

**Académie de Paris
Ecole de sages-femmes - Hôpital Saint-Antoine
Médecine Sorbonne Université**

Travail de recherche en maïeutique

**Une assurance pour l'accompagnement
global à la naissance ?
Étude qualitative auprès de sages-femmes libérales françaises**

MARCHAL Cécile

Épouse FREMONT

Née le 19 mai 1986

À Paris (XIIIe)

Française

Directeur de Mémoire : Mme Sylvie NICOLAI

Année universitaire : 2019 - 2020

**Académie de Paris
Ecole de sages-femmes - Hôpital Saint-Antoine
Médecine Sorbonne Université**

Travail de recherche en maïeutique

**Une assurance pour l'accompagnement
global à la naissance ?
Étude qualitative auprès de sages-femmes libérales françaises**

MARCHAL Cécile

Épouse FREMONT

Née le 19 mai 1986

À Paris (XIIIe)

Française

Directeur de Mémoire : Mme Sylvie NICOLAI

Année universitaire : 2019 - 2020

Sommaire

Introduction

Revue de la littérature

- I. L'obligation d'assurance pour les sages-femmes libérales
- II. La crise de l'assurance de responsabilité médicale
- III. La persistance des difficultés pour l'accompagnement global à la naissance

Méthodologie appliquée

- I. Le type d'étude
- II. Le déroulement de l'étude
- III. Les participants
- IV. Les variables retenues
- V. Les considérations éthiques et réglementaires

Analyse des résultats et discussion

- I. Population étudiée
- II. Le risque, en pratique
- III. La sage-femme et l'assurance
- IV. Vécu de la situation actuelle

Conclusion

Introduction

« Au-delà des mutations démographiques et de la politique en matière de natalité en France qui interviennent à une échelle macro, deux mouvements antinomiques à bien des égards ont contribué à façonner « la naissance ». La médicalisation qui a pour corollaire une professionnalisation de l'accompagnement et une organisation établie sur le modèle du risque obstétrical, inscrit la naissance dans des dispositifs prescrits faisant de la parturiente essentiellement une patiente. Cette administration des naissances, assimilable à un biopouvoir, peine aujourd'hui à instituer car elle tend à réduire la naissance au suivi de grossesse, puis à l'accouchement, alors que les parents l'inscrivent dans un tout autre régime de temporalité. Donner naissance est un événement qui s'initie par un projet jusqu'à l'expérience de la parentalité. Cette valorisation de l'intime va de pair avec une recherche d'un rapport authentique à l'enfant. » (1)

Les enjeux actuels autour de la naissance en France sont évoqués avec justesse par cette citation du sociologue Gilles Séraphin : à la fois événement politique, envahi par la notion de risque et événement intime que les couples tentent de se réapproprier pour écrire leur propre histoire, la naissance reste une question de Santé Publique, au coeur de la famille et de la construction de l'individu.

S'intéresser à l'assurance Responsabilité Civile Professionnelle des sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance illustre cette ambivalence.

En effet, l'accompagnement global à la naissance offre une prise en charge intimiste dans le respect de la physiologie de la grossesse et de la naissance. Il s'inscrit comme une alternative à la médicalisation en réponse aux attentes des femmes et des couples.

Un frein majeur à cette pratique reste l'obligation d'assurance qui s'y attache pour les sages-femmes qui le proposent.

De par mon expérience personnelle de juriste en droit des assurances devenue étudiante sage-femme, j'ai été frappée par l'obstacle que représentait l'assurance responsabilité civile professionnelle pour ces sages-femmes libérales : obstacle au plein exercice du métier de sage-femme et obstacle aux choix des femmes et des couples.

Ce constat est contraire à l'intérêt d'une assurance, d'autant plus obligatoire. Le terme « *assurer* » dérive étymologiquement du latin « *assecurare* » qui signifie « rendre sûr ». Une obligation d'assurance qui limite l'exercice d'une profession perd alors tout son sens.

Il existe aujourd'hui un décalage entre l'évolution des compétences des sages-femmes et les solutions assurantielles proposées. Cet état de fait a des conséquences directes sur l'exercice professionnel des sages-femmes et sur le choix des couples.

Il s'agit d'une réelle problématique de Santé Publique.

Etudier cette situation complexe et peu commune semble alors une évidence. Après un rappel du contexte de l'obligation d'assurance à la charge des sages-femmes libérales, l'analyse de la crise de l'assurance de responsabilité civile médicale permet de comprendre la persistance actuelle des difficultés d'assurance pour l'accompagnement global à la naissance en France.

Revue de la littérature

I. L'obligation d'assurance pour les sages-femmes libérales

A. L'obligation d'assurance

• L'évolution du domaine libéral

La profession de sage-femme est en constante évolution.

Ces dernières années ont été marquées, en France, par une évolution significative du métier grâce à une extension des compétences professionnelles de la sage-femme : accès des sages-femmes aux compétences de suivi gynécologique de prévention (2), possibilité offerte aux sages-femmes de vacciner l'entourage de la femme enceinte, exercice des interruptions volontaires de grossesses médicamenteuses (3)...

En parallèle de cette évolution des compétences de la sage-femme, la profession voit son mode d'exercice se modifier. La part des sages-femmes exerçant en libéral est en augmentation. Elle aurait été de 21 % en 2014, soit 4 557 sages-femmes (15% à titre exclusif).¹ Elle tend à atteindre 36 % des sages-femmes d'ici 2030, soit cinq fois plus qu'en 1998. Compte tenu des politiques de santé actuelles, l'exercice en libéral est en constante progression et de nombreuses sages-femmes seront amenées à exercer en libéral dans leur carrière.(4)

• Le Code de la Santé Publique

Rappelons que le Code de la Santé Publique prévoit une obligation d'assurance pour les professionnels de santé exerçant en libéral². Cette assurance est destinée à garantir leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans l'ensemble de leur activité.

¹ <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>, consulté le 03/06/2019

² Article L1142-2 du Code de Santé Publique

L'absence de souscription d'une telle assurance est sanctionnée par l'instance disciplinaire et peut également faire l'objet de sanctions pénales.³

Les sages-femmes libérales sont soumises à cette obligation d'assurance « Responsabilité Civile Professionnelle ».

B. La souscription d'une assurance « Responsabilité Civile Professionnelle »

• L'étendue de l'obligation d'assurance des sages-femmes libérales

L'assurance souscrite doit garantir les sages-femmes libérales « *pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison des dommages subis par des tiers et résultants d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité* ». ⁴

L'obligation d'assurance concerne ainsi uniquement les éléments suivants :

- **la responsabilité professionnelle de la sage-femme**, c'est-à-dire la mise en cause de sa responsabilité dans le cadre de sa profession de sage-femme lorsqu'elle cause un préjudice à un tiers suite à une faute de sa part ou lorsqu'elle peut être reconnue responsable à l'égard d'un tiers suivant les règles spécifiques de la responsabilité médicale.
- **des dommages subis par des tiers**, c'est-à-dire que l'obligation d'assurance prévue par le Code de la Santé Publique ne concerne pas l'assurance de son local, ni l'assurance des dommages subis par la sage-femme (assurance protection juridique, assurance santé, assurance retraite, assurance garantie sur la vie...), ni l'assurance de son matériel. Les tiers sont souvent entendus au sens large. Cette garantie relative aux dommages subis par les tiers ne se restreint pas aux patientes. Elle peut également concerner la famille de la patiente, un confrère ou une consoeur par exemple (diffamation à l'encontre d'une consoeur).
- **les atteintes à la personne** : au sens juridique, la notion d'atteintes à la personne se réfère à une notion pénale, incluant les atteintes à la vie de la personne, les atteintes à l'intégrité physique ou psychique (cf. Titre II du Livre II du Code Pénal) mais également la discrimination, la diffamation, l'abus de faiblesse, l'atteinte à la vie privée.

³ Article L1142-25 du Code de Santé Publique, article 131-27 du Code Pénal

⁴ Article L1142-2 du Code de Santé Publique

- **l'ensemble de son activité** : l'assurance doit inclure chacune des activités exercées par la sage-femme : échographie, accouchement à domicile, acupuncture

- **Les assureurs concernés**

Ce type d'assurance est proposé par les assureurs agréés par l'Autorité de Contrôle Prudentiel pour garantir le risque de responsabilité civile professionnelle (branche 13).

Toutefois, la responsabilité civile professionnelle des professions médicales est très spécifique au sein de ce domaine. Elle concerne un marché restreint partagé par quelques assureurs.

Selon l'Autorité de la Concurrence, en 2014, les assureurs actifs sur ce marché seraient le groupe Covéa avec la société Medical Insurance Company (MIC), la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles (SHAM), la Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français (MACSF) ou le Groupe Pasteur Mutualité (via sa filiale Panacea Assurances).(5)

Dans son rapport de solvabilité de 2018, le groupe SHAM estime disposer de 50 % des parts du marché de responsabilité civile médicale, notamment au niveau des obstétriciens-gynécologues libéraux.⁵

L'enquête effectuée récemment par l'Association des sages-femmes libérales (ANSFL) montre que les sages-femmes libérales proposant l'accompagnement global (hors accouchement à domicile) sont majoritairement assurées auprès de la MACSF. Le rapport annuel, édité par cette société d'assurance, sur les risques des professions de santé en 2017 mentionne que le groupe MACSF assure 3 852 sages-femmes libérales, soit plus de 84% des sages-femmes libérales.⁶

Les partenariats assurantiels établis par les sages-femmes libérales se font ainsi exclusivement avec quelques entreprises d'assurances spécialistes. Toutefois, le monopole de ces sociétés d'assurance limite le choix des sages-femmes libérales et pourrait être à l'origine d'un biais de l'offre d'assurance responsabilité civile professionnelle qui leur est proposée.

⁵ Rapport sur la solvabilité et la situation du Groupe SHAM, 6 avril 2018.

⁶ Rapport annuel sur les risques des professions de santé de 2017, MACSF.

Comprendre les étapes de mise en place d'un contrat d'assurance entre un professionnel et son assureur permet de mieux appréhender ce marché particulier et d'évaluer les enjeux pour chacun.

- **Comment cela fonctionne brièvement ?**



Le professionnel de santé doit contacter une société d'assurance directement ou par l'intermédiaire d'un courtier en assurance pour obtenir la garantie de sa responsabilité civile professionnelle.

Afin de permettre à cet assureur d'évaluer le risque à garantir, le professionnel de santé a l'obligation de déclarer son activité avec précision. Toute fausse déclaration est sanctionnée par le Code des Assurances. En pratique, un questionnaire est souvent transmis au professionnel de santé qui souhaite une garantie.

A réception de ce questionnaire, l'assureur effectue une évaluation du risque auquel il s'engagerait s'il acceptait de garantir ce professionnel de santé. Cette évaluation du risque est complexe et repose sur de nombreux critères.

Qu'entend-on par le terme « risque » dans le domaine de l'assurance ? Un risque est le fait pour l'assureur d'avoir à engager sa garantie. Il concerne « *des évènements futurs, aléatoires et nécessairement redoutés* ». (6) En responsabilité civile médicale, il s'agit notamment d'intervenir lorsque la responsabilité civile médicale d'un professionnel est engagée : survenance d'un évènement aléatoire qui cause un dommage à quelqu'un en lien avec un fait du professionnel.⁷

Si l'assureur souhaite garantir ce risque, il adresse une proposition d'assurance au professionnel de santé. Cette proposition d'assurance comprend notamment les

⁷ Présentation simplifiée.

conditions de la garantie, les détails de la garantie, le montant annuel de la prime d'assurance à régler par le professionnel de santé, le montant de garantie annuel, les exclusions de garantie et la franchise (restant à la charge du professionnel de santé en cas de sinistre).

Les conditions de cette proposition doivent permettre à l'assureur de mutualiser le risque et d'être moins exposé que l'assuré à ses effets. Elle s'inscrit dans un contexte réglementaire spécifique qui impose des exigences (notamment financières) strictes aux sociétés d'assurances.

La société d'assurance partage ensuite cette « prise de risque » avec un réassureur (qui assure lui-même l'assureur).

Quelles sont les particularités de l'assurance de responsabilité médicale par rapport à cette procédure de souscription d'un contrat d'assurance ?

II. La crise de l'assurance de responsabilité médicale

• Vers une « augmentation » de la responsabilité civile des professionnels de santé

Dans le domaine de la responsabilité civile médicale, cette évaluation du risque présente des particularités, en lien avec une importante crise de l'assurance de responsabilité médicale.

