



HAL
open science

**État des lieux de la pratique de l'Accouchement
Accompagné à Domicile par les sages-femmes en France.
Étude secondaire menée auprès de sages-femmes
pratiquant l'AAD en France, du 17 juillet 2019 au 20
janvier 2020**

Lucie Henry

► **To cite this version:**

Lucie Henry. État des lieux de la pratique de l'Accouchement Accompagné à Domicile par les sages-femmes en France. Étude secondaire menée auprès de sages-femmes pratiquant l'AAD en France, du 17 juillet 2019 au 20 janvier 2020. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03446935

HAL Id: dumas-03446935

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03446935v1>

Submitted on 24 Nov 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.



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

École de sages-femmes
UFR de Médecine et des Sciences de la Santé
BREST

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES
DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME
ANNÉE 2021

**Etat des lieux de la pratique de l'Accouchement Accompagné à Domicile
par les sages-femmes en France**

Etude secondaire menée auprès de sages-femmes pratiquant l'AAD en
France
Du 17 juillet 2019 au 20 janvier 2020

Présenté et soutenu par :

Lucie HENRY

Née le 25 mai 1996

Directrice de mémoire : Marine Piéjus

REMERCIEMENTS

Aux sages-femmes qui ont accepté de participer à cette étude,

A Isabelle Koenig, pour son enthousiasme, ses conseils et sa gentillesse,

A ma directrice de mémoire, Marine Piéjus, et à ma guidante, Anne Courtine, pour leurs conseils,

A mes professeur.e.s pour leurs enseignements,

A ma famille mais surtout à mes parents pour leur présence, soutien, compréhension tout au long de mes études et pour m'avoir encouragée à prendre le large,

A ma sœur, Elise, pour son écoute, ses précieux conseils et ses nombreuses relectures malgré un emploi du temps chargé de jeune maman,

A Moad por su cariño, su amor y su apoyo, d'ici ou d'ailleurs et pour m'encourager au quotidien à prendre confiance en moi.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	5
II. MATERIELS ET METHODES	8
2.1 Objectif principal.....	8
2.1 Objectifs secondaires	8
2.3 Type d'étude.....	8
2.4 Population et lieu.....	8
2.5 Matériel	8
2.6 Méthode d'analyse des résultats	9
III.RESULTATS	10
3.1 Profil des professionnelles.....	10
3.2 Compétences et formations.....	11
3.3 Etat des lieux de la pratique de l'AAD et modalités d'exercice	12
3.4 Travail en réseau.....	14
3.5 Modalités de sélections des patientes en AAD.....	15
3.6 Obstacles rencontrés par les sages-femmes	17
3.7 Difficultés des professionnelles.....	18
3.8 Besoins des professionnelles	19
3.9 Richesses tirées de la pratique de l'AAD	21
IV. DISCUSSION.....	22
4.1 Forces et limites de l'étude	22
4.2 Discussion des résultats.....	23
V. CONCLUSION.....	28

LISTE DES ABREVIATIONS

AAD : Accouchement Accompagné à Domicile

RCP : Responsabilité Civile Professionnelle

SOGC : Society of Obstetricians and Gyneacologists of Canada

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

ICM : International Confederation of Midwives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

CSP : Code de la Santé Publique

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

INSEE : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

APAAD : Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile

BCT : Bureau Central de Tarification

ARS : Agence Régionale de Santé

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

CDOSF : Conseil Département de l'Ordre des Sages-Femmes

UNSSF : Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes

ONSSF : Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

I. INTRODUCTION

L'Accouchement Accompagné à Domicile (AAD) est une pratique universelle qui connaît de grandes disparités au sein des pays développés allant de 0,6% des naissances totales en Belgique (variable selon les régions) (1) à 2,3% des naissances en Angleterre (2) ou encore 13,1% aux Pays-Bas (3).

Choisir son lieu d'accouchement est le droit de chaque femme enceinte. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), figure tutélaire de la santé humaine, publie en 2019 des travaux intitulés « *Intrapartum care for a positive child birth experience* » qui prônent le respect de l'individualité et de la singularité de chaque femme (4). L'International Confederation of Midwives (ICM) défend dans la Charte des droits fondamentaux des femmes et des sages-femmes, le droit des femmes à choisir le lieu où elles souhaitent accoucher (5). Accompagner l'accouchement à domicile cela signifie respecter ce choix.

A l'échelle des pays, différents associations et collèges nationaux soutiennent l'AAD. C'est le cas de The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) qui explique sur son site internet cette possibilité aux femmes enceintes. L'association précise même que de récentes études ont démontré, dans le cadre de grossesses à bas risque, un taux moindre d'interventions obstétricales en cas de naissance à domicile sans augmentation de la mortalité néonatale (6). En Angleterre depuis 2009, les femmes peuvent choisir le lieu de leur accouchement entre l'hôpital, la maison de naissance ou leur domicile (7). The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) publie en 2014 des recommandations à ce sujet en rappelant la diminution d'interventions en cas d'accouchement à domicile pour les femmes ayant déjà accouchées auparavant (8).

Dans l'ensemble de ces pays, quelque soit le taux d'AAD, les sages-femmes sont couvertes par une assurance de Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) (9). La pratique de l'AAD est ainsi reconnue et intégrée à leurs systèmes de santé (10). La France fait figure d'exception.

Ainsi, en France, aucun texte de loi n'impose de lieu d'accouchement. Mais aucun texte de loi ne fait référence nommément à l'accouchement à domicile. Ainsi l'article R.4127-306 du Code de la Santé Publique (CSP) précise que « la sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit. La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible » (11). L'article L1111-4 du CSP stipule que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. » (12).

On note une évolution légale puisque les femmes ont, depuis 2013, la possibilité d'accoucher dans une des huit maisons de naissance (« lieux d'accompagnement faiblement médicalisés et personnalisés des femmes enceintes et de leur bébé ») implantées en métropole à titre expérimental (13). En 2018, en France, 649 femmes ont eu accès aux maisons de naissance en cours de travail soit 0,08% des naissances (14). Un taux encore très faible par rapport à nos voisins européens. Les pays comme l'Allemagne ou le Royaume-Uni dénombrent plus de 700000 naissances par an (15), comptent plus d'une centaine de maisons de naissances sur leur territoire permettant, en Angleterre par exemple, à presque 15% des femmes d'accoucher dans ces structures (16). Mais la tendance se pérennise : la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) de 2021 prévoit un déploiement de 12 maisons de naissance supplémentaires en France en deux ans (13).

En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) a élaboré une recommandation de bonne pratique sur la prise en charge de l'accouchement normal à partir « d'une demande croissante [de la part des usagers] d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance, en particulier dans les situations de bas risque obstétrical » (17). Bien que la pratique de l'AAD ne soit pas abordée et que les auteurs le considèrent comme une limite, cette RBP reprend des principes de « bientraitance » et respect des droits des patientes. Ainsi, il est recommandé de veiller à « la qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant, la prise en compte des préférences et des attentes », « de leur apporter un soutien attentif tout en respectant leur intimité et dignité » (17).

Accoucher à domicile est légal et remboursé par la sécurité sociale à la hauteur d'un accouchement en établissement de santé. Pourtant, la quasi-totalité des naissances a lieu dans les 517 structures hospitalières présentes sur le territoire (outre-mer inclus) (18). En 2018, « l'accouchement à domicile ou dans un autre lieu avec assistance » représente, en France (Mayotte incluse) seulement 0,48 % des naissances (19). Il faut toutefois souligner que la distinction dans les chiffres de l'INSEE n'est pas faite entre l'accouchement programmé et l'accouchement inopiné. L'invisibilité de l'AAD dans la loi et sa non-reconnaissance par les pouvoirs publics (l'Agence Régionale de la Santé (ARS), le ministère de la santé), et les instances professionnelles (Conseil de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF)), ont pour conséquence l'absence de données officielles. Seuls existent les chiffres lacunaires et disparates issus du recensement organisé par l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile.

L'APAAD est une association créée en 2019 par un groupe de sages-femmes pratiquant l'AAD et désireuses d'en promouvoir la pratique (20). Elle dénombre alors 2000 naissances par an,

programmées et accompagnées pratiquées par environ 90 sages-femmes (21), soit 0,25 % des naissances totales du pays.

Depuis 2002 et la loi Kouchner, la pratique de l'AAD par les sages-femmes est autorisée sous réserve d'une couverture assurantielle. Cette loi impose aux sages-femmes libérales pratiquant l'AAD, une assurance de Responsabilité Civile Professionnelle s'élevant entre 19000 et 24000 euros annuel, soit l'équivalent du salaire annuel moyen d'une sage-femme en libéral (22). Cependant, à ce jour, plus aucun assureur Français ne propose de contrat RCP couvrant l'AAD (23). Ainsi, dans un rapport publié en 2011 par la cour des comptes, sur les 72 sages-femmes libérales françaises déclarant pratiquer l'AAD (24), 4 seulement déclaraient être assurées. On peut s'interroger sur le coût élevé de l'assurance RCP. Le Bureau Central de Tarification (BCT) considère que ces sages-femmes assument *“une responsabilité équivalente à celle d'un gynécologue obstétricien et que le risque ne pouvait pas être jugé moins élevé. Il a donc fixé une tarification similaire à celle de ces praticiens.”* (25). Pourtant, la pratique de l'AAD est restreinte aux grossesses physiologiques et à bas risque, la pathologie étant du domaine de compétence du gynécologue obstétricien (26).

Ainsi, malgré un contexte national peu porteur de l'AAD, cette pratique s'inscrit durablement dans le monde de la santé en France. Ce sont près de 90 sages-femmes qui le pratiquent à ce jour. Qui sont ces professionnelles ? En réponse à l'absence de données qualitatives et quantitatives évoquée, nous avons souhaité étudier les caractéristiques sociodémographiques de ces sages-femmes.

L'objectif principal de l'étude est de réaliser un état des lieux des sages-femmes pratiquant l'AAD en France par une analyse secondaire. Il s'agira de saisir un éventuel profil sociodémographique de la sage-femme pratiquant l'AAD par l'analyse d'un questionnaire.

Les objectifs secondaires consistent à identifier les limites que les sages-femmes se posent à l'exercice de l'AAD, les éventuels obstacles à cette pratique et les attentes de ces professionnelles de santé.

II. MATERIELS ET METHODES

2.1 Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'établir un état des lieux relatifs aux caractéristiques sociodémographiques des sages-femmes pratiquant l'AAD.

2.1 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont d'évaluer les limites que les professionnelles se posent à elles-mêmes dans leur pratique de l'AAD ; d'en identifier les éventuels obstacles extérieurs et leurs perspectives.

2.3 Type d'étude

Nous avons été sollicités par la directrice de l'APAAD, Isabelle Koenig, pour analyser les données d'un questionnaire réalisé à l'initiative de l'association. Leurs objectifs étaient de mieux connaître les SF AAD, de repérer leurs besoins spécifiques et ainsi d'améliorer leur accompagnement, grâce à l'APAAD.

Notre travail s'inscrit donc dans ce cadre.

Il s'agit d'une analyse descriptive d'échantillon. Nous nous sommes fixés nos propres objectifs, ils sont différents des besoins de l'association.

