCE EN FRANCE**

### **2.1 LE CADRE JURIDIQUE**

Le 6 décembre 2013, l'Assemblée Nationale et le Sénat adoptent la loi autorisant les maisons de naissance à titre expérimental en France, pour une durée de cinq ans (Annexe II). Le début de cette expérimentation commencera à la date de la publication de l'Arrêté du 23 novembre 2015 (Annexe III) et prendra fin cinq ans plus tard soit le 23 novembre 2020. [20]

Les conditions de la mise en place de ces maisons de naissance sont expliquées dans le décret du 30 juillet 2015 (Annexe IV). Le rôle des sages-femmes dans ces structures y est détaillé ainsi que le fonctionnement de ces établissements. La prise en charge des parturientes y est aussi développée. [21]

## 2.2 LE CADRE ADMINISTRATIF

Un an avant la publication du décret et de l'Arrêté de juillet 2015, l'HAS publie le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance (Annexe I). Il définit les maisons de naissance comme étant des structures gérées en autonomie par des sages-femmes. Elles proposent aux femmes un accompagnement global de la grossesse ainsi qu'un accouchement dans le respect de la physiologie. [14]

Les maisons de naissance doivent signer une convention avec une maternité qui devient alors la maternité partenaire de cette maison de naissance. La MDN doit être contigüe de la maternité partenaire et elle « dispose d'un accès direct avec [l'hôpital partenaire] permettant d'assurer dans des conditions compatibles avec l'urgence le transport non motorisé et allongé des parturientes et des nouveau-nés, sans voie publique à traverser ». [20]

Elles doivent aussi adhérer au réseau de santé en périnatalité. Pour permettre l'ouverture de la maison de naissance il faut qu'il y ait au moins deux sages-femmes qui doivent avoir deux ans d'expérience en accouchement. [14, 22]

Neuf candidatures de maisons de naissance ont été retenues. Elles sont listées dans l'Arrêté du 23 novembre 2015 : [22, 23]

- *Comme A La Maison* (CALM) à Paris (12<sup>ème</sup> arrondissement)
- *Doumaïa* à Castres (Tarn)
- *La Maison* à Grenoble (Isère)
- *Premières Heures Au Monde* à Bourgoin-Jallieu (Isère)
- *Manala* à Sélestat (Bas-Rhin)
- *Un Nid Pour Naître* à Nancy (Meurthe-et-Moselle)
- *Le Temps De Naître* à Baie-Mahault (Guadeloupe)
- *MaNao* à Saint Paul (La Réunion)
- *Premier cri* à Vitry sur Seine (Val-de-Marne)



Seulement huit projets verront le jour, la maison de naissance Premier cri à Vitry sur Seine ne sera finalement pas créée, aucune information n'a été publiée sur les raisons de la non-ouverture de cette maison de naissance. [22]

## 2.3 DESCRIPTIF DES HUIT MAISONS DE NAISSANCE EN FRANCE

Nom de la MDN	Ville	Date d'ouverture	Maternité partenaire (Niveau)	Nombre de SF		Statut des SF	Nombre d'accouchement en 2018 [12]	Dépassement d'honoraires
				SF1	SF2			
<b>Comme A La Maison (CALM)</b> [24]	12 <sup>e</sup> arrondissement de Paris	2008	Maternité Les Bluets (Niveau I)	6	8	Libérales	112	Oui
<b>Un Nid Pour Naître</b> [25]	Nancy	20 avril 2016	Maternité régionale du centre universitaire de Nancy (Niveau III)	2-3	5	Libérales	38	Cotisations versées à l'association
<b>Premières Heures Au Monde (PHAM)</b> [26]	Bourgoin-Jallieu	1 <sup>er</sup> juin 2016	Centre Pierre Oudot (Niveau IIa)	4	5	Libérales	65	Oui
<b>Manala</b> [27]	Sélestat	Septembre 2016	Maternité de Sélestat	6	5	Libérales	84	Oui
<b>La Maison</b> [28]	Grenoble	Février 2017	Maternité mutualiste de Grenoble (Niveau I)	4		Salariées détachées de la maternité partenaire	73	Non
<b>Le Temps De Naître</b> [29]	Guadeloupe	Mars 2017	Clinique Les Eaux Claires (Niveau I)	3	7	Libérales	59	Oui
<b>Doumaïa</b> [30]	Castres	Mars 2017	Centre Hospitalier Intercommunal de Castres-Mazamet (Niveau IIa)	4	3	Libérales	31	Non
<b>MaNao</b> [31]	La Réunion	1 <sup>er</sup> avril 2017	Centre Hospitalier Gabriel Martin (Niveau IIb)	7		6 libérales et 1 salariée de la maternité	44	Oui

## 2.4 FONCTIONNEMENT DES MAISONS DE NAISSANCE

Parmi les deux sages-femmes présentes lors d'une naissance en MDN, l'une est dite « sage-femme référente ou sage-femme 1 » ; c'est la sage-femme qui accompagne le couple tout au long de la grossesse et qui est présente lors de l'accouchement. L'autre sage-femme est dite « sage-femme de soutien, d'appui ou sage-femme 2 ». Cette sage-femme est présente seulement lors de l'accouchement de la femme. La sage-femme de soutien ne fait pas d'accompagnement global, elle rencontre les couples seulement au moment de la naissance. Les sages-femmes de soutien d'une MDN se répartissent entre elles les astreintes pour soutenir la sage-femme référente lors d'une naissance en MDN. Concernant les sages-femmes référentes, elles travaillent en général en binôme

ou en trinôme et se répartissent entre elles le suivi médical et les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Tout comme les sages-femmes de soutien, elles se répartissent également les astreintes. [14, 22]

Les maisons de naissance proposent un suivi global des grossesses et accouchements à bas risque, cet accompagnement est assuré par les sages-femmes référentes y travaillant.

L'accompagnement global est la seule et unique manière, pour une femme, d'être suivie et d'accoucher en maison de naissance. Cependant l'accompagnement global reste possible en dehors de la maison de naissance comme par exemple lors d'un accouchement en plateau technique par une sage-femme libérale. Les maisons de naissance permettent donc de mettre en place le modèle une femme/une sage-femme. Ce sont donc les mêmes sages-femmes qui accompagnent le couple de la première consultation à l'accouchement en passant par les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. [6] Ce concept, aussi appelé « one-to-one », émerge au Royaume-Uni. De nombreuses études au niveau international montrent qu'il a fait ses preuves. L'étude de Sandall et al en 2015 concernant les modèles de soins continus dispensés par les sages-femmes et celle de Hodnett et al en 2013, montrent que les femmes qui connaissent leur sage-femme ont moins de risque d'intervention durant le travail et l'accouchement. Elles ont plus de chance d'avoir un accouchement par voie basse spontanée et ont une plus grande satisfaction de leur prise en charge. [32, 33, 34]

Les maisons de naissance ne permettent pas l'hébergement des femmes enceintes et du nouveau-né. Le couple ne peut donc rester sur place que de deux à 24 heures après l'accouchement. [6, 23]

Au sein de ces structures l'accouchement des femmes enceintes doit avoir lieu entre 37 et 42 SA. La maturation, le déclenchement, la direction du travail en utilisant de l'ocytocine, le recours à l'analgésie péridurale ou l'utilisation de morphine, tous ces actes ne sont pas réalisables en maison de naissance. Si pour des causes médicales ou par choix de la patiente, il est nécessaire de faire l'un de ces gestes, la patiente doit être alors transférée dans la maternité partenaire. [15]

Le nombre d'accouchements y est limité à 350 par an. Le gouvernement lors des débats parlementaires prévoyait, à terme, que 5% des naissances soient réalisées en maison de naissance. [6]

L'Arrêté ainsi que le cahier des charges ont notifié que les maisons de naissance doivent transmettre tous les ans un rapport à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) sur leur activité de l'année passée. De plus, une évaluation de l'expérimentation de chaque maison de naissance, après leurs deux ans de fonctionnement et au

terme de l'expérimentation, sera réalisée par l'ARS. Les domaines devant être évalués sont énumérés dans le cahier des charges. [14, 35]

L'évaluation par la DGOS semble insuffisante et limitée sur le plan administratif. En effet, cette évaluation concerne en grande majorité les critères pratiques et les actes dispensés en maisons de naissance. Seulement un à trois items s'intéressent à la santé de la mère et de l'enfant. Le Collège national des sages-femmes (CNSF) a donc mis en place un groupe de travail composé du collectif des MDN, des membres du comité scientifique du CNSF et le CIANE pour étudier la sécurité ainsi que « *l'optique de salutogenèse* » des maisons de naissance. La salutogenèse est définie comme des soins de prévention ayant pour objectif de renforcer la santé et de limiter les interventions et leur iatrogénie associée. [12] Le but de ces collectifs est également d'harmoniser le recueil des données au sein des différentes structures. Jusque 2017, chaque MDN avait son propre recueil des données. C'est pourquoi aucune évaluation globale du fonctionnement des maisons de naissance n'a été publiée. Début 2018, l'harmonisation des critères de recueil des données établies a été mise en place. [22, 36]

## 2.5 LE CADRE FINANCIER

Les maisons de naissance sont financées par des Fonds d'Intervention Régional (FIR) versés par l'ARS. Cela représente 150 000€ versés chaque année par maison de naissance et ce pendant les cinq années de l'expérimentation. [22, 37]

Cette dotation versée n'est pas suffisante pour toutes les maisons de naissance. En conséquence, certaines maisons de naissance demandent aux couples un dépassement d'honoraires qui peut être remboursé par leurs mutuelles de santé. Ce dépassement d'honoraires permet de dédommager les sages-femmes référentes qui ont été d'astreinte pendant le dernier mois de grossesse et la sage-femme référente présente lors du travail. D'autant plus si la femme est transférée vers la maternité partenaire avant la naissance car dans ce cas, la sage-femme de maison de naissance présente lors du travail ne peut coter l'accouchement et donc être rémunérée. De plus, toutes les MDN utilisent une partie des FIR pour la rémunération des sages-femmes de soutien. [17, 22]

Les sages-femmes espèrent que ces dépassements d'honoraires seront temporaires car elles souhaitent que l'accompagnement global soit accessible à tous. C'est pourquoi les maisons de naissance, *Un Nid Pour Naître*, *Le Temps De Naître* et le *CALM* ont mis en place « *une caisse de solidarité* » financée par des dons d'usagers. Les parents peuvent en faire la demande et cela permet d' « *aider les familles en difficulté à soulager les dépassements d'honoraires* ». Quatorze familles ont pu en bénéficier lors de leur suivi à la maison de naissance le *CALM* en 2018. [17, 22]

### 3 LES FREINS DE L'EXPERIMENTATION

Certaines MDN sont confrontées à un important « *turn-over* » du personnel et des difficultés de recrutement. La maison de naissance, *Le Temps De Naître* en Guadeloupe a fait un appel à l'Ordre des Sages-Femmes de Guadeloupe et de Martinique pour les aider à recruter de nouvelles sages-femmes. L'accompagnement global, qui est la raison d'être des maisons de naissance, est « *chronophage et énergivore* ». [22] De plus, les sages-femmes sont rémunérées à l'acte et non à l'heure et certains actes ne sont pas codables, comme la présence de la sage-femme de soutien à l'accouchement. [22]

De plus, l'augmentation de la demande de ce type de suivi oblige certaines MDN à refuser l'accompagnement de femmes enceintes, comme le *CALM* qui limite sa prise en charge aux patientes habitant à moins de 30 minutes de la maison de naissance. Cette distance était de 40 minutes avant 2018. [22]

Les sages-femmes sont également confrontées à un problème de reconnaissance de la part des professionnels des maternités partenaires. Certaines sages-femmes de MDN se sentent « *jugée[s] et contraintes de [se] justifier* » auprès de leurs collègues hospitalières lors d'un transfert. En 2018, aucune MDN n'était notifiée sur les sites internet des maternités partenaires. [22]

L'évaluation des MDN semble freinée par la non-implication du gouvernement (notamment le Ministère de la Santé et les Instituts régionaux de promotion de la santé) dans le financement de ces études. Certaines sages-femmes chercheuses donnent donc de leur temps bénévolement pour permettre l'évaluation des maisons de naissance. [19, 36]

Le cadre expérimental oblige les sages-femmes libérales travaillant en MDN à conserver leur cabinet ouvert pour certaines, depuis plusieurs années, à côté de leur activité dans la MDN. En effet, même si certaines MDN peuvent accueillir au sein de leurs murs toute l'activité des sages-femmes libérales, il semble difficile, si l'expérimentation n'était pas pérennisée de « *rouvrir un cabinet en ville en zone surcotée* ». [22]

Enfin, les critères d'attenance des maisons de naissance à la maternité partenaire semblent être un frein supplémentaire à l'expansion de celles-ci. En effet, les fermetures des petites maternités fragilisent la pérennité des maisons de naissance. Une des solutions avancée serait que les maisons de naissance soient « *extrahospitalières [avec] plusieurs établissements partenaires* ». [22]



#### 4 ANALYSE ET RESULTATS DU « RAPPORT D'ÉTUDE SUR LA QUALITE DES SOINS PRODIGUES EN MAISON DE NAISSANCE EN FRANCE » [12, 19]

Le 29 novembre 2019, la première étude portant sur les maisons de naissance a été publiée. Ce « *rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maison de naissance en France* » a été réalisé dans les huit maisons de naissance en expérimentation en France. Elle a pour but d'étudier trois axes qui sont : la sécurité, la qualité et la pertinence des soins.

L'étude porte sur 649 dossiers de patientes prises en charge pendant le travail dans les maisons de naissance en 2018. Au total 506 (78%) femmes ont accouché par les voies naturelles dans les MDN. Si l'on rapporte ce nombre de naissances dans ces structures au nombre total de naissances en France en 2018, il représente 0,07% des naissances françaises.

Sur les 649 femmes suivies en maisons de naissance, quatre ne respectaient pas les critères d'éligibilité et n'ont pas été réorientées vers la maternité partenaire. Elles ont tout de même accouché en MDN (antécédent d'hypertension artérielle, menace d'accouchement prématuré pendant la grossesse, présentation du siège non diagnostiqué et portage de l'hépatite B).

Concernant la sécurité de la prise en charge, aucun transfert en réanimation adulte ou de décès maternel n'a été observé. Le taux de transfert pendant le travail représente 22% de la population soit 144 patientes. Les causes les plus fréquentes sont la dystocie du travail (73,4%) et les altérations du rythme cardiaque fœtal associées ou non à un liquide amniotique teinté ou méconial (35,9%).

Pour les nouveau-nés, 6,2% ont nécessité un transfert dans la maternité partenaire. Parmi les cas de transferts, 78% concernait une surveillance du nouveau-né, hors contexte d'urgence, demandée par les protocoles des maternités partenaires. Cependant, depuis le début de l'expérimentation un cas de décès néonatal a été signalé.

L'étude sur l'efficacité des soins montre également une prise en charge du travail moins médicalisée, avec moins d'interventions. On retrouve un taux inférieur à 3% de rupture artificielle de la poche des eaux et pour plus de la moitié des patientes, aucun ou seulement un seul toucher vaginal réalisé pendant le travail.

Cette étude montre « *le bénéfice humain réel d'une prise en charge moins médicalisée des grossesses à bas-risque répondant ainsi à la demande croissante des femmes et des couples d'avoir accès à ce type de structure* ». Cependant les indicateurs utilisés dans cette étude ne permettent pas d'analyser la satisfaction des femmes et limitent l'étude de la salutogenèse.

La comparaison de cette étude française avec les études internationales (réalisées par Homer et al en 2019, Bocklehursts et al en 2011 et Scarf et al en 2018), montre des résultats comparables

entre les MDN implantées dans les pays à haut niveau de ressources et celles implantées en France. On remarque même un taux inférieur d'épisiotomie en France (3,3%) versus le taux retrouvé dans l'étude des maisons de naissance anglaises (12,6%).

## 5 QUESTION DE RECHERCHE

Suite à ces recherches, nous nous sommes rendues compte que la maison de naissance et l'accompagnement global sont deux concepts qui ne peuvent être dissociés. L'accouchement en maison de naissance ne peut avoir lieu qu'à la suite d'un accompagnement global. Nos recherches nous ont aussi montré l'existence de nombreux freins à la pratique du métier de sage-femme en maison de naissance

Nous nous sommes donc demandées quelles étaient les motivations professionnelles et personnelles des sages-femmes à travailler dans ce type de structure.

Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative grâce à des entretiens semi-directifs avec des sages-femmes travaillant en MDN. Cette étude a été réalisée entre le 24 août 2019 et le 9 décembre 2019. Durant cette période, nous nous sommes entretenues avec huit sages-femmes exerçant dans les maisons de naissance en expérimentation en France.

# MATERIEL ET MÉTHODE

## 1 PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHESES

### 1.1 PROBLEMATIQUE

Quelles sont les motivations professionnelles et personnelles des sages-femmes qui décident de travailler en maison de naissance en France ?

### 1.2 OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est de déterminer et de comprendre les motivations professionnelles et personnelles des sages-femmes qui travaillent en maison de naissance.

L'objectif secondaire a pour but de connaître le parcours professionnel des sages-femmes qui exercent en maison de naissance.

### 1.3 HYPOTHESES

Hypothèse principale : L'accompagnement global de la femme enceinte est la motivation principale des sages-femmes en maison de naissance.

Hypothèses secondaires :

- La structure des maisons de naissance (le lieu détaché de l'hôpital, autonomie dans l'exercice, une plus grande liberté dans l'organisation du travail) fait partie des arguments qui motivent les sages-femmes à faire le choix de travailler en maison de naissance.
- Les sages-femmes exerçant en maison de naissance se sentent rapidement épuisées par le rythme de travail dans ces structures.

## 2 MATERIEL ET METHODE

### 2.1 LE TYPE D'ETUDE

Dans le but de répondre à la problématique, une étude qualitative transversale multicentrique a été réalisée avec des entretiens semi-directifs.

### 2.2 LIEU ET DUREE DE L'ETUDE

Les sages-femmes exerçant dans les huit maisons de naissance en expérimentation en France ont été contactées sur leur mail professionnel ou par l'intermédiaire du mail du secrétariat de la maison de naissance. Des entretiens physiques ou téléphoniques leur ont été proposés sur leur temps libre.

Les entretiens ont eu lieu entre le 24 août 2019 et le 9 décembre 2019, l'étude a donc duré trois mois et demi.

## 2.3 ECHANTILLON

L'échantillon est composé de six sages-femmes référentes et de deux sages-femmes de soutien, travaillant dans six maisons de naissance en expérimentation en France.

## 2.4 METHODOLOGIE

Pour réaliser l'étude, un guide d'entretien a été réalisé (Annexe V). Six entretiens ont été réalisés par téléphone et les sages-femmes ont été interrogées seules. Les deux premiers entretiens ont été réalisés dans la maison de naissance avec les deux sages-femmes présentes ensemble.

Les entretiens ont duré entre 24 minutes et 1h03. Ils ont été enregistrés et retranscrits anonymement. Les noms des maisons de naissance et les prénoms des sages-femmes ont été changés, leur année de diplôme a été notée sous forme de fourchette.

Par la suite, une synthèse de chaque entretien et une analyse thématique transversale des huit entretiens ont été effectuées.

# RÉSULTATS

## 1 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

	Enfant(s)	Distance Domicile-MDN (minutes)	Année de diplôme	Activité parallèle	Présente depuis le début de l'expérimentation en tant que sage-femme	Expériences professionnelles	Statut dans la MDN	Observation de l'augmentation de la demande d'un AG	La tarification des actes est-elle adaptée aux pratiques des MDN ?
<b>Emma</b>	NON	40	2010-2014	Libérale	OUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Libéral (plateau technique)</li> </ul>	SF1	OUI	NON
<b>Jade</b>	NON	10	2015-2019	Libérale	NON	<ul style="list-style-type: none"> <li>Libéral</li> </ul>	SF2	/	NON
<b>Louise</b>	OUI	20	2005-2009	Hospitalière	NON	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maternité</li> <li>Libéral</li> </ul>	SF1-SF2	OUI	NON
<b>Alice</b>	OUI	5	1995-1999	Libérale	OUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maternité</li> <li>PMI</li> <li>Libéral</li> </ul>	SF1	OUI	NON
<b>Chloé</b>	OUI	5	2010-2014	Libérale	OUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maternité</li> <li>Libéral</li> <li>Maison de naissance</li> </ul>	SF1	OUI	NON
<b>Lina</b>	OUI	20	1990-1994	Libérale	OUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maternité</li> <li>Libéral (plateau technique)</li> </ul>	SF1	OUI	NON
<b>Rose</b>	NON	15	2015-2019	Remplacement libéral	NON	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maternité</li> <li>Remplacement libéral</li> </ul>	SF2	/	NON
<b>Léa</b>	OUI	60	2000-2004	Libérale	OUI	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maternité</li> <li>Libéral</li> </ul>	SF1	OUI	NON

### Abréviations du tableau :

AG : Accompagnement Global

MDN : Maison De Naissance

SF : Sage-Femme

SF1 : Sage-Femme 1 (sage-femme référente)

SF2 : Sage-Femme 2 (sage-femme de soutien)

## 2 RESUMES D'ENTRETIENS

### 2.1 ENTRETIEN NUMERO 1 : EMMA

Emma n'a pas d'enfant et habite à 40 minutes de la MDN où elle travaille. Après l'obtention de son diplôme, Emma s'est installée en libéral. Après quelques mois, elle s'est lancée dans le suivi global et l'accouchement de ses patientes en plateau technique. Pendant ses études, et suite à des rencontres et des lectures, elle s'est intéressée à l'accompagnement global et l'accouchement de manière physiologique. Elle a, avec plusieurs de ses collègues, développé le dossier de maison de naissance. Elle est aujourd'hui sage-femme référente en maison de naissance et travaille en binôme. Emma a gardé son cabinet libéral en parallèle de la MDN. Quand on lui demande ce qu'elle pense de l'accompagnement global réalisé en MDN, le premier mot qui lui vient c'est l'autonomie. Pour elle, ce suivi global permet aux couples de prendre confiance en eux et de créer un lien de confiance qui permet d'anticiper les gestes pouvant être réalisés lors de l'accouchement. Ce qu'elle aime dans la MDN, c'est le travail en équipe, mais elle apprécie surtout le fait de ne pas à avoir à se justifier de la prise en charge de la femme, comme on a pu lui demander en plateau technique. Pour Emma, son activité dans la MDN lui procure également une grande satisfaction et elle ne peut plus imaginer travailler autrement. Depuis le début de l'expérimentation, Emma a observé une augmentation de la demande de suivi en maison de naissance. Cependant, elle rencontre quand même des contraintes. Il y a tout d'abord la distance entre son domicile et la maison de naissance. Il y a également l'implication personnelle que cela demande entre les temps d'astreinte et les temps de réunions, ou encore l'annulation de sa journée de consultation lors d'un accouchement. Par ailleurs, tout cela représente un sacrifice d'une partie de sa vie privée. D'autre part, certains actes réalisés en maison de naissance n'existent pas au niveau de la sécurité sociale, la MDN pratique donc des dépassements d'honoraires. Emma estime ne pas être reconnue financièrement. Pour la suite, son rêve serait de continuer à exercer en maison de naissance mais elle souhaiterait en ouvrir une plus proche de son domicile et de son cabinet libéral.