L'objet de ce travail n'est pas d'analyser cette crise complexe. Elle reste toutefois un point important pour comprendre la situation actuelle des sages-femmes libérales face à l'assurance professionnelle.

L'arrêt « Perruche », rendu en 2000⁸, a eu pour conséquence d'augmenter l'étendue de la responsabilité des professionnels médicaux, notamment en obstétrique, tant en terme de fréquence des mises en cause, qu'en terme financier eu égard aux montants des indemnités allouées aux victimes. (7)

⁸ Cass., Ass. Plen., 17 novembre 2000, pourvoi n° 99-13.701. Litige opposant une patiente ayant contracté la rubéole au cours de sa grossesse, infection non diagnostiquée par son médecin et ayant eu des séquelles sur le fœtus, découvertes lors de sa naissance. « Dès lors que les fautes commises par le médecin et le laboratoire dans l'exécution des contrats formés avec M^{me} Perruche avaient empêché celle-ci d'exercer son choix d'interrompre sa grossesse et ce afin d'éviter la naissance d'un enfant atteint d'un handicap, ce dernier peut demander la réparation du préjudice résultant de ce handicap et causé par les fautes retenues. »

Face à l'insécurité juridique et financière subie par le secteur de la santé, le législateur a rendu l'assurance responsabilité civile professionnelle obligatoire pour les professionnels libéraux.⁽⁸⁾

- **Un désengagement des assureurs spécialisés**

Toutefois, la particularité du risque et l'importance des indemnisations allouées aux victimes ont complètement modifié le marché de l'assurance responsabilité civile médicale : de nombreuses sociétés d'assurance se sont retirées de ce marché spécifique.

Les sociétés d'assurance ont alors effectué une sélection stricte des risques qu'elles souhaitaient garantir et les primes d'assurance ont connu une forte augmentation.

- **Des difficultés majeures en obstétrique**

Les professionnels médicaux se sont alors retrouvés dans l'impossibilité de régler des montants de primes exorbitants, et parfois dans l'impossibilité de s'assurer conformément à la législation du fait des refus opposés par les assureurs.

Cette crise a été particulièrement ressentie par les gynécologues-obstétriciens. Suite à une grève et de nombreuses revendications, ils ont obtenu une modification des recours de l'ONIAM⁹ à leur encontre et une possibilité de prise en charge partielle de leur prime d'assurance par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.¹⁰

Dans ce contexte de crise, le Bureau Central de Tarification¹¹ médicale (BCT) a été créé pour éviter l'inassurabilité de certains professionnels. Il a un rôle « d'arbitre » entre la société d'assurance et le professionnel de santé, notamment dans le montant de prime proposé (qui est le reflet de l'évaluation du risque encouru par la société d'assurance). En effet, le rôle du BCT est de fixer la prime moyennant laquelle une entreprise d'assurance sera tenue de souscrire le contrat.¹²

⁹ Office National des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales

¹⁰ Article D185-1 du Code de la Sécurité Sociale

¹¹ La procédure de saisine du Bureau Central de Tarification est consultable en annexe n°V.

¹² Article L252-1 du Code des Assurances

Depuis sa création, le BCT relève une nette amélioration des difficultés rencontrées par les obstétriciens-gynécologues.¹³

Qu'en est-il pour les sages-femmes exerçant l'accompagnement global à la naissance ?

III. La persistance des difficultés pour l'accompagnement global

• Etat des lieux de l'accompagnement global à la naissance en France

L'accompagnement global à la naissance a été défini en 2002 par l'Association Nationale des Sages-femmes Libérales (ANSFL) : « *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant.* »¹⁴

Cette approche complète de la naissance permet la création d'un réel lien de confiance entre la patiente et/ou le couple et la sage-femme ou le binôme de sages-femmes qui les accompagne.

D'après l'ANSFL, elle « *assoit la sage-femme dans sa mission de spécialiste de la grossesse et de l'accouchement physiologiques. Elle donne ainsi aux parents la confiance en leurs capacités à devenir acteurs et responsables de la naissance de leur enfant. D'un point de vue de santé publique, ce type de suivi assure des soins de qualité à moindre coût, tout en s'inscrivant dans une optique de prévention par la création d'un lien père-mère-enfant le plus optimal possible.* »¹⁵

La Haute Autorité de Santé (HAS) précise que le choix du lieu de naissance s'effectue selon les préférences de la femme et du couple, du lieu d'habitation et des structures en place, ainsi que du niveau de risque. Ses recommandations relatives au suivi des femmes enceintes, selon les risques identifiés, mentionnent que « *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.* » (9)

¹³ Rapport de l'Observatoire des accidents médicaux, 2015. (dernier rapport publié au 14/04/2020)

¹⁴ <https://ansfl.org/document/laccompagnement-global/>, consultée le 30/05/2019

¹⁵ Idem

Ainsi, l'accompagnement global à la naissance est une possibilité offerte aux patientes qui bénéficie d'un faible niveau de risque selon les critères de la HAS.

Cette prise en charge globale semble marginale dans l'ensemble des actes côtés par les sages-femmes libérales : l'accouchement ne représenterait que 0,05% des actes côtés par les sages-femmes libérales en 2009. (10) Cette proportion a très probablement augmenté depuis, en raison de l'expérimentation des maisons de naissance débutée en 2015.

Les sages-femmes libérales qui proposent l'accompagnement global à la naissance exercent, en effet, soit en maison de naissance, soit en plateau technique, soit au domicile des parturientes. Certaines professionnelles cumulent ces différents exercices.

L'accouchement à domicile s'inscrit dans cette démarche d'accompagnement global à la naissance. Il a toujours existé, même s'il est actuellement plutôt marginalisé. 11,9% des sages-femmes libérales (interrogées en 2014) signalent pratiquer ou avoir effectué des accouchements à domicile selon l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Selon la Cour des Comptes, seules 72 sages-femmes déclaraient, en 2011¹⁶, effectuer des accouchements à domicile, contre 1 052 en 2008. (11) Cette diminution importante des sages-femmes proposant l'accouchement à domicile est confirmée par l'Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile (APAAD) : seules 71% des sages-femmes qui déclaraient effectuer des accouchements à domicile ont réellement accompagné des accouchements en 2018.¹⁷ Selon l'APAAD, 88 sages-femmes, actuellement en cours d'exercice, proposeraient des accouchements accompagnés à domicile. (12)

Selon l'INSEE, 0,5% des naissances ont lieu à domicile en 2016, sans que les naissances programmées à domicile ne soient distinguées des naissances inopinées (contre 1,9% en 2000).

L'accouchement à domicile effectué par les sages-femmes libérales doit également répondre à l'obligation d'assurance responsabilité civile professionnelle, conformément à l'article L1142-2 du Code de la Santé publique.

¹⁶ Il existe un probable biais dans les déclarations, suite au rappel du non respect de l'obligation d'assurance effectué concomitamment par la Cour des Comptes.

¹⁷ <http://www.apaad.fr/aad-en-france/etat-des-lieux/>, consulté le 03/06/2019

En parallèle, en France, l'accès au plateau technique est autorisé aux sages-femmes libérales depuis 1991.¹⁸ Dans le cadre d'une convention avec certaines maternités, le plateau technique de la structure est mis à leur disposition. Elles peuvent ainsi proposer à leurs patientes un accompagnement global incluant l'accouchement en structure hospitalière en leur présence, avec une possibilité facilitée de transfert vers l'équipe hospitalière en cas de survenue d'une pathologie. Cette pratique est encadrée et nécessite l'établissement d'une convention entre l'établissement hospitalier et le professionnel libéral, ainsi qu'un accord de l'Autorité Régionale de Santé (ARS).

En 2016, en France, seules 7,9% des sages-femmes libérales bénéficiaient d'une telle convention et 5,8% déclaraient effectuer effectivement des accouchements en plateau technique.

L'exercice en plateau technique suppose notamment de répondre à l'obligation d'assurance mise à la charge des professionnels libéraux. La garantie de la responsabilité civile professionnelle de la sage-femme doit inclure l'exercice en plateau technique.¹⁹ En effet, la sage-femme libérale est personnellement responsable de ses actes tant qu'elle n'a pas effectué de transfert de la patiente vers l'équipe hospitalière.

Plus récemment, depuis 2015, les maisons de naissance sont en expérimentation en France. Le législateur précise que « *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.* » (13)

Cette expérimentation a permis l'ouverture de huit maisons de naissance dans lesquelles 79 sages-femmes libérales exercent l'accompagnement global à la naissance soit en tant que sages-femmes référentes (responsables de l'accompagnement global auprès des patientes), soit en soutien (pour seconder les sages-femmes référentes au moment de l'accouchement et/ou en cas d'urgence).²⁰

¹⁸ Article L6146-2 du Code de la Santé Publique

¹⁹ Article 1142-2 du Code de la Santé Publique

²⁰ D'après consultation du site internet propre à chaque maison de naissance : 18 au CALM à Paris , 6 à Doumaia à Castres, 10 à La Maison de Grenoble, 11 au Temps de Naître à Baie-Mahault, 10 aux Premières Heures au Monde de Bourgoin-Jallieu, 7 à Manala de Saint-Paul, et 7 d'un Nid pour naître à Nancy.

Une obligation d'assurance spécifique à cette activité est mise à la charge des sages-femmes libérales exerçant en maison de naissance.²¹ (14) Une copie de l'attestation d'assurance doit être transmise lors de la demande d'autorisation de fonctionnement de la maison de naissance.²² (15) Le non respect de cette obligation peut être sanctionnée également par le retrait ou la modification de cette autorisation.²³ (16)

Ces structures reçoivent un financement annuel de 150 000 euros issus d'un Fonds d'Investissement Régional et versé par les ARS, durant l'expérimentation. Un article récent questionne ce montant, par rapport aux charges réelles des maisons de naissance, incluant les charges administratives (assurance notamment). (17)

Un appel d'offres groupé aurait été effectué auprès de plusieurs entreprises d'assurances par le Collectif des Maisons de Naissance qui regroupe les structures ayant bénéficié d'un accord d'expérimentation. L'assurance responsabilité civile professionnelle est à la charge de chaque sage-femme libérale de la structure. Un réseau mentionne que les frais d'assurance auraient été sous évalués lors de l'estimation des charges financières de ces structures.²⁴ En effet, à l'assurance de chaque sage-femme libérale s'ajoutent l'assurance propre à la structure juridique et l'assurance des locaux.

Ainsi, l'accompagnement global à la naissance est une pratique qui présente des modes d'exercice variés en réponse aux attentes des femmes et des couples. Cette prise en charge effectuée par des sages-femmes libérales est soumise à l'obligation d'assurance de responsabilité civile professionnelle.

Or, des difficultés d'assurance résultant de la crise de l'assurance de responsabilité médicale persistent pour les sages-femmes libérales qui proposent cet accompagnement spécifique à leurs patientes.

²¹ Article 2.1.2 du cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance, Haute Autorité de Santé, septembre 2014.

²² Article 1 de l'arrêté du 30 juillet 2015 fixant la composition dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des maisons de naissance

²³ Article 14 du Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance , article L6122-13 du Code de la Santé Publique

²⁴ https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/6-2016-05-20-schwartz-maison_de_naissance_reseau_ch_ard.pdf, consultée le 30/05/2019

- **Les difficultés d'assurance persistantes pour l'accompagnement global**

En effet, en 2011, la Cour des Comptes rappelle que le défaut d'assurance est sanctionnable depuis 2004 et que malgré l'exercice de l'accouchement à domicile sans respect de l'obligation d'assurance, aucune sanction n'a été prononcée. Elle préconise que « *l'Etat fasse strictement respecter l'interdiction de réaliser des accouchements à domicile programmés sans couverture assurantielle.* » (11)

Or, les primes d'assurance proposées pour couvrir ces activités sont souvent très élevées, même après l'intervention du BCT : entre 22 000 euros et 32 000 euros annuels pour une activité d'accouchement à domicile. (18)

Face à l'impossibilité de s'assurer, eu égard aux montants financiers et donc de respecter l'obligation d'assurance, certaines sages-femmes cessent cette activité. Ainsi, en 2014, 7,9% des sages-femmes déclarent avoir effectué des accouchements à domicile et avoir cessé notamment en raison du coût trop élevé des assurances.