2.4 Population et lieu

La population étudiée est composée des 90 sages-femmes libérales dont la pratique de l'AAD est connue et recensée par l'APAAD sur 22721 sages-femmes actives référencées par le CNOSF dont 4406 en libéral (27) soit 2% des sages-femmes libérales. Tous les territoires de métropole sont représentés. Nous n'avons pas de données provenant des DROM.

Le seul critère d'inclusion était qu'elles aient pratiqué l'AAD ou le pratiquent encore à ce jour. Il n'a pas été décrit de critères d'exclusion.

2.5 Matériel

L'APAAD a créé un questionnaire standardisé et nominatif sur le logiciel "Google forms" à partir d'un groupe de travail. Il comporte 63 questions réparties en 43 questions ouvertes et 20 questions fermées comprenant 6 questions binaires. La plupart des questions étaient à réponse obligatoire, il

n'était pas possible de passer à la question suivante sans y avoir répondu. Quatre questions étaient facultatives et douze étaient à "texte libre".

Ce questionnaire se compose de 3 parties distinctes. La première permet de définir le profil des professionnelles, c'est-à-dire leur âge, leurs motivations, formations ou encore compétences. La seconde partie traite de la pratique de l'AAD plus concrètement avec les conditions d'exercice, les situations qu'elles acceptent ou pas, leur travail en réseau ainsi que le recensement du nombre annuel d'AAD. Enfin la troisième partie aborde les attentes et perspectives des professionnelles pour l'avenir.

2.6 Méthode d'analyse des résultats

Le questionnaire a été construit par un groupe de travail de quatre personnes issues du conseil d'administration de l'APAAD. Il a été testé au préalable en interne au sein du bureau de l'association. Puis envoyé par l'association par courriel aux 90 sages-femmes pratiquant AAD. La durée de saisie a été estimée à 30 minutes.

L'enquête a été réalisée sur six mois, de juillet 2019 à janvier 2020. Devant le peu de réponses obtenues, trois relances ont été envoyées par courriel (en septembre et en novembre).

Au total nous avons sélectionné l'ensemble des questionnaires soit 52 et nous avons traité 42 des 63 questions en accord avec nos objectifs.

L'intégralité des données a été retranscrite dans un tableau Excel.

A partir de ce fichier, nous avons créé pour chaque question un document de traitement de texte reprenant l'intégralité des réponses et en respectant l'anonymat de chaque professionnelle. L'analyse a consisté à regrouper par codes couleurs les réponses que nous avons jugé similaires (par exemple "travailler plus en réseau" / "une meilleure collaboration entre tous les professionnels"). Ce travail préalable a amené à l'élaboration de pourcentages. Afin de rendre nos résultats plus lisibles nous avons finalement construit des tableaux et des graphiques que nous avons commenté.

Une sécurité des données a été garantie par l'emploi d'un mot de passe et l'utilisation d'un pare-feu et d'un antivirus.

III.RESULTATS

3.1 Profil des professionnelles

Les professionnelles ayant répondu au questionnaire étaient, pour 51 d'entre elles, des femmes contre 1 homme. Au moment de la rédaction du questionnaire, et en se basant sur les groupes d'âges décrits par l'INSEE dans son recensement de 2021 (28), l'étude permet de mettre en évidence que les sages-femmes ont majoritairement entre 30 et 34 ans et ne pratiquent plus d'AAD au-delà de 60 ans.

Groupes d'âge	Nombre de sages-femmes
20-24 ans	1
25-29	6
30-34	13
35-39	6
40-44	6
45-49	4
50-54	6
54-59	8
60	2
TOTAL	52

Tableau I : Répartition des sages-femmes par groupe d'âge selon l'INSEE

Concernant leurs motivations à devenir sages-femmes nous remarquons que plusieurs réponses reviennent régulièrement. Nous avons regroupé les motivations en six grands items : la vocation, « le care », la transmission familiale, l'expérience personnelle, le féminisme et enfin un item « autre ».

Items	Pourcentages	Extraits de réponses
Vocation	27%	« une évidence, une révélation », « je ne me suis jamais posée la question, c'est une évidence »
“Le care”	30%	« prendre soin de » « accompagner les femmes et leur famille dans ce moment crucial de leur vie »
Transmission familiale	11%	« Je voulais faire comme ma mère » « inspirée par la SF qui a accompagné ma mère pour tous ses accouchements et FCS » « contexte familial : l'accouchement à la maison est “normal” »
Expérience personnelle	6%	« quand j'ai été enceinte j'ai eu du mal à trouver des sages-femmes AAD, je me suis dit qu'il fallait s'y mettre »

Féminisme	6%	« Soutenir la femme de reprendre les clés de sa force féminine » « être auprès de femmes dans leur féminité et sexualité »
Intérêt pour la naissance et/ou les enfants	7%	« la fascination pour le processus d'enfantement » « passionnée par la vie et ses mystères »
Autres	13%	« hasard » « avoir des responsabilités et de l'autonomie », « métier passeport » « pour suivre mon épouse »

Tableau II : Motivations à devenir sage-femme

Pour ce qui est du cheminement professionnel préalable au cursus d'étude de sages-femmes, plus de la moitié d'entre elles s'est orientée directement vers une école de sages-femmes à la fin de ses études secondaires. Tandis que 23 % d'entre elles ce sont reconverties après avoir exercé différentes professions : infirmière, agricultrice, médiatrice culturelle, professeur, ingénieure, vétérinaire, ostéopathe, bibliothécaire, « bac ES puis années sabbatiques », « bac ES puis BTS esthétique-cosmétique, 1an de pratique », Agent de Service Hospitalier, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ou encore puéricultrice. Au total, les parcours universitaires (ou scolaires, voire professionnels) de ces sages-femmes montrent une grande hétérogénéité de profil.

Les qualités, compétences et valeurs considérées comme indispensables à la pratique de l'AAD, par la moitié des sages-femmes sont la confiance, la patience et l'écoute. Puis sont citées par 10 professionnelles : la bienveillance, le respect, la rigueur, l'empathie, la disponibilité, la remise en question et enfin l'humilité.

3.2 Compétences et formations

Concernant les compétences ou expériences particulières des professionnelles, l'analyse met en évidence que 23% d'entre elles ont une formation en langues, 17% en sciences humaines et enfin 17% ont une expérience dans l'humanitaire. La moitié des sages-femmes (46%) n'a pas répondu à cette question.

85% d'entre elles ont reçu une formation complémentaire spécifique à l'AAD. Pour plus de la moitié des répondantes il s'agissait de la formation aux gestes d'urgences spécifiques en dehors du cadre hospitalier. Isabelle Brabant, sage-femme canadienne pionnière au Québec pour l'autonomie de la profession, en est la formatrice. Tous les enseignements mentionnés dans les réponses sont dispensés par des sages-femmes pratiquant elles-mêmes l'AAD ou l'ayant pratiqué.

Ainsi, outre Isabelle Brabant, Jacqueline Lavillonnière est une sage-femme française, et Karine Langlois, doula puis sage-femme au Québec. Michel Odent, obstétricien français reconnu et Laliana Lammers forment quant à eux à la naissance physiologique.

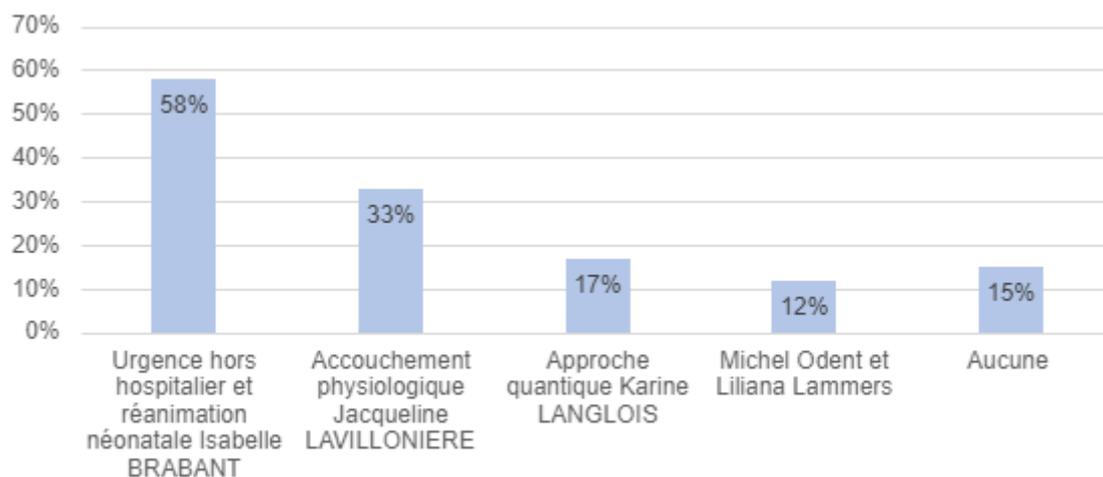


Figure 1 : Formations spécifiques à l’AAD suivies par les professionnelles

73% des sages-femmes ont bénéficié d’un compagnonnage, et parmi elles, les trois quarts l’ont trouvé suffisant. 43% des sages-femmes ont déjà compagnonné un(e) collègue.

3. 3 Etat des lieux de la pratique de l’AAD et modalités d’exercice

L’étude permet de mettre en évidence une forte croissance du nombre annuel d’AAD entre 2014 et 2018 avec une augmentation d’environ 100 AAD par an. En 2016, on recense 126 AAD supplémentaires par rapport à 2015, soit une augmentation de 16%. Cette tendance perdure en 2017 avec une augmentation de 11% (plus 95). De 2017 à 2018, la croissance est moindre avec 67 AAD de plus, soit 7 %.

Cette très nette croissance des AAD entre 2014 et 2018 (plus 42%) pourrait s’expliquer par un nombre plus important de professionnelles l’exerçant. En effet, la faible part des AAD en France n’est pas liée à un manque de demandes. De fait, dans son enquête de 2008, l’Ordre note que 4500 demandes d’accouchements à domicile n’avaient pas pu être satisfaites (29).

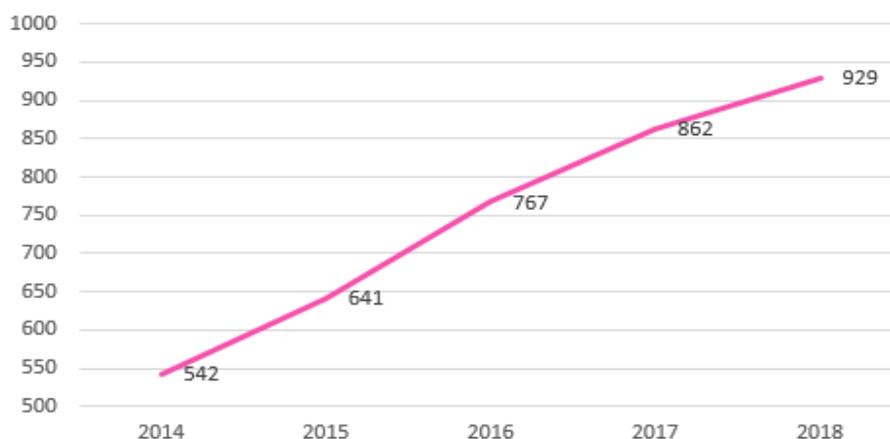


Figure 2 : Nombre annuel d'AAD en France

L'accouchement à domicile est coté, d'après la nomenclature de la CCAM, à hauteur de 313,5 euros (30) pour l'accouchement céphalique unique d'une primipare, multiplié par un facteur de 11,5% pour « majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchement réalisés par les sages-femmes » (31) soit une cotation à 350 euros auquel s'ajoute éventuellement une prime de nuit ou de jour férié (31). Le suivi post-natal est quant à lui coté comme un PRADO (32).