### 2.2 ENTRETIEN NUMERO 2 : JADE

Jade n'a pas d'enfant. Suite à son diplôme, elle s'est installée en cabinet libéral avec une autre sage-femme qui travaillait déjà en MDN. Jade ne souhaitait pas travailler en milieu hospitalier. La façon dont sont traitées les patientes et la représentation de la naissance ne lui conviennent pas. Après, quelques temps de réflexion et une période de compagnonnage, elle a débuté en avril 2019 en tant que sage-femme de soutien dans cette maison de naissance. Elle habite à 10 minutes de celle-ci. En tant que sage-femme de soutien, elle ne pratique pas de suivi global et ne rencontre les couples seulement qu'au moment de la naissance. Cependant, elle pense que le suivi proposé en

MDN, l'accompagnement global, est le suivi le plus logique et le plus adapté pour la grossesse. La MDN permet aux femmes et aux couples une autonomie, un choix dans la manière de mettre leur enfant au monde. Jade trouve que le statut de sage-femme de soutien est moins lourd que celui de sage-femme référente, elle a beaucoup moins d'astreinte par mois. Elle aimerait beaucoup faire de l'accompagnement global en tant que sage-femme référente mais c'est trop de contraintes et de responsabilités selon elle. Elle décrit les maisons de naissance comme des endroits sécurisés comparés aux accouchements réalisés à domicile et elle apprécie beaucoup le travail en équipe. Elle est encore incertaine sur la suite de son exercice en maison de naissance. Tout dépendra de l'avenir des maisons de naissance et de ses projets personnels.

### 2.3 ENTRETIEN NUMERO 3 : LOUISE

Louise a travaillé dès l'obtention de son diplôme dans une maternité de niveau II, puis elle a pratiqué quelques années en libéral avant de travailler dans la maternité partenaire de la maison de naissance où elle exerce actuellement. Elle est encore salariée de cette maternité partenaire bien que travaillant seulement dans la MDN et elle habite à 20 minutes de la MDN. Elle a, en plus de son diplôme de sage-femme, une formation en yoga prénatal. Elle est présente depuis le début de la création du bureau de cette MDN, mais elle n'y travaille concrètement depuis septembre 2018. Elle a attendu que ses trois enfants soient tous à l'école avant de se lancer à part entière en tant que sage-femme en MDN. Le suivi global et l'accouchement de manière physiologie l'ont toujours intéressée. Pendant ses études, elle souhaitait déjà faire de l'accompagnement global et c'est pour cette raison qu'elle s'est engagée dans ce projet. Dans cette maison de naissance les sages-femmes travaillent en binôme. Il n'y a pas de sage-femme référente et de soutien distinctes, elles sont à la fois sage-femme référente et sage-femme de soutien. Pour Louise, l'accompagnement global réalisé dans la MDN apporte aux femmes de la confiance en elles et une connaissance des lieux qui leur permet de lâcher prise et d'aller au bout de leur projet de naissance. Pour Louise, c'est très enrichissant et gratifiant de travailler en MDN de par l'autonomie mais aussi le travail en équipe. Selon elle, c'est une organisation lourde, il faut concilier la vie de famille et les astreintes. Les autres contraintes, pour elle, sont l'aspect financier car elle a le même salaire qu'auparavant quand elle travaillait en maternité sans les primes des jours fériés et les dimanches. Elle pense finir l'expérimentation mais elle sait quelle ne fera pas toute sa carrière dans une maison de naissance.

### 2.4 ENTRETIEN NUMERO 4 : ALICE

Alice, sage-femme depuis plus de 20 ans, n'a pratiquement fait que du libéral durant toute sa carrière. Elle a exercé six mois en hospitalier et est partie deux ans en PMI dans les DOM TOM. Alice a des grands enfants et est actuellement sage-femme libérale. Elle a gardé son cabinet car le

cadre expérimental des MDN ne lui permet pas de le fermer pour le rouvrir par la suite si jamais les MDN ne sont pas pérennisées. Son domicile se trouve à cinq minutes de la MDN. Alice n'a jamais voulu exercer en hospitalier et elle s'est investie dans le projet des maisons de naissance car elle souhaitait que ces structures existent et se développent en France. Elle était sage-femme de soutien mais elle est passée sage-femme référente pendant la dernière période estivale. Dans cette MDN, les sages-femmes changent de poste en fonction de leur envie d'implication et d'investissement personnel. Elles travaillent en binôme et sont d'astreinte une semaine sur deux. Pour Alice, le suivi global permet à la femme d'avoir confiance en elle. Elle pense que toutes les sages-femmes devraient faire de l'accompagnement global car cela permet d'avoir une place de référente dans la relation avec les femmes et le couple. Selon elle, la maison de naissance permet d'apprendre la physiologie, de donner confiance aux femmes. Elle insiste sur le fait que ces structures doivent servir aux étudiants et aux sages-femmes pour apprendre à accompagner les femmes enceintes. Malheureusement, d'après Alice, la maison de naissance où elle travaille se heurte à un problème de refus de communication de la part de la maternité partenaire ainsi qu'un manque de reconnaissance des équipes de cette maternité qui peuvent avoir des propos jugeant lors de transfert par exemple. Elle explique que certaines cotations n'existent pas car le modèle est calqué sur un modèle médical. Alice espère que les maisons de naissance pérennisent et elle continuera à y travailler.

## 2.5 ENTRETIEN NUMERO 5 : CHLOE

Diplômée depuis une dizaine d'années, Chloé a travaillé en maternité en France, dans les DOM TOM, ainsi qu'à l'étranger. Elle a effectué plusieurs formations après son diplôme de sage-femme. Elle a un diplôme universitaire en gynécologie et en hypnose, une formation en yoga prénatal et en eutonnie. Pendant ses études, elle s'est intéressée aux MDN et en a visitée une au Québec. De plus, elle a fait un stage dans une MDN belge. Elle s'est donc installée en cabinet libéral à son retour des DOM TOM dans le but de faire de l'accompagnement global en plateau technique. Elle a, avec d'autres collègues, développé un projet de maisons de naissance. Elle souhaitait que ce type de structure existe en France sans que celles-ci passent par une expérimentation. Son cabinet et la MDN sont situés à cinq minutes de son domicile. Elle a un garçon qui a 3 ans et qui est né pendant l'expérimentation de la MDN. Elle est actuellement sage-femme référente dans cette MDN où les sages-femmes travaillent en trinôme. Pour Chloé, l'accompagnement global permet aux femmes enceintes de créer un lien de confiance parce que la maison de naissance leur apporte en plus une sécurité. Pour Chloé, il s'agit d'un accompagnement non pas seulement médical mais aussi social, économique et psychologique. Pour elle, l'accompagnement global, en maison de naissance,



lui a permis de développer sa clinique. Observer les femmes accoucher en autonomie la fascine. Elle a remarqué une augmentation des demandes de femmes désirant un accompagnement global. Elle est très satisfaite de ce mode d'exercice, elle aime le travail au sein d'une équipe restreinte qui facilite la communication et les échanges. Elle explique que les maisons de naissance sont aussi là pour former les étudiants sages-femmes. Elle aime aussi le fait d'être dans une vraie maison, dans un milieu moins hospitalier. Cependant d'après Chloé, la rémunération comparée à l'implication personnelle est un frein au recrutement de nouvelles sages-femmes. Par ailleurs, la MDN a fait le choix de ne pas pratiquer de dépassement d'honoraire. C'est l'association de la MDN qui leur paye leur astreinte. Chloé va finir l'expérimentation et souhaite continuer par la suite.

## 2.6 ENTRETIEN NUMERO 6 : LINA

Lina a été diplômée dans les années 90. Elle a longtemps travaillé en salle de naissance puis, après un congé parental, s'est installée en libéral pour faire du plateau technique. Elle souhaitait du changement et l'organisation familiale est ainsi plus simple pour elle. De plus, elle était motivée par les retours de sa collègue sur les accouchements faits en plateau technique. Elle a fait des formations d'haptonomie, d'homéopathie et de sophrologie. Elle a gardé son cabinet en parallèle de la maison de naissance. Lina est dans la maison de naissance depuis le début de l'expérimentation et habite à 20 minutes de celle-ci. Ce projet était un challenge qui correspondait à la façon dont elle voit les choses. Elle a aussi conservé sa convention plateau technique pour continuer à accompagner les patientes qui ne répondaient plus au cahier des charges de la MDN. Il y a deux binômes dans cette MDN qui organisent leurs astreintes en fonction de leurs disponibilités. Pour Lina l'accompagnement global réalisé en MDN permet notamment la création d'un lien de confiance. Il lui permet aussi de s'épanouir, d'être autonome et elle trouve une plus grande liberté que lorsqu'elle faisait de l'accompagnement global en plateau technique. Elle a remarqué une forte augmentation et doit refuser des demandes quasiment tous les mois. Elle apprécie la présence des deux sages-femmes à la MDN. Elle trouve qu'il faut être vraiment motivé par cette activité car il y a beaucoup de contraintes dont celle des astreintes qui est une charge mentale pour elle. Il y a aussi le problème des cotations qui n'existent pas, et qui obligent la MDN à pratiquer des dépassements d'honoraires. L'expérimentation laisse beaucoup de flou et demande un gros travail administratif. Lina souhaite cependant continuer à exercer en maison de naissance.

## 2.7 ENTRETIEN NUMERO 7 : ROSE

Rose est diplômée depuis moins de cinq ans et a commencé son activité en faisant des remplacements dans des cabinets libéraux. Elle a fait le choix de travailler en libéral car les contraintes des horaires en milieu hospitalier ne lui convenaient pas. De plus, elle était frustrée

d'être affiliée à un seul service. De ce fait, elle a très peu pratiqué en milieu hospitalier. Elle a également un diplôme universitaire en gynécologie. Elle est actuellement remplaçante dans un cabinet libéral et sage-femme de soutien dans la maison de naissance depuis juin 2018. Pendant ses études, elle s'est intéressée aux maisons de naissance et a fait un stage avec une sage-femme y travaillant. Suite à un déménagement dans la région, Rose a décidé de devenir sage-femme de soutien pour acquérir une expérience professionnelle. Elle a environ 15 minutes de transport pour arriver à la MDN. Ce qu'elle apprécie dans la MDN c'est le travail en équipe, ce qui lui a permis de développer sa clinique, elle trouve cela très enrichissant. Pour Rose, l'accompagnement global pratiqué en MDN, permet aux femmes de créer un lien de confiance, de vivre leur accouchement, d'être libres de leurs mouvements et permet aux pères d'avoir une place plus concrète. La maison de naissance leur offre en plus un lieu sécurisé. Elles sont cinq sages-femmes de soutien actuellement dans la maison de naissance et elles se répartissent les gardes de 12 ou 24h en fonction de leurs disponibilités. Elle ne fait pas d'accompagnement global et elle ne passera pas sage-femme référente dans la maison de naissance car elle va être amenée à déménager. Cependant Rose s'est posée la question mais elle trouve que la place de sage-femme référente a beaucoup de contraintes au niveau des astreintes et de la vie personnelle et familiale même si elle n'a pas encore d'enfant. Elle ne sait pas encore si elle terminera l'expérimentation mais dans tous les cas cette expérience a changé sa façon de penser et de travailler.

## 2.8 ENTRETIEN NUMERO 8 : LEA

Léa a deux enfants. Après avoir été diplômée, elle a travaillé 12 ans en maternité puis s'est installée en cabinet libéral car Léa estimait avoir subi un harcèlement moral de la part des gynécologues obstétriciens. Avant la mise en place du projet des maisons de naissance, elle s'est demandée si elle ne devait pas faire une reconversion professionnelle. Elle était écoeurée par les récits des femmes venant d'accoucher qu'elle suivait dans son cabinet. Le projet des maisons de naissance est arrivé et elle en a donc profité pour faire ce qu'elle a toujours voulu faire. Léa était motivée par ce projet car elle voulait accompagner les couples de façon naturelle et limiter toutes les interventions qu'elle juge inutiles et inconfortables pour les couples. Elle ne fait que le suivi des patientes souhaitant accoucher à la maison de naissance ainsi que des consultations en lactation. Elle a gardé son cabinet libéral pour des raisons géographiques. En effet, son cabinet est à une heure de la maison de naissance et permet donc aux femmes de faire leur consultation et leur préparation au cabinet sans être obligées de faire une heure de route à chaque fois. Léa habite près de son cabinet. En plus de sa formation de consultante en lactation, elle a un diplôme universitaire en gynécologie et une formation ATMA (Art de Transformation de Méditation Aquatique). Dans cette

MDN, les sages-femmes travaillent en binôme et sont d'astreinte une semaine sur deux. L'accompagnement global, selon Léa, permet d'offrir aux femmes un espace de parole et d'écoute, la création d'un lien. Le suivi global lui permet de mieux accompagner les couples. Léa a l'impression d'être une sage-femme de famille et accompagne non seulement la femme enceinte, mais la famille toute entière. Elle a remarqué une augmentation de demandes des couples mais elle est malheureusement obligée d'en refuser certaines. Léa pense que l'expérimentation fait peur car on n'a pas de projection. Il y a d'après elle, plusieurs choses à valoriser. Tout d'abord les actes, pour ne plus obliger les MDN à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le temps passé avec le couple, le temps de réunion, ainsi que les astreintes sont à valoriser. D'après Léa, les avantages à travailler en maison de naissance sont le travail en équipe restreinte et le travail en autonomie sans hiérarchie. C'est un travail très varié qui sollicite toutes ses compétences de sage-femme. Pour elle, c'est très riche, très humain et très gratifiant. Elle espère que les maisons de naissance vont perdurer car elle changera de métier si le projet n'aboutit pas.

### **3 ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS**

L'analyse thématique des huit entretiens a été réalisée dans un tableau et apparaît dans l'Annexe VI.

Au moment des entretiens, cinq sages-femmes sur huit étaient sages-femmes référentes dans leur maison de naissance, deux étaient sages-femmes de soutien et une sage-femme avait les deux rôles dans sa maison de naissance. Quand cette dernière est de garde en tant que sage-femme 1 pour son binôme, elle est sage-femme 2 pour le second binôme.

#### **3.1 LE PARCOURS PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES TRAVAILLANT EN MDN**

Une majorité des sages-femmes, avec qui nous nous sommes entretenues (6/8), ont travaillé en maternité avant d'exercer en MDN. Seules deux d'entre elles n'ont jamais travaillé en maternité après leur diplôme.

Trois des six sages-femmes référentes suivaient déjà les couples en accompagnement global avant l'expérimentation des maisons de naissance soit en plateau technique soit dans des maisons de naissance préexistantes.

Toutes les sages-femmes libérales travaillant en maison de naissance ont gardé un cabinet libéral à côté de leur activité en maison de naissance.

Toutes les sages-femmes ont continué à se former après leur diplôme. Certaines ont fait des diplômes universitaires (DU) comme par exemple un DU de gynécologie pour trois d'entre elles, ou

encore des formations complémentaires, comme une formation de yoga prénatal (2/8), une formation en hypnose (1/8) ou en sophrologie (1/8).

### **3.2 LES MOTIVATIONS PROFESSIONNELLES ET PERSONNELLES DES SAGES-FEMMES EXERÇANT EN MDN**

Quatre sages-femmes sur six qui pratiquent l'accompagnement global souhaitaient déjà pendant leurs études réaliser ce type de suivi. Deux sages-femmes sur huit se sont investies dans les maisons de naissance car elles voulaient que les maisons de naissance se développent en France. Deux sages-femmes sur huit ont décidé de travailler en maison de naissance car elles souhaitaient faire quelque chose qui leur correspondaient.

### **3.3 INTERETS DES SAGES-FEMMES POUR LA MDN**

La majorité des sages-femmes rencontrées (6/8) ont développé le projet des maisons de naissance. Cinq y travaillent depuis l'ouverture, la sixième y travaille concrètement depuis septembre 2018. Les deux sages-femmes d'appui avec qui nous nous sommes entretenues, sont arrivées respectivement en juin 2018 et avril 2019.

Pour les sages-femmes interrogées, les mots qui reviennent le plus souvent pour décrire l'intérêt de l'accompagnement global réalisé en MDN pour les femmes enceintes sont : l'autonomie, la création d'un lien de confiance, l'appropriation de cet événement. Selon les sages-femmes qui pratiquent l'accompagnement global, ce type de suivi est très enrichissant et il leur apporte notamment une grande satisfaction, l'impression d'être une sage-femme de famille (2/6). Toutes les sages-femmes qui font de l'accompagnement global, ont observé une augmentation de leur nombre de demandes de suivi en maison de naissance et doivent refuser certaines femmes enceintes. Une maison de naissance a créé un second binôme pour répondre à cette demande. Cinq sages-femmes référentes sur six, ont déjà reçu des candidatures de sages-femmes voulant travailler en maison de naissance mais beaucoup d'entre elles n'ont pas donné suite.

Enfin, trois des sages-femmes interrogées voudraient que les maisons de naissance servent aussi à former les sages-femmes et les étudiantes sages-femmes à l'accompagnement global et à l'accouchement de manière physiologique.

### **3.4 AVANTAGES ET CONTRAINTES A TRAVAILLER EN MDN**

Les avantages de travailler dans une maison de naissance les plus souvent énumérés par les sages-femmes sont : la satisfaction de pouvoir travailler dans une équipe restreinte, l'autonomie, l'utilisation de toutes leurs compétences et de leurs responsabilités de sages-femmes. Trois sages-femmes sur huit décrivent les maisons de naissance comme un lieu sécurisant pour elles et pour les couples. De même, trois sages-femmes sur huit expriment le sentiment de ne plus être obligées de

se justifier de leur prise en charge en maison de naissance comparé à ce qu'elles ont pu rencontrer en maternité ou lors d'un accouchement en plateau technique.

A contrario, le principal frein à exercer en maison de naissance est la difficulté de concilier sa vie privée et sa vie professionnelle avec le rythme des astreintes de la maison de naissance. Le fait de devoir reprogrammer toutes les consultations annulées lors d'une naissance est un exemple souvent relaté par les sages-femmes.

Toutes les sages-femmes référentes sont unanimes sur le fait qu'elles ne sont pas reconnues financièrement et qu'il existe un problème au niveau de la tarification des actes et surtout de l'absence de codage pour certains actes. Certaines expriment aussi un problème de reconnaissance au niveau de la maternité partenaire sur la prise en charge des patientes en maisons de naissance ou lors des transferts.

De plus, l'expérimentation laisse beaucoup de flou sur la suite des MDN et donne du travail administratif supplémentaire aux sages-femmes.

Toutes les sages-femmes référentes finiront l'expérimentation et espèrent que les maisons de naissance seront pérennisées. Les deux sages-femmes de soutien souhaitent finir l'expérimentation mais des obligations personnelles les obligeront peut-être à arrêter avant.

# DISCUSSION

## 1 LIMITES ET POINTS FORTS DE L'ETUDE

### 1.1 LIMITES DE L'ETUDE

Tout d'abord, nous pouvons observer un biais de recrutement. En effet, les entretiens des sages-femmes se sont faits sur la base du volontariat.

Le second biais de notre étude est dû aux entretiens semi-directifs. Les questions posées pendant l'entretien peuvent influencer ou orienter les réponses des sages-femmes. De plus, notre manque d'expérience dans la réalisation d'entretiens ne nous a pas permis de rebondir sur certaines réponses données par les sages-femmes ou de réorienter celles-ci quand elles ne répondaient pas aux questions.

### 1.2 POINTS FORTS DE L'ETUDE

Il existe peu d'études sur les maisons de naissance en France et encore moins sur les motivations professionnelles et personnelles des sages-femmes qui ont fait le choix de travailler dans ces structures, notre travail se démarque donc par son originalité.

A la suite de multiples relances, six maisons de naissance sur les huit en expérimentation en France nous ont répondues et huit entretiens ont pu être réalisés, ce qui est satisfaisant.

Nous avons pu observer que nous étions arrivées régulièrement à saturation des réponses lors de notre analyse thématique. Cela peut nous amener à penser que nous avons obtenu le ressenti global des sages-femmes travaillant en maison de naissance.

## 2 DISCUSSION

### 2.1 DESCRIPTIF DE LA POPULATION

Les sages-femmes interrogées sont, pour la moitié, diplômées depuis moins de dix ans. L'autre moitié a entre 15 et 30 ans d'expérience. Par ailleurs, elles habitent en grande majorité à moins de 20 minutes de la maison de naissance d'où elles travaillent. A la suite de leurs études, elles ont toutes poursuivi à se former grâce à des formations continues. De plus, certaines ont aussi des diplômes universitaires.

Concernant leur parcours professionnel, le cahier des charges (Annexe I) demande à ce que les sages-femmes exerçant en maisons de naissance « *doivent pouvoir justifier d'une expérience minimale suffisante d'accouchement durant les deux dernières années précédant leur intégration à la maison de naissance.* » Cette demande semble rester floue et interprétable de différentes manières.

**Léa :** « *Ils ne disent pas le nombre. Qu'elle ait une expérience suffisante. Vous avez une expérience en sortant de l'école. »*

**Lina :** « *Et parfois, on a des jeunes qui sortent de l'école mais il faut deux ans d'expérience donc ça aussi c'est... on en avait deux qui auraient été bien, elles peuvent faire sage-femme 2 mais pas sage-femme 1 parce qu'elles n'ont pas les deux ans de pratique. »*

Toutes les sages-femmes avec qui nous nous sommes entretenues ont, au minimum, deux ans d'expérience. Cependant, elles n'ont pas toutes travaillé en maternité car deux d'entre elles se sont installées en libéral après leur diplôme. Parmi toutes les sages-femmes avec qui nous nous sommes entretenues seule une n'est pas actuellement libérale, effectivement elle est employée par la maternité partenaire de la maison de naissance.

## 2.2 LA STRUCTURE ET L'ORGANISATION DES MAISONS DE NAISSANCE FONT PARTI DES ARGUMENTS QUI MOTIVENT LES SAGES-FEMMES A FAIRE LE CHOIX DE TRAVAILLER EN MDN

Toutes les sages-femmes relatent que le travail en équipe en MDN est enrichissant et formateur. C'est quelque chose qu'elles n'imaginaient pas leur être si important avant de l'avoir vécu. Elles trouvent que ce travail en équipe restreinte facilite les échanges entre elles.