Le montant de la prime d'assurance dépend d'une multitude de critères : la déclaration du risque effectuée par le professionnel, la sinistralité individuelle, l'étendue des garanties et des exclusions, le montant de garantie, les franchises applicables, la reprise du passé inconnu (par rapport à une discontinuité d'assurance) et l'analyse globale du risque d'une profession. (19)

Des débats opposent ainsi les entreprises d'assurance et les sages-femmes libérales sur la légitimité de ces montants d'assurance. De façon très schématique, les assureurs estiment que le risque est très élevé pour cette activité médicale.(20) Les sages-femmes libérales, quant à elles, estiment que le risque est mal évalué, puisque l'évaluation du risque serait effectuée par rapport à la pratique des gynécologues obstétriciens et non en lien avec leur propre exercice. Elles sont à ce titre soutenues par les usagers. (19)

La situation ne fait aujourd'hui l'objet d'aucune solution concrète, malgré l'implication des professionnels libéraux et des instances concernées. Elle semble cristallisée autour d'une incompréhension mutuelle : les notions de risque assurantiel (« événements futurs, aléatoires et nécessairement redoutés » qui engagent la responsabilité du professionnel) et de risque obstétrical (dangerosité d'une situation pour la mère et l'enfant, qui peut être dépistée. Seul le risque imprévisible et irréductible devrait être géré dans l'urgence.) semblent diverger.

Par ailleurs, le nombre peu élevé de sages-femmes libérales qui pratiquent l'accompagnement global à la naissance explique également la persistance de ces difficultés : la mutualisation du risque est très restreinte pour l'assureur et l'évaluation « statistique » de la survenance d'éventuels risques est limitée du fait d'une faible population concernée.

Or, schématiquement, un assureur analyse trois niveaux du risque²⁵ : le risque professionnel (lié au métier de sage-femme), le risque lié une activité spécifique (l'accompagnement global à la naissance) et le risque individuel (la pratique spécifique de cette sage-femme).

Récemment, l'ANSFL a effectué une enquête auprès des sages-femmes libérales qui propose l'accompagnement global à la naissance sur leur contrat d'assurance. Ce tour d'horizon doit permettre une réflexion relative aux actions possibles.

Or, ce versant individuel du risque n'apparaît pas dans le questionnaire établi par l'ANSFL. Les résultats, quant à eux, concluent à une réelle méconnaissance de l'assurance par les sages-femmes.

Dans ce contexte, se pose la question plus large de l'expérience de l'assurance responsabilité civile professionnelle par les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global à la naissance.

Quelles expériences et représentations les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global à la naissance ont-elles de leur assurance responsabilité civile professionnelle ?

L'idée est d'aborder les thématiques suivantes : la déclaration du risque auprès de leur assureur, la gestion et la prévention des risques, le ressenti par rapport à la situation actuelle, les attentes d'un assureur responsabilité civile professionnelle, les échanges avec les femmes et les couples sur ce thème, le ressenti de l'« utilisation » de leur assurance et leur vécu de la situation actuelle.

L'objectif est d'étudier l'expérience de l'assurance responsabilité civile professionnelle par les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global à la naissance en France, d'identifier leurs besoins et attentes et de proposer d'éventuelles pistes de réflexion.

²⁵ Analyse juridique et analyse de probabilités basées sur des projections mathématiques d'actuariat.

Méthodologie appliquée

I. Les objectifs

Objectif : Etudier l'expérience de l'assurance responsabilité civile professionnelle par les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global en France, identifier leurs besoins et leurs attentes et proposer d'éventuelles pistes de réflexion.

II. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective de type qualitatif.

B. Outil méthodologique

L'outil méthodologique est un entretien semi-directif. Il permet d'aborder des thèmes et des sous-thèmes prévus initialement. Ces sous-thèmes correspondent aux différentes étapes de « vie » d'un contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle. Ce type d'entretien offre une certaine liberté qui permet d'explorer le ressenti des sages-femmes par rapport à leur assurance et surtout d'éviter (ou de limiter) le biais lié à la méconnaissance de l'assurance (et du vocabulaire associé).

C. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée sur une période définie : du 1er septembre 2019 au 14 avril 2020.

D. Participants

L'étude concerne les sages-femmes libérales qui effectuent de l'accompagnement global à la naissance (accouchement à domicile ou AAD, plateau technique ou PT, maison de naissance ou MdN).

Les sages-femmes exerçant ce type d'activité sont peu nombreuses en France. Pour maximiser la diversité des entretiens, il était envisagé de contacter les maisons de naissance en cours d'expérimentation sur toute la France. Deux maisons de naissance ont été contactées (par proximité géographique) à plusieurs reprises, sans succès. Il est probable que l'approche de la fin de l'expérimentation ait limité la disponibilité des professionnelles y travaillant

Par ailleurs, la prise de contact avec les sages-femmes libérales exerçant en plateau technique et avec celles qui proposent l'accouchement à domicile était initialement restreinte à la région Ile-de-France pour des raisons pratiques permettant de favoriser des entretiens physiques. Cependant, au cours de la réalisation des entretiens, des relations de travail imbriquées ont été révélées entre les différentes personnes interrogées. Il était alors intéressant de compléter l'étude par un entretien avec une sage-femme d'une autre région.

En parallèle, pour enrichir la réflexion autour de cette problématique, il a été réalisé des entretiens auprès d'autres intervenants :

- un entretien avec une sage-femme libérale ayant initié une procédure judiciaire à l'encontre du BCT,
- un entretien avec un juriste chercheur qui a été récemment interrogé sur cette question,
- un entretien avec un représentant du Collectif de Défense de l'Accouchement A Domicile (CDAAD), association d'usagers autour de l'accouchement à domicile,
- un entretien avec un représentant de l'APAAD, association des sages-femmes libérales pratiquant l'accouchement accompagné à domicile.

Les sociétés d'assurance spécialisées et le BCT ont été également contactés pour obtenir leur point de vue de la situation actuelle, sans succès.

E. Considérations éthiques et réglementaires

Au cours de l'entretien, un enregistrement a été proposé, afin que les entretiens puissent être analysés après retranscription. Il est systématiquement rappelé que la confidentialité des échanges et leur qualité seront préservées. Un consentement écrit a été recueilli.

Afin de garantir la confidentialité des entretiens, les sages-femmes interrogées ont été nommées de A à G au titre de la présentation de population, tandis que les entretiens sont numérotés de 1 à 7, sans corrélation d'ordre entre les entretiens et les sages-femmes.

Analyse des résultats et discussion

I. Population étudiée

Sept entretiens ont été réalisés auprès de sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance (plateau technique et/ou accouchement à domicile). Les entretiens ont été effectués soit lors d'une rencontre, soit lors d'un rendez-vous téléphonique. La durée moyenne était de 50 minutes (entre 40 minutes et 56 minutes).

La réalisation de ces entretiens résulte de la prise de contact avec plus d'une vingtaine de sages-femmes concernées de l'Île-de-France. Les personnes ayant répondu à notre prise de contact ont toutes accepté d'effectuer l'entretien sauf une sage-femme qui ne comprenait pas l'intérêt d'évoquer ce sujet.²⁶ Par la suite, il a été proposé des entretiens auprès de sages-femmes hors de la région initialement prévue, afin d'évaluer l'existence de biais en lien avec un exercice local. Les sages-femmes rencontrées ont entre 35 ans et 4 ans d'expérience professionnelle.

Trois sages-femmes interrogées proposent un accompagnement global en plateau technique et à domicile, dont une actuellement en début d'activité.

Deux sages-femmes interrogées effectuent des accouchement seulement sur un plateau technique. Même si elles ne partagent pas la même analyse de l'accouchement à domicile, l'absence d'assurance pour cette pratique est mentionnée par les deux sages-femmes.

Enfin, deux sages-femmes ont arrêté l'accompagnement global à la naissance (plateau technique et accouchement à domicile), soit récemment, soit il y a déjà quelques années, pour des raisons d'absence d'assurance principalement.

Aucune des sages-femmes interrogées proposant un accouchement à domicile n'était garantie par son contrat d'assurance pour cette activité. Une des sages-femmes interrogées a effectué des accouchements en plateau technique, sans que cette activité ne soit ajoutée à son contrat d'assurance.

²⁶ « Qu'est ce que je vais dire, à part on n'a pas d'assurance, comme les autres. »

Population étudiée

	Sage-femme A	Sage-femme B	Sage-femme C	Sage-femme D	Sage-femme E	Sage-femme F	Sage-femme G
Type d'exercice actuel	Arrêt récent PT et AAD	PT	Début PT et AAD	PT, AAD	PT et AAD	SFL	PT, arrêt AAD depuis 3 ans
Année de diplôme	2008 (France)	2014 (France)	2016 (France)	2010 (Belgique)	1994 (France)	1990	1985 (France)
Durée accompagnement global	8 ans	5 ans	« j'ai les premiers couples que j'accompagne »	5 ans	12 ans	14 ans	31 ans
Particularités exercice	Surtout accompagnement post deuil périnatal	3 PT, en équipe,	Sénégal, Brésil			Arrêt Aad en 2007, arrêt PT en 2016	Arrêt AAD
Autres expériences	Expérience hospitalière	Qq mois en hospitalier	Expérience hospitalière de 9 mois, accompagnement	Expérience hospitalière dans des types différents (France et Belgique)	Expérience hospitalière	Expérience hospitalière 11 ans	Expérience hospitalière
Nombre d'accouchement par mois	A arrêté depuis deux mois	« en accouchement strict par mois, ça va osciller entre 4 et les pires mois, je peux aller à 8-9. Et par contre en terme de nombre de césariennes, par semaine, pas par mois, je dois en avoir au moins deux-trois. Donc ça fait beaucoup de patiente. Je potentialise les risques (rires).	2-3 prévus dans les 6 mois	3-4 accouchements par mois (1 mois off)	1/5 PT 4/5 AAD « arrêt de deux mois/deux mois et demi par an » Entre 5 et 8 par mois. Exceptionnellement 10 (été).	4 par mois max. (30% AAD et 70% PT)	Non évoqué
Associations / réseaux ?	Oui réseau de proximité, réseau gynéco	Réseau de proximité, ANSFL	Non évoqué	« Born & Care », APAAD		Non évoqué	Syndicat, Ordre, Caisse de Retraites, président mutuelle,

Population étudiée-1

	Sage-femme A	Sage-femme B	Sage-femme C	Sage-femme D	Sage-femme E	Sage-femme F	Sage-femme G
Assureur	La Médicale	MACSF	MACSF, La Médicale	La Médicale	La Médicale	La Médicale	La Médicale
Moyenne de prime	?	?	1800 euros	800 euros	1100 euros	Non évoqué (actuellement activité sage-femme libérale en semi-global)	Non évoqué
Changement d'assurance	Oui (changement d'activité)	Non	Oui	Non		Oui (en 2007 la MACSF 2300 euros (avant arrêt PT, écho)	Non
Activités assurées	Libérale	PT	Libérale, PT, écho	PT	Accompagnement global, PT	PT, libéral	PT, écho
Activités non assurées	AAD, PT		AAD	AAD	« exclusion du domicile »	Non	Non
Formation sur l'assurance ?	« On a très peu de connaissance. »	Non	Non évoqué	Non évoqué		Non	« J'ai acquis beaucoup de connaissances en assurance pour m'en occuper depuis longtemps. » « les sages-femmes ne connaissent pas bien. Ce sont des questions dont on se préoccupe quand on est concerné »
Intéactions « extérieures »	« Quand je sors du cabinet, ma vie perso me prend tellement de temps que je me rends compte que je n'arrive pas à m'investir comme je voudrais. »	« Je suis dans mon activité. Je ne suis pas le reste. »	Non évoqué	« L'assurance ce n'est pas quelque chose sur lequel j'ai eu le temps de me poser. » « Je ne suis pas très au courant de tout ça parce que je n'ai pas le temps. »		Non évoqué	Assurance, Ordre, Syndicat...

Population étudiée

	Sage-femme A	Sage-femme B	Sage-femme C	Sage-femme D	Sage-femme E	Sage-femme F	Sage-femme G
Conditions entretien	détendue, a accepté tout de suite, pause entre 2 rdv assez longues	Détendue, a accepté tout de suite, pause déjeuner, déjeune rapidement en même temps	Hâte de parler d'assurance, problème qui lui tient a coeur, pressée au début car avait oublié le rdv puis détendue	Pressée, consultation après, tôt le matin, sur le trajet ?	Détendue, a accepté tout de suite, a une consultation avant, pas après	Matin, calme, disponibilité d'une heure	Détendu, a accepté tout de suite,
Durée	42min	40min	56min	52min	56min	55min	55min
Vocabulaire utilisé	Courant	Courant, formes familiales employées ponctuellement, non technique	Courant	Courant	Courant	Courant	Courant
Attitude	Détendue	Détendue	Détendue	Pressée	Détendue	Détendu, intéressé	Détendu
Lieu	Cabinet médical	A son domicile	Café	Par téléphone	Cabinet médical	Par téléphone	Cabinet médical

II. Le risque, en pratique ?

Lors des entretiens, la notion de risque était abordée indirectement avec les sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance, pour comprendre leur approche de la gestion et de la prévention des risques dans leur pratique, ainsi que la façon dont est présentée cette approche à leur assureur.