L'analyse permet d'estimer à 94% le pourcentage de sages-femmes à pratiquer un dépassement d'honoraires allant de 100 euros à 1200 euros, avec une moyenne de 600 euros. Certaines professionnelles fixent le montant en fonction des moyens des parents, d'autres y incluent le coût de l'astreinte quand d'autres encore pratiquent un « *dépassement libre et conscient, au choix des familles. En argent ou en nature. Ce peut être rien du tout aussi* ».

La grande majorité des sages-femmes pratiquant l'AAD n'exercent pas dans d'autres lieux, quand 29% d'entre-elles réalisent des accouchements en plateau technique. Aucune n'exerce en maison de naissance. Une seule des répondantes travaille en structure hospitalière.

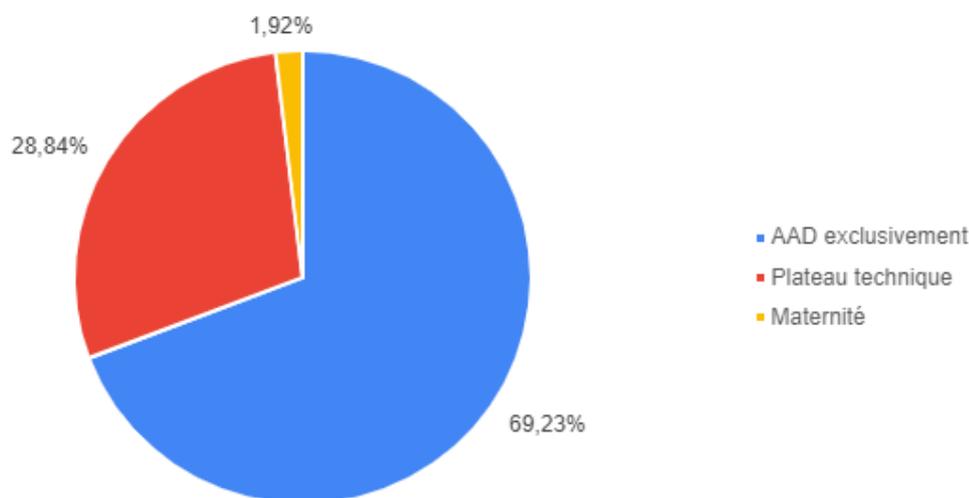


Figure 3 : Modes d'exercice des professionnelles

Au sujet de leurs conditions d'exercice en AAD, nous avons traité cette question mais nous verrons dans la partie discussion que l'interprétation est difficile car les professionnelles ont répondu à plusieurs propositions à chaque fois. Ainsi la réponse toujours seul(e) ne peut être analysée correctement dans la mesure où les sages-femmes ont répondu pour beaucoup d'entre-elles, « toujours seule » et « parfois avec un(e) collègue ».

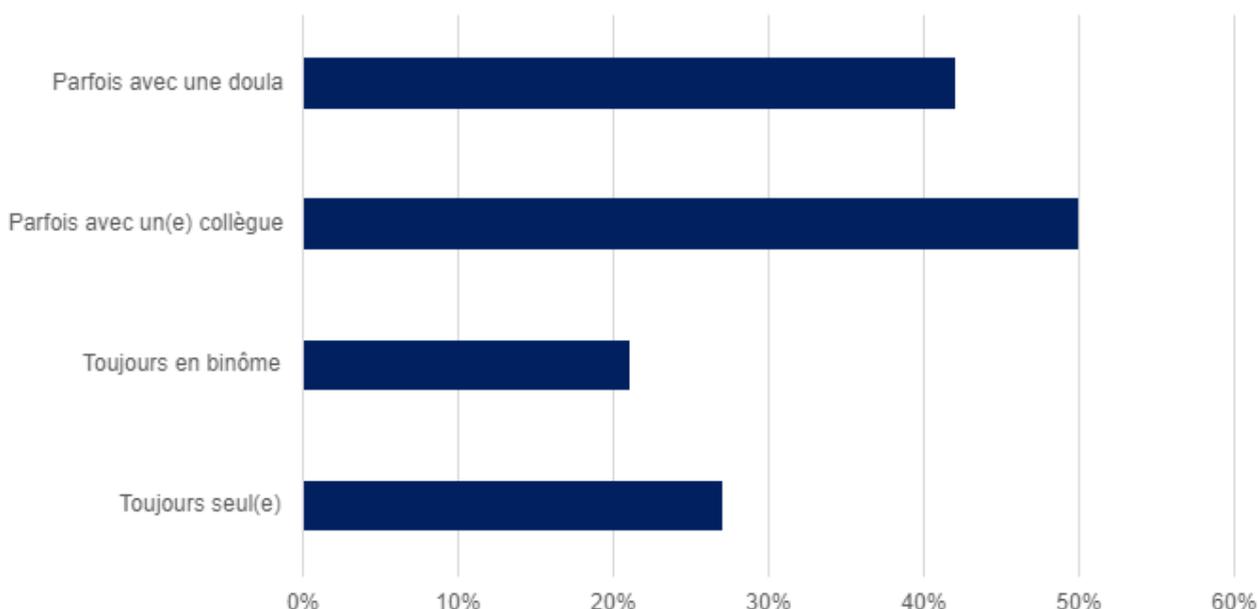


Figure 4 : Conditions d'exercice des professionnelles

Pour ce qui est de leur installation en cabinet, les réponses portent à confusion et nous avons décidé de ne pas les traiter. En effet, nous considérons que la proposition « votre cabinet est isolé » n'est pas suffisamment explicite pouvant être isolé géographiquement ou isolé pour ce qui est des professionnels de santé ou des sages-femmes plus précisément. Ainsi, les réponses étant pour certaines « isolé, en association avec d'autres professionnels, en association avec d'autres sages-femmes » nous n'exploiterons pas ces données.

3. 4 Travail en réseau

Seule une sage-femme n'est pas affiliée à une association professionnelle, les autres étant en grande majorité affiliées à l'APAAD (81%) ainsi qu'à l'ANSFL (42%).

72% des professionnelles sont syndiquées.

Dans leur pratique de l'AAD, les sages-femmes sont plus de 60% à travailler en bonne entente avec plusieurs maternités « *sages-femmes de l'hôpital et certains gynécologues de l'hôpital* » quand 23% d'entre elles ne travaillent qu'avec une maternité « *liens très positifs avec les cadres sages-femmes d'une maternité* ». L'étude permet de mettre en évidence que les professionnelles sont plus nombreuses à avoir des liens positifs avec des médecins généralistes

(55%) qu'avec des gynécologues-obstétriciens (38%). Un tiers des sages-femmes décrit un lien positif avec le pédiatre libéral « à qui les femmes peuvent parler de leur choix d'AAD sans crainte du jugement et qui les conseille de manière appropriée ». D'autres sont en collaboration avec les sages-femmes libérales « qui prennent le relais des suites de couches pour les patientes habitant loin ». Enfin, 10% ne sont en bonne entente avec aucune autre professionnelle ou structure.

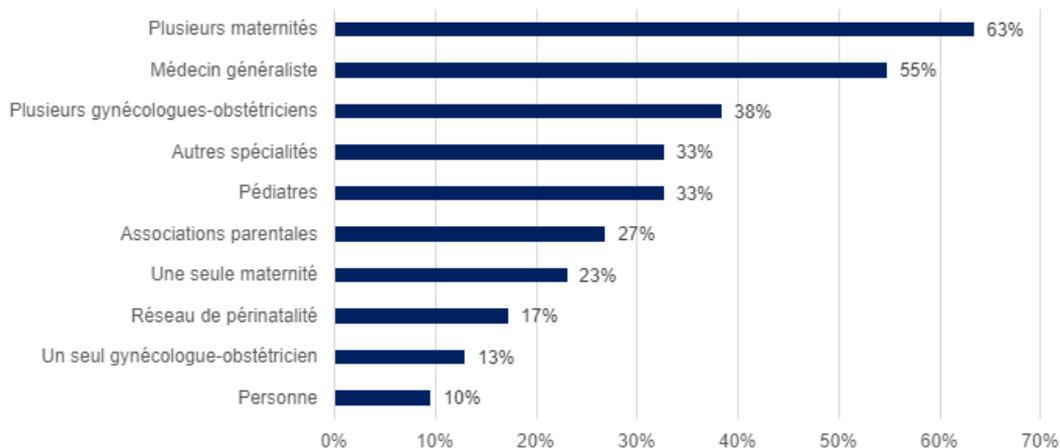


Figure 5 : Travail en réseau

3. 5 Modalités de sélection des patientes pour un AAD

En l'absence de recommandations officielles, les professionnelles se posent leurs propres limites quant à la sélection des couples qu'elles accompagnent. L'étude a permis de montrer qu'aucune d'elles n'acceptaient les grossesses gémellaires, tandis que la grande majorité des professionnelles acceptent les projets d'AAD dans le cas de portage de streptocoque B ou encore de grossesse prolongée au-delà de 41 semaines d'aménorrhée.

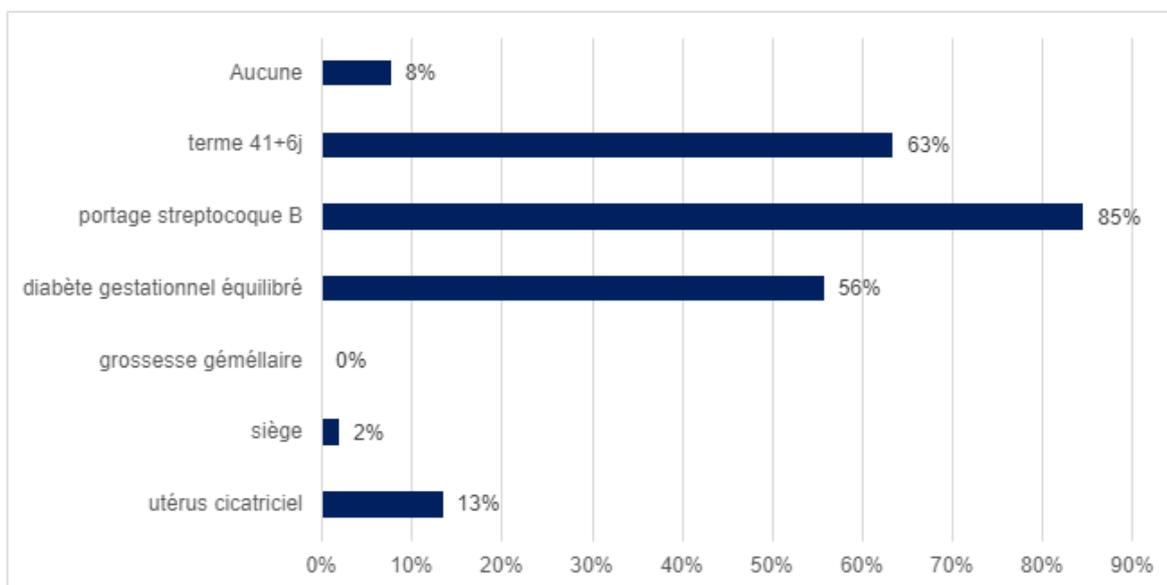


Figure 6 : Situations acceptées en AAD par les sages-femmes

Les professionnelles sont 96% à demander systématiquement l'ouverture d'un dossier en maternité ainsi qu'une consultation d'anesthésie. Une des répondantes ne demande qu'un dossier en maternité tandis qu'une autre ne demande qu'un dossier d'anesthésie.