**Lina :** « *Ça c'est vraiment chouette, au début on voyait ça comme une contrainte d'être deux sages-femmes à l'accouchement. [...] Après, une fois que c'est en place c'est quand même un plus. On apprécie d'être deux sages-femmes au moment des naissances. [...] Donc c'est plutôt positif le fait d'être deux et je pense que c'est quelque chose qui est bon de poursuivre pour la suite. »*

Une notion souvent évoquée par les sages-femmes est l'autonomie donnée par la maison de naissance. En effet, cette autonomie n'est pas retrouvée dans l'accompagnement global réalisé en plateau technique. Les sages-femmes qui ont fait du plateau technique trouvent qu'elles sont facilement jugées ou obligées de justifier leur prise en charge. Il semble donc que la maison de naissance permette aux sages-femmes d'être plus autonomes dans leurs prises en charge lors de suivi global. Cette autonomie permet également aux sages-femmes d'explorer toutes leurs compétences et de porter leurs responsabilités.

**Emma :** « *En plateau technique, on devait sans cesse en fonction de qui était là, justifier [...] En fait, on porte pleinement notre responsabilité, du coup elle n'est pas partagée. Chacun la porte et ça a du poids, c'est la pleine autonomie de la sage-femme là, on la sent. »*

**Louise :** « *Après, il y a aussi l'autonomie de travailler dans cette structure. »*

D'autre part, le rapport réalisé par Anne Chantry et ses collaborateurs sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance montre que la sécurité de la prise en charge dans ce type de structure est au rendez-vous. [12] Il est intéressant d'observer que les dernières sages-femmes de notre population arrivées en maison de naissance sont aussi les dernières diplômées, et qu'elles se sentent en sécurité dans les maisons de naissance comparé à ce qu'elles ont pu vivre dans certaines maternités de niveau I ou à domicile.

**Rose :** « *Pour te dire, je me sens plus en sécurité à la maison de naissance, que quand je suis sortie de l'école. Parce que, j'étais en maternité de niveau I, il n'y avait pas les pédiatres sur place et bah je me sentais moins en sécurité que là dans la maison de naissance.* »

**Jade :** « *Parce que c'est vrai, que dans le cas de l'accouchement à domicile, les gens ont l'impression que chacun fait ce qu'il veut alors que la maison de naissance, je trouve que ça permet d'être dans une structure qui donne plus confiance.* »

**Alice :** « *J'aime l'idée de pouvoir accompagner les femmes en sécurité, là où c'est le mieux pour elles, maison de naissance, plateau technique, maison, tout ce que tu veux.* »

La Loi du 6 décembre 2013 décrit les maisons de naissance comme un lieu « *où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse [...]. La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité gynécologique-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé.* » Ce lieu distinct de la maternité semble avoir une part importante dans l'épanouissement des sages-femmes y travaillant.

**Chloé :** « *Nous, on a une maison, c'est tout mignon et ça met tout de suite les gens au calme.* »

**Emma :** « *Mais c'est un climat plus serein, pas juste pour les patientes mais pour nous aussi.* »

Le CIANE décrit la MDN « *plus qu'un lieu spécifique d'accouchement, doit être vue comme l'outil de construction d'une nouvelle filière spécifique de suivi des grossesses physiologiques placé sous la responsabilité des sages-femmes* ». Ce nouveau lieu pourrait servir, comme le proposent certaines sages-femmes, de lieu d'apprentissage pour les sages-femmes ou étudiants sages-femmes afin d'accompagner la grossesse et l'accouchement de manière physiologique ainsi que de développer la clinique qui permet de dépister la pathologie.

**Léa :** « *Qu'on puisse former, partager, former les sages-femmes, les étudiants sages-femmes à la physiologie et au fonctionnement de la maison de naissance.* »

**Rose :** « *Je pense que ça m'a... le fait de travailler en maison de naissance, ça m'a développé un esprit clinique... un peu... un meilleur esprit clinique.* »



**Chloé :** « *Moi, je crois que dans ma profession, ça m'a appris vraiment à développer une clinique beaucoup plus importante, une sensibilité tactile vraiment plus importante. Et vraiment détecter l'urgence. »*

Notre première hypothèse secondaire est donc confirmée : les locaux, l'autonomie de la sage-femme, le travail en équipe ainsi que la sécurité des lieux sont très importants pour les sages-femmes travaillant en maison de naissance. De plus, ce lieu paraît approprié pour l'apprentissage du suivi de la grossesse et de l'accouchement de manière physiologique.

## 2.3 LES SAGES-FEMMES EXERÇANT EN MAISON DE NAISSANCE SE SENTENT RAPIDEMENT EPUISEES PAR LE RYTHME DE TRAVAIL DANS CES STRUCTURES

### 2.3.1 Expérimentation

Dans le cahier des charges (Annexe I), les sages-femmes de maison de naissance doivent rendre à l'ARS et à la DGOS une évaluation annuelle de leur activité. Et d'après la loi du 6 décembre 2013 (Annexe II), le gouvernement doit, un an avant la fin de l'expérimentation, rendre son autorisation ou non au développement des maisons de naissance en France. Ces rapports annuels demandent beaucoup de travail administratif supplémentaire aux sages-femmes, ils sont réalisés en plus de manière bénévole. Tout ce travail administratif a pour but de prouver que les maisons de naissance sont des structures suffisamment sécurisées pour la mère et l'enfant. Cependant, malgré la publication de plusieurs rapports, aucune décision n'a été rendue sur la suite des maisons de naissance. L'Etat devait se positionner le 23 novembre 2019 mais cela n'a pas eu lieu. Ce manque de positionnement laisse un flou sur l'avenir des maisons de naissance et oblige les sages-femmes et les usagés à se mobiliser d'autant plus.

**Léa :** « *C'est pour ça que l'on se mobilise, c'est parce qu'ils n'avaient pas exploité nos rapports d'évaluation en 2018. En 2019, on est venues les voir, on a demandé un rendez-vous, et qu'ils exploitent nos rapports mais en fait il n'y avait pas d'intérêt politique pour ça au niveau du gouvernement. Donc c'est pour ça que l'on se mobilise, qu'on passe tout notre temps libre, notre temps bénévole à contacter nos élus, nos parlementaires, comme moi, ça fait deux mois là que je passe tout mon temps libre à la rédaction de ce rapport médico-économique. C'est beaucoup de temps bénévole, et justement s'il y avait une volonté politique, ils auraient dès les premiers rapports, ils se seraient précipités pour savoir qu'est-ce qu'elles ont fait, comment ça s'est passé. Ce n'est pas le cas, c'est nous qui les avons sollicités pour avoir leur retour. [...] Donc le gouvernement ne s'est pas saisi de ça. [...] Donc le gouvernement est déjà en retard par rapport*

*au texte législatif. [...] Donc c'est pour ça qu'on est hypers mobilisés encore plus depuis octobre, c'est ça qui est difficile en fait. On voit que ça marche, on a prouvé que ça marche. »*

**Lina :** *« Après, c'est surtout les contraintes de l'expérimentation, de ne pas trop savoir où l'on va à moyen et long terme. Voilà l'expérimentation laisse beaucoup de flou et donne du boulot d'un point de vue administratif. »*

Ainsi, le flou sur la suite de l'expérimentation reste un frein important pour les sages-femmes interrogées que ce soit sur le devenir des maisons de naissance en France mais aussi sur le recrutement de nouvelles sages-femmes en maison de naissance.

**Léa :** *« Oui, il y en a plus maintenant. Il y a un an et demi, on avait fait un appel national. On a eu des sages-femmes qui nous ont contactées, mais qui n'ont pas donné suite. On a eu des sages-femmes qui sont venues qui ont vu comment on fonctionnait et qui finalement sont restées sages-femmes d'appui mais qui ne sont pas devenues sages-femmes référentes. Heu... je pense que l'expérimentation faisait peur, je pense que le volume de travail faisait peur, j'avoue que je ne sais pas très bien ce qui fait peur, j'essaie de me projeter. »*

### 2.3.2 Gestion de la vie personnelle et professionnelle

Cette difficulté de recrutement peut aussi être mise en parallèle avec la responsabilité et la conciliation entre la vie personnelle et professionnelle.

En effet, le cadre expérimental oblige les sages-femmes libérales à conserver leur cabinet en parallèle de la maison de naissance. Cette gestion semble lourde car, lorsqu'elles sont d'astreinte pour les naissances en MDN, elles sont pour la plupart obligées de conserver leurs consultations dans leur cabinet libéral pour pouvoir s'en sortir financièrement. Elles sont alors contraintes, lorsqu'elles sont appelées, d'annuler toutes les consultations de la journée et de les reprogrammer par la suite.

**Emma :** *« Je crois que l'une des choses les plus lourdes, c'est de devoir annuler une journée de consultation. [...] Et après, tu sais que non seulement tu n'as pas dormi, mais en plus il faut que tu t'occupes de trouver des créneaux pour tous ces gens. Et ça vraiment, c'est un des trucs les plus lourds je trouve. »*

**Chloé :** *« C'est ça, je pense qu'à un moment donné c'était arrivé à un stade où je devais annuler toute une journée de consultations, parce qu'au final j'étais d'astreinte et financièrement c'est compliqué de ne pas consulter quand on est d'astreinte. Parce qu'à l'époque, on n'était pas payée sur nos astreintes. Du coup, je me retrouvais à devoir replacer environ 13 consultations et de me demander quand je vais les mettre [rire], la nuit ? Le dimanche où je ne suis pas d'astreinte ? Je ne*

*sais pas [rire]. Donc bon à ce moment-là, il faut quand même avoir une bonne hygiène de vie, avoir des limites bien précises, avoir des règles parce que sinon c'est trop vite débordant. »*

Les sages-femmes référentes sont d'astreinte une semaine sur deux ou trois en fonction de leur organisation. Il paraît donc difficile de concilier sa vie personnelle et professionnelle (cabinet libéral et maison de naissance). Les astreintes sont un poids pour elles, elles doivent être toujours prêtes à partir pour rejoindre une patiente en travail.

**Louise :** *« Pour moi, c'est vraiment très lourd pour ma vie familiale. Enfin, même si c'est mon idéal professionnel pour l'instant, je me rends compte, même si j'en avais conscience avant. Le fait d'y travailler ça me permet de me rendre compte que c'est vraiment... c'est vraiment difficile de concilier les deux. »*

**Emma :** *« C'est un sacrifice d'une partie de sa vie privée. »*

**Lina :** *« On est quand même très souvent d'astreinte. Alors il se peut qu'il n'y ait pas de naissances, et qu'on ne soit pas appelées. Mais on reste vigilantes quand même, on reste avec le téléphone, on reste joignable, prêt à partir à toute vitesse s'il faut, ça reste quand même une charge mentale même quand on n'est pas appelé. Même si on est chez nous, on ne peut pas vraiment partir. Ou tout bêtement, le fait d'avoir du réseau, d'avoir de l'essence dans sa voiture, voilà, penser que d'une minute à l'autre on peut partir. »*

La contrainte des astreintes peut aussi être observée chez les sages-femmes de soutien, mais dans une autre mesure. La sage-femme de soutien est présente lors de l'accouchement de la femme enceinte pour seconder la sage-femme référente pour des questions de sécurité comme le demande le cahier des charges. Elle ne fait pas d'accompagnement global. Les sages-femmes de soutien se répartissent les astreintes en fonction de leur disponibilité. Leur rôle dans la maison de naissance semble moins contraignant.

**Jade :** *« Je suis d'accord, après en tant que sage-femme 2, on est moins dedans. [...] En général, moi, je tourne sur huit astreintes par mois. Donc c'est un peu moins contraignant. Après c'est sûr que ça reste voilà ... Il faut aussi gérer le cabinet, quand tu es appelée il faut t'organiser pour reporter tes consultations. Donc ça reste aussi contraignant et un sacrifice aussi d'un point de vue personnel. »*

**Rose :** *« Alors moi, ça me convient dans le sens où je suis sage-femme 2 et que en fait je n'ai pas trop de responsabilités. [...] Alors que, quand on est sage-femme 2, c'est qu'on ne fait pas d'accompagnement global et qu'on ne veut pas avoir cette contrainte d'être beaucoup d'astreinte et donc, le fait d'être peu de sage-femme 2 malgré tout, comme on n'est pas beaucoup, ça nous*

*oblige de prendre beaucoup d'astreintes. [...] Quand tu es sage-femme 2, c'est pour moins avoir les contraintes horaires qu'une sage-femme 1 peut avoir. »*

### 2.3.3 Manque de reconnaissance

Certains actes réalisés en maison de naissance n'existent pas dans la nomenclature. Aucun nouveau codage n'a été créé lors de la mise en place des maisons de naissance en France. Toutes les sages-femmes interrogées sont unanimes sur le fait qu'il existe un problème au niveau de leur rémunération. Certaines maisons de naissance ont donc fait le choix de réaliser des dépassements d'honoraires pour permettre, aux sages-femmes d'être mieux rémunérées.

**Emma :** *« Pour le nombre d'années d'études, il vaut mieux faire ingénieur. »*

**Chloé :** *« Il y a le côté financier aussi [rire], on ne gagne pas forcément beaucoup beaucoup avec beaucoup d'engagement en tout cas. »*

Ce manque de reconnaissance financière associé à une implication personnelle importante, apparaît comme un frein au recrutement de nouvelles sages-femmes référentes. En effet, leur place dans la maison de naissance demande beaucoup de responsabilités qui ne sont pas valorisées par l'aspect financier.

**Léa :** *« Oui, il y en a plus maintenant. Il y a un an et demi, on avait fait un appel national. On a eu des sages-femmes qui nous ont contactées, mais qui n'ont pas donné suite. On a eu des sages-femmes qui sont venues qui ont vu comment on fonctionnait et qui finalement sont restées sages-femmes d'appui mais qui ne sont pas devenues sages-femmes référentes. »*

**Jade :** *« Je pense que pour certaines sages-femmes, ça peut être un frein de travailler en maison de naissance quand tu vois la charge de travail que ça peut être par rapport à ce que tu gagnes. »*

Finalement, nous avons pu observer que les contraintes sont prédominantes et prennent une place importante pour certaines sages-femmes et ne facilitent pas leurs conditions de travail.

**Lina :** *« Je crois, qu'il faut être à la base archi motivée, convaincue et avoir vraiment envie de travailler comme ça. Les contraintes sont importantes, donc il faut que de l'autre côté ce soit compensé par une satisfaction professionnelle par rapport à l'accompagnement global. »*

**Louise :** *« J'ai envie d'y travailler quelques années, mais je sais que je ne ferai pas toute ma carrière en maison de naissance. »*

Notre seconde hypothèse secondaire selon laquelle les sages-femmes exerçant en maison de naissance se sentent rapidement épuisées par le rythme de travail dans ces structures semble donc confirmée. En effet, le cadre expérimental des maisons de naissance demande beaucoup de

travail administratif en plus du temps consacré au cabinet libéral et aux astreintes en maison de naissance. Tout cela limite donc les moments passés avec leur famille. Par ailleurs, la rémunération ne compense pas toute l'énergie donnée pour le fonctionnement des maisons de naissance. Le manque de reconnaissance financière limite aussi le recrutement de nouvelles sages-femmes référentes qui permettrait de soulager les autres sages-femmes.

## 2.4 L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DE LA FEMME ENCEINTE EST LA MOTIVATION PRINCIPALE DES SAGES-FEMMES EN MAISON DE NAISSANCE

Dans le cahier des charges (Annexe I) publié pour encadrer la mise en place de l'expérimentation des maisons de naissance en France, l'objectif principal des maisons de naissance y est rappelé. Elles ont donc pour objectif de proposer aux femmes enceintes le suivi global de leur grossesse ainsi qu'une prise en charge dans le respect de la physiologie, tout en respectant le concept de « *one-to-one* ». On a pu voir dans l'introduction que cet accompagnement global de la grossesse peut être réalisé dans trois lieux différents : en cabinet libéral avec un accouchement en plateau technique, à domicile ou en maison de naissance. Nous nous sommes rendues compte lors de nos entretiens qu'une grande majorité des sages-femmes qui font de l'accompagnement global en maison de naissance (4/6), étaient intéressées par ces structures déjà pendant leurs études de sage-femme. Néanmoins, elles n'ont pas attendu que l'expérimentation des maisons de naissance soit autorisée pour accompagner les femmes enceintes en suivi global. Elles se sont donc installées pour la moitié d'entre elles en libéral et on fait du plateau technique pour pouvoir accompagner les couples en accompagnement global.

**Louise :** « *Moi, depuis que j'étais à l'école de sage-femme, j'avais envie de faire du suivi global ça faisait partie de mes motivations. »*

**Rose :** « *A terme je voulais faire de l'accompagnement global, pas en maison de naissance mais en plateau technique parce que les maisons de naissance n'existaient pas encore. »*

Concernant les autres motivations qui ont poussé les sages-femmes à travailler en maison de naissance, on retrouve diverses raisons : la rencontre avec une sage-femme travaillant en maison de naissance, l'envie d'exercer en accord avec ses valeurs. Certaines sages-femmes ont exprimé le manque de formation durant leurs études sur l'accompagnement de manière physiologique et elles se sont senties obligées de suivre les modèles qu'on leur avait enseignés. Elles ne se reconnaissaient pas dans cette façon d'exercer le métier de sage-femme.

**Emma :** « *Mais de toute façon pendant les études, il faut rentrer dans le moule, donc je rentre dans le moule et on verra ça plus tard. »*

Enfin pour finir, on remarque que le développement des maisons de naissance est permis grâce au dévouement de sages-femmes ou d'usagers (CIANE). En effet, deux sages-femmes ont eu une réponse inattendue et très militante à la question sur les motivations d'exercice en MDN. En effet, elles voulaient que ces structures existent et soient reconnues en France, c'est pourquoi elles se sont lancées dans l'expérimentation des maisons de naissance.

**Alice :** « *Ma motivation à exercer en maison de naissance, c'est ma motivation pour faire en sorte qu'elles existent en France. Tu vois on a travaillé pendant 25 ans pour arriver à ça. »*

**Chloé :** « *J'avais très envie, qu'en France on expérimente les maisons de naissance, qu'on les ouvre tout court sans les expérimenter. »*

Suite à la confirmation de nos deux hypothèses secondaires, nous pouvons conclure que notre hypothèse principale qui est que l'accompagnement global de la femme enceinte est la motivation principale des sages-femmes en maison de naissance semble à nuancer. En effet, les sages-femmes n'ont pas attendu l'ouverture des maisons de naissance pour faire de l'accompagnement global malgré leur fort intérêt pour les maisons de naissance pendant leurs études. Elles ne se sont pas toutes lancées dans ce projet pour l'accompagnement global même si ce type de suivi est un des avantages à travailler en maison de naissance. Nous avons pu observer grâce à notre première hypothèse secondaire que le cadre et l'organisation des maisons de naissance est un point important dans la motivation des sages-femmes à exercer en MDN. En effet, comme vu précédemment, la maison de naissance offre aux sages-femmes et aux couples de la sécurité qui n'est pas présente par exemple lors d'un accouchement à domicile. Les MDN offrent une grande autonomie à la sage-femme qui n'est pas possible au même niveau en plateau technique du fait du sentiment de jugement de l'équipe de la maternité sur leur prise en charge.

**Lina :** « *[...] du fait d'être en plateau, on se sent quand même obligées de faire certaines choses un peu à contre cœur. Alors qu'en maison de naissance, on se sent vraiment autonome et indépendante. »*

De plus, les MDN permettent aux sages-femmes y exerçant de porter leurs propres responsabilités et d'utiliser toutes leurs compétences apprises pendant leurs études et avec l'expérience. Ce qui permet aux couples un accompagnement dans un lieu totalement sécurisé de par les compétences des sages-femmes ainsi que par la place géographique de la MDN « *contiguë à une structure autorisée pour l'activité gynécologique-obstétrique* » (Annexe II).

**Léa :** « *Et ça, ça me donne une grande satisfaction dans mon travail, c'est justement de pouvoir travailler en toute autonomie et sans avoir ce rapport hiérarchique qui était pesant. »*

**Léa :** « Alors moi, ce que j'aime beaucoup c'est que c'est très varié, c'est extrêmement varié, donc ça sollicite toutes nos compétences. »

L'autonomie ainsi que la mise en pratique de toutes les compétences des sages-femmes et de leurs responsabilités rendent les MDN uniques dans leur fonctionnement et dans la mise en exergue du métier de sage-femme.

Par ailleurs, les maisons de naissance permettent aux sages-femmes d'avoir une place bien précise qui correspond selon certaines à une sage-femme de famille. En effet, depuis l'ouverture des MDN certaines femmes reviennent de nouveau en maison de naissance lors d'une nouvelle grossesse. Les sages-femmes étant formées pour le suivi gynécologique, elles peuvent aussi continuer à suivre les femmes après leurs accouchements pour leur suivi gynécologique ainsi que pour la rééducation du périnée. Ce qui n'est pas du tout réalisable au sein de l'hôpital.

**Lina :** « Et cette notion de globalité avant, pendant, après, ce fil conducteur, qui fait que même après on continue à les suivre en suites de couches, qu'on les voit en rééducation. Et là, ça fait quand même depuis 2008, donc j'ai des mamans que j'ai vues pour d'autres grossesses, pour d'autres naissances et maintenant, je les vois pour le suivi gynéco. C'est une relation professionnelle mais qui va plus loin, on a des nouvelles régulièrement, on voit les enfants grandir, oui, ce côté un peu sage-femme de la famille, c'est vrai que ça me plaît beaucoup. »

**Emma :** « On fait parfois presque partie de leur famille, enfin ils nous voient comme ça. Je me suis déjà fait appeler tata, enfin c'est un métier très valorisant. »

Les sages-femmes exerçant en maison de naissance ont donc fait le choix de travailler dans ces structures pour pouvoir réaliser de l'accompagnement global avec plus d'autonomie que lorsque ce type de suivi est réalisé par une sage-femme libérale lors d'un accouchement en plateau technique. Ce n'est pas la seule raison, en effet le travail en équipe restreinte, l'autonomie, l'utilisation de toutes leurs compétences de sages-femmes ont une part importante. De même, les maisons de naissance offrent un lieu moins médicalisé, un lieu de partage.

**Emma :** « Et puis il y a ce côté convivial aussi, ce repas post accouchement qu'on prend tous ensemble ici, ce sont des choses que tu ne vois qu'en maison de naissance ou alors à la maison. »

## CONCLUSION

Le but de cette étude était, dans un premier temps, de déterminer et de comprendre les motivations professionnelles et personnelles des sages-femmes qui travaillent en maison de naissance. Secondairement, elle avait pour but de connaître le parcours professionnel des sages-femmes exerçant dans ces structures. Nous avons pu comprendre, grâce aux entretiens semi-directifs réalisés avec huit sages-femmes de six maisons de naissance différentes de France, leurs motivations à exercer dans ces structures.