A. Gestion et prévention des risques dans la pratique des sages-femmes rencontrées

1. Les représentations du risque par les sages-femmes rencontrées

D'après le Larousse, un risque est « *un danger, un inconvénient, plus ou moins probable auquel on est exposé.* ». La notion de risque est indissociable de celle d'assurance, puisqu'elle justifie l'existence même des contrats d'assurance qui permettent de se prémunir contre des risques présentant des conditions précises. C'est un élément essentiel évalué lors de l'établissement du contrat d'assurance.

• Le risque obstétrical

Sans surprise, le risque est d'abord compris dans son versant obstétrical : « *Bien sûr, je considère que j'ai moins de risques qu'un gynécologue. Mais voilà, je sais très bien que le risque zéro n'existe pas.* » (sage-femme 3). Une certaine hiérarchisation des risques se retrouve dans le discours des sages-femmes interrogées : « *en plateau technique, il y a déjà un risque comme dans tout accouchement* » (sage-femme 1 en comparaison à l'accouchement à domicile, non proposé par elle). Elle découle probablement des débats entourant la pratique de l'accouchement à domicile qui sont imprégnés d'une notion de risque comparative par rapport à un accouchement au sein d'autres structures.

Comme le souligne Danièle Carricaburu, « *dans les cas de la grossesse et de l'accouchement, la question du risque est omniprésente car historiquement l'obstétrique française s'est structurée à partir d'une conception de l'accouchement comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant.* » (21)

Le risque maternel, au travers notamment de l'hémorragie du post-partum est plus évoqué que le risque foetal ou néonatal. Ce sont des situations réelles qui sont rapportées: « *tout parfait, elle s'est mise à saigner la rage en post-partum.* » (sage-femme 1 exerçant en plateau technique), « *elle a atterri dans une maternité en état de choc en hémorragie de la délivrance.* » (sage-femme 3 suite à un non décollement placentaire). « *Le risque que je crains le plus...l'hémorragie de la délivrance.* » (sage-femme 2).

L'appréhension porte sur les conséquences maternelles : « *ce n'est pas une histoire de mort mais d'être en bonne santé.* » (sage-femme 3), avec la volonté de « *ne prendre aucun risque pour le bébé, aucun risque pour la mère.* » (sage-femme 1)

Le risque « obstétrical » pour l'enfant est finalement peu abordé. Il est plus évoqué en rapport aux parents, dans le cadre de l'absence d'assurance.

- **Le risque lié au défaut d'assurance**

Une autre représentation du risque, en lien avec leur activité, émerge des réponses données par les sages-femmes : un risque lié au défaut d'assurance. « *Je m'expose à un risque qui me dépasse, qui fait que je ne vais plus le faire.* » (sage-femme 2).

Cette notion s'exprime sous différents angles.

D'abord, il est mentionné un risque procédural. « *A partir du moment où le professionnel présent est responsable un petit peu de l'accouchement, tout est attaquable. Dans le sens où tout peut être remis en question.* » (sage-femme 5). Ce risque semble inévitable : « *faire des accouchements à domicile en se disant qu'il ne se passera jamais rien qui pourrait occasionner une procédure...quelque part on flirte avec la toute puissance.* » (sage-femme 4). La plainte envisagée proviendrait des parents (« *il n'y a pas eu de faute, juste...mais que font faire les parents ? Je n'en sais rien.* » (sage-femme 3). Mais pas seulement : « *nos craintes, c'est de...d'avoir à gérer une situation dans laquelle...je dois me défendre judiciairement ou de la part des hôpitaux en fait. Si les hôpitaux m'attaquent parce qu'ils ont eu très peur d'un procès.* » (sage-femme 6). La crainte d'une procédure semble imbriquée avec l'idée d'un transfert : « *s'il n'y pas besoin de transfert, normalement on ne va pas venir t'attaquer.* » (sage-femme 5)

L'absence d'assurance entraîne un risque financier pour les parents qui est souligné par les sages-femmes interrogées : « *le risque est surtout pour les parents en réalité. Je suis insolvable sur huit millions d'euros* » (sage-femme 3). « *Je leur parle du handicap. Je leur*

dis que lorsqu'il faut élever un enfant handicapé, c'est difficile dans notre pays, il y a peu d'aides. » (sage-femme 3).

Et cette absence d'éventualité de prise en charge financière se répercute finalement sur la sage-femme : *« alors après le risque est probablement répercuté sur ma famille. » (sage-femme 3). « Il n'y a pas de risques particuliers, il y a juste que le seul risque, il est pour la sage-femme. » (sage-femme 4). « La personne qui prend le plus de risques, c'est la sage-femme. » (sage-femme 4).*

Exercer sans avoir la possibilité de s'assurer révèle des craintes pour leur famille (*« et ça n'engage pas que moi...toutes ces histoires, ça engage aussi ma famille. » sage-femme 7*), pour leur carrière (*« pour moi, pour ma carrière sur le plan professionnel, pour la carrière de mes collègues. » sage-femme 1*) et pour elle-même (*« c'est ma vie à moi qui va être problématique » sage-femme 2*)

La peur de ne plus pouvoir exercer ou d'être radiée s'exprime avec émotion chez certaines sages-femmes :

« Il y a des sages-femmes (...) qui se font vraiment taper sur les doigts pour leur activité leurs pratiques. Qui sont remises en question sur leurs conduites à tenir, alors qu'a priori elles n'ont pas beaucoup de choses mal. J'ai assisté à certains procès de sages-femmes auprès du Conseil National de l'Ordre. Quand tu te dis que ta vie professionnelle est mise à mal par des gens qui sont du corps médical, ça m'a un peu secouée tout ça. » (sage-femme 2)

« Et du coup, je sais que c'est très rude les peines qui sont déposées contre ces sages-femmes là. Radiation totale ou pendant un certain temps. Et du coup, je trouve ça pas normal que tu puisses oeuvrer ou faire une activité que tu essayes de faire au mieux. Tu fais ton activité et juste que tu ne puisses pas être défendue correctement si jamais, on t'attaque. Pour une raison ou pour une autre. » (sage-femme 5).

Le risque lié au défaut d'assurance semble alors omniprésent, avec l'impression que cette absence d'assurance influence les débats juridiques et oriente les sanctions.

Le Conseil de l'Ordre des sages-femmes a débuté récemment la publication de décisions ordinales prononcées à l'encontre de sages-femmes : sur les deux cent décisions annoncées, seulement trente quatre décisions des chambres disciplinaires interrégionales et nationales ont été publiées. Onze des décisions publiées en priorité concernent des

accouchements à domicile.²⁷ Pour cinq décisions, une sanction complémentaire à la plainte initiale est sollicitée pour défaut d'assurance, sans que ne soit précisé à quelle proportion ce paramètre a concouru à la sanction finalement prononcée.

L'analyse des différentes représentations du risque par les sages-femmes interrogées permet de confirmer son caractère polysémique, ainsi qu'une certaine influence de l'impossibilité de s'assurer sur ces représentations.

- **Vers une prévention des risques ?**

Mentionner le risque évoque également l'éventualité de prévenir son apparition.

L'imprévisibilité du risque est envisagé : « *c'est lié au fait qu'on fait de l'obstétrique, l'imprévu est possible.* » (sage-femme 1) et semble inévitable « (il ne faut pas) *croire qu'on est capable d'éviter que l'imprévisible se produise* » (sage-femme 3).

De cette notion d'imprévisibilité évoquée par certains professionnels naît alors une volonté non clairement exprimée de gestion et de prévention des risques. « *C'est un travail d'anticipation qui est important de la part de la sage-femme.* » (sage-femme 1). Cette facette est parfois clairement affirmée : « *Le risque est inhérent à notre métier. Le problème, maintenant, on a peur du risque. C'est du danger qu'il faut avoir peur, pas du risque. Notre métier, c'est de gérer du risque.* » (sage-femme 7)

Comment s'exprime cette « gestion des risques » dans le quotidien des sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance ?

2. La gestion des risques par les sages-femmes rencontrées

Selon la HAS, « *une démarche de gestion des risques (...) vise à réduire à un niveau acceptable les risques d'événements indésirables associés aux soins, expressions possibles de risques insuffisamment maîtrisés.* »²⁸

Elle s'effectue en plusieurs étapes, illustrées par le schéma ci-dessous.

²⁷ Site internet de l'Ordre des sages-femmes consulté au 15 février 2020. (annexe n° IV)

²⁸ https://www.has-sante.fr/jcms/c_1661166/fr/qu-est-ce-qu-une-demarche-de-gestion-des-risques article mis en ligne le 27 novembre 2013.

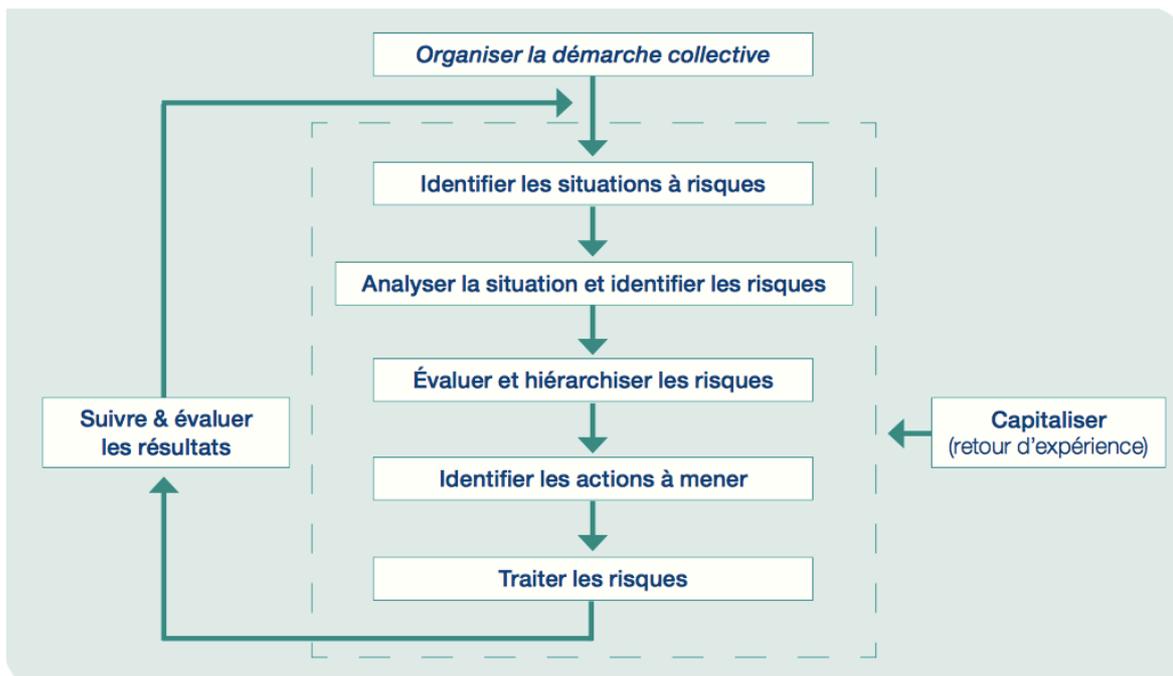


Schéma de démarche de gestion des risques - HAS

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-07/format2clic_gestion_des_risques.pdf

Lors des entretiens, une éventuelle démarche individuelle de gestion des risques a été recherchée à travers le questionnement de la pratique quotidienne des sages-femmes interrogées.

• Des situations à risques identifiées

Les situations à risques sont clairement identifiées par les sages-femmes au regard des recommandations actuelles des sociétés savantes en obstétrique. « *On est dans un cadre avec des recommandations.* » (sage-femme 5) Il est notamment fait référence aux recommandations de la HAS relatives au suivi et à l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, même si en théorie l'accouchement à domicile est exclu de leur champ d'application. « *Il faut prendre des accouchements à bas risque, pas des accouchements, enfin des patientes à bas risque, on ne peut pas savoir tant qu'elles n'ont pas accouché.* » (sage-femme 1). La sélection des patientes est évoquée spontanément. « *la plupart du temps, j'ai des suivis simples, A.* » (sage-femme 3). « *Certes, c'était un suivi B mais qui a abouti au fait qu'on ait basculé à un suivi A. (à propos d'une grossesse cerclée arrivée à 37 semaines d'aménorrhée).* » (sage-femme 3).