Toutes les sages-femmes se fixent également une certaine limite géographique entre leur domicile et celui du couple mais aussi entre le domicile de ce dernier et la maternité la plus proche.

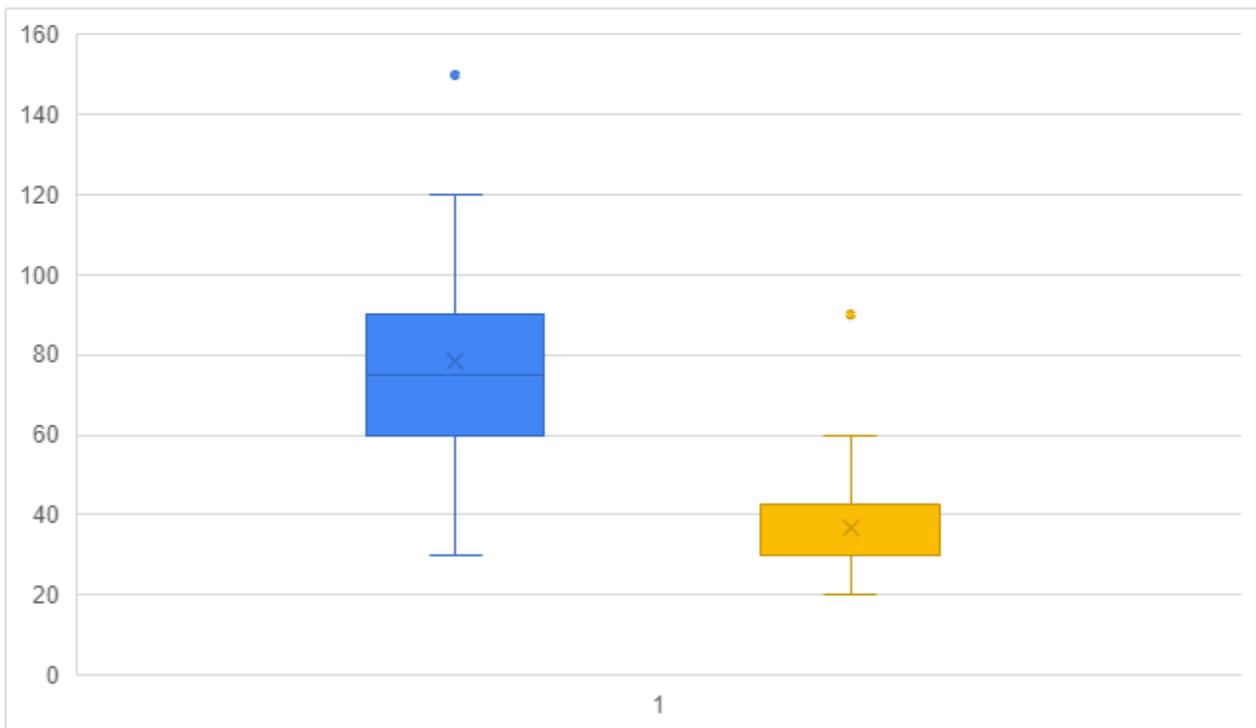


Figure 7 : Figures de dispersion illustrant la distance maximale (temps en minutes) acceptée par les sages-femmes entre leur domicile et celui du lieu de l'AAD (à gauche) et la distance maximale (temps en minutes) acceptée par les sages-femmes entre le domicile de l'AAD et la maternité (à droite).

Ces figures de dispersion représentent les valeurs minimales, maximales, la médiane ainsi que les premiers et troisièmes quartiles. Cette illustration permet de rendre compte de la variabilité des réponses. En effet, pour la distance maximale acceptée par les sages-femmes entre leur domicile et celui du lieu de l'AAD, les réponses varient de 30 minutes à 2h30, la médiane étant d'1 heure et 15 minutes. Sur cette figure, le carré représente la moitié des réponses, ainsi la moitié des sages-femmes considère la distance maximale entre 1 heure et 1 heure et 30 minutes avec une médiane de 30 minutes.

Les valeurs semblent moins disparates pour ce qui est de la distance entre le lieu de l'AAD et l'hôpital le plus proche. En effet, la moitié des professionnelles se fixent une distance maximale comprise entre 30 et 42,5 minutes. Une répondante se pose 1h30 comme distance limite de la maternité ce qui dénote de ces collègues, elle précise travailler « *en zone rurale en étant parfois à*

plus d'une heure d'une maternité » et considère cet éloignement comme une difficulté dans sa pratique.

Ainsi, les limites que se posent les professionnelles induisent une sélection rigoureuse des patientes et des couples ayant un projet d'AAD. La phase de présentation des résultats nous permet alors de dénombrer un total de 190 refus en 2018 pour l'ensemble des 52 répondantes. Ils sont motivés pour la plupart par un éloignement géographique trop important, des conditions maternelles non favorables (un antécédent de césarienne, une rupture prolongée des membranes de plus de 24 voire 48h pour certaines, une anémie maternelle, une prééclampsie), fœtales (suspicion de macrosomie, prématurité, présentation podalique) ou encore un lien de confiance non instauré.

3. 6 Obstacles rencontrés par les sages-femmes

Le principal obstacle à la pratique de l'AAD pour trois-quarts des sages-femmes interrogées est la conciliation avec la vie personnelle et familiale. Tandis que 63% considère comme une difficulté le fait d'être d'astreinte et 60% l'absence d'assurance.

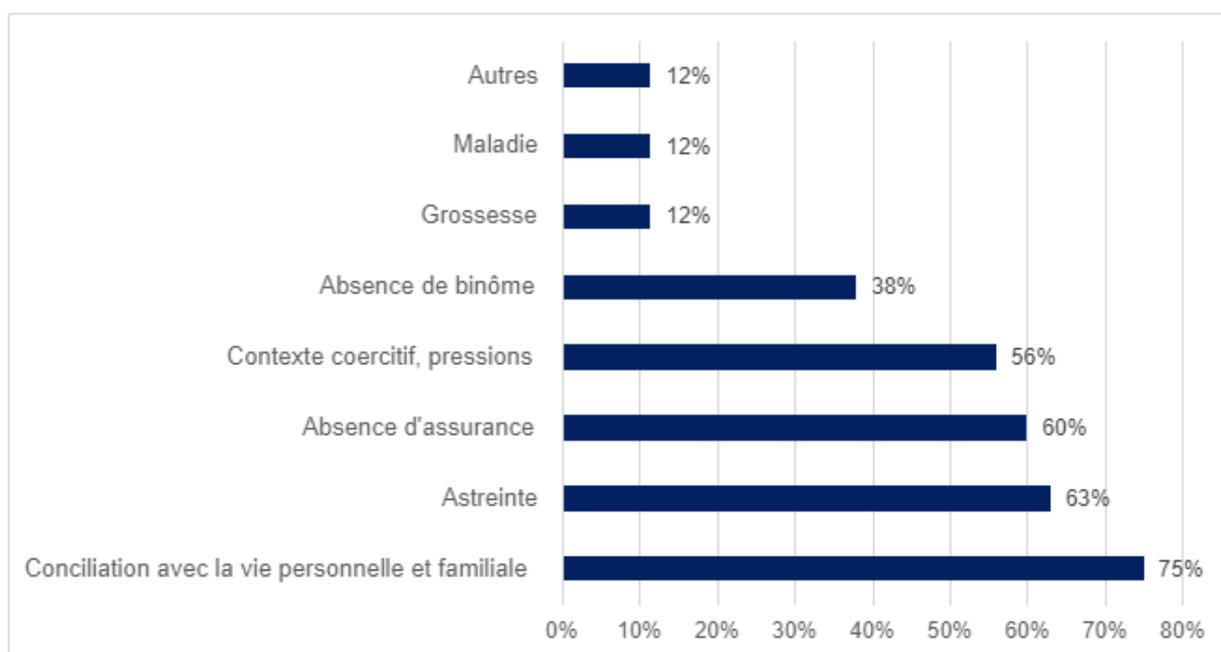


Figure 9 : Obstacles à la pratique de l'AAD d'après les professionnelles

Concernant le « *contexte coercitif ; pressions* » subis par les professionnelles et considérés par 56% d'entre elles comme un obstacle de plus à leur pratique, l'analyse met en évidence que les sages-femmes ayant reçu des pressions sont plus nombreuses que celles n'en n'ayant jamais

subi. Elles sont autant à avoir reçu des signalements (terme juridique qui consiste à porter à la connaissance des autorités compétentes des faits graves nécessitant des mesures appropriées) qu'à avoir eu à répondre de procédure disciplinaire.

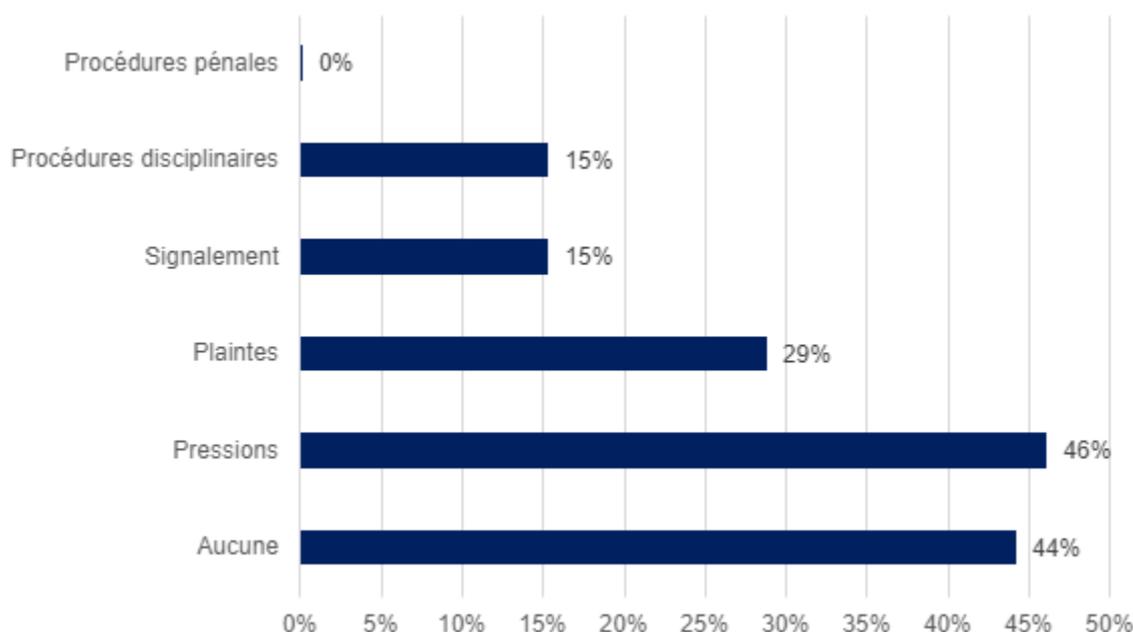


Figure 10 : Différentes charges reçues par les professionnelles

Plus de la moitié des plaintes à l'encontre des sages-femmes interrogées proviennent de gynécologues-obstétriciens. Les autres plaintes reçues ont des origines diverses : patientes (2) ; ARS (2), CDOSF (2), famille de patientes (2), collègue(s) hospitalière(s) (2).