Nous avons constaté que dans l'ensemble les sages-femmes travaillant en maison de naissance étaient déjà intéressées par ce type de structure pendant leurs études de sage-femme ainsi que par l'accompagnement global. Elles se sont donc lancées dans le projet des maisons de naissance quand celles-ci ont été autorisées en France. Toutes ces sages-femmes recherchaient une façon différente d'accompagner les couples, de manière plus globale et plus autonome, tout en voulant un lieu sécurisé et plus serein pour les couples et pour elles-mêmes. Même si le cadre de la maison de naissance est très apprécié par les sages-femmes qui y travaillent, que ce soit le travail en équipe, l'autonomie procurée par la maison de naissance ou encore la sécurité du lieu, il reste nécessaire de valoriser certains points. Tout d'abord, le temps passé auprès du couple, puis les contraintes et enfin la rémunération des sages-femmes doivent absolument être revus.

*« Je crois que ce que j'ai vraiment envie de transmettre, c'est la satisfaction de travailler malgré les difficultés. Elles sont liées à l'expérimentation, liées au manque de volonté politique, liées au manque de soutien, le fait qu'on n'est pas nombreuses, qu'on est les premières. » (Léa)*

La pérennisation des maisons de naissance permettra aux sages-femmes de se libérer du temps et de ne plus à avoir à faire tout ce travail administratif demandé par le cadre expérimental. Le développement permettra donc aux sages-femmes d'améliorer leur condition de travail.

Le 18 février 2020, Christelle Dubos, Secrétaire d'Etat du Ministre des Solidarités et de la Santé, Olivier Véran, a annoncé la pérennisation des maisons de naissance en France. La veille, le Sénateur Bernard Jomier avait déposé une proposition de loi portant sur la pérennisation et la généralisation des MDN.

Les maisons de naissance font désormais partie de l'offre de soin pour les femmes enceintes ayant une grossesse à bas risque. Aucune information supplémentaire n'a cependant été donnée sur les modalités de poursuite des maisons de naissance. Est-ce que de nouvelles maisons de naissance vont ouvrir ? De nouveaux codages plus adaptés aux maisons de naissance vont-ils être créés ? Autant de questions qui n'ont pas encore de réponses, mais qui pourront en avoir après l'étude de la proposition de loi par l'Assemblée Nationale puis par le Sénat à partir du 2 avril 2020.



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] SCHWARTZ S. Maisons de naissance : le point de vue d'une sage-femme [en ligne]. MACSF. Mai 2018 (page consultée le 26 février 2019) [en ligne]. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/maison-naissance>
- [2] Mercier Pardin J. L'accompagnement global, difficultés et solutions : la parole aux sages-femmes libérales des deux Savoie. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-femme]. Grenoble : Université Joseph Fourier, 2011.
- [3] Charrier, Philippe. « Diversification des lieux de naissance en France : le cas des Maisons de naissance », Recherches familiales, vol. 12, no. 1, 2015, pp. 71-83.
- [4] VIOSSAT P, PONS JC. Maisons de naissance : revue de la littérature. (page consultée le 23 septembre 2019) Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [en ligne]. Novembre 2001, 30(7):680-7. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/en/article/114269>
- [5] CHARRIER P, CLAVANDIER G. Sociologie de la naissance. Paris. Armand Colin, 2013
- [6] BENOIT TRUONG CANH M, DELAHAYE JM. Les maisons de naissance. L'Observatoire national de la démographie des professions de santé. LES SAGES-FEMMES une profession en mutation. Mai 2016. p.193-202.
- [7] Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. Midwifery. 2018 Juillet;62:240-55.
- [8] DINI M. Proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. 2013 Février. Rapport N° 368.
- [9] Swartz W et al. The BirthPlace collaborative practice model : results from the San Diego Birth Center Study. Prim Care Update Ob Gyns. Juillet 1998;5(4):207.
- [10] Fraser W, Hatem-Asmar M. La sage-femme du Québec : de la renaissance à la reconnaissance. Santé, Société et Solidarité. 2004: p105-115.
- [11] Morel M-F. Naître à la maison, d'hier à aujourd'hui. Toulouse. Editions Eres ; 2016
- [12] Chantry A. et al. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France. Novembre 2019 (page consultée le 25 novembre 2020) [en ligne]. Disponible sur : [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport\\_Maisons-naissance\\_2019-1.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf)

- [13] Homer CSE. et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth in Australia 2000 – 2012: a linked population data study. *BMJ Open*. 2019.
- [14] Haute Autorité de Santé. (page consultée le 30 décembre 2018) Cahier des charges de l'expérimentation [en ligne]. 2014. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier\\_charges\\_maisons\\_naissance\\_230914.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf)
- [15] Kauffmann E. Les maisons de naissance : quel avenir en France ? [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-femme]. Caen : École de Sage-femme de Caen ; 2011.
- [16] Bruneau LC. Le suivi en maison de naissance : une liberté de choix pour les femmes ? Une approche sociologique. [Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'État de Sage-femme]. Paris : École de sages-femmes Baudelocque, 2016.
- [17] Collectif Interassociatif Autour de la NaissanceE. Enjeux de la création de Maisons de Naissance dans le contexte français. 2007 Mars. (page consultée le 13 octobre 2019) [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2007-1-page-61.htm>
- [18] Collectif Interassociatif Autour de la NaissanceE. Modélisation des coûts de fonctionnement d'une Maison de Naissance. 2007 Février. (page consultée le 13 octobre 2019) [en ligne]. Disponible sur : [https://issuu.com/ciane/docs/forfait-agn-mdn\\_1\\_](https://issuu.com/ciane/docs/forfait-agn-mdn_1_)
- [19] Collège National des Sages-Femmes de France. LES MAISONS DE NAISSANCE : UN LIEU SÉCURITAIRE POUR ACCOUCHER. 2019 Novembre. (page consultée le 30 novembre 2019) [en ligne]. Disponible sur : [https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2019/12/20191129\\_CDP\\_CNSF\\_rapport-MdN.pdf](https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2019/12/20191129_CDP_CNSF_rapport-MdN.pdf)
- [20] Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance (page consultée le 27 novembre 2018) [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
- [21] Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance (page consultée le 15 décembre 2018) [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
- [22] Richard-Guerroudj N. Les maisons de naissance à mi-parcours. *Profession sage-femme*. Sep 2018 ; n°248 : p.14-18.
- [23] DGOS. Les maisons de naissance. (page consultée le 26 décembre 2018) [en ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>
- [24] CALM. (page consultée le 16 septembre 2019). CALM - Comme À La Maison. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.mdncalm.org/>

- [25] Un Nid Pour Naître Maison de Naissance. (page consultée le 2 janvier 2020). Un Nid Pour Naître Maison de Naissance à Nancy. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.unnidpournaitre.fr/>
- [26] Premières Heures Au Monde. (page consultée le 2 janvier 2020). Maison de naissance Premières Heures Au Monde à Bourgoin-Jallieu. [en ligne]. Disponible sur : <http://mdnpham.fr/>
- [27] Manala. (page consultée le 2 janvier 2020). Manala Maison de Naissance Alsace. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.manala.fr/>
- [28] La Maison. (page consultée le 2 janvier 2020). La Maison Grenoble. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.lamaisongrenoble.com>
- [29] Le Temps De Naître. (page consultée le 2 janvier 2020). Le Temps De Naître La maison de naissance de Guadeloupe. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.letempsdenaitre.fr/>
- [30] Maison de naissance Doumaïa. (page consultée le 2 janvier 2020). Maison de naissance Doumaïa Castres. [en ligne]. Disponible sur : <http://doumaia.fr/>
- [31] MaNao. (page consultée le 2 janvier 2020). MaNao maison de naissance de l'ouest. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.manao.re/P>
- [32] LESLEY P. One-to-one midwifery: restoring the "with woman" relationship in midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*. Mars 2003;48(2):119-25.
- [33] Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016
- [34] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011.
- [35] Arrêté du 30 juillet 2015 fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des maisons de naissance (page consultée le 15 décembre 2018) [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr>
- [36] Richard-Guerroudj N. « Pour évaluer les maisons de naissance, il fallait tout inventer ». *Profession sage-femme*. Sep 2018 ; n°248 : p. 20-21.
- [37] Collectif Maisons de Naissance, Comme à la maison. Maisons de naissance en France, Phase expérimentale 2016-2021 [en ligne]. 2016. (page consultée le 16 septembre 2018). Disponible sur : [https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/6-2016-05-20-schwartz-maison\\_de\\_naissance\\_reseau\\_ch.\\_ard.pdf](https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/6-2016-05-20-schwartz-maison_de_naissance_reseau_ch._ard.pdf)

## Préambule

### Contexte d'élaboration

Depuis quelques années, la concentration des naissances dans des maternités à forte activité et la plus grande médicalisation de l'accouchement ont conduit des femmes à demander la possibilité d'accoucher dans des structures moins médicalisées.

Le parlement a souhaité diversifier l'offre de soins en obstétrique et créer de nouvelles structures prenant en charge des femmes enceintes à bas risque de grossesse et d'accouchement.

La loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 (annexe 1) aubrise l'expérimentation des maisons de naissance et précise dans son article 1 qu' « à titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance » [...] et dans l'article 3 que « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé et après avis conforme de celle-ci, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental. »

### Objectif de ce cahier des charges

L'objectif d'élaboration de ce cahier des charges est de permettre l'expérimentation de maisons de naissance dans un cadre défini respectant des critères de qualité et de sécurité des soins pour la mère et l'enfant. Les critères d'ouverture sont définis en annexe 2.

### Définition

Les maisons de naissance sont des structures où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse, dans les conditions prévues aux articles L.4151-1 et L.4151-3 du code de la santé publique. Les maisons de naissance n'assurent pas l'hébergement des femmes avant ou après l'accouchement. Elles sont ouvertes au minimum dès lors qu'une femme vient y accoucher : il s'agit d'une ouverture à la demande.

« La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée de l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure » (article 1 de la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance).

### Enjeux

L'enjeu de santé publique est de permettre l'expérimentation des maisons de naissance dans un cadre remplissant des critères de qualité et de sécurité des soins pour la mère et l'enfant.

L'enjeu pour les femmes est de se voir proposer une offre de soins diversifiée pour l'accouchement et, pour celles qui le souhaitent, de bénéficier de structures moins médicalisées.

L'enjeu pour l'enfant est d'avoir une prise en charge assurant une qualité et une sécurité des soins.

# ANNEXES

## ANNEXE I : CAHIER DES CHARGES DE L'EXPERIMENTATION DES MAISONS DE NAISSANCE

## Cahier des charges

### 1. Critères d'éligibilité des femmes suivies en maisons de naissance

Les critères d'éligibilité seront évalués à la fin de l'expérimentation.

Les femmes suivies en maisons de naissance sont des femmes à bas risque pour la grossesse et l'accouchement qui souhaitent accoucher dans ce type de structure.

Une grossesse à bas risque est une grossesse qui ne présente pas de situations à risques *a priori* telles que définies dans la recommandation de bonne pratique de la HAS (septembre 2007) « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (cf. annexe 3).

Les femmes doivent avoir été informées des critères d'éligibilité pour accoucher en maison de naissance, du suivi de la grossesse en maison de naissance (nombre de consultations, honoraires, etc.), des modalités d'accouchement, de la prise en charge de la femme en *post-partum* (et notamment l'absence d'hébergement), de la prise en charge et du suivi du nouveau-né, des modalités de transfert de la femme avec la maternité partenaire dans le cas où surviendrait une complication en *pre*, *per* ou *post-partum* ainsi que des modalités de transferts du nouveau-né et des modalités de retour à domicile. Ces éléments doivent être mentionnés dans le document d'information remis à la femme (cf. 2.7 du présent cahier des charges).

Il est préférable de s'inscrire dans une maison de naissance en début de grossesse avec un délai maximal d'inscription en maison de naissance de 28 semaines d'aménorrhée.

Compte tenu du retour à domicile précoce, la patiente doit obligatoirement bénéficier d'un environnement permettant un accompagnement et un soutien.

## 2. Modalités d'organisation

### 2.1 Aspects juridiques

#### 2.1.1 Structure juridique de la maison de naissance

La structure juridique de la maison de naissance est distincte de celle de l'établissement partenaire.

La structure juridique de la maison de naissance est liée par convention à l'établissement de santé partenaire autorisé à pratiquer la gynécologie-obstétrique, contiguë à la maison de naissance.

Cette convention est détaillée à la troisième partie du présent cahier des charges.

Les maisons de naissance et leurs sages-femmes doivent adhérer à un réseau de santé en périnatalité.

#### 2.1.2 Aspect assurantiel

Les locaux de la maison de naissance sont assurés et les professionnels (elles) de la maison de naissance disposent d'une assurance civile professionnelle couvrant cette activité.

### 2.2 Lieu

La maison de naissance constitue un espace indépendant et doit disposer de locaux adaptés à la prise en charge des femmes enceintes pour la grossesse et l'accouchement. En particulier elle doit avoir des pièces dédiées aux consultations et des chambres de naissance. Les articles R. 2122-4 à R. 2122-8 du code de la santé publique s'appliquent.

L'hygiène des locaux doit être assurée soit par l'établissement de santé partenaire, soit par une entreprise de nettoyage spécialisée. Elle est effectuée conformément aux dispositions législatives et réglementaires applicables aux établissements de santé.

### 2.3 Matériel

Le matériel nécessaire à la prise en charge des femmes enceintes pour les consultations et pour l'accouchement, dont un tocographe, doit être à disposition en permanence.

La maison de naissance doit également disposer d'un chariot d'urgence (cf. 3.2) et d'équipements permettant de transporter les femmes et les nouveau-nés en cas d'urgence.

### 2.4 Médicaments et dispositifs médicaux

Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est organisé et tracé.

Les médicaments sont stockés, dans un lieu sécurisé et fermé, non accessible au public. La traçabilité de leur date de péremption est effectuée.

### 2.5 Dossier patient

Chaque femme enceinte et chaque nouveau-né doivent disposer d'un dossier patient regroupant tous les éléments nécessaires à leur prise en charge, leur suivi et à l'évaluation des maisons de naissance.

### 2.6 Système d'information

La maison de naissance dispose d'un système d'information permettant à tout moment de disposer des informations nécessaires à la prise en charge de la femme et du nouveau-né.

### 2.7 Information de la femme enceinte

Un document d'information à destination de la femme enceinte doit lui être remis dès son inscription en maison de naissance. Ce document devra mentionner le caractère expérimental de ce type de prise en charge, les critères d'éligibilité pour accoucher en maison de naissance, le suivi de la grossesse en maison de naissance (nombre de consultations, honoraires, etc.), les modalités d'accouchement, de la prise en charge de la femme en post-partum et du suivi du nouveau-né, les modalités de transfert de la femme avec la maternité partenaire dans le cas où surviendrait une complication en *pré*, *per* ou *post-partum*, ainsi que les modalités de transferts du nouveau-né et les modalités de retour à domicile. La femme enceinte doit en particulier être informée de l'absence d'hébergement en maison de naissance et de son transfert dans la maternité de l'établissement partenaire si elle décide avant ou pendant l'accouchement d'avoir une analgésie (péridurale, rachianesthésie, morphinique, etc.).

### 3. Modalités de fonctionnement

Le fonctionnement de la maison de naissance est assuré notamment par les sages-femmes qui y interviennent.

Une maison de naissance ne peut fonctionner sans un nombre minimal de 2 sages-femmes. Les sages-femmes doivent pouvoir justifier d'une expérience minimale suffisante d'accouchement durant les deux dernières années précédant leur intégration à la maison de naissance.

Les locaux de la maison de naissance sont disponibles en permanence, mais la maison de naissance ne dispose pas d'un personnel de permanence présent 24 heures sur 24. La maison de naissance est ouverte par une sage-femme et le personnel est en nombre suffisant pour y accueillir les femmes au moment des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, des consultations et de l'accouchement.

La maison de naissance doit être contiguë à une structure abritée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes et des nouveau-nés en cas de complication.

#### 3.1 Règlement intérieur

La maison de naissance dispose d'un règlement intérieur qui mentionne au minimum les points suivants :

- L'organisation des activités, les modalités d'ouverture et de disponibilité de la maison de naissance.
- L'organisation de la disponibilité des professionnels (elles) auprès des femmes suivies et les modalités pour les joindre.
- Les critères d'éligibilité des femmes qui pourront être suivies au sein de la maison de naissance. Ces critères peuvent être plus restrictifs que la définition du bas risque établie dans la recommandation de bonne pratique de la HAS (septembre 2007) « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (cf. annexe 3).
- Le délai maximal au-delà duquel l'inscription n'est plus possible.
- Les modalités de suivi médical des femmes.
- Les modalités d'accouchement.
- Les modalités de prise en charge de la douleur.
- Les modalités de revue ou de présentation des dossiers.
- Le matériel disponible.
- Le circuit mis en place pour l'envoi des examens et de leurs résultats.
- Les liens et les réunions périodiques entre les sages-femmes de la maison de naissance et l'établissement de santé partenaire.
- La gestion immédiate des urgences, et notamment des hémorragies, et les modalités transférables au transfert.
- Les informations transmises en cas de transfert dans l'établissement de santé partenaire.
- Les modalités de sortie de la maison de naissance dont la durée maximale de présence, la maison de naissance n'offrant pas de capacité de séjour.
- Les modalités de prise en charge de la femme en *post-partum* à domicile.
- Les modalités de prise en charge du nouveau-né en *post-partum* immédiat et à domicile et comprenant entre autres :
  - les modalités de réalisation des tests sanguins du dépistage néonatal et leur traçabilité ;
  - les modalités de dépistage de l'ictère néonatal ;
  - les modalités de dépistage de la surdité permanente néonatale.

- Les modalités de suivi de l'activité des professionnels (elles) de la maison de naissance.

Les protocoles médicaux hors protocoles de transferts sont élaborés par l'équipe de la maison de naissance.

Les modalités de prise en charge et de transfert sont jointes en annexe au règlement intérieur et doivent être disponibles pour tous les professionnels (elles) de santé travaillant dans la maison de naissance.

#### 3.2 Convention avec l'établissement partenaire

L'établissement partenaire est l'établissement de santé avec lequel la maison de naissance est contiguë.

La maison de naissance passe convention avec l'établissement de santé partenaire afin d'organiser et de formaliser les relations avec l'équipe de gynécologie-obstétrique de cet établissement ainsi que les équipes d'anesthésie réanimation et de pédiatrie de l'établissement.

Cette convention doit comporter au moins les éléments suivants :

- Les modalités d'information réciproque entre la maison de naissance et le service de gynécologie-obstétrique et les supports de cette information.
- L'objet et les modalités d'organisation des réunions périodiques entre l'équipe de la maison de naissance et celle de l'établissement de santé partenaire (les situations particulières pourront ainsi être présentées en amont de la naissance).
- Les modalités d'accès des femmes à la consultation obligatoire pré-anesthésique.
- Les modalités de transferts de la femme en *pre-partum*, notamment :
  - L'accès à la maternité.
  - La transmission du dossier médical.
- Les modalités de transferts de la femme en *per-partum*, notamment :
  - Les modalités de transfert vers le bloc obstétrical en cas de nécessité.
  - Les préalables au transfert.
  - Les conditions matérielles.
  - Le contenu du dossier et les examens obligatoires en cas de transfert.
- Les modalités de transfert de la femme en *post-partum*, notamment :
  - L'organisation du transfert de la femme et de l'accompagnement de ce transfert par la sage-femme de la maison de naissance.
  - Les préalables au transfert.
  - Les conditions matérielles.
  - Le contenu du dossier et les examens obligatoires en cas de transfert.
- Les modalités de transfert du nouveau-né, notamment :
  - L'organisation du transfert du nouveau-né et de l'accompagnement de ce transfert par la sage-femme de la maison de naissance.
  - Les préalables au transfert.
  - Les conditions matérielles.
  - Le contenu du dossier et les examens obligatoires en cas de transfert.
  - Les modalités d'examen du nouveau-né par un pédiatre en cas de complication ou d'urgence.
- Le contenu du chariot permettant de délivrer des soins d'urgence à la femme et au nouveau-né.
- Les modalités de recueil de l'activité de la maison de naissance et de transmission de ces données à l'établissement partenaire.

- Les procédures en matière d'hygiène et d'élimination des déchets d'activités de soins doivent être conformes aux dispositions réglementaires applicables aux établissements de santé (articles R.1335-1 et suivants du code de la santé publique).
- Les modalités de prise en charge, conformes au protocole de l'établissement de santé partenaire, des professionnels de santé de la maison de naissance en cas d'exposition au sang et liquides biologiques.
- Les modalités de participation de la maison de naissance et de l'établissement de santé partenaire à l'évaluation de l'expérimentation des maisons de naissance.

De plus, la convention prévoit qu'à l'arrivée à la maternité partenaire, la responsabilité de la prise en charge de la femme et du nouveau-né incombe à l'établissement de santé partenaire pour les actes réalisés à partir de ce transfert.

### 3.3 Recueil d'activité

Un recueil de l'activité de la maison de naissance doit être mis en place conformément à la loi.

### 3.4 Analyse des pratiques

Les sages-femmes de la maison de naissance doivent réaliser une analyse de leur pratique selon les modalités définies dans le cadre du développement professionnel continu.

En cas de transferts de patientes, une analyse de dossiers doit être mise en place avec la maternité partenaire.

### 3.5 Événements indésirables associés aux soins

Lors de la survenue d'événements indésirables associés aux soins, une analyse des causes par une méthode reconnue (par exemple, les revues de mortalité et de morbidité) doit être effectuée avec les acteurs concernés avec élaboration d'un plan d'action.

### 3.6 Événements indésirables graves

Conformément à l'article L. 1413-14 du code de la santé publique, « tout professionnel ou établissement de santé ayant constaté une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave lié à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé ». Le contexte de l'expérimentation des maisons de naissance devra être précisé dans la déclaration. « Ces dispositions s'entendent sans préjudice de la déclaration à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé des événements indésirables liés à un produit mentionné à l'article L. 5311-1 ».

## 4. Modalités de prise en charge

L'objectif des maisons de naissance est de proposer aux femmes enceintes une prise en charge globale de leur grossesse (suivi, accouchement, suite de couches) dans le respect de la physiologie et repose sur le principe « une femme/une sage-femme ». Cette démarche s'effectue dans le respect des droits des patients. Les maisons de naissance ne sont pas assimilées à des établissements de santé et n'offrent pas de capacité de séjour : le retour à la maison après l'accouchement est anticipé et organisé afin de favoriser l'accompagnement en post-partum dans le cadre d'une sortie très précoce (inférieur à 24 heures après la naissance) et d'un suivi à domicile.