Dans l'identification de ces situations à risque, la spécificité de l'accouchement à domicile ou de l'accouchement en plateau technique est prise en compte. « *les patientes à bas risque, voire encore moins que ce que j'accepterai sur un plateau technique, parce qu'il faut compter la spécificité d'un accouchement à domicile.* » (sage-femme 6)

Les sages-femmes effectuent une identification « a priori » des situations à risques spécifiques à l'accouchement à domicile notamment. « *Assez vite, je me suis dit que je n'accouchais plus de primipares à domicile. (...) Les grandes multis, je fuyais. Pas d'originalité, vraiment des grossesses simples, simples. Sans particularité.* » (sage-femme 2).

Cette sélection des patientes semble dépendante du professionnel, probablement en lien avec l'expérience et les rencontres issues des demandes d'accompagnement. « *J'en ai beaucoup des critères comme ça, il faudrait que je vous donne tout ce que j'ai travaillé.* » (sage-femme 6)

« *Je sais qu'on peut travailler de façon sereine à domicile : il faut bien sélectionner les patientes et qu'elles soient bien préparées...il y a plein de contre-indications à bien lister et dans ce contexte là, c'est sécuritaire. (...) Quand il y a une contre-indication par rapport aux antécédents, c'est carré, c'est simple. Ou elle habite au cinquième sans ascenseur ou un tout petit escalier...bah là, c'est simple de dire non.* » (sage-femme 7)

La sélection des patientes s'appuie sur des critères objectifs mais pas seulement. Des critères subjectifs apparaissent également dans le discours des sages-femmes, propres à la particularité de l'accompagnement global à la naissance.

« *Par contre, quand tu es au niveau du ressenti dans le relationnel et que tu te dis qu'elle se trompe de projet, elle s'illusionne en fait. Y en a, elles veulent accoucher à domicile parce qu'elles ont peur d'accoucher à l'hôpital (...). C'est en action, ça ne peut marcher que si c'est en action et pas en réaction. Et donc là, c'est notre responsabilité de les renvoyer doucement mais sûrement à ça. Je me souviens les premières fois où j'ai ressenti ça. C'est pas évident de dire non.* » (sage-femme 7)

La relation de confiance est évoquée, non pas comme un rempart contre la survenance d'un risque. Elle est envisagée comme une condition à la sécurité des patientes et surtout du professionnel. Elle peut être ainsi considérée comme un critère de sélection des patientes par certains professionnels. « *Je trouvais que la confiance était rompue, je ne pouvais pas l'accompagner comme si de rien était.* » (sage-femme 2). « *On ne ferait pas*

un accouchement en plateau technique ou à domicile à une patiente qu'on vient juste de rencontrer. » (sage-femme 2). « Et voilà si à l'accouchement, tu négocies, je te dis là...il faut appeler le médecin, tu négocies ou tu veux pas qu'on parte en césarienne...en gros, c'est pas possible. C'est hyper important que tu aies confiance en moi. » (sage-femme 5). « Elle leur a dit, écoutez, je ne suis pas en sécurité avec vous, ce n'est pas possible. Elle a dû arrêter le suivi. » (sage-femme 5)

Par une sélection rigoureuse des patientes, les situations considérées comme « à risque » dans le cadre de l'éventualité d'un accompagnement global à la naissance sont écartées. *« C'est vraiment le lieu adapté à la naissance le domicile. Mais il faut l'évaluer avant. » (sage-femme 7).*

Quelles sont, alors, les éventuelles actions mises en place par ces sages-femmes pour réduire les risques qui pourraient persister ?

- **L'application d'un plan d'action de réduction des risques par les sages-femmes rencontrées**

Comprendre l'éventualité d'un plan d'action de réduction des risques appliqué à l'accompagnement global à la naissance nécessite de cerner les spécificités de cette pratique.

En effet, cet accompagnement est basé sur le respect de la physiologie de la naissance grâce, notamment, à la confiance acquise par la femme en sa capacité à accoucher.

« Je me suis rendu compte qu'une femme...que la façon dont une femme s'y prend pour mettre son bébé au monde, ça n'a rien à voir avec la façon dont nous, on s'y prend pour mettre leur bébé au monde. (...) Mon questionnement depuis trente ans, c'est comment favoriser le processus physiologique ? » (sage-femme 7)

La clé de l'accompagnement global à la naissance est de favoriser la physiologie à la naissance, première réponse à une réduction des risques.

« Pour pouvoir être sécurisée, il faut d'abord avoir une bonne connaissance de la physiologie et comment favoriser cette physiologie. (...) Soit tu as la capacité à revenir dans le « tout va bien », soit c'est là où il faut transférer pour ne pas être, justement dans la pathologie. Et tout ça, c'est une bonne connaissance de la physiologie, avoir des repères et pouvoir juger de là où on est. » (sage-femme 7)

Pour favoriser cette physiologie, « *le temps fort, c'est vraiment la préparation. (...) c'est-à-dire leur donner confiance dans leur capacité à ressentir. Leur donner une place d'acteur tout le temps* (à propos des femmes) » (sage-femme 7)

La physiologie apparaît comme le repère essentiel de la sage-femme : « *Quand tu es à domicile, l'idée c'est que tu n'interviennes pas et quand il y a une intervention et des actes médicaux, ça ne se passe plus au domicile. Mais en maternité ou en structure.* » (sage-femme 5). « *A partir du moment où je perfuse, je transfère. (...) Si je médicalise, il faut que ce soit en structure. (...) Même une rupture artificielle, je ne la fais pas à domicile.* » (sage-femme 2)

En plateau technique, cette limite est plus nuancée et semble dépendre de chaque convention de partenariat. Certaines équipes travailleraient en coopération tandis que pour d'autres, l'accès au plateau technique se limite essentiellement à un apport matériel ou à une possibilité de transfert simplifié. La physiologie ne semble plus être une limite essentielle : « *moi, les sièges et les gémellaires je ne les fais pas voie basse. Bon si, exceptionnellement ça arrivait et qu'il y en avait une qui voulait voie basse, je pourrais l'accompagner mais avec des conditions strictes et un obstétricien sur place. Théoriquement, soit c'est de l'accompagnement global et ils ne viennent que s'il y a un problème, soit c'est du semi-global et c'est eux qui font l'accouchement. (...) C'est juste que si ça me paraît être un accouchement à risque, on va prendre des dispositions pour que l'accouchement soit pas à risques (...) poser une péridurale si c'est un utérus cicatriciel* » (sage-femme 1). Le partenariat et l'intervention de l'obstétricien permettent alors à la sage-femme d'agir dans le respect de ses compétences, sous les directives de l'obstétricien partenaire.

La physiologie reste, cependant, le point essentiel de vigilance. Elle est l'élément pivot d'une décision de transfert.

Toutefois, la définition d'un plan d'action de réduction des risques passe également par une anticipation d'évènements pouvant survenir. Ainsi, Jacqueline Laviolonne rapporte sa rencontre avec la pratique de l'accouchement à domicile.

« *La première chose que j'ai entreprise, avant même d'accepter de suivre cet accouchement, ce fût de revoir pathologie par pathologie, tout ce qui pouvait arriver et mettre en place, hors de l'hôpital, la façon dont je pouvais résoudre un problème s'il survenait. (...) Cette démarche était pour moi un élément d'assurance, parce que j'étais*

morte de trouille : et si tout monde mourait là, en face de moi, que faire ? (...) Mon urgence était de trouver des réponses à mes peurs. » (22)

Cette anticipation de la survenue d'un évènement passe, dans un premier temps, par le soutien de la physiologie : « *le suivi global limite tous les dysfonctionnements. » (sage-femme 4)*

« Après, en fait, on est beaucoup dans le préventif, en fait...ce qui va générer...en fait là, on est que dans l'après : gérer le risque, le danger de l'hémorragie. Mais qu'est ce qui prévient l'hémorragie ? C'est un bon accueil du bébé. On a besoin qu'elles aient un shoot maximal d'ocytocine tout de suite après l'accouchement et c'est ce qu'on fait avec la délivrance dirigée en fait. (...) dans la sécurité, dans la complicité, dans la contenance, la présence, elles se font leur shoot d'ocytocine pour que la délivrance se fasse tranquillement. Donc ça diminue les risques d'hémorragie. Mais parfois, ça peut arriver, et là, il faut transférer. » (sage-femme 7).

Ensuite, la HAS indique qu'un système sûr possède une combinaison de barrières pour contenir le risque. Les entretiens effectués ont permis de relever différentes barrières utilisées par les sages-femmes proposant un accompagnement global à la naissance.

Les formations, notamment aux gestes d'urgence spécifiques à l'accouchement à domicile ou en plateau technique, sont un premier exemple. « *Les principales formations continues qui sont très importantes, c'est celles qui sont afférentes à l'accouchement, puisque c'est là qu'on prend le risque direct et on est toute seule. (...) Pour la salle de naissance, il faut régulièrement se rappeler les choses de base pour sauver des vies. (...) » (sage-femme 1) « J'ai fait une formation en plus, (...) des formations faites par Isabelle Brabant pour la réanimation et les gestes d'urgence. » (sage-femme 6).*

Malgré la nécessité de ces formations évoquées par certaines des sages-femmes interrogées, trouver une formation adaptée à la spécificité de l'accompagnement global ne semble pas évident : « *on n'a plus les organismes qui font ce type de formation. » (sage-femme 1)²⁹*

Enfin, l'établissement de recommandations de bonnes pratiques spécifiques à l'accompagnement global, et plus précisément à l'accouchement à domicile semble être

²⁹ L'APAAD propose ainsi des formations spécifiques à l'AAD. <https://www.apaad.fr/pour-les-sages-femmes/formations/>

un point essentiel envisagé par l'APAAD³⁰, notamment, pour favoriser la reconnaissance de cette pratique dans le paysage périnatal.

De telles recommandations n'ont pas été directement évoquées par les sages-femmes interrogées, même si la volonté d'un cadre est exprimée. Elles seraient toutefois la formalisation d'une barrière existante à la survenue d'évènements indésirables.

Par ailleurs, à ces actions concrètes évoquées par les sages-femmes s'ajoute une gestion des risques « a contrario ».

En effet, les sages-femmes interrogées effectuent systématiquement un retour d'expérience lorsqu'elles ont rencontré une situation complexe ou interpellante dans leur pratique, même si cette analyse n'est pas réellement structurée. « *Si quelque chose nous paraît ne pas s'être passé correctement, on en discute ensemble pour essayer de nous améliorer dans nos pratiques aussi.* » (à propos d'une équipe en plateau technique) (sage-femme 1). « *Quand tu as des dossiers, comme ça, c'est sûr que ça m'a chamboulé. Je pense qu'il y a des choses à améliorer.* » (sage-femme 3). « *Voilà comment j'améliore les choses. C'est comme ça aussi ...malheureusement, c'est comme ça qu'on...par l'expérience, qu'on progresse.* » (sage-femme 7)

Toutefois, ces retours d'expérience ne sont pas formalisés sous forme d'évènements indésirables. Selon l'APAAD, aucune des sages-femmes en exercice n'a jamais déclaré d'évènements indésirables, alors même que certaines ont fait l'objet d'évènements indésirables, sans qu'une analyse factuelle contradictoire n'ait été nécessairement mise en place. (12)

Le climat conflictuel autour de l'accouchement à domicile explique probablement cet état de fait.

Dans le même objectif, certaines des sages-femmes n'hésitent pas à solliciter une Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM) ou à y assister (mentionné par deux sages-femmes interrogées). Selon l'APAAD, la participation des sages-femmes à certaines RMM permettrait une meilleure coordination des soins et une intégration locale de l'accouchement à domicile. (12)

³⁰ Echanges en ce sens lors des rencontres autour de l'accouchement à domicile organisées en novembre 2019 par l'APAAD et le CDAAD.