Les conséquences ou séquelles à la suite de plaintes sont variables en fonction des professionnelles allant d'une « fragilité », « dommages financiers », « doutes et critères plus stricts, dépassement d'honoraires, matériel modifié... », « arrêt de travail de longue durée » à « ce fut la pire épreuve de ma vie ! Cette improbable comparution devant une chambre disciplinaire de 9 personnes [...] sur le plan personnel, une reconstruction pas à pas ».

3.7 Difficultés des professionnelles

Dans cette enquête, les sages-femmes ont pu témoigner des difficultés qu'elles rencontraient dans leur pratique de l'AAD.

Ainsi, elles font état d'un manque de reconnaissance « la non reconnaissance de la part des diverses autorités qui entraînent entre autres une non reconnaissance financière, pas d'assurance, des difficultés administratives etc ». L'absence de binôme et les contraintes liées à l'astreinte « empêchant parfois de suivre les activités familiales » sont des contraintes

supplémentaires. Cependant, la principale difficulté relevée par les professionnelles concerne l'acceptation de la pratique dans le milieu médical avec « *le refus de certaines maternités de recevoir des patientes en projet d'AAD pour une ouverture de dossier* » mais également des complications lors de transferts. Ainsi, les professionnelles évoquent « *la peur de transférer, du jugement ou de plainte* », « *l'appréhension de la communication avec les médecins voire les sages-femmes (peur d'être mal reçu en cas de transfert, peur de demander un avis au gynécologue-obstétricien)* », ou encore « *lors des transferts l'accueil est glacial et je subis souvent des commentaires négatifs ou des reproches abusifs* ».

L'analyse du questionnaire met en exergue les conséquences de ces difficultés : 38% des sages-femmes se sont arrêtées momentanément. Les interruptions sont majoritairement volontaires et le plus souvent pour motifs familiaux « *grossesse* », « *trop difficile de concilier l'arrivée d'un nouveau-né* » ou encore pour « *m'occuper enfin de ma famille et de moi sans un "oui sauf naissance..."* ». D'autres sont davantage subies pour : « *violences institutionnelles* », « *pressions professionnelles tacites* » ou encore « *procédures disciplinaires en cours* ».

Pour ce qui est de la reprise éventuelle, 28% l'envisagent à condition de travailler en binôme quand pour 22% la condition est l'assurance. Pour 28% cette interruption correspond à une cessation d'activité.

3. 8 Besoins des professionnelles

A la question sur d'éventuels besoins spécifiques en formations à l'AAD, 16 sages-femmes n'y ont pas répondu ce qui peut laisser présager qu'elles n'en éprouvent pas le besoin. Parmi les répondantes, 45% souhaiteraient être formées aux gestes d'urgence et de réanimation néonatale. La plupart d'entre elles ayant déjà reçu la formation, elles précisent un besoin de « *formation continue* », ou encore « *la possibilité de réviser les CAT dans les contextes d'urgence (tous les deux ans)* ». 14% ressentent le besoin de formation aux urgences obstétricales, aux manœuvres (dystocie, hémorragie de la délivrance, variétés postérieures (diagnostic et rotation), siège inopiné)), avec de la pratique sur mannequin. Et enfin 22% évoquent le besoin d'échanger sur leur pratique avec un groupe de paires.

Ensuite, l'étude met en évidence une demande de travail en réseau : « *des rencontres avec les professionnels des maternités afin de tisser de meilleures relations et permettre de travailler encore mieux en réseau* » avec « *plus de collègues pratiquant l'AAD permettant le travail en binôme* ».

Enfin les sages-femmes évoquent le besoin de reconnaissance par les pouvoirs publics avec « *une meilleure intégration dans le système de soin Français* » et la création d'un cadre légal ainsi que de recommandations officielles permettant une démocratisation de la pratique pour que « *les couples soient tous informés au début de leur grossesse de l'existence de cette possibilité pour la naissance* ».

Un autre besoin est indiqué par les sages-femmes de l'étude : l'assurance RCP. De fait, 96% d'entre elles pratiquent l'AAD sans. Elles sont 42% à la considérer comme un besoin principal. Les sages-femmes assurées le sont pour « *l'accouchement inopiné à domicile* ». L'analyse met en exergue le vécu des professionnelles qui travaillent sans assurance. Les ressentis sont mitigés, avec un bon vécu pour certaines d'entre elles, « *je ne me sens pas en danger* », « *Sans aucun problème, c'est ma réalité depuis 19 ans !* », « *ça va tant que je n'ai pas d'enfants* » quand d'autres le vivent mal, avec du stress, de l'inquiétude, et de l'insécurité. L'une d'elle écrit « *je suis hors la loi, je ne comprends pas pourquoi* » ou encore « *Je le vis très mal, particulièrement depuis que j'ai une plainte. C'est comme une épée de Damoclès au-dessus de la tête. Au début de mon exercice en AAD, je n'y pensais pas mais aujourd'hui je me dis que j'ai vraiment été inconsciente d'avoir fait des AAD sans assurance pendant 10 ans ! Je ne suis pas sûre de reprendre d'ailleurs en raison de l'absence d'assurance* ». Plusieurs d'entre elles confient être plus vigilantes, en se fixant « *des limites beaucoup plus strictes qu'à mes débuts, je transferts plus facilement* » et en insistant auprès des couples quant à « *leurs responsabilités* », « *être claire avec eux dès le début* ». L'une d'elle a étudié « *la possibilité de prendre une assurance, mon comptable me l'a clairement déconseillé étant donné le chiffre d'affaires annuel* ».

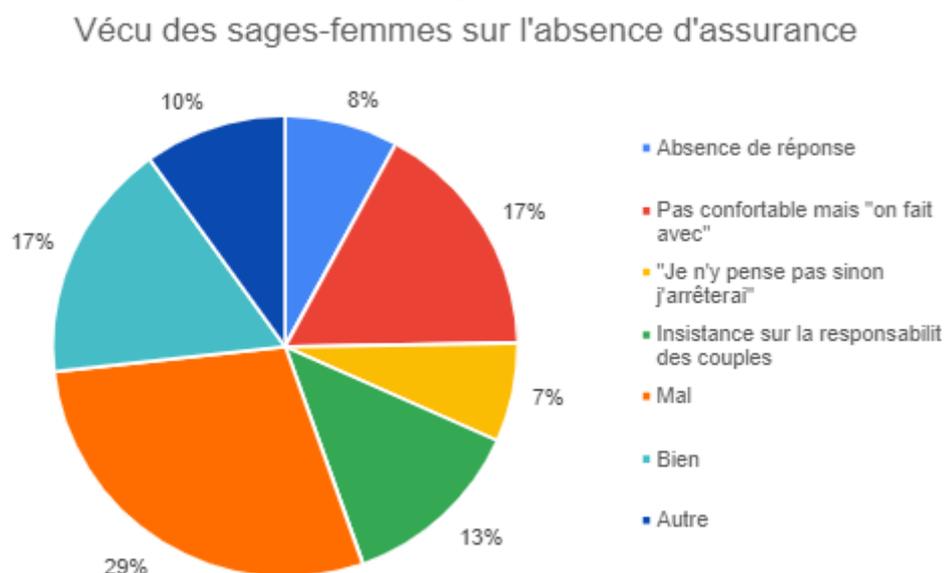


Figure 11 : Le vécu des sages-femmes sur la problématique de l'absence d'assurance

3. 9 Richesses tirées de la pratique de l'AAD

L'étude permet la mise en évidence les nombreuses richesses que cette pratique apporte aux professionnelles. Elles sont plusieurs à évoquer la richesse humaine de la rencontre « *un lien très fort avec les familles* », « *la relation avec les patients est magique* », et l'importance du respect du choix des familles « *satisfaction d'avoir aidé à réaliser un souhait* ». Ainsi, la reconnaissance des couples est perçue par certaines sages-femmes comme une richesse. Certaines abordent « *l'engagement militant auprès des femmes* » leur permettant ainsi « *de réaliser [leur] toute puissance féminine* » et de « *voir les femmes fières d'elles et confiantes* ». Les sages-femmes considèrent comme une richesse la possibilité de respecter la physiologie en assistant « *des naissances douces et magiques* », « *naturelles* », « *de voir naître des bébés par eux-mêmes et d'observer la diminution des interventions médicales par rapport à ce que je voyais en milieu hospitalier* ». Enfin, les professionnelles décrivent un sentiment de « *juste place* », « *en adéquation avec [ses] valeurs* » ; « *un shoot d'ocytocine* » à chaque naissance. Cette question des richesses que la pratique de l'AAD apportent aux professionnelles est celle pour laquelle les sages-femmes ont le plus répondu et développé leurs réponses.

IV. DISCUSSION

4. 1 Forces et limites de l'étude

4.1.1 Les limites

Notre étude est une analyse secondaire d'un questionnaire que nous n'avons pas créé et cela en fait sa principale limite.

Ce rapport s'appuie donc sur les réponses de 52 sages-femmes exerçant en France en 2019. Aussi, les données consolidées ne représentent pas l'ensemble de la pratique des différentes professionnelles françaises, estimé par l'APAAD à 90. Cependant, on peut considérer que cet échantillon, de par son nombre important de réponses, est représentatif de la profession.

En s'intéressant plus précisément au contenu du questionnaire, nous avons remarqué que certaines questions n'étaient pas interprétables de par le format de réponses proposé.

La non distinction entre les sages-femmes pratiquant l'AAD et celles l'ayant pratiqué entraîne un biais évident dans le recensement annuel des AAD pratiquées par les sages-femmes et ne permet pas de réaliser de moyenne pour ces données.

L'analyse met en lumière que presque la moitié des répondantes ont déjà subi des pressions. Nous estimons qu'il aurait été intéressant d'avoir une question portant sur l'origine de ces pressions bien que le contexte français expliqué en introduction laisse une vague idée de l'origine de ces pressions.

La durée de saisie du questionnaire estimée à 30 minutes par l'association est relativement longue et le nombre important de question à texte libre peut laisser imaginer que des entretiens auraient été plus appropriés.