### 4.1 Modalités de prise en charge de la femme en pre-partum

Le suivi global de la femme en pre-partum est assuré par les sages-femmes de la maison de naissance.

Le niveau de risque de la grossesse doit être évalué à chaque consultation afin de vérifier qu'il reste bas. En cas d'apparition de facteurs de risque, la sage-femme devra orienter la femme enceinte vers un gynécologue-obstétricien pour avis sur la poursuite ou non de la prise en charge de la grossesse en maison de naissance.

Le suivi personnalisé des grossesses est assuré par les sages-femmes et s'effectue dans le cadre réglementaire de la surveillance des grossesses (articles R. 2122-1 à R. 2122-3 du code de la santé publique) et suivant les recommandations de la HAS (septembre 2007) sur le suivi des femmes enceintes.

#### 4.1.1 Consultations prénatales et de préparation à la naissance

Le nombre de consultations, leur organisation et les examens complémentaires s'inscrivent dans le cadre de la réglementation en vigueur tels que prévus par les articles R. 2122-1 et suivants du code de la santé publique.

Les consultations de suivi ou les visites sont assurées par la sage-femme qui suit la femme enceinte, dite sage-femme référente, et une organisation est mise en place en cas d'indisponibilité de cette dernière. Cette organisation est détaillée dans le règlement intérieur de la maison de naissance.

En parallèle au suivi clinique, l'entretien prénatal précoce et les sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont proposées aux femmes enceintes.

#### 4.1.2 Consultation obligatoire pré-anesthésique

Toutes les patientes doivent bénéficier d'une consultation pré-anesthésique conformément aux articles D. 6124-92 et D. 6124-35 du code de la santé publique. La maison de naissance doit organiser la réalisation de celle-ci au sein de la maternité partenaire. L'anesthésiste peut formuler une exclusion motivée à la prise en charge en maison de naissance pour les pathologies relevant de ses compétences.

### 4.1.3 Contact(s) de la femme avec le service de gynécologie obstétrique partenaire au cours de la grossesse

Les sages-femmes de la maison de naissance organisent avec l'établissement de santé partenaire une rencontre des femmes qu'elles suivent si elles le jugent nécessaire.

## 4.2 Modalités de prise en charge de la femme en *per-partum*

### 4.2.1 Suivi du travail et de l'accouchement

Le suivi du travail et de l'accouchement est assuré par la sage-femme qui est présente pendant tout le déroulement de l'accouchement.

Pour des raisons de sécurité, il est nécessaire qu'un deuxième professionnel de santé soit présent dans la maison de naissance au moment de l'accouchement.

### 4.2.2 Prise en charge de la douleur

Les moyens analgésiques de l'accouchement, qui ne nécessitent pas de compétence anesthésique, peuvent être proposés à la patiente en tenant compte des impératifs d'une éventuelle anesthésie ultérieure. Les modalités de prise en charge de la douleur sont définies.

Au cas où des médicaments sont administrés, ils ne doivent en aucune manière être incompatibles avec une analgésie péridurale ultérieure. La surveillance des effets secondaires maternels, fœtaux et néonataux doit être assurée ainsi que la mise en place d'un protocole de réversion.

### 4.2.3 Documents transfusionnels

Les documents transfusionnels requis doivent être disponibles dans le dossier de la patiente et compatibles avec la politique de sécurité transfusionnelle de la maternité partenaire.

### 4.2.4 Matériels disponibles et utilisés

Un tocographe doit être disponible en permanence dans la maison de naissance.

Un chariot permettant d'effectuer les soins d'urgence relevant de la compétence de sages-femmes pour la femme et le nouveau-né est également disponible en permanence. Le contenu de ce chariot doit être défini avec l'établissement de santé partenaire et intégré dans la convention.

### 4.2.5 Prise en charge des complications

En cas de survenue de complications, la sage-femme de la maison de naissance organise le transfert de la parturiente vers le plateau technique de l'établissement de santé partenaire selon un protocole défini dans la convention avec celui-ci.

## 4.3 Modalités de prise en charge de la femme en *post-partum*

Les sages-femmes de la maison de naissance effectuent les soins post-nataux habituels.

La durée de surveillance de la mère et de l'enfant en maison de naissance après l'accouchement, est fonction de critères médicaux établis par la sage-femme qui a pratiqué l'accouchement. Elle ne peut être inférieure à deux heures après la délivrance.

La sortie de la maison de naissance se fait dans le délai maximal après la naissance indiqué dans le règlement intérieur après que la sage-femme ayant pratiqué l'accouchement a vérifié l'absence de suites de couches pathologiques.

La prise en charge de la femme en *post-partum* est organisée par les sages-femmes de la maison de naissance avant la sortie. Un contact quotidien par une sage-femme est nécessaire avec au moins 3 visites dans la première semaine après l'accouchement. Une information est donnée sur la possibilité d'intervention d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) à domicile. La première visite par une sage-femme est organisée dans les 24 heures suivant la sortie de la maison de naissance. Le suivi est personnalisé en fonction du besoin de la mère et de l'enfant.

Les paramètres de surveillance de la femme après le retour à domicile sont au moins ceux définis par la recommandation de la HAS « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » (mars 2014) pour les retours précoces à domicile (cf. annexe 4).

## 4.4 Modalités de prise en charge et de suivi du nouveau-né

Les modalités de prise en charge et du suivi du nouveau-né ont pour objectif de lui assurer un niveau optimal de qualité et de sécurité des soins notamment sur le dépistage de pathologies ou de facteurs de risques qui n'auraient pas été découvertes en période périnatale et sur les dépistages néonataux. La maison de naissance délivre le carnet de santé du nouveau-né.

A la naissance, les examens du nouveau-né sont réalisés par la sage-femme, qui remplit la partie correspondante du carnet de santé de l'enfant (partie « période périnatale et naissance ») et autorise la sortie du nouveau-né de la maison de naissance. Si le nouveau-né nécessite un transfert, celui-ci est défini dans la convention avec la maternité partenaire. Les premiers soins sont assurés par la sage-femme dans l'attente du transfert.

Le nouveau-né est revu à la première visite réalisée dans les 24 heures après la sortie de la maison de naissance ; la sage-femme décidera si le nouveau-né doit être examiné rapidement par un pédiatre ou par un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né. Il est rappelé que l'examen des huit premiers jours (idéalement, entre le 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> jour) doit être réalisé par un médecin conformément à l'article R.2132-1 du code de la santé publique. Les professionnelles (elles) de la maison de naissance doivent s'assurer que cet examen est planifié.

Les tests sanguins de dépistage néonatal sont réalisés par la sage-femme qui assure le suivi de la femme et du nouveau-né à domicile selon les modalités prédéfinies. Il est rappelé que le dépistage est conseillé à partir de la 72<sup>e</sup> heure de vie. Une information sur le dépistage de la surdité doit être donnée aux parents.

Le dépistage de l'ictère néonatal doit également être assuré lors du suivi à domicile selon les modalités prédéfinies.

Les paramètres de surveillance du nouveau-né après le retour à domicile sont au moins ceux définis par la recommandation de la HAS « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » (mars 2014) pour les retours précoces à domicile (cf. annexe 4).

Dans le cadre de cette expérimentation, tous les examens et résultats des tests de dépistage seront recueillis et tracés dans le dossier.



## 5. Modalités d'évaluation de l'expérimentation

La maison de naissance réalise un suivi de son activité et effectue un rapport annuel qui est transmis à l'agence régionale de santé (ARS) et à la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Les critères d'évaluation recueillis seront communs à l'ensemble des maisons de naissance et sont listés dans l'annexe 6.

Pour chaque maison de naissance, après deux ans de fonctionnement et à l'échéance de l'autorisation, une évaluation de l'expérimentation est réalisée par l'ARS compétente.

L'évaluation intégrera la collaboration avec l'établissement de santé partenaire (en particulier les équipes de gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie-réanimation).

L'évaluation s'effectuera sur plusieurs domaines, notamment :

- L'activité et le fonctionnement de la maison de naissance en conformité à l'ensemble des dispositions du cahier des charges (nombre de professionnels (elles), protocoles, etc.).
- L'intégration de l'offre de prise en charge de la maison de naissance par rapport à l'environnement extérieur de la périnatalité pourra être réalisée selon les modalités préalablement définies par la DGOS et/ou les ARS.
- Les indicateurs d'activité : nombre de femmes prises en charge et non prises en charge, nombre de transferts (*pre/per/post partum*), motifs des transferts.
- Les critères d'éligibilité des femmes suivies en maison de naissance.
- Les indicateurs de prise en charge (cf. annexe 5 et 6) :
  - Morbidité maternelle : épisiotomie, déchirure vaginale de 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degré, hémorragie du post-partum, etc.
  - Morbidité néonatale : nombre d'enfants nés vivants/décédés, score d'Apgar à 1 minute et 5 minutes, transfert, hospitalisation après la sortie de maison de naissance, réalisation des visites et des examens après la sortie de la maison de naissance, etc.
- La qualité et la sécurité des soins : existence de RMM, staff de dossiers avec maternité partenaire, analyse des événements indésirables associés aux soins, plans d'action d'amélioration de la qualité mis en place.
- La satisfaction des femmes prises en charge en maison de naissance.
- L'évaluation médico-économique de la prise en charge en maison de naissance selon les modalités définies par la DGOS.

## Annexe 1. Loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance

NOR : AFSX1316565L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

### Article 1

À titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance », où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du code de la santé publique. Ces autorisations portent sur une durée maximale de cinq ans.

La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure.

### Article 2

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il est dérogé aux articles L. 1434-2, L. 1434-7 et L. 6122-1 du code de la santé publique.

Les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 du même code et ne sont pas soumises au chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie dudit code.

Il peut être dérogé aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce même code.

Par dérogation à l'article L. 162-22-13 dudit code, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge, en tout ou partie, par la dotation annuelle prévue à l'article L. 162-22-14 du même code.

### Article 3

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé et après avis conforme de celle-ci, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental.

La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévus à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique. Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

### Article 4

Un an avant le terme de la dernière autorisation attribuée à une maison de naissance, le Gouvernement adresse au Parlement une évaluation de l'expérimentation.

## Article 5

Les conditions de l'expérimentation, et notamment les conditions d'établissement de la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels et les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 6 décembre 2013.

François Hollande

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

Jean-Marc Ayrault

La ministre des Affaires sociales

et de la Santé,

Marisol Touraine

(1) Travaux préparatoires : loi n° 2013-1118, Sénat : Proposition de loi n° 548 (2011-2012) ; Rapport de Mme Miguette Dini, au nom de la commission des affaires sociales, n° 368 (2012-2013) ; Texte de la commission n° 369 (2012-2013) ; Discussion les 28 février et 13 juin 2013 et adoption le 13 juin 2013 (TA n° 188, 2012-2013). Assemblée nationale : Proposition de loi, adoptée par le Sénat, n° 1157 ; Rapport de M. Yannick Favennec, au nom de la commission des affaires sociales, n° 1560 ; Discussion et adoption le 28 novembre 2013 (TA n° 249).

## Annexe 2. Critères d'ouverture de la maison de naissance

- Critères d'éligibilité des femmes suivies en maisons de naissance

### Modalités d'organisation

- Aspects juridiques :
  - ▶ Aspect assurantiel :
    - existence d'une assurance civile professionnelle pour chaque professionnel de santé,
    - existence d'une assurance pour les locaux ;
- Lieu :
  - ▶ existence de salles de consultation et de chambres de naissance,
  - ▶ existence d'une procédure concernant l'hygiène des locaux ;
- Matériel : liste du matériel disponible en permanence.
  - Médicaments et dispositifs médicaux :
    - ▶ existence d'une procédure concernant la maintenance des dispositifs médicaux,
    - ▶ existence d'un lieu sécurisé et fermé pour le stockage des médicaments et d'une procédure concernant la traçabilité de leur date de péremption,
    - ▶ existence d'un chariot d'urgence adapté à la prise en charge des urgences maternelles et néonatales ;
- Existence d'un dossier patient.
- Existence d'un système d'information.
- Existence d'un document d'information de la femme enceinte.

### Modalités de fonctionnement

- Existence d'une liste des professionnels de santé exerçant au sein de la maison de naissance comportant l'enregistrement des copies des diplômes et inscriptions aux Ordres professionnels.
- Existence d'un règlement intérieur mentionnant au moins les points suivants :
  - ▶ L'organisation des activités, les modalités d'ouverture et de disponibilité de la maison de naissance.
  - ▶ L'organisation de la disponibilité des professionnels (elles) auprès des femmes suivies et les modalités pour les joindre.
  - ▶ Les critères d'éligibilité des femmes qui pourront être suivies au sein de la maison de naissance.
  - ▶ Les modalités de suivi médical des femmes dans le cadre des maisons de naissance.
  - ▶ Les modalités d'accouchement dans le cadre des maisons de naissance.
  - ▶ Les modalités de prise en charge de la douleur.
  - ▶ Les modalités de revue ou de présentation des dossiers dans la maison de naissance.
  - ▶ Le matériel disponible en maison de naissance.
  - ▶ Le circuit mis en place pour la réalisation des examens et la réception et le traitement des résultats.
  - ▶ Les liens et les réunions périodiques entre les sages-femmes de la maison de naissance et l'établissement de santé partenaire.
  - ▶ La gestion immédiate des urgences en maison de naissance, et notamment des hémorragies, et les préalables au transfert.
  - ▶ Les informations transmises en cas de transfert dans l'établissement de santé partenaire.
  - ▶ Les modalités de sortie de la maison de naissance dont la durée maximale de séjour, la maison de naissance n'offrant pas de capacité de séjour.
  - ▶ Les modalités de prise en charge de la femme en *post-partum* à domicile.
  - ▶ Les modalités de prise en charge du nouveau-né en *post-partum* à domicile et comprenant entre autres :
    - Les modalités de réalisation des tests sanguins du dépistage néonatal et leur traçabilité.

- Les modalités de dépistage de l'ictère néonatal.
- Les modalités de dépistage de la surdité permanente néonatale.
- Les modalités de suivi de l'activité des professionnels (elles) de la maison de naissance.

Les modalités de prise en charge et de transfert sont jointes en annexe au règlement intérieur.

- Existence d'une convention avec l'établissement partenaire mentionnant au moins les points suivants :
  - Les modalités d'information réciproques entre la maison de naissance et le service de gynécologie-obstétrique et les supports de cette information
  - L'objet et les modalités d'organisation des réunions périodiques entre l'équipe de la maison de naissance et celle de l'établissement de santé partenaire (les situations particulières pourront être présentées en amont de la naissance).
  - Les modalités d'accès des femmes à la consultation obligatoire pré-anesthésique.
  - Les modalités de transferts de la femme en *pre-partum*, notamment :
    - L'accès à la maternité.
    - La transmission du dossier médical.
  - Les modalités de transferts de la femme en *per-partum*, notamment :
    - Les modalités de transfert vers le bloc obstétrical en cas de nécessité.
    - Les préférences au transfert.
    - Les conditions matérielles.
    - Le contenu du dossier et les examens obligatoires en cas de transfert.
  - Les modalités de transfert de la femme et du nouveau-né en *post-partum*, notamment :
    - L'organisation du transfert de la femme et du nouveau-né et de l'accompagnement de ce transfert par la sage-femme de la maison de naissance.
    - Les préférences au transfert.
    - Les conditions matérielles.
    - Le contenu du dossier et les examens obligatoires en cas de transfert.
  - Les modalités d'examen du nouveau-né par un pédiatre en cas de complication ou d'urgence.
  - Les modalités de recueil de l'activité de la maison de naissance et de transmission de ces données à l'établissement partenaire.
  - Les modalités de participation de la maison de naissance et de l'établissement de santé partenaire à l'évaluation de l'expérimentation des maisons de naissance.
  - Les procédures en matière d'hygiène et de traitement des déchets. Ces procédures doivent être conformes aux dispositions réglementaires applicables aux établissements de santé.

De plus, la convention prévoit qu'à l'arrivée dans l'établissement de santé partenaire, la responsabilité de la prise en charge de la femme et du nouveau-né incombe à l'établissement de santé partenaire.

Les éléments suivants devront être mis en place dans le cadre de l'expérimentation : recueil d'activité annuel, analyse des pratiques, analyse des événements indésirables liés aux soins.

### Annexe 3. Types de suivi recommandé pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (Liste indicative non limitative)

Extrait de la recommandation de la HAS « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (mai 2007)

#### Types de suivi recommandés

**Suivi A :** selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

- **AVIS A1 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- **AVIS A2 :** l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

**Suivi B :** le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

**Abréviations et acronymes :** indice de masse corporelle (IMC), hypertension artérielle (HTA), interruption volontaire de grossesse (IVG) et interruption médicale de grossesse (IMG), retard de croissance intra-utérin (RCIU), mort fœtale intra-utérine (MFUI), hémolyse, elevated liver enzymes and low platelet (HELLP), syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), lupus érythémateux disséminé (LED), virus d'immunodéficience humaine (VIH), fécondation *in vitro* (FIV)

Période préconceptionnelle ou 1 <sup>re</sup> consultation de grossesse	
Situations à risque	Suivi
<b>FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX</b>	
<b>Âge</b> (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes A1 pour les extrêmes
<b>Poids</b> (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m <sup>2</sup> et supérieur ou égal à 40 kg/m <sup>2</sup> pour obésité morbide)	
<b>Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle</b> (rupture, deuil, isolement)	A
<b>Risque professionnel</b> (exposition avérée par de s produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2
<b>Antécédents familiaux</b> - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 <sup>er</sup> degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2
<b>TOXIQUES</b>	
<b>Sevrage alcoolique</b>	A1
<b>Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel</b> (exposition avérée)	A2
<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES</b>	
<b>Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux</b>	A2
<b>Traumatisme du bassin ou du rachis</b> (fracture déplaçée)	
<b>Chirurgies, pathologies cardiaques</b> (avec retentissement hémodynamique) <b>dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres</b>	B
<b>Pathologie rétinienne</b> (dont myopie grave)	A1
<b>Hémorragie cérébrale, anévrisme</b>	B

<b>Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques</b>	A1
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	B
Hypertension artérielle	B
Diabètes	B
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1
- Maladie de Basedow	B
Epilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B
- Asthme modéré, ancien, contrôle	A
Maladies inflammatoires digestives	A2 précoce
(maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	
- mère homozygote	B
- mère hétérozygote	A2
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B
Maladies du système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodémie, polyarthrite rhumatoïde)	B
- Néphropathie	B
- Uropathie	A2
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce
Chimiothérapie et radiothérapie	A2
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce

<b>Maladies infectieuses</b>	
Séropositivité VIH	B
Portage antigène HBs	A1
Hépatite C ou B active	A2
<b>ANTECEDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES</b>	
<b>Pathologies utéro-vaginales</b>	
Malformation utéro-vaginale	B
Mutilations sexuelles	A1
<b>Chirurgie cervico-utérine</b>	
Chirurgie du prolapsus (reconstruction péelvienne, traitement)	A2
Conisation (ampullectomie cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2
Distylène syndrome	B
<b>ANTECEDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE</b>	
Antécédents médicaux	A1
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A
Diabète gestationnel	
<b>Antécédents obstétricaux</b>	
Césarienne	A2
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B
Hypertension gravidique	A2
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B
Fausse couches répétées au cours du 1 <sup>er</sup> trimestre :	
- sans étiologie	A2
- avec étiologie SAPL	B
Fausse couches tardives au cours du 2 <sup>e</sup> trimestre	B
Accouchement prématuré	A2 précoce
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	B
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A1
Hématome rétroplacentaire	A2
	B
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 <sup>e</sup> percentile)	B
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B
<b>Antécédents liés à l'enfant à la naissance</b>	
Asphyxie périnatale avec séquelles	B
Mort périnatale inexpliquée	B
Anomalie congénitale ou génétique	A2
<b>Antécédents liés à l'accouchement précédent</b>	
Hémorragies post-partum sévères	A1
Déchirure du sphincter anal	A2
Dépression du post-partum, stress post-traumatique	A
P psychose puerpérale	A2
Dystocie des épaules	A1

Durant la grossesse (de la 2 <sup>e</sup> à la 7 <sup>e</sup> consultation - du 4 <sup>e</sup> au 8 <sup>e</sup> mois)		Suivi
<b>Situations à risque</b>		
<b>FACTEURS DE RISQUE GENERAUX</b>		
Traumatisme abdominal		A2
Accouchement secret sous x		A1
<b>TOXIQUES</b>		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)		A2
Cannabis		A1
Alcool		A2
Tabac		A1
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)		A2
Intoxication au plomb		B
Oxyde de carbone		B
Irradiation		A2
<b>FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX</b>		
Diabète gestationnel		A2
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)		B
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)		B
Thrombose veineuse profonde		B
Coagulopathies et thrombopénie maternelles		B
Anémie gravidique		A
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)		A1
Pyélonéphrite (cf. infections urinaires)		A2
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)		
- au 1 <sup>er</sup> trimestre de grossesse		A2
- au 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> trimestre de grossesse		B
Cholestases gravidiques		B
<b>MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES</b>		
Toxoplasmose		B
Rubéole		B
Infection à cytomegalovirus		B
Herpès génital primo-infection ou récidive		B
Infection à parvovirus B19		B
Varicelle/ zona		B
Hépatite B aiguë		B
Hépatite virale A, C, D ou E		B
Tuberculose		B
Infection VIH		B
Syphilis		B
Grippe		A1

Listériose		B
Paludisme		B
Chikungunya		B
Maladie périodontale		A
<b>FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX</b>		
Laparotomie en cours de grossesse		A2
<b>FACTEURS DE RISQUE GYNÉCOLOGIQUES</b>		
Cancer du col		A2
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou embocavitaire)		A2
Kyste ovarien		A2
Cancer du sein		B
Infections vaginales		A1
Vaginoses bactériennes		A2
<b>FACTEURS DE RISQUE OBSTÉTRICAUX</b>		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)		A1
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive		A2
Oligoamnios (< 37 SA)		B
Hydramnios		B
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP		B
Amnioctésie/ponction des villosités chorionales		A2
Réduction embryonnaire		B
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA		A2
- après 16 SA		A2
Hémorragies fœto-maternelles		B
Hématome rétroplacentaire		B
Béance cervicale		B
<b>Menace d'accouchement prématuré</b>		
<b>Grossesse gémellaire</b>		
- bichoriale		A2
- monochoriale		B
Grossesse triple		B
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)		B
Diagnostic prénatal/ suspicion de malformation ou de pathologie congénitale		A2
<b>Retard de croissance fœtale</b>		
Mort totale <i>in utero</i>		B
Anomalies de localisation du placenta		B
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævias après 32 SA		B
Grande multipare (supérieur à 5)		A1

Consultation du 9<sup>e</sup> mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)

Situations à risque	Suivi
<b>FACTEURS DE RISQUE OBSTÉTRICAUX</b>	
Grossesse non suivie	B
Dépassement de terme	B
Macrosomie	A,2
Présentation non céphalique à terme	B
Suspicion de dystocie	B

## Annexe 4. Paramètres de surveillance de la mère et du nouveau-né après la sortie de la maison de naissance

Adaptés de la recommandation de la HAS « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisations du retour à domicile des mères et de leur nouveau-nés » (mars 2014)

Paramètres de surveillance de la mère
Risque hémorragique
Risque infectieux : urinaire, endométrite, plaie périnéale, mastite, veinite
Risque thromboembolique
Troubles urinaux/digestifs
Cicatrisation (périnée)
Troubles psychiques : fatigue, anxiété, « baby blues », dépression, etc.
Autres maux : lombalgies, céphalées, hémorroïdes, dyspareunie, etc.
Douleur
Vaccinations (coqueluche, rubéole, rougeole...) et injections immunoglobulines*
Accompagnement et allaitement maternel
Accompagnement et informations sur la contraception*
Évaluation du lien mère-enfant et de la relation parents-enfants
Évaluation de la qualité du soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, en bourrage élargi, etc.)