De nombreux points essentiels à la mise en place d'un plan d'action de réduction des risques se retrouvent dans le discours des sages-femmes interrogées. Certaines actions manquent probablement de formalisme et de suivi, ce qui s'expliquerait par l'absence de formation spécifique à ce sujet.³¹

- **Le manque d'une démarche pluri-professionnelle**

La HAS précise qu'une démarche de gestion des risques pour être efficace doit être pluri-professionnelle et « être intégrée au quotidien dans la gouvernance de la structure dans laquelle travaillent les professionnels concernés. »

Or, il apparaît, à l'écoute des sages-femmes qui proposent un accompagnement global à la naissance, que cette activité manque à l'intégration du travail en réseau de périnatalité. « Au niveau des centres hospitaliers, c'est compliqué, dès que tu veux transférer, même si tu travailles bien. » (sage-femme 7). « Dans les cas de transferts, c'est dans les cas où se rencontrent le milieu hospitalier et le milieu domicile, c'est à ce moment qu'il y a incompréhension. Le fait qu'on soit...qu'ils ne connaissent pas comment on travaille. Deux mondes se rencontrent. » (sage-femme 5)

« J'ai décidé de le transférer (à propos d'un bébé né à domicile à 37 semaines qui présentait des geignements). Ça a été tout un bin's parce qu'il fallait que je passe par la... je ne pouvais pas passer directement par les services, il me demandait de passer par la cellule de transfert. Pour transférer le bébé en néonate. Et le problème c'est que la cellule de transfert me disait « nous, on ne travaille qu'avec les services. (...) Après, il a fallu que je m'explique avec le chef de service. Je l'ai appelé tout de suite parce que je savais que ça allait jaser. C'était juste un problème de mise en réseau en fait. C'est hors réseau, donc en fait on est toujours...on est à contre-courant. » (sage-femme 7)

Les sages-femmes expriment ce manque d'intégration (« Je pense qu'on n'est pas suffisamment incluses dans les équipes. C'est ça le problème du global : tu es là mais tu n'es pas là. Tu n'es pas vraiment présente. » (sage-femme 2 par rapport à l'éventualité d'une participation au staff en plateau technique.), alors même qu'elles soulignent l'importance du travail en réseau: « ce que je crains c'est d'entendre une histoire où le manque d'organisation est à l'origine d'une situation inconfortable pour une collègue ou une de ses patientes. » (sage-femme 6)

³¹ L'APAAD met à disposition des sages-femmes sur son site internet les recommandations pour l'élaboration d'un document information à destination du patient ainsi que les recommandations de la HAS relatives à l'évaluation de sa pratique professionnelle <https://www.apaad.fr/pour-les-sages-femmes/recommandations-francaises-et-internationales/>

Elles évoquent la volonté d'un travail commun « *et puis qu'il y ait des protocoles en commun et que ça fasse complètement partie...(du réseau)* » (sage-femme 7)

- **Les actions menées face au manque d'intégration de l'accompagnement global**

Cette prise de conscience s'accompagne d'actions : l'APAAD est née de la volonté de favoriser l'intégration de l'accouchement accompagné à domicile dans l'offre de soins française.

Localement, des tentatives seraient effectuées pour intégrer l'accouchement à domicile aux réseaux. Le réseau AURORE du Sud-Est de la France aurait ainsi établi un protocole de parcours de soins de la patiente souhaitant un accouchement à domicile dès 2008.³²

Toutefois, ces actions semblent parfois se heurter à une fracture entre les établissements hospitaliers et les sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance.

« Alors, il y a eu quand même là sur la région, une réflexion avec le réseau...(…) Mais par contre, dans la pratique, ça ne bouge pas. (...) C'est-à-dire que c'est toujours ... la plupart des obstétriciens mais aussi des sages-femmes hospitalières ...vont juger, vont bloquer. Ça reste compliqué. Ce n'est pas encore une mise en réseau, comme tu mets en réseau un niveau 1 avec un niveau 2. Moi, c'est ça que je demande. » (sage-femme 7)

En parallèle, les sages-femmes évoquent l'importance de ce travail en réseau : « *je n'aurais pas pu faire tous les accouchements à domicile que j'ai fait si je n'avais pas la certitude que quand j'arrive avec une patiente, on me prenne au sérieux dans mes conduites à tenir.* » (sage-femme 2).

Pour pallier l'absence de cette démarche pluri-professionnelle autour du risque spécifique de l'accompagnement global à la naissance, les sages-femmes interrogées semblent créer leur propre réseau de soins : « *je travaille avec des maternités qui sont des maternités qui veulent bien travailler avec nous.* » (sage-femme 3), « *j'ai plusieurs partenariats. J'ai mon plateau technique, j'ai plusieurs hôpitaux.* » (sage-femme 6). « *La première chose, c'est d'être en bons termes avec les établissements avec lesquels tu bosses.* » (sage-femme 2).

³² Annexe n°VIII

Elles ont toutes, en parallèle, une convention, avec une ou plusieurs maternités, pour un accès au plateau technique. Une telle démarche permet un certain confort de transfert : *« J'ai eu quelques fois des placentas qui ne sortaient pas. J'ai appelé le SAMU et puis... par contre j'ai suivi et j'ai continué au plateau technique. C'était assez confortable. Tant que c'était au plateau technique, ça allait. »* (sage-femme 7)

Le travail en binôme ou au sein d'un groupe de travail restreint apparaît également comme une solution mise en place à ce manque d'intégration à l'offre de soins de périnatalité. *« Si j'appelle une autre sage-femme et que je suis sur une naissance et que je suis en détresse, elle va venir (...) même pour des avis. »* (sage-femme 2) *« Même si je suis seule avec ma patiente, j'ai toujours la possibilité d'appeler quelqu'un. »* (sage-femme 6). *« J'ai envie d'être toujours à deux sur les naissances. (...) Quand tu es tout seul, je trouve que c'est dur. (...) tu as moins de recul (...) pour avoir un deuxième regard sur la situation (...) en cas de transfert (...) quand c'est des accouchements plus longs. »* (sage-femme 5)

Mais, en pratique, le travail en binôme est fortement restreint par l'absence de valorisation financière de l'accompagnement effectué en cas d'intervention d'une seconde sage-femme.

Par ailleurs, localement, des groupes de travail incluant sages-femmes libérales et établissements hospitaliers publics élaborent une réflexion commune pour harmoniser les transferts maternels lors d'un accouchement à domicile.

En parallèle, les sages-femmes évoquent une mise en lien, préalable à un transfert, avec les services de secours mobiles. Des équipes de services de secours auraient ainsi sollicité une sage-femme de leur territoire pour mieux connaître l'accouchement à domicile dans le cadre de formations.³³

A ce titre, la crise sanitaire actuelle liée au Covid-19 montre la volonté de ces sages-femmes de s'inscrire dans le réseau de soins et d'adapter aussi leur offre à ce réseau. En effet, l'APAAD et l'ANSFL invitent *« chaque sage-femme selon son lieu d'exercice à s'informer sur la disponibilité des équipes de secours mobiles et sur le positionnement des autorités locales pour prendre les décisions les plus appropriées quand au maintien ou non de son activité d'accouchement à domicile programmés durant le pic épidémique. »*³⁴

³³ Echanges pris en note lors des rencontres autour de l'AAD, novembre 2019.

³⁴ Note d'information du 25 mars 2020, consultable en ligne sur le site de l'APAAD ou de l'ANSFL.

Ainsi, le risque, notion largement polysémique, est appréhendé par les sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance dans leur pratique quotidienne. Il semblerait qu'une démarche informelle de gestion des risques soit appliquée par les sages-femmes interrogées.

Le risque est une notion essentielle au contrat d'assurance, qui vient prévenir et garantir la survenue de celui-ci. Au regard de la situation particulière de l'assurance responsabilité civile professionnelle des sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance, comment cette pratique se traduit-elle dans leurs échanges avec leur assureur respectif ?

B. La déclaration du risque auprès de l'assureur

1. L'absence de dialogue entre la sage-femme et son assureur

• L'absence d'échanges relatifs à la réalité pratique de l'activité assurée

La déclaration du risque auprès de l'assureur est un point essentiel pour lui permettre d'évaluer le risque et ainsi de formaliser une proposition d'assurance responsabilité civile professionnelle adaptée à l'activité spécifique du professionnel.

Les sages-femmes interrogées semblent avoir transmis un minimum d'informations sur leur activité à leur compagnie d'assurance : *« je leur ai dit que je faisais des accouchements. (...) J'ai juste dit que j'étais sage-femme libérale et que je faisais des accouchements en plateau technique. Et que j'envisageais de passer le diplôme d'échographie. »* (sage-femme 1) *« J'ai juste dit « bonjour, je peux avoir une assurance pour le plateau technique ? - On vous donne un devis. J'ai rempli le truc. Et après ils ont « oui, Madame, moins 25% pendant cinq ans. »* (sage-femme 5)

Pourquoi finalement ne pas donner plus d'informations par rapport à la spécificité de leur activité qui, comme vu précédemment, démontre une réelle prévention des risques dans la pratique quotidienne ?

Lors des entretiens, il apparaît que *« en gros, ils veulent juste savoir si on fait des échographies et si on fait des accouchements. »* (sage-femme 4). *« On ne m'a rien demandé. »* (sage-femme 1).

Pourtant, généralement, les compagnies d'assurance transmettent un questionnaire d'assurance qui permet une première évaluation du risque lié à l'activité du professionnel. Cette étape ne semble pas homogène : « *pas du tout de questionnaire* » (sage-femme 1), « *au début, il n'y avait même pas de questionnaire. (...) est-ce que vous avez un diplôme ?* » « *Faites-vous des échographies de suivi de grossesse ?* » (sage-femme 4). « *Pas du tout* » (par rapport à des questions sur l'activité en plateau technique éventuellement posées par l'assureur.) (sage-femme 5).

Il semblerait que très peu de questions soient effectivement posées aux sages-femmes sur leur activité.

Or, il apparaît que la sélection des informations à transmettre à son assureur n'est pas évidente pour certaines sages-femmes interrogées. Ainsi, une sage-femme n'était pas garantie pour son activité effectuée en plateau technique au titre de son contrat d'assurance de sage-femme libérale, pensant être couverte par le contrat d'assurance de la structure qui mettait à sa disposition le plateau technique. D'où l'importance d'établir un questionnaire précis et adapté lors de la souscription du contrat.

A ce titre, il est relevé que le questionnaire à destination des sages-femmes souhaitant obtenir une proposition d'assurance par l'intermédiaire du BCT n'est pas adapté à leur activité. Il concerne une activité générale de gynécologie-obstétrique et ses questions relèvent pour la majorité d'activités hors du champ de compétence de la sage-femme.³⁵

Faire compléter ce questionnaire par une sage-femme libérale effectuant des accouchements à domicile ou en plateau technique ne permet pas de refléter la réalité de sa pratique quotidienne. Pourtant, ce questionnaire est utilisé pour évaluer le risque lié à cette activité spécifique et pour formaliser une proposition d'assurance aux sages-femmes qui font cette demande par l'intermédiaire du BCT.

Rappelons qu'un litige (23) est actuellement en cours, initié par une sage-femme libérale pratiquant des accouchements à domicile et ayant sollicité le BCT pour obtenir une proposition d'assurance adaptée à son activité. Elle conteste les différentes décisions du BCT validant l'évaluation de sa prime d'assurance à environ 21 000 euros TTC. Le litige est actuellement pendant devant le Conseil d'Etat.³⁶

³⁵ Annexe n°VI

³⁶ Annexe n°VII

Il aurait été intéressant d'échanger directement avec le BCT sur la pertinence de ce questionnaire et sur les éventuelles précisions sollicitées lors de sa saisine par une sage-femme libérale. Toutefois, nos demandes d'entretien sont actuellement restées sans réponse.

Un élément essentiel apparaît toutefois sur ce questionnaire qui ne semble pas être actuellement pris en compte par les compagnies d'assurance : le « nombre moyen annuel d'accouchements ».³⁷

Les sages-femmes interrogées effectuent en moyenne quatre accouchements par mois, plateau technique et accouchement à domicile confondus, au maximum dix par mois, à titre exceptionnel pour certaines.

L'APAAD, interrogée de façon informelle lors d'un entretien téléphonique, évoque rapidement une disparité du nombre d'accouchements entre les sages-femmes proposant un accouchement à domicile, de quatre par an à cent par an au maximum.

Or, mathématiquement, le nombre d'accouchement module le risque pris par la société d'assurance si elle accepte de garantir l'activité de la sage-femme libérale. Les sages-femmes interrogées ne rapportent pas avoir été questionnées sur cet élément précis : « *non rien du tout.* » (sage-femme 5).

Par ailleurs, un autre élément ne semble pas appréhendé par les sages-femmes interrogées : la sinistralité. En effet, l'existence ou non de litiges potentiels ou déclarés à leur précédente compagnie d'assurance est un élément nécessaire à l'évaluation du risque pris par la compagnie d'assurance. Une sage-femme interrogée ayant récemment changé de compagnie d'assurance remarque : « *d'ailleurs, je ne sais même pas dit je lui ai dit que j'avais des litiges.* » (sage-femme 2).