4.1. 2 Les forces

La rareté des données sur le sujet de l'AAD de cette étude une force. Comme déjà évoqué, « peu de données permettent de comptabiliser et en corollaire d'avoir une vision exhaustive et précise du nombre de sages-femmes pratiquant l'AAD » (29). Ainsi, notre travail est intéressant s'agissant de l'AAD puisqu'il apporte à la fois des données quantitatives et qualitatives et permet de préciser les contours de cette population méconnue.

Le taux de réponses s'élève à 58% ce qui est conséquent au vu de la longueur du questionnaire notamment. Cette mobilisation des sages-femmes traduit un intérêt évident pour la mise en lumière de l'AAD d'autant qu'elles sont 73% à avoir répondu favorablement à la proposition d'un éventuel entretien. Cela va également dans le sens de notre interprétation quant au besoin de travail en réseau exprimé à travers les réponses.

Le choix que nous avons fait de traiter l'intégralité des questionnaires ainsi que la grande majorité des questions qu'il comportait (43 réponses sur 63) rend cette étude d'autant plus riche.

4. 2 Discussion des résultats

Profil des professionnelles

L'échantillon étudié est représentatif de l'ensemble de la population française de sages-femmes. Ainsi, la moyenne d'âge des sages-femmes interrogées est d'un peu plus de 41 ans (41,2) ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale qui se situe autour de 40 ans (40,3) mais est de 42 (42,6) chez les sages-femmes exerçant en libéral (33). Les sages-femmes pratiquant l'AAD sont donc plus jeunes que leurs collègues libérales. La tranche d'âge des 30-34 ans est la plus représentée que ce soit dans l'étude comme en France (34). La plus jeune des répondantes à 23 ans et a donc fait le choix de commencer sa pratique de l'AAD dès l'obtention de son diplôme. Pour ce qui est de la parité, la profession est l'une des professions de santé et plus généralement d'une des professions les plus féminisées : 97,2% des sages-femmes sont des femmes en France (34). Dans notre étude, 98% des répondantes sont des femmes. Ce qui est le reflet de la situation nationale.

Un nombre conséquent de professionnelles a exercé une autre profession avant de se reconvertir comme sage-femme. Nous pouvons noter qu'aucune d'elles n'expliquent son cheminement pour arriver à cette reconversion vers la profession de sage-femme. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer ces données de reconversion avec celle de la population de sages-femmes au niveau national or il ne semble pas exister d'études à ce sujet.

Compétences et formations

Les professionnelles sont nombreuses à avoir bénéficié d'un compagnonnage au début de leur pratique (75%) ce qui traduit un manque de formation initiale et pour cause, « non seulement il n'existe ni filière ni école qui préparent plus que d'autres à l'accouchement à domicile, mais de

plus, les connaissances acquises par les sages-femmes dans le cadre de leur formation concernent assez peu l'accouchement à domicile. » (29) L'UNSSF écrit à ce sujet « Il sera nécessaire d'adapter la formation initiale et continue des sages-femmes souhaitant pratiquer ou qui pratiquent l'accompagnement global (soit « une pratique de suivi pré, per et postnatal, accouchement compris, par une seule et même personne : une sage-femme référent pour un couple de futurs parents ») (physiologie, gestion des urgences obstétricales, réanimation néonatale en milieu extrahospitalier...) et de promouvoir la physiologie de la grossesse, la naissance et la santé génésique des femmes dans les écoles de sages-femmes, auprès des professionnels de santé en général et du grand public. » (35)

Pour ce qui est des formations spécifiques à l'AAD, les sages-femmes ont ressenti le besoin de se former à l'accouchement physiologique bien que les compétences de la sage-femme le stipulent pourtant dans le référentiel métier (situation 4) « en assurant l'accouchement physiologique et son accompagnement » (36). Il s'agirait alors d'une lacune dans la formation initiale.

S'agissant de la question facultative relative aux « compétences ou expériences particulières », la proposition « aucune » ne leur était pas proposée. Il est donc impossible d'affirmer que ces nombreuses non-réponses (46%) signifient une absence de compétences ou d'expériences particulières bien que nous puissions le supposer.

Etat des lieux de la pratique de l'AAD et modalités d'exercice

Le recensement montre une forte inflation avec une augmentation d'environ 100 AAD par an, soit plus 42% entre 2014 et 2018. Cependant, bien que l'enquête ne permette pas un recensement complet puisque l'ensemble des professionnelles n'a pas répondu au questionnaire, il nous semble important de souligner le différentiel que nos données comportent avec celles de l'INSEE. En effet, en 2018 nous avons recensé 929 AAD quand l'INSEE compte 3588 « naissances vivantes à domicile ou dans un autre lieu [qu'un établissement spécialisé] avec assistance » (19). Nous pouvons nous interroger sur cette significative dichotomie. Cela peut s'expliquer en partie par l'absence de précision de l'INSEE quant à la qualification professionnelle des personnes ayant réalisé l'assistance. Il est donc impossible de savoir s'il s'agit d'un AAD programmé, effectué alors dans le cadre de la pratique courante d'une sage-femme.

Le taux de sages-femmes syndiquées est conséquent (72%) mais nous n'avons pas de données sur l'engagement national des sages-femmes qui permettrait une analyse de ce taux. Cependant, cette mobilisation trouve son explication dans l'intérêt que portent les deux syndicats

professionnels, l'UNSSF et l'ONSSF à la défense de l'AAD. En effet, ils sont co-signataires d'une lettre ouverte au CNOSF demandant que le droit des femmes d'accoucher chez elles soit respecté (37). De même, l'UNSSF a rédigé en 2019 un argumentaire et des propositions portant sur l'accompagnement global quel que soit le lieu d'accouchement (36). Leur argumentaire repose sur des textes de loi précédemment cités dans notre introduction ainsi que des études scientifiques démontrant le moindre risque de l'AAD. Pour ce qui est de leurs propositions, il s'agit de « replacer la femme au centre des soins et des décisions qui la concernent », « informer les couples de la possibilité d'un parcours de soin personnalisé » mais aussi « d'avoir le droit d'être couvert par une assurance RCP cohérente avec les risques réels de cette pratique (si besoin par la création d'une aide pour la RCP des sages-femmes » (36). Enfin ils proposent d'introduire des changements dans les modalités de cotations « en tenant compte de la présence des sages-femmes tout au long du travail, de l'accouchement et des suites de couches immédiates » (36). En effet comme nous avons pu le voir dans notre étude, la cotation de l'accouchement à hauteur de 315,50 euros sans prise en compte du suivi du travail au préalable, amène 94% des sages-femmes à pratiquer un dépassement d'honoraires. Ainsi, une des propositions de l'UNSSF est de « valoriser séparément la surveillance du travail (minimum 6h) », « la deuxième phase de l'accouchement et les 2 heures de surveillance immédiate gardent leur cotation CCAM », et enfin de valoriser les visites à domicile dans les jours suivant la naissance.

Travail en réseau

Les sages-femmes AAD éprouvent le besoin de travailler en réseau, avec d'autres collègues mais surtout avec les maternités alentours, les gynécologues obstétriciens, les pédiatres etc vers qui elles pourraient orienter leurs patientes pour un avis éventuel. La qualité du travail en réseau est d'autant plus importante en cas de situations qui sortiraient du cadre de la physiologie et qui nécessiteraient le transfert des patientes en cours d'AAD vers des structures hospitalières. Les sages-femmes sont nombreuses à déplorer un mauvais accueil dans ces situations là et en arrivent à les appréhender. Ainsi, il paraît judicieux de se questionner sur un retard éventuel de prise en charge en cas d'appréhension du transfert ?

Ce travail en réseau concerne aussi le développement de groupes de pairs pour pouvoir échanger autour des pratiques des unes et des autres.

Conditions d'acceptation d'accompagnement en AAD

Les sages-femmes semblent être en accord entre-elles dans l'appréciation des grossesses qu'elles acceptent de suivre : un prélèvement vaginal positif au streptocoque B ne représente pas

un critère d'exclusion à l'AAD (85% des réponses), le terme de 41 semaines d'aménorrhées plus 6 jours (qui correspond à une grossesse dite prolongée) est acceptée par 63% d'entre elles.

Comment expliquer une si grande similitude dans les réponses des professionnelles ?

Nous avons recherché des recommandations officielles sur les situations acceptées en AAD.

L'HAS a publié en 2016 « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » où sont évoqués un grand nombre de situations et le lieu d'accouchement préconisé. Il est ainsi précisé que « l'offre de soins existant actuellement en France réunit 3 types d'organisation, qui correspondent à un « type » de maternité (respectivement I, II et III). [...] D'autres lieux d'accouchement peuvent être actuellement choisis par les femmes présentant un faible niveau de risque, notamment les espaces dits « physiologiques » (internes à une maternité) ou le domicile. Ces questions sont en dehors du champ des recommandations. » (38). L'HAS exclut l'AAD de ses recommandations sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes.

Il en est de même pour les distances maximales que se fixent les professionnelles entre leur domicile et le lieu de l'AAD mais également entre le lieu de l'AAD et la maternité la plus proche. Aucune recommandation officielle ne préconise de distance maximale mais pour autant les sages-femmes sont en accord dans leurs réponses pour ce qui est de la distance entre le domicile de l'AAD et la maternité la plus proche en étant la moitié à se fixer une limite entre 30 et 42 minutes.

Obstacles et difficultés

La conciliation de la pratique de l'AAD avec la vie personnelle et familiale est un obstacle pour beaucoup des sages-femmes interrogées (75%). Et pour cause, exercer l'AAD signifie être disponible de jour comme de nuit pour une éventuelle naissance. Les professionnelles évoquent alors le besoin de « *plus de collègues AAD* » pour travailler en binôme et se partager ainsi les astreintes. L'UNSSF a écrit à ce sujet une proposition concernant la cotation de l'astreinte et la « redéfinition des modalités de travail en binôme/trinôme pour éviter le burnout des professionnelles » (35)

Presque la moitié des sages-femmes a reçu des pressions ou des plaintes venant majoritairement de gynécologues obstétriciens et très peu des patientes elles-mêmes. On peut supposer que les couples faisant le choix de l'accompagnement en AAD sont conscients des responsabilités qu'il incombe et les assume.

Besoins

En analysant les réponses des professionnelles un constat alarmant en ressort : un quart des sages-femmes ayant interrompu l'AAD ne reprendra pas tant qu'elles ne seront pas assurées. Et pour cause, comme nous avons pu le voir précédemment il est aujourd'hui impossible de pratiquer l'AAD en étant assurée bien que la loi Kouchner de 2002 l'oblige. « A ce jour, plus aucun assureur français ne propose de contrats RCP couvrant les accouchements à Domicile (AAD). La seule solution pour les sages-femmes est d'entreprendre une procédure judiciaire longue et coûteuse auprès du Bureau Central de Tarification (BCT) de manière individuelle, pour résoudre un problème qui est pourtant national et collectif. Les procédures entreprises à ce jour auprès du BCT n'ont pas abouti. En effet, l'assureur contraint de prendre en charge la RCP des sages-femmes pratiquant des AAD impose un tarif totalement prohibitif » (37) en évoluant un risque identique à celui des obstétriciens. Ces derniers bénéficient d'une prise en charge d'une part importante (55 à 60%) de leurs primes d'assurance par l'assurance maladie et ce depuis 2006 (39). Prise en charge qui ne concerne aucunement les sages-femmes AAD bien que leurs salaires soient quatre fois inférieurs à ceux des gynécologues-obstétriciens pratiquant des actes d'obstétrique en libéral (39).