\*s'il y a lieu.

Paramètres de surveillance du nouveau-né
Risque d'ictère : surveillance de la coloration et mesure de BTC ou BS (reportée dans le carnet de santé et rapportée aux courbes de référence)
Risque de cardiopathies : auscultation et perception nette des pouls fémoraux
Risque de déshydratation/dénutrition : poids, surveillance de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), urines à chaque change, selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour)
Risque infectieux : température (hypo ou hyperthermie), fréquence respiratoire, troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration)
Comportement : tonus, éveil, contact
Supplémentation en vitamines D et en cas d'allaitement maternel en vitamines K
Réalisation des dépistages néonataux et suivi de leur traçabilité

## Annexe 5. Variables à recueillir dans le dossier patient dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation des maisons de naissance

1. **Variables concernant la mère :**
  - Age gestationnel d'inscription dans la maison de naissance, âge, indice de masse corporelle.
  - Parité : primipare ou multipare.
  - Facteur de risque apparu au cours de la grossesse.
  - Pathologie apparue au cours de la grossesse.
  - Transfert ante-partum / motif :
    - pathologie,
    - facteur de risque,
    - souhait de la femme,
    - autre (à préciser).
2. **Items à recueillir concernant l'accouchement :**
  - Date et heure d'arrivée.
  - Date et heure d'accouchement et date et heure de sortie de la maison de naissance.
  - Durée d'ouverture de l'œuf.
  - Évaluation de la douleur et du vécu avant la sortie de la maison de naissance.
  - Liquide ténué ou méconial.
  - Déchirure vaginale de 3° ou 4° degré.
  - Episiotomie.
  - Modalités de délivrance (naturelle, dirigée, artificielle).
  - Utilisation de médicament analgésique.
  - Transfert dans la maternité partenaire durant l'accouchement / motif :
    - Non-progression du travail.
    - Anomalie du rythme cardiaque fœtal.
    - Métorragies.
    - Liquide ténué ou méconial.
    - Présentation autre que sommet.
    - Prise en charge de la douleur.
    - Autre (à préciser).
- Issue de l'accouchement après transfert
  - Accouchement voie basse spontanée.
  - Césarienne.
  - Accouchement par ventouse/forceps.
  - Déchirure vaginale de 3° ou 4° degré (en nombre).
  - Episiotomie (en nombre).
  - Type d'analgésie (péridurale, rachianesthésie, morphinique, autre).
- Transfert dans la maternité partenaire en post-partum / motif :
  - Rétention placentaire sans hémorragie.
  - Hémorragie du post-partum (modérée ou sévère).
  - Souhait de la femme.
  - Autre (à préciser).
- Issue du transfert
  - Durée d'hospitalisation.
  - Délivrance artificielle et/ou révision de la cavité utérine.

- Transfusion.
  - Transfert en réa ou soins intensifs.
  - Chirurgie ou embolisation.
  - Hospitalisation après retour à domicile dans la première semaine / motif (à préciser).
- Nombre de visites post-natales totales effectuées au cours de la première semaine pour la mère.
3. **Items à recueillir concernant le nouveau-né :**
    - Age gestationnel (en semaine d'aménorrhées).
    - Poids de naissance.
    - Apgar à 1 minute, 5 minutes et 10 minutes.
    - Mode d'alimentation (à la naissance et à 7 jours).
    - Transfert dans la maternité partenaire / motif (à préciser).
    - Décès.
    - Hospitalisation après retour à domicile dans la première semaine / motif (à préciser).
    - Dépistage de l'ictère néonatal : dosage BTC ou BS réalisé et date.
      - Sibilubine sanguine effectuée, taux (en µmol ou mg).
    - Dépistage néonatal fait / non fait (motif).
    - Dépistage de la surdité permanente néonatale fait / non fait (motif).
    - Poids à J3.
    - Visite de la sage-femme dans les 24 heures après sortie de la maison de naissance fait/non fait.
    - Examen des huit premiers jours programmé fait/non fait.
    - Nombre de visites post-natales totales effectuées au cours de la première semaine pour l'enfant.

## Annexe 6. Éléments à recueillir dans le cadre du bilan annuel de l'évaluation de l'expérimentation des maisons de naissance

- Concernant l'activité et la prise en charge**
  - Nombre de femmes prises en charge.
  - Nombre de femmes éligibles et non admises.
  - Nombre de femmes non éligibles<sup>1</sup> et admises / motif (à préciser).
  - Nombre de demandes de femmes non éligibles<sup>1</sup> / motif (à préciser).
  - Nombre de transferts *pre-partum* / motif :
    - Pathologie,
    - Facteur de risque,
    - Souhait de la femme,
    - Autre (à préciser) ;
  - Accouchement :
    - Évaluation de la douleur et du vécu avant la sortie de la maison de naissance.
    - Liquide ténué ou méconial (en nombre),
    - Déchirure vaginale de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> degré (en nombre),
    - Épisiotomie (en nombre),
    - Moyens de délivrance (naturelle, dirigée, artificielle) (en nombre),
    - Utilisation de médicament analgésique (en nombre).
  - Nombre de transferts *per-partum* / motif :
    - Non-progression du travail,
    - Anomalie du rythme cardiaque fœtal,
    - Métronragies,
    - Liquide ténué ou méconial,
    - Présentation autre que sommet,
    - Prise en charge de la douleur,
    - Autre (à préciser).
  - Issue (en nombre) de l'accouchement après transfert
    - Accouchement voie basse spontanée,
    - Césarienne,
    - Accouchement par ventouse/forceps,
    - Déchirure vaginale de 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> degré,
    - Épisiotomie,
    - Type d'analgésie (péridurale, rachianesthésie, morphinique, autre).
  - Nombre de transferts *post-partum* / motif :
    - Rétention placentaire sans hémorragie,
    - Hémorragie du *post-partum* (modérée ou sévère),
    - Souhait de la femme,
    - Autre (à préciser).
  - Issue du transfert *post-partum*
    - Durée moyenne d'hospitalisation,
    - Nombre de délivrance artificielle et/ou révision de la cavité utérine,
    - Nombre de transfusion,
    - Nombre de transfert en réanimation ou soins intensifs,
    - Nombre de chirurgie ou embolisation.

<sup>1</sup> Selon les critères d'éligibilité des femmes enceintes définis dans l'annexe 3 du cahier des charges (issus de la RBP de mai 2007 sur le thème « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées »).

- Nombre d'hospitalisation après retour à domicile dans la première semaine / motif (à préciser).
- Morbidité néonatale :
  - Score d'Apgar à 1 minute, 5 minutes et 10 minutes,
  - Nombre de transferts et motifs,
  - Nombre d'enfants nés vivants/décédés,
  - Mode d'alimentation (à la naissance et à 7 jours),
  - Transfert dans la maternité partenaire / motif (à préciser),
  - Hospitalisation après retour à domicile dans la première semaine / motif (à préciser).
- Concernant l'organisation en maison de naissance**
  - Moyenne sur l'année (minimum et maximum) de professionnels de santé présents à l'accouchement et qualité (sage-femme/infirmière, etc.),
  - Nombre moyen d'heures passées en maison de naissance par les femmes et leur nouveau-né,
  - Nombre de visites réalisées dans les 24 heures après la sortie de la maison de naissance,
  - Nombre de visites post-natales effectuées en moyenne au cours de la première semaine pour la mère,
  - Nombre de visites post-natales effectuées en moyenne au cours de la première semaine pour l'enfant,
  - Nombre de dépistages de la surdité permanente néonatale réalisés,
  - Nombre de dépistages néonataux réalisés,
  - Nombre de dépistages de l'ictère néonatal effectués par BTC ou BS,
  - Nombre d'enfants examinés par un médecin au cours des 8 premiers jours,
  - Nombre de nouveau-nés examinés rapidement par un médecin suite à la visite de la sage-femme dans les 24 premières heures de vie / motif (à préciser).
- Concernant la qualité et la sécurité des soins**
  - Nombre de revues de morbi-mortalité réalisées et nombre d'action d'amélioration de la qualité mises en place,
  - Nombre de staffs avec maternité partenaire effectués avec compte-rendu,
  - Nombre d'analyses des événements indésirables associés aux soins et plans d'action d'amélioration de la qualité mis en place,
  - Nombre d'événements indésirables graves déclarés / Type (à préciser).
- Concernant la satisfaction des usagers**

Enquête de satisfaction des femmes ayant accouché dans la maison de naissance (résultats).



## Fiche descriptive

Titre	Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance
<b>Objectifs</b>	Permettre l'expérimentation de maisons de naissance dans un cadre défini respectant des critères de qualité et de sécurité des soins pour la mère et l'enfant.
<b>Patients ou usagers concernés</b>	Femme enceinte avec grossesse à bas risque
<b>Professionnels concernés</b>	Sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, médecins généralistes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, infirmière
<b>Demandeur</b>	DGOS
<b>Promoteur</b>	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
<b>Financement</b>	Fonds publics
<b>Pilotage du projet</b>	Coordination : Dr Valérie Ertel-Pau, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Catherine Sokomon Autre service impliqué : service juridique : Caroline Abelmann (chef de service : Christine Vincent)
<b>Recherche documentaire</b>	De janvier 2000 à janvier 2014 (stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 du rapport d'élaboration) Réalisée par Mr Aurélien Dancosine, avec l'aide de Mme Renée Cardoso (chef du service documentation – information des publics : Mme Frédérique Pagès)
<b>Auteur du rapport d'élaboration</b>	Dr Valérie Ertel-Pau, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles, HAS
<b>Participants</b>	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur <a href="http://www.has-sante.fr">www.has-sante.fr</a> . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
<b>Validation</b>	Adoption par le Collège de la HAS en septembre 2014
<b>Documents d'accompagnement</b>	Rapport d'élaboration

# LOIS

## LOI n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance (1)

NOR : AFSX1316665L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,  
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

### Article 1<sup>er</sup>

A titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance », où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, dans les conditions prévues aux articles L. 4151-1 et L. 4151-3 du code de la santé publique. Ces autorisations portent sur une durée maximale de cinq ans.

La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure.

### Article 2

Pour la mise en œuvre de l'expérimentation, il est dérogé aux articles L. 1434-2, L. 1434-7 et L. 6122-1 du code de la santé publique.

Les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé au sens de l'article L. 6111-1 du même code et ne sont pas soumises au chapitre II du titre II du livre III de la deuxième partie dudit code.

Il peut être dérogé aux dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux modalités d'application de la prise en charge de certains actes inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 de ce même code.

Par dérogation à l'article L. 162-22-13 dudit code, les dépenses nécessaires au fonctionnement des maisons de naissance peuvent être prises en charge, en tout ou partie, par la dotation annuelle prévue à l'article L. 162-22-14 du même code.

### Article 3

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, en conformité avec un cahier des charges adopté par la Haute Autorité de santé et après avis conforme de celle-ci, la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner à titre expérimental.

La suspension de fonctionnement d'une maison de naissance inscrite sur la liste peut être prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les motifs et dans les conditions prévus à l'article L. 6122-13 du code de la santé publique. Le retrait d'inscription à la liste est prononcé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en cas de manquement grave et immédiat à la sécurité ou lorsqu'il n'a pas été remédié aux manquements ayant motivé la suspension.

### Article 4

Un an avant le terme de la dernière autorisation attribuée à une maison de naissance, le Gouvernement adresse au Parlement une évaluation de l'expérimentation.

### Article 5

Les conditions de l'expérimentation, et notamment les conditions d'établissement de la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner, les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de la rémunération des professionnels et les conditions spécifiques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 6 décembre 2013.

FRANÇOIS HOLLANDE

Par le Président de la République :

*Le Premier ministre,*  
JEAN-MARC AYRAULT

*La ministre des affaires sociales  
et de la santé,*  
MARISOL TOURAINE

---

(1) Travaux préparatoires : loi n° 2013-1118.

*Sénat :*

Proposition de loi n° 548 (2011-2012) ;  
Rapport de Mme Muguette Dini, au nom de la commission des affaires sociales, n° 368 (2012-2013) ;  
Texte de la commission n° 369 (2012-2013) ;  
Discussion les 28 février et 13 juin 2013 et adoption le 13 juin 2013 (TA n° 168, 2012-2013).

*Assemblée nationale :*

Proposition de loi, adoptée par le Sénat, n° 1157 ;  
Rapport de M. Yannick Favennec, au nom de la commission des affaires sociales, n° 1560 ;  
Discussion et adoption le 28 novembre 2013 (TA n° 249).

## Décrets, arrêtés, circulaires

### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

##### Arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale

NOR : AFSH1528580A

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4151-1, L. 6122-1, R. 6123-43 et D. 6124-92 ;

Vu la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance ;

Vu le décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance ;

Vu l'arrêté du 30 juillet 2015 fixant la composition du dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des maisons de naissance ;

Vu les dossiers de candidatures transmis ;

Vu l'avis du 4 novembre 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant sur la liste des maisons de naissance candidates pour fonctionner à titre expérimental,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Sont autorisées fonctionner à titre expérimental les maisons de naissance ci-dessous mentionnées :

- société civile de moyens CALM - Maison de naissance, à Paris ;
- association Premier Cri, à Vitry sur-Seine ;
- association Maison de naissance DOUMAIA, à Castres ;
- association La Maison, à Grenoble ;
- association Le Temps de naître, à Baie-Mahault ;
- association Joie de naître, à Saint-Paul ;
- association Premières Heures au monde, à Bourgoin-Jallieu ;
- association MANALA, Maison de naissance Alsace, à Sélestat ;
- association Un Nid pour naître, à Nancy.

**Art. 2.** – Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 23 novembre 2015.

*La ministre des affaires sociales,  
de la santé  
et des droits des femmes,*  
Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général  
de l'offre de soins,*  
J. DEBEAUPUIS

*Le ministre des finances  
et des comptes publics,*  
Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

## Décrets, arrêtés, circulaires

### TEXTES GÉNÉRAUX

#### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

##### Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance

NOR : AFSH1511616D

**Publics concernés** : femmes enceintes dont la grossesse ne présente pas de risque materno-fœtal identifié.

**Objet** : conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

**Entrée en vigueur** : le présent décret entre en vigueur le lendemain de la publication.

**Notice** : le présent décret a pour objectif de fixer les conditions de l'expérimentation des maisons de naissance, qui doit permettre de tester une prise en charge moins technicisée de la grossesse et de l'accouchement, hors établissement de santé, et de créer des maisons de naissance dans lesquelles des sages-femmes assureront le suivi de grossesse et les accouchements.

**Références** : le décret est pris pour l'application de la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Il peut être consulté sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-1-7 ;

Vu la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés du 16 juin 2015 ;

Vu l'avis du conseil central de la Mutualité sociale agricole du 17 juin 2015 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurances maladie du 2 juillet 2015 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – I. – Les maisons de naissance sont des structures au sein desquelles des sages-femmes assurent, dans le cadre des articles L. 4151-1 à L. 4151-4 du code de la santé publique relatif à l'exercice de leur profession, notamment :

1° La surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement définie à l'article L. 2122-1 du même code ;

2° La préparation à la naissance et à la parentalité définie par les recommandations de la Haute Autorité de santé ;

3° L'accouchement et les soins postnataux concernant la mère et l'enfant.

II. – Les maisons de naissance n'assurent ni l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés, ni la prise en charge des urgences obstétricales au sens de la permanence d'accueil mentionnée à l'article R. 6123-43 du même code.

III. – Les maisons de naissance sont des personnes morales juridiquement distinctes des établissements de santé, notamment ceux autorisés au titre de l'article L. 6122-1 du code de la santé publique à exercer l'activité de soins de gynécologie-obstétrique.

**Art. 2.** – L'autorisation d'ouverture d'une maison de naissance ne peut être accordée à titre expérimental, selon la procédure mentionnée au premier alinéa de l'article 3 de la loi du 6 décembre 2013 susvisée qu'à une personne morale au sein de laquelle exercent des sages-femmes auxquelles est confiée la direction médicale et dont le projet est conforme aux recommandations du cahier des charges de l'expérimentation adopté, en application de l'article 3 de la même loi, par la Haute Autorité de santé.

**Art. 3.** – La maison de naissance conclut une convention avec un établissement de santé autorisé à l'activité de soins de gynécologie-obstétrique dont elle est contiguë. Elle doit être membre du même réseau de santé en périnatalité que celui de cet établissement.

Cette convention précise notamment :

1<sup>o</sup> Les modalités de transfert des femmes et des nouveau-nés à tout moment de la grossesse, au cours de l'accouchement et du post-partum ;

2<sup>o</sup> Les modalités de transmission des informations médicales mentionnées au 4<sup>o</sup> de l'article 5 du présent décret ;

3<sup>o</sup> Les modalités d'approvisionnement de la maison de naissance en médicaments par la pharmacie à usage intérieur de l'établissement de santé ;

4<sup>o</sup> Les relations financières entre les deux structures.

Cette convention est transmise dès signature au directeur général de l'agence régionale de santé compétente ainsi qu'au ministre chargé de la santé. Toute modification de la convention fait l'objet d'une information à ces mêmes autorités.

Le règlement intérieur de la maison de naissance qui est élaboré conformément aux recommandations du cahier des charges de l'expérimentation leur est également transmis et toute modification substantielle leur en est signalée.

**Art. 4.** – Peuvent accoucher en maison de naissance les femmes enceintes, inscrites et suivies pour leur grossesse dans ce cadre et répondant aux critères d'éligibilité définis par le cahier des charges de l'expérimentation de la Haute Autorité de santé mentionné à l'article 2 du présent décret.

**Art. 5.** – La femme enceinte souhaitant s'inscrire en maison de naissance reçoit une information complète sur le fonctionnement de la maison de naissance, son caractère expérimental et la prise en charge proposée, notamment quant à la prise en charge de la douleur. Elle est informée de l'obligation de faire réaliser une consultation préanesthésique dans l'établissement partenaire dans les conditions prévues à l'article D. 6124-92 du code de la santé publique et du caractère obligatoire de l'examen médical de l'enfant mentionné à l'article R. 2132-1 du même code.

Le consentement exprès et éclairé de la femme est recueilli par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée. Il porte sur :

1<sup>o</sup> L'entrée dans le dispositif expérimental de la maison de naissance et notamment sur la prise en charge proposée ;

2<sup>o</sup> La liste nominative des sages-femmes de la maison de naissance susceptibles d'accéder à son dossier médical et à celui de son enfant ;

3<sup>o</sup> La liste nominative des établissements de santé susceptibles d'être destinataires des informations prévues au 4<sup>o</sup> du présent article ;

4<sup>o</sup> La transmission, par les professionnels de santé de la maison de naissance aux professionnels de santé de l'établissement partenaire, des informations administratives et médicales strictement nécessaires aux éventuels transferts et prise en charge de la femme et de son enfant.

Le consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée, dans la limite de l'expérimentation.

Lorsque la transmission des informations mentionnées au 4<sup>o</sup> s'effectue par voie électronique, elle est réalisée, notamment par messagerie sécurisée, dans des conditions permettant l'identification certaine de l'émetteur et du destinataire.

**Art. 6.** – Si la consultation préanesthésique mentionnée au premier alinéa de l'article 5 du présent décret n'a pas lieu ou si les résultats des examens prescrits à cette occasion ne sont pas reçus par l'établissement de santé partenaire, l'accouchement ne peut avoir lieu au sein de la maison de naissance.

**Art. 7.** – L'effectif de sages-femmes de la maison de naissance est suffisant pour garantir la qualité et la sécurité de l'accueil et de la prise en charge des femmes enceintes inscrites. Une sage-femme est en mesure de pouvoir intervenir à tout moment, tous les jours de l'année, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.

Lors des accouchements, l'organisation de la maison de naissance doit garantir la présence dans les locaux d'une seconde sage-femme. Celle-ci a pour mission d'assister la sage-femme réalisant l'accouchement, notamment lorsqu'une situation d'urgence survient et que le transfert de la parturiente ou de son enfant doit être organisé.

**Art. 8.** – La maison de naissance dispose d'un accès direct avec la structure de gynécologie-obstétrique de l'établissement de santé partenaire permettant d'assurer dans des conditions compatibles avec l'urgence le transport non motorisé et allongé des parturientes et des nouveau-nés, sans voie publique à traverser.

**Art. 9.** – La maison de naissance organise les dépistages mentionnés à l'article R. 1131-21 du code de la santé publique dans le respect des recommandations professionnelles en vigueur. Elle informe et oriente la parturiente sur le dépistage précoce de la surdité permanente néonatale. La convention établie avec l'établissement de santé partenaire peut prévoir une organisation permettant aux enfants nés à la maison de naissance de bénéficier de ce dépistage au sein de cet établissement.

**Art. 10.** – Les professionnels de santé de la maison de naissance participent chaque année à des formations, notamment des mises en situation d'urgence maternelle, fœtale ou pédiatrique néonatale. Ces formations sont organisées, notamment par le réseau de santé en périnatalité dont la maison de naissance est membre, en lien avec l'établissement de santé partenaire.

**Art. 11.** – Les professionnels de santé de la maison de naissance s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques. A cet effet, ils élaborent des protocoles de prise en charge, organisent des réunions d'échanges notamment avec l'établissement de

santé partenaire, le cas échéant pour y analyser les événements indésirables qui seraient survenus. Ils assurent également le suivi d'indicateurs selon des modalités fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

**Art. 12.** – La traçabilité du bionettoyage des locaux destinés à la prise en charge des femmes et des nouveau-nés est assurée par la maison de naissance.

L'entretien du matériel et du linge utilisés par la maison de naissance permet d'éliminer tout risque infectieux.