L'enquête de l'ANSFL relative à l'assurance des sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance confirme également l'absence de prise en considération de ce point par les sages-femmes : la question de la sinistralité n'apparaît pas dans l'enquête relative, pourtant, aux montants de prime de chacune des sages-femmes interrogées, alors même que c'est un paramètre susceptible de moduler cette prime d'assurance. (24)

« *Il n'y avait pas de dialogue. Il n'y pas eu de de dialogue.* » (sage-femme 7)

³⁷ Annexe n°VI

L'absence de dialogue entre les sages-femmes et les compagnies d'assurance lors de la souscription d'un contrat apparaît plus marquée lorsque l'activité concernée est l'accouchement à domicile.

- **L'absence d'échanges relatifs à l'accouchement à domicile**

L'accouchement à domicile est l'illustration des difficultés d'assurance responsabilité civile professionnelle des sages-femmes libérales.

Sur les sept sages-femmes interrogées, six pratiquent, ou ont pratiqué, cette activité. Aucune n'a été assurée pour cela. L'enquête de l'ANSFL effectuant un tour d'horizon des contrats d'assurance confirme également que « *les sages-femmes déclarant pratiquer l'AAD, aucune n'est assurée pour cette activité.* » (23)

Par résignation peut-être, une sage-femme qui a cessé son activité d'accouchement à domicile en raison des difficultés d'assurance mentionne : « *Je ne les ai pas interrogés, jamais. Je connaissais le retour et je n'avais pas envie d'entrer dans des discussions sans fin.* » (sage-femme 4). Une autre qui poursuit son activité sans assurance déclare : « *ce n'était pas la peine de ... j'ai eu une discussion orale avec la fille de l'agence mais je ne me faisais pas d'illusion.* » (sage-femme 3).

Cette absence de dialogue est lourde de conséquences : arrêt de l'activité ou poursuite d'une activité en l'absence d'assurance.

Lorsqu'une volonté forte de trouver une solution d'assurance est exprimée par la sage-femme, elle se voit opposer un refus non motivé par les compagnies d'assurance :

« *J'ai envoyé des mails à (...) et à (...) (deux compagnies d'assurance reconnues dans le secteur de la santé) pour savoir s'ils pouvaient m'assurer pour l'accouchement à domicile. Ils ont dit qu'ils ne font pas d'assurance pour l'accouchement à domicile. (...) Ils ont dit simplement non, nous ne vous assurerons pas sur... nous n'assurons pas cette activité d'accouchement à domicile.* » (sage-femme 5).

En parallèle, d'autres sages-femmes obtiennent une proposition d'assurance pour l'accouchement à domicile : « (la compagnie d'assurance) *proposait quelque chose de bien trop cher pour l'accouchement à domicile. (...).* » (sage-femme 6) « *C'était si je*

voulais être assuré pour l'accouchement à domicile, il fallait que je paye dix fois plus. » (sage-femme 7).

Face à cette absence de dialogue entre l'assureur et la sage-femme concernant une assurance obligatoire, le législateur a prévu la possibilité pour le professionnel de santé de saisir le BCT.

Cette éventualité a été abordée lors des entretiens. Deux sages-femmes ne connaissaient pas cette possibilité. Trois sages-femmes ont évoqué la saisine du BCT. Il semblerait qu'une de ces sages-femmes ait effectué la procédure de façon coordonnée avec l'ANSFL au début des difficultés d'assurance, il y a une dizaine d'années. Elle invoque le fait *« qu'on se retrouvait toujours avec des sommes que l'on ne pouvait pas payer »* (sage-femme 7). En parallèle, certaines semblent résignées et n'ont pas effectué la procédure, alors même qu'elles connaissaient son existence : *« parce que les collègues dans des situations similaires avaient déjà sorti des tarifs impossibles. »* (sage-femme 3)

Enfin, une sage-femme en début d'activité souhaite obtenir une assurance et envisage de saisir le BCT :

« J'en ai parlé avec une autre sage-femme qui m'a dit qu'il fallait monter au BCT. (...) Et eux, quand les sages-femmes ont fait leur demande, c'est là où elles se retrouvaient avec des assurances entre 20 000 et 30 000 euros. Avec une autre sage-femme, on s'était dit qu'on allait faire la procédure pour voir ce qu'ils nous demandaient, même si ça allait être très cher. On avait envie d'envoyer les recommandés aux assurances pour essayer de faire la procédure au BCT. » (sage-femme 5)

Cette démarche n'a finalement pas été initiée, suite à une discussion entre pairs. La conséquence de souscrire une telle assurance aurait été l'augmentation du tarif de l'accouchement à domicile pour les usagers.

Ainsi, l'impossibilité d'obtenir une assurance responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes libérales effectuant des accouchements à domicile ou l'impossibilité de la payer, entraîne une absence totale de dialogue entre les sages-femmes libérales et les compagnies d'assurance. La prime apparaît comme un point bloquant majeur. Comment est-elle abordée par les sages-femmes interrogées ?

2. La prime, unique point de repère de la sage-femme

• Une prime d'assurance d'un montant « élevé » à prohibitif

Lorsque l'assurance est évoquée par une première question très large, les repères mentionnés immédiatement sont la compagnie d'assurance et les activités (garanties ou non). La prime d'assurance n'est pas le premier point abordé, mais celui qui suscite le plus d'échanges.

Le montant actuel de prime payée par chacune des sages-femmes interrogée n'a pas toujours été mentionné. Il se situe entre 800 euros et 2 300 euros pour une activité de plateau technique, sans qu'il soit possible de les comparer par manque d'informations relatives aux garanties qui y sont associées.

La prime apparaît être le point de repère essentiel pour choisir son contrat d'assurance. Les sages-femmes interrogées optent pour le contrat le moins cher, sans comparaison systématique des garanties : « *C'était par rapport au prix, c'était moins cher* » (sage-femme 5), « *c'est la moins chère* » (sage-femme 6) « *un peu moins cher* » (sage-femme 3), « *c'est eux aussi qui me couvraient pour le maximum de choses et au niveau financier je crois que c'était moins cher aussi.* » (sage-femme 2).

Les contrats d'assurance n'auraient pas connu beaucoup d'évolution depuis leur souscription, en terme de montant de prime notamment. Une légère augmentation de prime est évoquée : « *augmentation de 10 % (sans ajout de garantie)* » (sage-femme 3), « *sauf que les primes d'assurance montent un petit peu en plateau technique* » (sage-femme 4), « *si en 2015, la prime c'était 700 et là je suis à 800. (...) Ils ont ajouté une assurance pour protéger les données informatiques, pour protéger ce que l'on pourrait dire de nous sur le web.* » (sage-femme 6)

Les contrats d'assurance pour le plateau technique sont qualifiés « *d'onéreux* », « *assez hors de prix pour ce que c'est* » (sage-femme 1), « *somme astronomique (à propos d'une proposition d'assurance non acceptée pour du plateau technique)* » (sage-femme 3), « *c'est quand même beaucoup* » (sage-femme 6).

Les paramètres pris en compte dans cette évaluation de la prime par la compagnie d'assurance ne semblent pas connus. La prime est vécue comme subjective : « *c'est un peu à la tête du client* » (sage-femme 1).

Pourtant, une volonté de fidélisation des sages-femmes par les compagnies d'assurance qui garantissent le plateau technique transparait: « *moins 25 % pendant cinq ans.* » (sage-femme 5), « *l'assureur qui nous a démarché à la sortie (de l'école)* » (sage-femme 1).

Une sage-femme invoque ainsi le nombre limité d'assurés en plateau technique pour chaque compagnie, ce qui obligerait les sociétés d'assurance à rester attractives : « *en plateau technique, c'est un peu contenu (le tarif), mais c'est contenu parce qu'ils n'ont pas d'affaire.* » (sage-femme 4).

Les garanties sont assez peu mentionnées et surtout peu connues des sages-femmes interrogées : « *je sais que c'est vraiment pas mal. Normalement, c'est une couverture vraiment très bonne, j'espère.* » (sage-femme 1). Par contre, les sages-femmes expriment la crainte que les garanties ne soient pas adaptées à leur activité : « *il n'y a pas vraiment d'offre calibrée sur ce que la profession fait comme acte.* » (sage-femme 4), « *mon interrogation maintenant c'est par rapport au versant gynéco. J'ai l'impression qu'il y a matière à se faire attaquer aussi.* » (sage-femme 2) « *j'ai (la compagnie d'assurance) qui assure le plateau technique et échographie, même si je ne fais pas d'échos, ils ont dit que ça allait avec.* » (sage-femme 5)

Quant à l'accouchement à domicile, les montants de prime mentionnés se situent entre 23 000 et 35 000 euros lorsqu'ils sont évoqués. Le plus souvent, la prime n'est pas chiffrée, ce sont des qualificatifs qui sont employés : « *il y a une solution à tarif exorbitant.* » « *on se sent plus voler qu'autre chose* » « *le tarif actuel proposé c'est du racket, c'est tout.* » (sage-femme 4), « *quelque chose de bien trop cher pour l'accouchement à domicile* » (sage-femme 6), « *j'ai vécu ça de façon très arbitraire en fait (par rapport à l'augmentation de prime pour garantir l'accouchement à domicile.)* » (sage-femme 7).

Ces réactions s'expliquent par rapport au chiffre d'affaire des sages-femmes : « *en tant que sage-femme quand tu fais trois ou quatre accouchements par mois, dont un mois de congés, en réalité 3 000 euros c'est déjà une charge importante.* » (sage-femme 6), « *je suis pragmatique. Je vais te dire, les 21 ou 23 000 qu'ils me demandaient, c'était mon chiffre d'affaires d'accouchements à domicile donc voilà...je ne peux pas me le payer.* » (sage-femme 7)

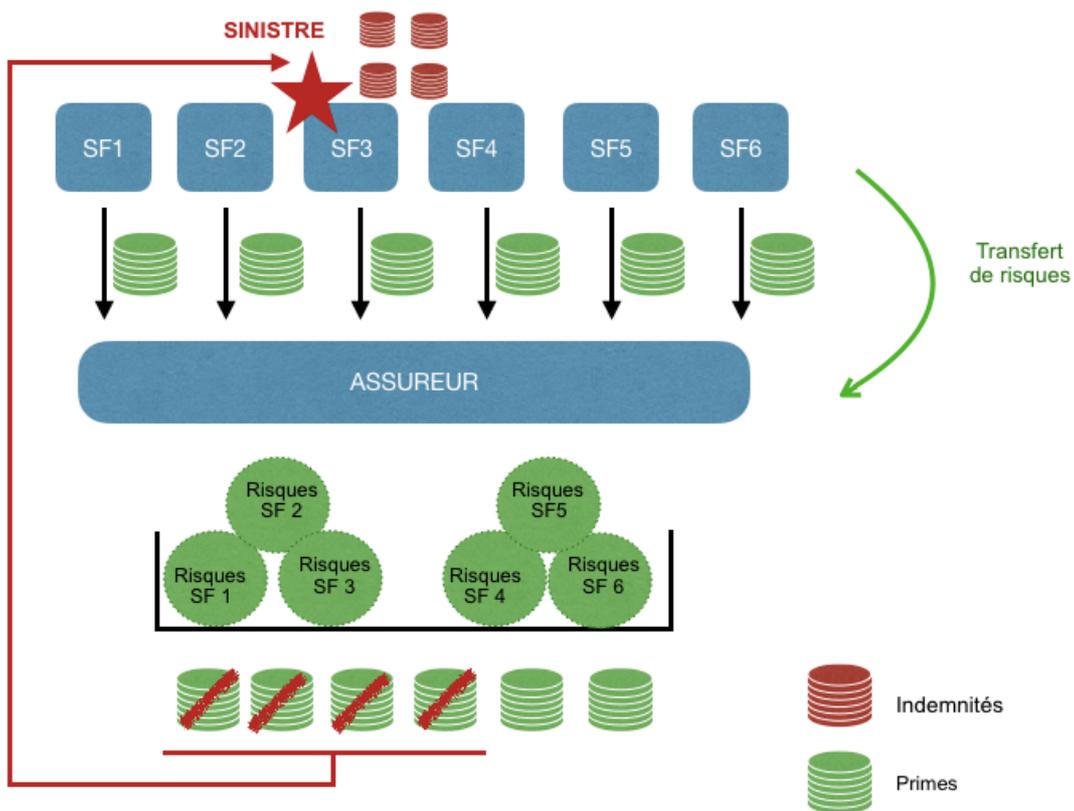
Une assurance obligatoire qui apparaît comme un luxe inaccessible...