La pratique de l'AAD est légale en France mais concrètement impraticable en respectant les obligations assurantielles. Il semble légitime de s'interroger sur l'inaction, que ce soit de la CPAM, du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes, de l'HAS ou encore du Ministère des Solidarités et de la Santé pour assurer le respect du droit à l'accouchement à domicile sans faire des sages-femmes qui le rendent possible des « *hors la loi* ».

L'attente d'une meilleure reconnaissance sociale est clairement présente lorsqu'on interroge les sages-femmes sur les enjeux contemporains. Elles souhaiteraient que l'existence de cette pratique soit reconnue et intégrée à l'offre de soin française, comme c'est le cas dans les pays voisins.

Richesses tirées de la pratique de l'AAD

Bien que la pratique de l'AAD ne soit aucunement encouragée en France, 2% de sages-femmes permettent chaque année à des centaines de femmes de respecter leur droit de choisir librement leur lieu d'accouchement. Ces professionnelles ont longuement évoqué dans l'enquête les difficultés et les obstacles que cette pratique induit. Il semble toutefois évident qu'elles en retirent plus de bénéfices sans quoi la pratique de l'AAD en France n'existerait plus. Ainsi les richesses que l'AAD procurent à chacune sont nombreuses mais personnelles car « *on pratique tous et toutes cet art à notre manière, qui nous ressemble* ». Il n'est donc pas possible d'en faire une liste exhaustive. On peut toutefois citer « la rencontre » ; « la sensation d'être à [leur] place » et de « permettre à des couples d'accoucher dans les conditions qu'ils ont choisi ».

V. CONCLUSION

Les naissances à domicile représentent une part infime des naissances totales de la France (0,25% en 2019, recensement APAAD).

Cette étude avait pour objectif de définir les caractéristiques sociodémographiques des sages-femmes françaises pratiquant l'AAD. L'analyse des données quantitatives et qualitatives nous a permis de préciser les contours de cette population marginale (elles sont 2% des sages-femmes libérales) et méconnue. Or c'est la singularité de ces professionnelles qui est prégnante. Tout comme les difficultés qu'elles rencontrent.

Ainsi, 23% d'entre elles exerçaient une autre profession, très éloignée du métier de sage-femme, avant de se reconvertir.

75% considèrent la conciliation de leur vie professionnelle et personnelle comme un obstacle.

46% des professionnelles interrogées a subi des pressions.

25% des sages-femmes s'étant interrompues ne reprendra pas la pratique de l'AAD.

Pour autant, le nombre de naissance en AAD ne cesse de croître au fil des années (+ 42% de 2014 à 2018). Les richesses de cette pratique surpassent donc les difficultés pour la grande majorité des sages-femmes interrogées.

Replacer la femme au centre des soins et des décisions qui la concernent est la raison d'être principale de l'AAD. Dans cette optique, nous avons trouvé pertinent de nous intéresser à la fréquence d'apparition des mots « patiente », « femme » et enfin « couple » pour désigner les personnes que les sages-femmes accompagnent en projet d'AAD dans l'intégralité des réponses des professionnelles. Il en est ressorti que « patiente » a été cité 30 fois soit par la moitié des répondantes, « couple » est utilisé 50 fois donc par quasiment la totalité des professionnelles tandis que « femme » apparaît lui 169 fois (en ayant au préalable enlevé le mot « femme » de « sage-femme ») ce qui signifie que chaque professionnelle a utilisé 3 fois ce mot au décours du questionnaire. Ce dénombrement permet de mettre en évidence la réalité de l'AAD qui est avant tout un accompagnement humain, une rencontre avec certes une professionnelle de santé et une patiente mais que les sages-femmes considèrent unanimement comme l'établissement *de « relations vraies », « authentiques », de « relations humaines fortes »*.

Mais alors comment expliquer que cette pratique soit si marginale et amène autant de réactions en France quand elle est démocratisée voire même encouragée chez nos voisins ?

La peur du décès néonatal, la prise de risque inutile, « alors qu'on peut accoucher à l'hôpital », « et si la femme saigne ? » sont des réactions que nous avons pu entendre de la part de collègues hospitalières. Les études sont pourtant nombreuses et sans équivoque quant au risque moindre d'accoucher à domicile en l'ayant préparé, en étant accompagné et à condition d'une grossesse à bas risque (40, 41, 42).

Pourquoi des centaines de femmes font le choix de l'AAD ? Nous avons vu également qu'un nombre important d'entre elles n'ont pu réaliser ce désir. Il aurait été intéressant d'identifier et de comprendre les raisons de ce désir premier et de sa non réalisation. Nous pouvons aussi nous poser la question du devenir de ces femmes enceintes, ont-elles fait le choix d'accoucher chez elles mais dans ce cas sans présence de professionnelles formées ou ont-elles accouché en structures hospitalières ?

Enfin, nous avons été contraints dans notre travail par la rareté de la littérature au sujet de l'AAD. En effet, le faible nombre de sages-femmes le pratiquant et leur manque de visibilité ne favorisent pas les études relatives à cette pratique ni même la réalisation d'un recensement officiel de ces professionnelles. Ce que l'on peut regretter tant ce sujet polarise les débats et nous amène à nous interroger sur la singularité de ces sages-femmes. En conséquence, la littérature à ce sujet est essentiellement issue d'associations de défense de cette pratique et a donc un évident parti pris. Ce travail appelle donc un véritable travail de recherche à partir d'un potentiel recensement officiel de ces sages-femmes pratiquant l'AAD.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Rapport CEpiP Wallonie 2017. Centre d'épidémiologie périnatale [Internet]. [cité 2 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.cepip.be/rapport.php?LG=FR>
2. Birth characteristics in England and Wales - Office for National Statistics [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthcharacteristicsinenglandandwales/2017#home-births-more-likely-among-women-after-having-their-first-child>
3. verloskundigen de K de beroepsorganisatie van en voor. Midwifery in the Netherlands - KNOV - KoninklijkeNederlandseOrganisatie van Verloskundigen [Internet]. KNOV. [cité 12 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.knov.nl/samenwerken/tekstpagina/489-2/midwifery-in-the-netherlands/hoofdstuk/463/midwifery-in-the-netherlands>
4. OMS | Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 4 mars 2021]. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/>
5. Midwives IC of. Bill of Rights for Women and Midwives [Internet]. ICM. International Confederation of Midwives; [cité 1 nov 2020]. Disponible sur : <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/bill-of-rights-for-women-and-midwives.html>
6. Out-of-hospital birth – Pregnancy Info [Internet]. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.pregnancyinfo.ca/birth/delivery/out-of-hospital-birth/>
7. Where to give birth: the options [Internet]. nhs.uk. 2020 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/preparing-for-the-birth/where-to-give-birth-the-options/>
8. Recommendations | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 1 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#place-of-birth>
9. L'AAD dans le monde occidental [Internet]. ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DE L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNE A DOMICILE. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur : https://www.apaad.fr/?page_id=1147
10. Comeau A, Hutton EK, Simioni J, Anvari E, Bowen M, Kruegar S, et al. Home birth integration into the health care systems of eleven international jurisdictions. Birth. 2018;45(3):31121.
11. Code de la santé publique - Article R4127-306 [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.codes-et-lois.fr/code-de-la-sante-publique/article-r4127-306>
12. Légifrance. Code de la santé publique [Internet]. [cité 1 nov 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031972276/2016-02-04

13. Dossier de presse | Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2021 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-2021>
14. Evaluation des maisons de naissance en France : premiers résultats [Internet]. EPOPé. 2019 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/evaluation-des-maisons-de-naissance-en-france-premiers-resultats-1370>
15. Population, naissances, décès [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/europe-pays-developpees/population-naissances-deces/>
16. Walsh D, Spiby H, McCourt C, Coleby D, Grigg C, Bishop S, et al. Factors influencing utilisation of 'free-standing' and 'alongside' midwifery units for low-risk births in England: a mixed-methods study. *HealthServDelivRes*. févr 2020;8(12):1106.
17. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 févr 2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
18. Les Enquêtes Nationales Périnatales [Internet]. EPOPé. [cité 1 mars 2021]. Disponible sur : <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
19. Les naissances en 2018 en France – Les naissances en 2018 | Insee [Internet]. [cité 1 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4190314?sommaire=4190525&q=accouchement+%C3%A0%20domicile>
20. Association Professionnelle Accouchement Accompagné à Domicile [Internet]. [cité 2 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.apaad.fr/a-propos/nos-missions/>
21. Stauffer-Obrecht F. Analyse épidémiologique des naissances programmées et accompagnées à domicile en France en 2018. *Sages-Femmes*. 1 mars 2020;19(2):505.
22. Assurance RC des sages-femmes et accouchement à domicile [Internet]. CIANE. 2006 [cité 1 mars 2021]. Disponible sur : <https://ciane.net/2006/11/assurancercdssages-femmesetaccouchementadomicile/>
23. ONSSF » Lettre ouverte au CNOSF au sujet de l'AAD [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/actions-syndicales/lettre-ouverte-au-cnosf-au-sujet-de-laad/>
24. Sécurité sociale 2011 [Internet]. Cour des comptes. [cité 2 juin 2020]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2011>
25. Argumentaire sur l'assurance en responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes AAD [Internet]. CIANE. 2013 [cité 1 juin 2020]. Disponible sur : <https://ciane.net/2013/01/argumentaireassurance/>

26. Hontebeyrie J. Accoucher à domicile : un privilège ? Regards à partir des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile. La Revue Sage-Femme. 1 oct 2018;17(5):24353.
27. Données démographiques de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 24 janv 2021]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
28. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
29. Quelques éléments de connaissance à propos du profil socio-démographique des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile. La Revue Sage-Femme. 1 déc2013;12(6):252-62.
30. ONSSF Cotations CCAM [Internet]. [cité 8 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.onssf.org/etre-sage-femme/cotations-ccam/>
31. UNSSF. CCAM actes 2019 [Internet]. UNSSF - Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. 2019 [cité 16 févr 2021]. Disponible sur : <https://unssf.org/2019/02/28/ccam-actes-2019/>
32. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. [cité 16 févr 2021]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>
33. La démographie de la profession - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 4 mars 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>
34. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
35. & [Internet]. UNSSF - Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://unssf.org/nos-documents/>
36. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/infos-juridiques/textes-essentiels/>
37. ONSSF » Lettre ouverte au CNOSF au sujet de l'AAD [Internet]. [cité 10 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.onssf.org/actions-syndicales/lettre-ouverte-au-cnosf-au-sujet-de-laad/>
38. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 7 février 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
39. CNGOF. Assurance en responsabilité civile médicale [Internet]. [cité 11 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/ressources-pedagogiques/documents-juridique?folder=Assurances>
40. Walker JJ. Planned home birth. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 1 août 2017;43:7686.
41. Hutton EK, Hutton EK. The Safety of Home Birth. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 1 avr 2016;38(4):3316.