L'élimination des déchets est effectuée conformément aux dispositions des articles R. 1335-1 à R. 1335-8 du code de la santé publique.

**Art. 13.** – Les actes effectués par les sages-femmes sont rémunérés dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Le fonds d'intervention régional mentionné aux articles L. 1435-8 et suivants du code de la santé publique participe au financement de la présente expérimentation en compensant notamment certains coûts inhérents au fonctionnement de la structure, incluant les conditions de qualité et de sécurité mentionnées à l'article 7 du présent décret.

La périodicité et le montant des crédits alloués sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

**Art. 14.** – Lorsqu'il est constaté, à l'occasion de l'exercice de l'activité de la maison de naissance, un manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins, ou en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes prises en charge ou du personnel, il est fait application des dispositions de l'article L. 6122-13 du code de la santé publique. En cas de manquement aux recommandations issues du cahier des charges de l'expérimentation adopté par la Haute Autorité de santé, il est fait application des mêmes dispositions.

**Art. 15.** – Le ministre chargé de la santé transmet à la Haute Autorité de santé, pour avis conforme rendu dans un délai de deux mois, le projet de liste des maisons de naissance accompagné des dossiers de candidature.

La composition du dossier et les modalités de candidature sont définies par arrêté du même ministre.

**Art. 16.** – L'évaluation de l'expérimentation est réalisée par l'agence régionale de santé compétente après deux années de fonctionnement de chaque maison de naissance et à l'échéance de l'autorisation.

Les modalités d'évaluation de l'expérimentation, notamment quant à sa pertinence administrative et économique, ainsi qu'au contenu du rapport d'évaluation remis annuellement par chaque maison de naissance à l'agence régionale de santé compétente et au ministère chargé de la santé, sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Art. 17.** – La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes est chargée de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 30 juillet 2015.

MANUEL VALLS

Par le Premier ministre :

*La ministre des affaires sociales,  
de la santé  
et des droits des femmes,*  
MARISOL TOURAINE

## CARACTERISTIQUES GENERALES

### CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES :

- Avez-vous des enfants ?
- A quelle distance habitez-vous de la maison de naissance où vous exercez ?

### CARACTÉRISTIQUES SOCIO-PROFESSIONNELLES :

- En quelle année avez-vous été diplômée ?
- Quel est votre parcours professionnel, où avez-vous travaillé avant de travailler en maison de naissance ?
- Avez-vous suivi d'autres formations après l'obtention du diplôme de sage-femme ?
- Quelle activité professionnelle avez-vous en parallèle de la maison de naissance ?
- Disposez-vous d'un cabinet libéral en plus de votre activité en maison de naissance ?
- Qu'est-ce qui vous a motivé à vous installer en sage-femme libérale (si la sage-femme est installée en libéral) ?

## ORGANISATION DES MAISONS DE NAISSANCE

- Êtes-vous dans la maison de naissance depuis le début de l'expérimentation ?
- Êtes-vous une sage-femme « référente » ou de « soutien » ?
- Comment fonctionne la maison de naissance où vous travaillez ? Combien de sages-femmes y travaillent ? Cette organisation vous convient-elle ? Avez-vous votre propre patientèle ?
- Quel type de suivi est proposé en maison de naissance (suivi global, préparation à la naissance et à la parentalité, réunion d'information...) ?

## L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DE LA GROSSESSE

- D'après vous qu'est-ce que l'accompagnement global de la grossesse apporte aux femmes ?
- Qu'est-ce que l'accompagnement global vous a apporté d'un point vue professionnel ?
- Avez-vous remarqué une augmentation de la demande d'accompagnement global dans la maison de naissance où vous travaillez ?

## INTÉRÊT POUR CE MODE D'EXERCICE

- Quelles ont été vos motivations à exercer en maison de naissance ?
- Le cadre de travail a-t-il contribué à votre choix d'exercer en maison de naissance ?
- Aujourd'hui estimez-vous que la tarification des actes soit à la hauteur de l'investissement fourni dans votre travail ?
- Quels sont les avantages à exercer en maison de naissance ?
- Existe-il des freins, des obstacles, des contraintes à travailler en maison de naissance ?
- Êtes-vous satisfaite de ce mode d'exercice ?
- Avez-vous reçu des candidatures de sages-femmes voulant travailler en maison de naissance ?
- Pendant combien de temps pensez-vous continuer à exercer en maison de naissance ? Pourquoi ?



## ANNEXE VI : ANALYSE THEMATIQUE DES ENTRETIENS

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
Enfant	« Je n'ai pas d'enfant. »	« Je n'ai pas d'enfant. »	« C'était important que mes enfants soient tous les trois scolarisés avant de pouvoir y travailler vraiment. »	« Mes enfants sont grands. »	« Moi mon fils, il est né au cours de l'expérimentation.»	« Après la naissance de mon troisième, j'ai pris deux ans et demi presque trois ans de congé parental. »	« Je pense beaucoup à ma vie personnelle, je n'ai pas d'enfant. »	« Oui j'en ai deux. »
Distance entre le domicile et la maison de naissance	« 40 minutes. »	« [...] à 5-10minutes. »	« Je suis à 20 minutes de la MDN. »	« [...] à cinq minutes. »	« À cinq minutes aussi, ça fait un triangle de cinq minutes. »	« Je suis à 20 minutes en voiture. »	« Environ 15 minutes. »	« Mon cabinet se situe à une heure de route de la maison de naissance, je n'habite pas loin de mon cabinet. »
Expériences professionnelles	« Je faisais du plateau technique. »	« J'ai fait un remplacement libéral dans un cabinet. »	« J'ai travaillé en maternité de niveau II, j'ai fait du libéral et puis après dans la maternité de niveau I, qui est la maternité partenaire de la maison de naissance. »	« Quasi exclusif en libéral, j'ai fait un tout petit peu de salle de naissance, environ 6 mois en structure et j'ai fait 2 ans de PMI à Mayotte. »	« J'ai travaillé [...] en salle de naissance uniquement dans quatre hôpitaux différents dont un à l'étranger » « Je faisais des remplacements libéraux. »	« J'ai travaillé cinq ans en salle de naissance, suites de couches essentiellement [...] Je me suis installée en cabinet libéral en 2004. J'ai fait quelques années en libéral classique [...]	« J'ai fait des remplacements libéraux mais pas à temps plein et après au mois de janvier à juin j'ai travaillé en hospitalier et en libéral. »	« J'ai travaillé 12 ans dans un niveau III, j'ai aussi travaillé à peu près un an dans une maternité de niveau IIb et puis je me suis installée ensuite en libéral, donc j'ai fait à peu

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
					« On faisait déjà de l'accompagnement global avec ma collaboratrice depuis 2012 en maison de naissance. »	A partir de 2008, en accompagnement global/plateau technique dans un premier temps, donc de 2008 à 2016 et depuis 2016 en maison de naissance. »		près deux ans de libéral, avant de monter le projet de maison de naissance. »
<b>Formations supplémentaires</b>	« On n'arrête pas de se former mais heu non on n'a pas de DU » « On a fait des petites formations. Alors au sein de la maison de naissance on a tout un programme de formation sur l'accouchement physiologique. »	« Moi non plus. »	« J'ai une formation de yoga maternité, après j'ai fait une formation avec Karine Langlois, [...] l'accouchement physiologique. »	« Je n'ai pas fait de formation particulièrement. J'ai refait des cours et tout ça, en formation professionnelle continue, mais officiellement non. »	« J'ai un diplôme universitaire de gynécologie, un diplôme universitaire d'hypnose sur la douleur aigüe, et la douleur chronique. [...] je suis formée en yoga prénatal, en eutonie et CMP [Connaissance et Maîtrise du Périnée], en rééducation du périnée et j'ai fait les formations d'accouchement	« J'ai une formation hapto, j'ai fait une formation d'homéo, j'ai une petite formation de sophro. Après c'est des petites formations prépa en piscine, j'ai fait une formation Bernadette de Gasquet. »	« J'ai fait un diplôme universitaire de gynéco et j'ai renouvelé ma réa nouveau-né. »	« Un diplôme universitaire de gynéco, après j'ai fait une formation d'ATMA, Art de Transformation et de Méditation Aquatique [...] Après j'ai une formation de Gasquet, des formations dans des congrès, mais pas de choses que j'ai pu certifier sur ma plaque. »

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
					<p>physiologique avec Jacqueline Lavillonniere et j'ai été formée aussi par Isabelle BRABANT et Bénédicte de Thysebaert [...] sur les gestes d'urgence extra hospitalier en maternité. »</p> <p>« Je suis aussi formée tous les ans, en réa du nouveau-né. »</p>			
<b>Statut professionnel</b>	« On est obligé en fait. Pour pouvoir être sage-femme en maison de naissance, [...] s'est que des sages-femmes libérales. »	« [...] mon activité en libérale [...]. »	« On est la seule maison de naissance à fonctionner avec des sages-femmes salariées. »	« Oui et d'ailleurs à la maison de naissance on est forcément sage-femme libérale. »	« Sage-femme libérale. »	« J'ai quand même gardé le cabinet »	« Je suis remplaçante. »	« Je suis exclusivement en suivi global à la maison de naissance. [...] mon activité principale est la maison de naissance. »

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
Les motivations de l'installation en cabinet libéral (si la sage-femme est installée en libéral)	« Pendant l'été j'avais postulé dans quelques endroits mais je n'avais pas de réponse et j'ai une amie qui travaille en libéral dans le cabinet ou je suis actuellement. [...] elle était enceinte et elle m'a proposé, concrètement de reprendre sa place. »	« Quand j'ai fini mes études, je ne voulais pas du tout travailler en milieu hospitalier. [...] Je n'apprécie pas du tout la façon, dont on traite les gens, la façon dont on voit la naissance. »		« C'est pour ça que j'ai fait mes études. »	« C'était déjà mon objectif en fait de m'installer en libéral pour faire ça. »	« C'était l'intérêt, l'envie de changer par rapport à l'activité qu'on avait dans la maternité où je travaillais. C'était quand même très classique et pas toujours en accord avec mes idées et avec mes trois enfants encore petits, le rythme des gardes à l'époque ne me convenait pas trop donc le libéral m'a aussi attirée pour l'organisation familiale plus facile. »	« La liberté en fait, les contraintes horaires hospitalières et le manque de reconnaissance, c'est pas quelque chose, enfin, comparer à mon tempérament, c'était pas quelque chose qui me correspondait » « [...] en libéral, on est plus libre de sortir toutes nos casquettes de sage-femme. »	« Du harcèlement moral de la part d'un gynécologue-obstétricien, qui n'acceptait pas que les femmes puissent se mobiliser, que je les laisse accoucher dans la position qu'elles veulent. Donc ça a été des conflits au niveau du travail. »
Statut dans la maison de naissance lors de l'entretien (SF1 ou SF2)	« Référente. »	« Je suis sage-femme 2. »	« Quand on est sage-femme 1 pour notre binôme, on est sage-femme 2	« Cet été je suis sage-femme référente et le reste du temps, je	« Je suis sage-femme référente. »	« Sage-femme 1. »	« Sage-femme 2. »	« Sage-femme référente. »

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
			pour les femmes de l'autre binôme. »	suis sage-femme de soutien. »				
Date d'arrivée dans la MDN	« Depuis l'ouverture. »	« Depuis avril. »	« Je fais partie du bureau de la maison de naissance depuis le début mais j'y travaille concrètement depuis un an, depuis septembre 2018 »	« Depuis le début. »	« Oui. » [Depuis le début]	« On a monté le projet avec trois autres collègues. Je faisais partie du noyau de départ, pour l'ouverture et le fonctionnement et j'y suis depuis. »	« J'ai rejoint la maison de naissance depuis le mois de juin » « Je suis arrivée depuis un an. »	« Oui, on était cinq sages-femmes à monter le projet. »
Fonctionnement de la maison de naissance	« [...] on se répartit le suivi sur les trois SF 1 du trinôme. Il y en a une qui s'occupe du suivi médical, donc elle fait toutes les consultations prénatales tous les mois. Et les deux autres se répartissent les cours de préparation à la naissance. L'idée	« Une dizaine [de sage-femme travaillent dans la MDN] » « Je tourne sur huit astreintes par mois. »	« On est quatre » « On travaille en binôme » « On en prend 5 ou 6 [patientes à terme par mois] par binôme » « Par binôme il y en a un à temps plein et l'autre à 75%. » « Dans un binôme, on suit les femmes à deux et on alterne l'astreinte en tant que sage-	« Aujourd'hui, on est neuf dans l'équipe, [...] il y en a qui sont en arrêt, d'autre en congés mater [...] en ce moment on est cinq. » « On fonctionne en ce moment en binôme. » « Tu t'occupes du groupe de femmes qui t'est attribué. Et les sages-femmes	« Il n'y a qu'un trinôme, mais on fonctionne souvent en binôme. » « Il y a trois sages-femmes référentes et cinq sages-femmes de soutiens. » « Il y a des astreintes de sages-femmes référentes et de sages-femmes de soutien. Quand il manque	« On est neuf, quatre font de l'accompagnement global. C'est-à-dire que l'on a deux binômes de deux sages-femmes et les autres sont sages-femmes 2. [...] actuellement, on est plutôt sept parce qu'il y en a deux actuellement qui ne sont pas là. »	« On fait des astreintes de 12 ou 24H. Chacune dit quand elle est disponible et puis on prend nos astreintes sur nos disponibilités. » « On est cinq sages-femmes 2 de mémoire. »	« Il y a des maisons de naissance ou elles font les deux, nous on a une équipe de sages-femmes d'appui uniquement. » « Donc là actuellement, nous sommes en binôme [...] nous sommes d'astreinte une semaine sur deux. » « On est sages-femmes référentes

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
	<p>c'est qu'elle [la femme enceinte] ait vu au moins deux/trois fois chaque sage-femme au minimum. »</p> <p>« 10 [sages-femmes travaillent dans la maison de naissance] à peu près »</p> <p>« Disons que pour nous sages-femmes 1, c'est [les astreintes] un tiers du temps »</p> <p>« Il y a des parents qui organisent des ateliers couches lavables par exemple, des ateliers portage, ça c'est nous qui faisons, massage bébé, soirée café parents »</p>		<p>femme 1 une semaine sur deux, pour notre binôme.</p> <p>Et quand on est sage-femme 1 pour notre binôme, on est sage-femme 2 pour les femmes de l'autre binôme. »</p> <p>« [les patientes] font forcément la préparation à la naissance avec nous. »</p>	<p>s'organisent à deux. [...] les sages-femmes se mettent d'accord entre elles, et il y en a une qui est de garde, et on en ajoute une autre qui est d'astreinte pour seconder. [...] Quand il y a deux sages-femmes référentes sur le planning de garde, dans ce cas-là, elles sont sages-femmes de soutien l'une pour l'autre. »</p> <p>« [...] j'ai gardé mon cabinet vraiment à côté. Et d'ailleurs vu que la maison de naissance est en expérimentation, [...] que ce n'est pas le moment de fermer le cabinet. »</p>	<p>des sages-femmes de soutien, [...] elles prennent un peu moins d'astreintes, les sages-femmes référentes peuvent être parfois sages-femmes de soutien. »</p> <p>« On est passées à trois patientes à terme par mois et par sages-femmes référentes. »</p> <p>« Elles ont la sage-femme médicale. C'est elle, qu'elles voient en consultation médicale de grossesse tous les mois. Ensuite vers 20 semaines, elles rencontrent les trois sages-femmes référentes en</p>	<p>« C'est découpé en astreintes de 12h soit on fait jour, soit on fait nuit, soit on fait 24h. Et parfois ça nous arrive même de faire le week-end du vendredi soir au lundi matin. [...] pour la sage-femme 2. »</p> <p>« Pour la sage-femme 1, dans le binôme on s'organise un petit peu comme on peut, comme on veut, [...] on fait en semaine 48h d'astreinte et après ça change et le week-end on fait trois jours [...]. Donc c'est des demi-semaines. »</p>		<p>pour un couple.</p> <p>Nous nous occupons chacune de toutes les consultations médicales et on partage les séances de préparation en deux. »</p> <p>« C'est celle qui me convient le mieux. »</p> <p>« Quatre à cinq termes par mois. »</p> <p>« Et on a gardé ce cabinet uniquement pour pouvoir recevoir au plus près les femmes qui habitent cette région. »</p>

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
	<p>« Pour un trinôme, on accepte à peu près environ huit patientes par mois »</p> <p>« C'est comme notre cabinet secondaire si tu veux, mais personne n'a son cabinet principal ici. »</p>				<p>même temps, ou on discute du projet de naissance. Ensuite, les préparations à la naissance, elles nous voient toutes les trois. [...] On les voit en moyenne trois à quatre fois avant l'accouchement. »</p> <p>« C'est [les astreintes] une semaine sur trois avec un jour off dans la semaine »</p> <p>« Nous c'est vraiment une maison à part entière donc on a un jardin à entretenir »</p> <p>« [...] la maison de naissance, c'est mon cabinet secondaire et mon</p>	<p>« On accompagne jusqu'à 6-7 couples par mois par binôme. »</p> <p>« On fait un suivi en alternance. »</p> <p>« [...] j'ai quand même gardé le cabinet »</p>		

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
					cabinet principal est en ville »			
<b>Les avantages du suivi global pour la femme enceinte selon la sage-femme</b>	« [...] l'autonomie. C'est vraiment plaisant en fait de voir les couples découvrir leurs propres compétences, oser se lancer, prendre confiance en eux. En fait, on leur offre le cadre où ils peuvent le faire. C'est vraiment très satisfaisant pour moi, sage-femme, mais pour les parents aussi. » « Ça leur donne pas mal confiance en eux et aussi une appropriation d'un évènement qui leur appartient en fait. »	« Je pense que ça apporte beaucoup d'autonomie et de choix dans la manière de mettre au monde son enfant [...] les gens sont souvent rassurés de savoir qu'ils sont avec une sage-femme qu'ils connaissent et ce qui permet de les accompagner au mieux. » « Quand il y a un lien de confiance, il y a plein de choses que l'on peut anticipé [...] et c'est tout à fait bien vécu et accepter parce qu'ils te font confiance. »	« Beaucoup de confiance, ça leur permet de lâcher prise plus facilement. Le fait de connaître les lieux, la sage-femme, ça leur permet d'aller au bout de leur projet en se sentant accompagnés, soutenus. » « On sait comment les accompagner, et on connaît leurs limites on sait dans quel sens aller pour les accompagner au mieux pour eux. »	« Le fait que la sage-femme connaît un certain nombre de choses sur la femme, qu'elle a pu échanger avec elle. [...] il y a un certain nombre de choses qui ont pu être faites, s'il y avait besoin au niveau prévention. »	« Je pense que ça leur permet d'avoir le temps de grandir. Ça leur offre pas mal de sécurité [...] Il y a un lien quand même qui se crée. On parle, on évoque beaucoup au début, quand on les rencontre, de leur famille, des liens familiaux, la grand-parentalité, comment cet enfant est accueilli dans cette famille au sens large, les difficultés, les facilités de cet accueil là. Et du coup, je pense que ça a un apport assez important	« Il y a une relation de confiance qui s'installe dans les deux sens. Ça facilite vraiment le lâcher prise. » « On reste quand même un repère » « Elles n'ont pas besoin de rester dans la vigilance. » « Elles sont plus dans le lâcher prise, plus en confiance et je pense que ça aide pour la naissance. »	« Je pense qu'en terme de relation aux soins et de confiance et de vécu d'accouchement c'est pas du tout le même. Je pense qu'elles vivent l'accouchement et qu'elles accouchent et qu'elles ne se font pas accoucher. » « Elles sont libres de leurs mouvements, de leurs gestes. » « Qu'en maison de naissance, la place du père elle est totalement différente [...] il est là et il accompagne	« Il apporte un espace de parole, un espace où ils peuvent être eux-mêmes, de se familiariser avec une professionnelle, de lui faire confiance. Ils sortent de l'anonymat, [...] voilà c'est la personnalisation. [...] D'être uniques, [...] De se sentir écoutés dans ce qu'ils font, dans leurs souhaits. D'être accompagnés aussi, à avoir des informations et à faire des choix confiants. [...] la présence, la



Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
					<p>que ce soit pas juste une grossesse à surveiller médicalement [...] que ce soit un accompagnement sur toutes les thématiques qu'elles soient sociales, économiques... et que ce soit fait avec un groupe de personnes limité. »</p>		<p>vraiment. Il a une place plus centrale. »</p>	<p>disponibilité de la sage-femme. Donc quelque chose qui rassure [...] Il n'y a pas de séparation de la famille, pas de séparation du couple puisqu'ils rentrent dormir chez eux. [...] la mobilité pendant l'accouchement etc, le fait de ne pas intervenir forcément. Ils viennent pour être partenaires, être impliqués dans les soins, dans les choix qu'ils doivent faire pour leur santé. »</p> <p>« C'est plus un accompagnement familial en fait qu'uniquement médical. »</p>

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
Intérêts du suivi global pour la sage-femme après la sage-femme	« C'est vraiment très satisfaisant pour moi. » « Puis c'est un lien de confiance moi que je ne peux plus imaginer travailler sans quoi. »	« Enfin, moi je ne fais pas d'accompagnement global [...] je me rends compte dans ma pratique, que c'est ce que je trouve le plus logique et le plus adapter. »	« C'est super enrichissant. » « Pour moi c'est toujours fascinant, enfin le fait de voir quelles sont capables de la faire. »	« Je considère que c'est comme ça que le travail de sage-femme est intéressant » « On peut avoir une vraie place de référente dans la relation des femmes et du couple. Tu vois, ça va plus loin que la grossesse. [...] on peut faire confiance, on peut se dire des choses. »	« J'arrive toujours à me faire surprendre et avec plaisir ... d'une fascination de la femme qui accouche en toute autonomie, comment un bébé peut naître facilement sans qu'on intervienne vraiment. » « Ça m'a appris vraiment à développer une clinique beaucoup plus importante, une sensibilité tactile vraiment plus importante. Et vraiment détecter l'urgence. »	« Ça m'épanouie parce que on se sent utile. » « Cette notion de globalité [...] C'est une relation professionnelle mais qui va plus loin, [...] ce côté un peu sage-femme de la famille, c'est vrai que ça me plaît beaucoup. »		« Ça me donne plus de clés. [...]. Ça permet d'être beaucoup plus calme, de connaître le contexte de chacun et d'adapter nos propositions à la réalité des gens. Moi, je trouve que c'est passionnant, parce qu'on rencontre des gens qui ont des situations très diverses. [...] Là, je trouve que c'est beaucoup plus riche, passionnant, [...] comme si on était une sage-femme de famille. »
Tendance de la demande d'un accompagnement global pendant la	« On a une augmentation d'activité. »		« [la création d'un second binôme] C'était pour répondre à une	« Ça c'est un peu élargi. Je pense que ça s'est ouvert à un	« Nous on avait deux à trois couples avant que l'expérimentation	« On le voit clairement que les demandes augmentent parce	« Moi je ne peux pas le voir spécialement parce que c'est pas moi	« Très vite, moi j'étais surprise de voir que très vite les gens, beaucoup