42. Hutton EK, Reitsma A, Simioni J, Brunton G, Kaufman K. Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine*. 1 sept 2019;14:59-70.

ANNEXE : Questionnaire

RECENSEMENT SF AAD en France pour l'APAAD

Il est essentiel pour l'APAAD de bien connaître les professionnels qui ont choisi d'accompagner les naissances à domicile afin de mieux les soutenir, de rester à leur écoute, de comprendre leurs attentes et leurs besoins.

Notre objectif, en parallèle, est de communiquer autour des valeurs et des idées qui nous relient et qui nous poussent à faire un métier parfois semé d'embûches.

Notre groupe de travail vous transmettra ensuite, en fin d'année, une analyse de ces données sur notre profil de sages-femmes AAD. (spécificités, difficultés, besoins, ...)

Si vous n'êtes pas répertorié(e)s en tant que SF AAD sur le site de l'APAAD, et/ou si vous souhaitez plus de précisions sur ce recensement ou notre démarche, vous pouvez envoyer un message à : isabelle.koenig@apaad.fr

Merci d'avance pour votre participation et pour le temps que vous prendrez pour répondre à ce questionnaire.

Vous aurez besoin de votre registre des naissances - si vous en avez un - pour préciser le nombre d'accouchements sur les 5 dernières années.

Durée approximative de la saisie : 30 min - Date limite pour ce recueil : 15/09/2019

Cécile, Claire, Emmanuelle et Isabelle, pour

l'APAAD

*Obligatoire

1. Adresse e-mail *

Votre Profil

2. Nom, Prénom

(facultatif)

3. Votre âge *

4. Vous êtes ... *

Une seule réponse possible.

Homme

Femme

5. Adresse professionnelle et code postal

(facultatif)

6. Téléphone

(facultatif)

7. Année d'obtention du diplôme SF *

8. Votre âge à la date d'obtention du diplôme SF *

9. Motivation à devenir sage-femme *

(Texte libre)

10. Cheminement professionnel préalable au cursus d'études de sage-femme et/ou autre(s) profession(s) antérieure(s) *

(Texte libre)

11. Compétences ou expériences particulières

(facultatif) (Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Humanitaire
- Informatique
- Linguistique
- Sciences Humaines
- Autre : _____

12. Depuis combien de temps êtes vous installé(e) en libéral (en année) *

13. Formations complémentaires et/ou continue autour du métier de sage-femme *

(Texte libre) Si vous n'en avez pas suivies, merci de préciser "AUCUNE"

14. Formations complémentaires spécifiques à l'AAD *

(Texte libre) Si vous n'en avez pas suivies, merci de préciser "AUCUNE"

15. Quels seraient vos besoins en formation spécifiques à l'AAD ?

(Texte libre)

16. Etes vous syndiqué(e) ? *

Une seule réponse possible.

- OUI
 NON

17. Etes-vous affilié(e) à une association professionnelle ? *

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- NON
 ANSFL
 APAAD
 Association locale de SF
 Autre : _____

18. Qualités - compétences - valeurs indispensables, selon vous, à la pratique AAD *

Votre pratique en AAD

(Accouchement Accompagné à Domicile)

19. Année civile de démarrage en AAD *

20. votre âge quand vous avez démarré l'AAD *

21. Combien d'années de pratique AAD en tout ? *

22. Raisons de cet engagement et motivations *

(Texte libre)

23. Avez vous bénéficié d'un compagnonnage avant de pratiquer l'AAD ? *

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- OUI
- NON
- Suffisant
- Insuffisant

24. Vos remarques au sujet du compagnonnage

(Texte libre)

25. Conditions d'exercice en AAD *

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- toujours seul(e)
- toujours en binome
- parfois avec un(e) collègue
- parfois avec une doula
- Vous avez déjà compagnonné un(e) collègue

26. Votre cabinet *

(Plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- Isolé
- En association avec d'autres professionnels SF
- En association avec d'autres professionnels de santé
- Autre : _____

27. Pratiquez vous un dépassement d'honoraires pour les AAD ? *

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

28. Si dépassement d'honoraires, montant demandé ...

29. En dehors des AAD, exercez vous en ... *

(Plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- NON
- Plateau technique
- Maison de Naissance
- Maternité (structure hospitalière)

30. Dans le cadre de votre pratique AAD travaillez vous en collaboration et bonne entente avec ... *

(Plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- Une seule maternité
- Plusieurs maternités
- Réseau de périnatalité
- Associations parentales
- Médecins généralistes
- Un seul Gynécologue-Obstétricien
- Plusieurs Gynécologues-Obstétriciens
- Pédiatres
- Autres spécialités
- NON

31. Éléments de votre contexte local ... vous pouvez préciser

(facilités, difficultés : collègues, CHU, CDOSF, associations de parents, ...)

32. Existe-t-il des liens particulièrement positifs avec certains professionnels ? *

(Texte libre)

33. Lieux de relecture, soutien de votre pratique *

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Groupe de pairs
- Travail collaboratif avec les hopitaux
- Référent obstetrical
- CDOSF
- Autre : _____

34. Obstacles selon-vous à votre pratique d'AAD *

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Astreinte
- Concilier avec la vie personnelle et familiale
- Grossesse
- Maladies
- Contexte coercitif, pressions, ...
- Absence d'assurance
- Absence de binôme
- Aucun
- Autre : _____

35. Si vous vous êtes interrompu(e) dans la pratique AAD, quelles en sont les raisons ?

(Texte libre) Interruption volontaire ou subie, si interruption merci d'en préciser la date et la raison

36. Si interruption, envisagez-vous une reprise, et sous quelles conditions ?

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Reprise à court terme
- Reprise à moyen terme
- Reprise à long terme
- En binôme
- Avec une assurance
- Quand vie familiale allégée
- NON, pas de reprise
- Autre : _____

37. Nombre total d'AAD pratiqués depuis que vous avez commencé en tant que SF référent(e) (si binôme) *

38. Nombre d'AAD pratiqués en 2014 *

(en tant que SF référente si binôme)

39. Nombre d'AAD pratiqués en 2015 *

(en tant que SF référente si binôme)

40. Nombre d'AAD pratiqués en 2016 *

(en tant que SF référente si binôme)

41. Nombre d'AAD pratiqués en 2017 *

(en tant que SF référente si binôme)

42. Nombre d'AAD pratiqués en 2018 *

(en tant que SF référente si binôme)

43. Nombre de refus d'AAD en 2018 *

44. Motifs de ces refus en 2018 *

45. Pourcentage approximatif d'accompagnement global strict

(c'est à dire : suivi médical depuis le début de la grossesse + préparation à l'accouchement + accouchement + suites de couches)

46. Acceptez-vous en AAD ... *

(Plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- Utérus cicatriciel
- Siege
- Grossesse gemellaire
- Diabète gestationnel équilibré
- Portage strepto B
- Terme 41+6 jours
- AUCUN

47. Distance maximale en minutes que vous acceptez, de votre domicile à celui du lieu de l'AAD *

48. Distance maximale en minutes que vous acceptez entre le domicile de l'AAD et la maternité. *

49. Pour vos patientes demandez vous systématiquement *

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Un dossier ouvert en maternité
- Une consultation d'anesthésie
- Aucune demande particulière

50. Avez vous subi des pressions, des plaintes ... ? *

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Aucune
- Pressions
- Plaintes
- Signalement
- Procédures disciplinaires
- Procédures pénales

51. Origine de la plainte *

(Plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Pas de plaintes
- Plainte de patiente
- ARS
- CDOSF
- CNOSF
- Gynécologue-Obstétricien
- Réseau périnatal
- Autre : _____

52. Quelles conséquences et/ou séquelles à la suite de cette plainte ?

(texte libre)

53. Quelles difficultés rencontrez vous particulièrement dans votre pratique de SF en AAD ?

(Texte libre)

54. **Avez vous une assurance RCP pour la pratique de l'AAD ? ***

Une seule réponse possible.

NON

OUI

55. **Si vous êtes assuré(e) merci de préciser auprès de quel organisme et le montant de votre assurance**

(Texte libre)

56. **Si vous n'êtes pas assuré(e), comment vivez vous la problématique de défaut d'assurance RCP spécifique AAD?**

57. **Quelles richesses tirez vous de votre pratique en AAD ? ***

(Texte libre)

Vos attentes pour l'avenir - perspectives

58. **Quels seraient vos besoins pour améliorer votre pratique des AAD ? ***

(Texte libre)

59. Qu'attendriez-vous de l'association APAAD ? *

Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile

60. Souhaiteriez - vous apporter votre concours à l'APAAD, et si oui, dans quels domaines plus spécifiquement ? *

61. Souhaiteriez -vous être appelé(e) par l'un des membres de notre groupe de travail au sujet de ce questionnaire ? Accepteriez vous de partager votre pratique lors d'un entretien ou d'apporter un témoignage ? *

Une seule réponse possible.

- Non, pas particulièrement
- OUI

62. Si oui, merci d'indiquer votre numéro de téléphone

63. En soumettant ce formulaire ... *

J'accepte que les informations que j'ai saisies soient exploitées par l'APAAD au seul bénéfice de notre noble métier - MERCI INFINIMENT

Une seule réponse possible.

- OUI

M'envoyer une copie de mes réponses

Fourni par

 Google Forms

RESUME

Objectif : L'objectif principal de l'étude était de définir les caractéristiques sociodémographiques des sages-femmes françaises pratiquant l'AAD en France. Les objectifs secondaires consistaient à identifier les limites que les sages-femmes se posent à l'exercice de l'AAD, les éventuels obstacles à cette pratique et les attentes de ces professionnelles de santé.

Matériels et méthode : Nous avons réalisé une analyse secondaire à partir d'un questionnaire créé par l'APAAD et diffusé, entre juillet 2019 et janvier 2020, aux 90 sages-femmes libérales qui pratiquent l'AAD en France. Il s'agissait d'une analyse descriptive d'échantillon.

Résultats : La pratique de l'AAD est marginale en France mais notre étude a mis en évidence une augmentation de 42% de 2014 à 2018. Les sages-femmes pratiquant l'AAD ont les mêmes caractéristiques démographiques que la population générale (âge, genre). Leurs motivations sont variées mais essentiellement portées sur le respect du droit des femmes de choisir leur lieu d'accouchement. Elles sont très peu à exercer l'AAD en France et pour cause, elles décrivent tout au long du questionnaire un contexte français peu porteur de cette pratique. Ce qui engendre de nombreuses difficultés. Cependant, les richesses que cette pratique leur apporte semblent supérieures à ces obstacles.

Conclusion : L'analyse des données quantitatives et qualitatives nous a permis de préciser les contours de cette population marginale (elles sont 2% des sages-femmes libérales) et méconnue. Or c'est la singularité de ces professionnelles qui est prégnante.

Mots-clés : accouchement à domicile, enquête, caractéristiques sociodémographiques, sages-femmes

Titre : Etat des lieux de la pratique de l'Accouchement Accompagné à Domicile par les sages-femmes en France.

Etude secondaire menée auprès de sages-femmes pratiquant l'AAD en France du 17 juillet 2019 au 20 janvier 2020.

Auteur : Lucie Henry