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
grossesse constatée par la sage-femme			demande, qui oui était importante depuis le début et qui n'était pas complètement satisfaite. »	peu plus de monde. »	ouvre. Et là, on est déjà allés jusqu'à 16 couples par mois, [...] il y a une augmentation vraiment importante. » « On a limité parce que c'était nos limites psychiques et physiques. »	qu'au début on arrivait à accompagner toutes les demandes. Là, régulièrement, on est obligées d'en refuser parce qu'on a trop de demandes. »	qui reçoit les demandes. »	de gens nous contactent. » « Quasi tous les mois on refuse des gens par manque de place. »
Les motivations de la sage-femme pour travailler en maison de naissance	« C'est un ensemble de rencontres, certains stages aussi. »	« Je suis arrivée dans un cabinet où travaille [une sage-femme] qui était à la maison de naissance. »	« Depuis que j'étais à l'école de sage-femme, j'avais envie de faire du suivi global ça faisait partie de mes motivations. »	« Ma motivation à exercer en maison de naissance, c'est ma motivation pour faire en sorte qu'elles existent en France. » « Je n'ai pas forcément envie de travailler dans ce type de structure, j'ai envi qu'elles existent. »	« Dès mes études, je suis allée à Québec visiter des maisons de naissance. Je suis allée à Namur en Belgique à l'Arche de Noé. J'avais très envie, qu'en France on expérimente les maisons de naissance, qu'on les ouvre tout court sans les expérimenter. »	« C'était un peu ce challenge, voilà les maisons de naissance ça fait quand même des dizaines d'années qu'on en parlait en France, [...] de participer à cet élan et cette nouveauté des maisons de naissance. [...] c'était [...] un petit challenge qui correspondait bien	« En temps qu'étudiante, j'avais fait un stage avec une sage-femme qui travaille dans la maison de naissance. Elle m'en avait beaucoup parlé, j'avais pu la visiter, j'avais pu rencontrer des patientes et c'est vrai que le métier de sage-femme en maison de	« Et donc là, j'ai vraiment été en contact avec des gens que j'avais accompagnés et qui avaient un mauvais vécu de l'accouchement. Et là, j'ai eu envie d'arrêter le métier parce que je me suis dit...heu, j'avais plus envie d'être sage-femme. Donc quand j'ai décidé de prendre des

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
					« Je pense que pendant mes études, je me suis intéressée aux maisons de naissance belges, je suis allée faire un stage là-bas et j'ai fait un stage avec une sage-femme, en France, qui fait du plateau technique. »	à ma façon de voir les choses. »	naissance c'est quelque chose qui m'attirait. [...] Et le fait d'avoir la possibilité de travailler en maison de naissance, pour moi c'était une expérience. »	congelés pour réfléchir à mon projet professionnel, le décret est sorti. Finalement, je me suis lancée dans quelque chose qui me correspondait et ce que j'avais envie de faire depuis toujours : la maison de naissance. » « Ce qui m'a motivé c'est de pouvoir accompagner les couples de façon naturelle [...] de limiter toutes ces interventions médicales que je voyais, qui étaient inutiles et qui étaient inconfortables et

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
								contraignantes pour les gens. »
<b>Avis de la sage-femme par rapport la tarification des actes en maison de naissance</b>	<p>« Il y a des actes qui n'existent pas. »</p> <p>« Donc si on revient aux cotations, on a trouvé des arrangements, en fait on demande pas mal de participation des parents. Donc, on leur demande au 9ème mois un forfait d'astreinte qui sert à rémunérer le fait qu'on se tienne d'astreinte pour elles 24h/24h pendant quatre à cinq semaines et puis pour rémunérer en partie cette deuxième sage-femme qui se</p>		<p>« Les cotations qui n'existent pas encore, qui ne sont pas encore créées auprès de la sécu. »</p>	<p>« C'est surtout dans la façon de découper les actes, que tu vois qu'il y a vraiment un gros travail à faire. Tu vois, aujourd'hui les sages-femmes sont calquées sur un modèle très médical. »</p>	<p>« Nous en tant que praticienne, on ne fait pas de dépassement d'honoraires. C'est l'association qui demande une adhésion à 37 semaines aux couples. Et l'association répartit cet argent-là pour les astreintes des sages-femmes. »</p> <p>« On ne gagne pas forcément beaucoup beaucoup d'engagement en tout cas. »</p> <p>« A un moment donné, si on veut pérenniser cette</p>	<p>« Pas du tout, je crois que là, on est assez unanime là-dessus. »</p> <p>« Donc c'est sûr que c'est largement sous payé le forfait accouchement. »</p>		<p>« Que nos actes soient revalorisés pour qu'on ne demande plus de dépassement d'honoraires aux parents »</p> <p>« Les tarifications actuelles ? Non pas du tout, c'est pour ça qu'on fait des dépassements d'honoraires. »</p>

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
	déplace et qui ne peut rien coter. » « On n'est pas reconnues financièrement pour ce que l'on donne. »				pratique là, et qu'on professionnalise un peu plus cette pratique là, il faut reconnaître le travail et ça passe par le financier. »			
<b>Les avantages de travailler en maison de naissance d'après la sage-femme</b>	« Il y a un travail de groupe qui est vraiment intéressant [...] c'est génial par rapport à ce qu'on faisait avant où l'on était seule, c'est vraiment enrichissant d'être à deux, d'avoir un relais, de pouvoir prendre du recul, d'avoir un regard extérieur. Pour nous ça à vraiment été une belle découverte. »	« Après en tant que sage-femme 2, on est moins dedans [...] Donc c'est un peu moins contraignant. » « Il y a une bienveillance dans l'équipe qui est géniale » « Je trouve que c'est sécurisant. [...] La maison de naissance, je trouve que ça permet d'être dans une structure qui donne plus confiance. »	« Au niveau professionnel pour moi c'est le top dans la manière de travailler. » « Bah c'est gratifiant par rapport à la manière dont les femmes accouchent. Après, il y a aussi l'autonomie de travailler dans cette structure. Bah la, pour moi c'est un avantage, c'est intéressant et important. [...]»	« Je trouve que, c'est là où l'on peut apprendre aux sages-femmes à accompagner les femmes. » « C'est effectivement de pouvoir travailler avec les femmes pour que ce soit elles qui accouchent et d'apprendre ce que c'est la physiologie. »	« Déjà le travail en équipe, j'apprécie vraiment, ça me permet de grandir professionnellement. » « Je trouve ça chouette aussi, que les femmes aient plusieurs professionnels, réduits mais plusieurs quand même. » « Le travail en équipe c'est vraiment intéressant, on se forme ensemble	« On se sent beaucoup plus libres beaucoup plus autonomes en maison de naissance. » « Qu'en maison de naissance, on se sent vraiment autonomes et indépendantes. » « On apprécie d'être deux sages-femmes au moment des naissances. » « Maintenant mes enfants sont grands, mon	« En fait, j'ai énormément appris en travaillant en maison de naissance et puis ça m'a donné un regard totalement différent de ce que j'avais appris par rapport à la naissance. Et puis ça me permet d'avoir toujours un travail d'équipe. » « C'est vrai que de travailler dans la maison de naissance ça m'a permis d'avoir un	« Ça me donne une grande satisfaction dans mon travail, c'est justement de pouvoir travailler en toute autonomie et sans avoir ce rapport hiérarchique qui était pesant. » « J'ai découvert le rapport génial avec les gens au niveau de la famille, la confiance qui s'installe. » « Et le travail en équipe, je ne l'imaginai pas non

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
	<p>« On est vraiment seule ici, on n'a pas les collègues au bureau qui viennent nous dire : alors elle en est où etc. [...] on devait sans cesse [...] justifier, [...] Il fallait tout le temps se positionner sur la justification, la défense de notre pratique »</p> <p>« C'est un climat plus serein, pas juste pour les patientes mais pour nous aussi. »</p> <p>« On porte pleinement notre responsabilité, du coup elle n'est pas partagée. Chacun la porte et ça a du poids, c'est la pleine autonomie</p>	<p>« Le travail en équipe, je trouve ça top, je trouve que c'est vraiment enrichissant et puis je suis dans les dernières arrivées, c'est trop bien d'être avec une équipe qui a vécu plus de choses, qui a plein de choses à raconter. »</p>	<p>C'est quand même un plus d'être autonome. »</p>		<p>sur plein de choses, on voit comment les autres travaillent. Ça nous permet vraiment d'améliorer et de faire attention encore plus à ce qu'on fait en sachant que l'autre va prendre derrière nous. »</p> <p>« Le cadre, nous, on a une maison, c'est tout mignon. »</p> <p>« Il y a une facilité de communication comme on est peu nombreuses. »</p> <p>« Le cadre, moi en tout cas sur ma pratique ça a beaucoup d'impact le côté que les murs ne soient pas blancs, qu'on ne</p>	<p>conjoint est compréhensif sur tout ça, [...] Il comprend que moi j'ai envie de travailler comme ça et il me soutient plutôt dans ce choix-là. »</p>	<p>réseau de sages-femmes, de prendre part à un projet et ça c'est quand même bien enrichissant »</p> <p>« J'avais peur qu'il m'arrive une réa du nouveau-né, une hémorragie de la délivrance et de ne pas être au taquet. Et plus j'ai des naissances, plus j'ai des transferts aussi, parce que c'est avec les transferts que l'on apprend aussi, plus je me dis qu'en terme de sécurité, on est quand même pas mal. »</p> <p>« Ça m'a développé un esprit clinique un peu... un</p>	<p>plus comme ça en fait. Et on a vraiment une équipe de sages-femmes référentes, on échange, on apprend des unes des autres. »</p> <p>« C'est vraiment l'accompagnement et de travailler en accord avec mes valeurs. »</p> <p>« Si je dois dire quelque chose c'est que c'est un boulot très varié, très riche, très humain, très gratifiant, très intéressant au niveau de l'aspect médical aussi parce qu'on a des situations différentes, on peut observer, on a vraiment besoin de</p>

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
	<p>de la sage-femme. »</p> <p>« Le côté humain de ce que l'on vit avec nos patientes, c'est génial, c'est vraiment, oui il y a une grande satisfaction. »</p> <p>« C'est un métier très valorisant. »</p> <p>« Ce côté passionnant de la découverte de la physiologie. »</p> <p>« C'est très stimulant aussi intellectuellement et personnellement. »</p>				<p>soit pas avec du mobilier hospitalier etc. Ça permet vraiment de s'ancrer dans le travail de l'accouchement physiologique. »</p>		<p>meilleur esprit clinique. »</p>	<p>toutes nos compétences de sage-femme parce que quand on intervient il faut bien connaître son boulot [...] On est vraiment vraiment, je pense, dans la plénitude de nos compétences »</p>
<p><b>Les freins pour travailler en maison de naissance d'après la sage-femme</b></p>	<p>« Ça reste vraiment prenant. C'est un sacrifice d'une partie de sa vie privée. »</p> <p>« L'une des choses les plus lourdes,</p>	<p>« Il faut aussi gérer le cabinet, quand tu es appelée il faut t'organiser pour reporter tes consultes. Donc ça reste aussi</p>	<p>« Je trouve que c'est lourd, parce que l'astreinte 24h/24, une semaine sur 2 c'est très prenant »</p>	<p>« Tu vois, on a fait des petites affiches avec nos coordonnées, [...] on l'a proposé dans la salle d'attente de la maternité</p>	<p>« On ne gagne pas forcément beaucoup beaucoup avec beaucoup d'engagement. »</p> <p>« Être appelée. »</p>	<p>« C'est toujours difficile de se dire qu'on les suit, qu'on s'investit, et puis après au final elles accouchent</p>	<p>« J'ai aussi vu au travers de mes collègues, que l'accompagnement global c'est énormément de responsabilité et</p>	<p>« Je pense que l'expérimentation faisait peur, je pense que le volume de travail faisait peur, j'avoue que je ne sais pas</p>



Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
	<p>c'est de devoir annuler une journée de consultation. [...] il faut que tu t'occupes de trouver des créneaux pour tous ces gens. »</p> <p>« [...] notre maternité partenaire, on sait que dans les années à venir, c'est prévu qu'elle soit fermée. Donc l'avenir de la MDN est aussi en suspens. »</p> <p>« Un des bémols c'est la distance. »</p> <p>« La frustration de devoir transférer les patientes. »</p> <p>« Pour le nombre d'années d'études,</p>	<p>contraignant et un sacrifice aussi d'un point de vue personnel. »</p> <p>« La contrainte des astreintes par rapport à sa vie de famille, enfin moi je sais qu'actuellement ça va, parce que je n'ai pas d'enfant. »</p> <p>« Je pense que pour certaines sages-femmes, ça peut être un frein de travailler en maison de naissance quand tu vois la charge de travail que ça peut être par rapport à ce que tu gagnes. »</p>	<p>« Dans la conciliation avec la vie personnelle je trouve ça compliqué. »</p> <p>« Il y a l'aspect financier [...] On a le même salaire qu'avant, voir inférieur, parce que je n'ai plus la prime de fériés, de dimanche. »</p>	<p>partenaire, ils ont refusé [...] On est pas du tout visibles. »</p> <p>« La contrainte d'être d'astreinte une semaine sur deux. »</p> <p>« Et après la responsabilité que tu as, ce n'est aussi pas évident. »</p> <p>« Elles ne sont pas toujours très tranquilles par rapport à comment on va les juger, si elles sont obligées de transférer. »</p>	<p>« C'était difficile au niveau de la gestion familiale. »</p> <p>« Ce côté astreinte, on est là mais on n'est pas là. »</p> <p>« Je pars et je reviens, ça c'est fatiguant. »</p> <p>« Je devais annuler toute une journée de consultations, parce qu'au final j'étais d'astreinte et financièrement c'est compliqué de ne pas consulter quand on est d'astreinte, parce qu'à l'époque on n'était pas payées sur nos astreintes. Du coup, je me retrouvais à devoir replacer environ 13 consultations et de me demander</p>	<p>avec l'autre sage-femme. »</p> <p>« On reste vigilantes quand même, on reste avec le téléphone on reste joignables, prêtes à partir à toute vitesse s'il faut, ça reste quand même une charge mentale même quand on n'est pas appelées. »</p> <p>« C'est surtout les contraintes de l'expérimentation, de ne pas trop s'avoir ou l'on va à moyen et long terme. [...] Beaucoup de flou et de boulot d'un point de vue administratif. Il faut aussi gérer une association, gérer</p>	<p>c'est une grosse charge de travail, et donc il faut réussir à coupler du professionnel et du personnel. Moi je pense beaucoup à ma vie personnelle. »</p> <p>« Les maisons de naissance devraient être sur un Ib ou un III. Une maison de naissance sur une maternité de niveau I, ça ne sert à rien en fait. »</p> <p>« Quand on est sage-femme 2, c'est qu'on fait pas d'accompagnement global et qu'on ne veut pas avoir cette contrainte d'être beaucoup d'astreinte. »</p>	<p>très bien ce qui fait peur, j'essaie de me projeter. »</p> <p>« Le frein c'est l'absence de projection. »</p> <p>« Il y a besoin de valoriser nos actes, le temps que l'on passe avec les gens, il y a besoin de valoriser nos temps de réunion, de staff entre sages-femmes référentes, avec l'équipe partenaire, avec toutes les sages-femmes d'appui et les sages-femmes référentes pour qu'on garde une bonne cohésion et une bonne, comment dire au niveau de la qualité de la coordination</p>

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
	il vaut mieux faire ingénieur. »				quand je vais les mettre. »	<p>tout ce qui est représentation extérieure. [...] On a, aussi deux fois par mois environ, [...] un espèce de staff pour parler des dossiers. [...]. C'est des choses qui prennent du temps et de l'énergie quand même. »</p> <p>« Qu'il faudra revoir peut-être pour la suite de l'expérimentation, ces problèmes des assurances [...] il n'y a que la MACSF qui s'est positionnée pour nous assurer. [...] ils ont augmenté leurs tarifs. Ils ont un peu le monopole. »</p>		<p>des soins etc. Et il faut aussi valoriser les astreintes correctement, donc qu'elles soient bien payées parce qu'en fait j'ai compté, je passe 42% de l'année en astreinte en étant dans un binôme, donc c'est un temps conséquent qui doit être rémunéré, et qui doit être pris en compte. »</p>

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
						« Je crois, qu'il faut être à la base archi motivée, convaincue et avoir vraiment envie de travailler comme ça. Les contraintes sont importantes, donc il faut que de l'autre côté ce soit compensé par une satisfaction professionnelle par rapport à l'accompagnement global. »		
Candidatures de sages-femmes souhaitant travailler en maison de naissance	« Ça ne se présente pas du tout. »		« On en reçoit mais du coup c'est vrai qu'il faut que les sages-femmes passent par la maternité. Après ça ce sera à revoir à la fin de l'expérimentation si ça perdure [...] Parce que du coup,	« Le fait que c'est expérimental, on ne sait pas où est-ce qu'on va, c'est sûr que c'est pas du tout évident de recruter. » « On a pas mal de candidature, mais au bout du compte, il y a peu de sages-	« Là il n'y a pas beaucoup de sages-femmes qui veulent se lancer comme c'est la fin. »	« On cherchait activement depuis un an, un an et demi. Là, on a deux nouvelles sages-femmes, c'est elles qui forment l'autre binôme actuel » « Donc on en trouve mais ce n'est pas facile.		« Il y en a plus maintenant. Il y a un an et demi, on avait fait un appel national. On a eu des sages-femmes qui nous ont contactées, mais qui n'ont pas donné suite. On a eu des sages-femmes qui

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
			c'est vrai que le recrutement à la maison de naissance, [...] est quand même assez limité et puis il y a d'autres sages-femmes qui sont effectivement intéressées. »	femmes qui ont envie de tenter cette aventure-là. »		Parce qu'il y a souvent des contraintes qui bloquent. »		sont venues qui ont vu comment on fonctionnait et qui finalement sont restées sages-femmes d'appui mais qui ne sont pas devenues sages-femmes référentes. »
<b>Perspectives professionnelles futures de la sage-femme en maison de naissance</b>	« Son activité de cabinet, s'est devenu la maison de naissance. Et c'est vers ça que je veux m'orienter aussi. » « Je me vois terminer l'expérimentation. » « Moi mon rêve c'est de continuer de faire de l'accompagnement global tant que ma vie privée me le permet. Mais mon	« Moi si ma situation personnelle le permettait je resterais jusqu'à la fin de l'expérimentation. »	« J'ai résigné jusqu'à septembre 2019, donc euh après oui je serai là jusqu'à la fin de l'expérimentation, euh jusqu'en septembre 2020 pardon. » « Je ne sais pas encore. Pour moi, c'est vraiment très lourd pour ma vie familiale. Enfin, même si c'est mon idéal professionnel pour l'instant [...]	« Je continuerai encore puis petit à petit je vais pouvoir m'arrêter de travailler. Parce que normalement j'espère bien un jour partir à la retraite. »	« Amélie : et là, vous pensez quand même finir l'expérimentation ? Chloé : ah oui. » « J'aimerais beaucoup que ça serve aux étudiants. »	« L'année qui reste sûr, après ça va dépendre un peu de la suite. Mais je pense, que je vais encore continuer, sauf si tout s'arrête. »	« Est ce que je ferais de l'accompagnement global ou pas, c'est une question. [...] Mais c'est une question qui se pose. » « [...] j'ai vu un peu l'envers du décor, la disponibilité que ça implique et je ne suis plus sûre. » « Mon mari est interne, et il lui reste deux mois d'internat, octobre,	« Donc le mieux là, au niveau des maisons de naissance, c'est qu'on puisse former, partager, former les sages-femmes, les étudiants sages-femmes à la physiologie et au fonctionnement de la maison de naissance. » « Si ça continue, oui, je continue à bosser comme ça,

Thèmes abordés	N°1 : Emma	N°2 : Jade	N°3 : Louise	N°4 : Alice	N°5 : Chloé	N°6 : Lina	N°7 : Rose	N°8 : Léa
	rêve, ce serait d'ouvrir ça près de mon cabinet. »		c'est vraiment difficile de concilier les deux. Du coup j'ai envie d'y travailler quelques années, mais je sais que je ne ferai pas toute ma carrière en maison de naissance. »				novembre. Et les six derniers mois de son internat, on veut les faire à la Réunion. Donc en gros ça dépend, si on est acceptés à la Réunion, je partirai six mois avant la fin, sinon je resterai jusqu'à la fin de l'expérimentation.»	si ça s'arrête de toute façon je reviendrais à la case départ, je changerais de métier. »

## RESUME :

Ce travail avait pour objectif de déterminer et de comprendre les motivations professionnelles et personnelles des sages-femmes exerçant en maison de naissance. Huit entretiens ont été réalisés avec des sages-femmes travaillant dans six maisons de naissance françaises en expérimentation.

Cette étude a permis de mettre en évidence que l'accompagnement global fait partie de l'une des motivations existantes cependant ce n'est pas la principale. En effet, les sages-femmes qui exercent n'ont pas attendu le développement des maisons de naissance en France pour suivre les couples en accompagnement global. Les sages-femmes apprécient l'autonomie et l'enrichissement que leur procurent les maisons de naissance ainsi que le travail en équipe, la sécurité et l'utilisation de toutes leurs compétences et leurs responsabilités de sages-femmes. Cependant, l'expérimentation des maisons de naissance demande un travail administratif supplémentaire de gestion ce qui est épuisant pour ces sages-femmes et la non-reconnaissance financière de leur travail est un frein majeur à ce type d'exercice.

**MOTS CLES :** Maisons de naissance (MDN), expérimentation, sage-femme, motivations, accompagnement global, autonomie.

**TITRE :** Les motivations professionnelles et personnelles des sages-femmes exerçant en maisons de naissance.

## Abstract :

The aim of this work was to determine and understand the professional and personal motivations of midwives who are working in birth centers. Eight interviews were carried out with midwives working in six experimentation French birth centers.

This study has made it possible to bring out that the global support is part of one of the existing motivations, however it's not the main one. Indeed, midwives who practice didn't wait for the development of birth centers in France to follow couples in global support. Midwives appreciate the autonomy and the enrichment of birth centers as well as teamwork, safety and the use of all of their midwifery skills and responsibilities. However, experimenting with birth centers requires additional administrative management, which is exhausting for these midwives, and the financial non-recognition of their work is a major obstacle to this type of exercise.

**KEYWORDS :** Birth centers, experimentation, midwife, motivation, global support, autonomy.

**TITLE :** Professional and personal motivations of midwives practicing in birth centers.