Des mots forts sont employés (« racket », « vol », « arbitraire ») : appel à une notion d'abus. L'assureur en serait-il responsable ? Ce n'est pas évoqué par les sages-femmes interrogées mais parfois peut-être sous-entendu. « *Leurs tarifs ne sont basés sur rien, ils ne sont basés que sur la peur de l'accouchement à domicile.* » (sage-femme 4)

« *L'accouchement à domicile n'est certes pas interdit en France mais depuis l'an 2000, plus aucune compagnie d'assurance ne veut prendre en charge la responsabilité civile professionnelle des sages-femmes.* » (22)

• **Conséquence de l'impossibilité d'une mutualisation des risques**

Les sociétés d'assurance sont malheureusement confrontées à une impossibilité de mutualisation des risques pour l'assurance de responsabilité civile professionnelle des sages-femmes libérales proposant un accouchement à domicile.



LA MUTUALISATION DES RISQUES

La mutualisation des risques est un principe essentiel à l'assurance, résumé au travers du schéma simplifié ci-dessus. Elle est possible seulement si les risques concernés sont

homogènes (risques de même nature), dispersés (ne pas regrouper les risques qui ont des chances de se réaliser en même temps, au même endroit) et divisés (un seul sinistre dépasse le montant total des primes³⁸).

Or, pour l'accouchement à domicile, peu de compagnies sont spécialisées en responsabilité médicale. Pour le plateau technique, l'enquête de l'ANSFL fait apparaître seulement quatre compagnies d'assurance, tandis que les sages-femmes interrogées pour notre étude n'en distinguent que deux.

Par ailleurs, le nombre de sages-femmes concernées est infime (72 sages-femmes déclarées en 2011 selon la Cour des Comptes) par rapport au montant de garantie obligatoire (8 millions d'euros actuellement).³⁹ A titre d'exemple, si un sinistre à hauteur de 8 millions d'euros survient sur cinq années, une prime individuelle de 22 000 euros annuelle acquittée par les 72 sages-femmes ne couvrirait pas l'étendue de ce sinistre (7 920 000 euros mutualités en cinq ans).

Or, les sociétés d'assurance doivent respecter des règles strictes de solvabilité pour garantir leur stabilité financière notamment, conditions de leur agrément.

Cette notion de mutualisation des risques est complexe. Pourtant, une des sages-femmes interrogées semble y faire référence : « *« Une prime d'assurance ? C'est ma participation pour que l'assureur puisse payer les ...ce qui va...les charges qu'il aura s'il a des sinistres à payer. »* (sage-femme 7)

Quelles connaissances de l'assurance ont ces sages-femmes ? Quelles sont leurs attentes vis-à-vis d'un assureur ?

³⁸ En cas de risques non divisés, la réassurance atténue les conséquences de l'absence de cette condition. Le rapport de solvabilité de 2018 de La Médicale illustre cette alternative : « *les traités de réassurance signés avec les différents réassureurs permettent de couvrir ces risques de fréquence et de montants exceptionnels. (...) Risque de montant dans le cadre de la responsabilité civile professionnelle : faire fréquence mais montant d'indemnités significatif.* »

³⁹ Décret n°2011-2030 du 29 décembre 2011 relatif aux plafonds de garantie mentionnés à l'article L1142-2 du Code de la Santé Publique

III. La sage-femme et l'assurance

A. Connaissances des sages-femmes interrogées en assurance

Le tour d'horizon des contrats d'assurance des sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance effectué par l'ANSFL fin 2017 note « *qu'un nombre inquiétant de SF déclarent n'avoir aucune idée du contenu de leur contrat.* » et relève « *des réponses fantaisistes au questionnaire (en particulier quant au nombre de zéros...) d'une grande partie des SF* » (à propos du montant maximum des indemnités en cas de sinistre.). (23) Se pose alors la question des connaissances des sages-femmes en matière d'assurance.

Les sages-femmes interrogées pour notre étude ne mentionnent pas de formation spécifique concernant l'assurance. « *On a très peu de connaissances* » (sage-femme 2) . Il est fréquemment fait un parallèle avec l'assurance automobile obligatoire.

Cependant, selon l'expérience en accompagnement global, elles reconnaissent avoir acquis des connaissances en assurance, du fait des difficultés d'assurance rencontrées :

« Ce que j'ai appris, c'est autour de notre problématique. J'ai appris des choses. J'ai appris que les assureurs étaient réassurés, par exemple. Chose que j'ai découverte. Je ne savais pas. Donc que ce sont les réassureurs, en réalité qui sont derrière, qui ont posé problème spécifiquement. (...). J'ai appris l'existence du BCT. J'ai appris ... voilà tout ça je ne savais pas. » (sage-femme 3)

« J'ai acquis beaucoup de connaissances en assurance pour m'en occuper depuis longtemps. Les sages-femmes ne connaissent pas bien. Ce sont des questions dont on se préoccupe quand on est concerné. » (sage-femme 4)

Cette connaissance de l'assurance n'est pas homogène.

Il est aussi mentionné un manque de disponibilité pour s'investir sur cette problématique. « *Quand je sors du cabinet, ma vie perso me prend tellement de temps que je me rends compte que je n'arrive pas à m'investir comme je voudrais.* » (sage-femme 2), « *je suis dans mon activité. Je ne suis pas le reste.* » (sage-femme 1), « *l'assurance, ce n'est pas quelque chose sur lequel j'ai eu le temps de me poser. (...) Je ne suis pas très au courant de tout ça parce que je n'ai pas le temps.* » (sage-femme 6).

Afin d'évaluer les connaissances des sages-femmes interrogées, un bref questionnaire de définitions a été effectué à la fin de chaque entretien. Il a déclenché souvent des rires gênés, parfois des « *je ne sais pas* ». Une sage-femme a relevé « *on manque de...tu vois rien qu'avec ces termes là.* » (sage-femme 2). Une autre sage-femme a sollicité les définitions en fin d'entretien. (sage-femme 6).⁴⁰

	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4
Un contrat RCP	« C'est l'organisme qui va nous protéger quand il y a un problème. Quand il n'y a pas de problème, il n'y a rien à protéger. C'est la même histoire que l'assurance voiture. »	Non demandé	« Si préjudice il y a...si la justice considère qu'il y a un préjudice subi et octroie des indemnités, ils n'auront pas d'indemnités même si le juge a dit qu'il y en aurait. » (donné spontanément « à l'envers, donc question non renouvelée) »	« C'est un contrat qui assure les professionnels pour les actes qu'ils sont amenés à faire. »
Une prime	Non demandé	« le delta demandé par l'assurance quand on fait un acte particulier qui sort un peu du cadre »	« Le montant ? Qui serait tolérable ? C'est compliqué. Entre 3000 euros et 5000 euros. »	« C'est la somme que l'assureur veut qu'on lui paye pour nos octroyer le bénéfice de ce contrat (rires). »
Un montant de garantie	« Les plafonds d'indemnisation s'il y avait un accident. Mais je ne sais pas comment ça peut s'élever s'il y avait vraiment un accident. Moi, j'ai un plafond assez élevé, qui, a priori, doit couvrir les frais. Mais en vrai je n'y connais rien, je ne suis jamais allée devant la justice. » « je sais que normalement c'est calculé en prévisionnel, donc a priori ça me couvre correctement. »	« sur un litige, on est protégé à hauteur de tant. » « si ce litige dépasse ce montant, ça ne vas pas être l'assureur qui couvre là-dessus. »	« Ce que l'assureur doit mettre en réserve. 8 millions d'euros. »	« le montant de garantie, c'est la somme qu'il accepte de déboursier au final. Euh voilà si c'est nécessaire. »
Une franchise	« ça doit être ce qui nous reste à charge, que l'assurance refuse de prendre en charge. A démarrage en tout cas.C'est comme la voiture. »	« c'est le truc qu'on doit payer pour la voiture. »	Non demandé	Une franchise, ce qui reste à ta charge et qu'il ne payera pas pour toi. »
Une exclusion	« Bah si tu fais une connerie, ils ne veulent plus t'assurer. »	« ce qui n'est pas couvert par l'assurance »	Non demandé	« ce qui n'est pas assuré »

	Entretien 5	Entretien 6	Entretien 7
Un contrat RCP	« c'est quelque chose qui va te couvrir si jamais tu as des dommages corporels, physiques ou moral ou émotionnel ou psychologique par rapport à un patient que tu as vu et que tu as endommagé.(ex: stérile et perforation) » « qu'elle soit indemnisée par rapport au préjudice qu'elle a reçu. »	Silence (rires). C'est un contrat qui couvre les actes que l'on peut poser, les situations litigieuses et qui apporte de l'aide quand on est dans une situation complexe.	« Si je fais une erreur et que ça a des conséquence sur la santé des gens, ça prend en charge le coût...enfin la prise en charge des coûts que ça peut apporter pour la prise en charge des victimes et puis ça me ...ça me...c'est aussi pour me défendre dans mes droits, quand je suis mis en cause. »
Une prime	« qu'est ce que c'est une prime d'assurance ? Silence...je ne sais pas. »	« C'est le montant que l'on paye pour avoir ce service. »	« Une prime d'assurance ? C'est ma participation pour que l'assureur puisse payer les ...ce qui va... les charges qu'il aura s'il a des sinistres à payer. »
Un montant de garantie	« Oh la la je ne sais pas. »	« C'est ce que l'assurance va verser s'il y a une situation litigieuse en cas de dommage et c'est le montant maximum jusqu'où ils peuvent aller par litiges par personne...(..) ah non je ne sais pas très bien qui fait ça. »	« Un montant de garantie...euh...en cas de sinistre, il s'engage à ...payer... jusqu'à ce montant de garantie. Je crois que c'est ça... »
Une franchise	« Euh alors franchise..je me souviens par rapport à ma voiture. »	« C'est le montant que l'on doit verser nous-mêmes pour avoir recours à notre responsabilité civile lorsqu'on la saisit. C'est ce que l'on donne pour que le process se mette en place, parce qu'ils considèrent qu'il faut un peu enclencher le truc..pour l'enclencher, il faut donner un peu. » rires	« Euh...dès que tu declares un sinistre, tu payes la franchise. »
Une exclusion	« Je dirais que c'est par exemple pour ma RCP libérale normale avant celle du plateau technique, s'ils mettent ou même maintenant... »tout sauf accouchement à domicile », ça veut dire qu'ils prennent tout sauf l'AAD. »	« Vous pouvez pratiquer des accouchements et on vous couvre pour l'accouchement en plateau technique mais pas pour l'accouchement à domicile ou pour les échographies. Donc l'exclusion c'est le critère qui n'est pas inclus dans la couverture d'assurance. »	« Si je pense que tu es mis en cause pour...de façon récurrente, il peut décider de ..t'exclure du contrat et tu n'es plus assuré parce qu'ils ne te font plus confiance. »

Malgré des disparités dans les réponses, les définitions données par les sages-femmes interrogées sur des termes fréquents de l'assurance sont globalement justes ou peu éloignées de la réalité. Même si, parfois, persistent des erreurs. Par exemple, l'exclusion de garantie est analysée par certaines sages-femmes comme un refus de l'assureur à continuer à les garantir, en cas de fréquence de sinistres.

Ces connaissances approximatives, et souvent définies par analogie au contrat d'assurance automobile, peuvent sembler dissociées de la pratique que les sages-femmes ont de l'assurance.

En effet, compte tenu des difficultés d'assurance rencontrées, certaines sages-femmes ont redoublé d'inventivité pour tenter de résoudre cette équation impossible.

« Créer une assurance, ce que j'ai voulu faire un moment donné.(...) On avait créé cette mutuelle pour être adossés sur un gros groupe qui a aussi une compagnie d'assurance sauf que notre compagnie d'assurance n'est pas en hyper grande forme... (...) On y avait vu l'opportunité de déverrouiller certaines choses du point de vue assurantiel. » (sage-femme 4)

« Parce que j'avais un copain qui était courtier en assurance et qui m'a ...je ne sais s'il est allé au bout. (...) Et donc je lui avais demandé : « est ce que je pourrais m'assurer dans ...au travers de courtiers européens ? » Et donc il s'était renseigné et il m'avait dit que non, ils n'acceptaient pas ... ce n'était pas...enfin j'en sais rien. Ils n'acceptaient pas d'assurer des sages-femmes libérales françaises. (...) Je pense que la jurisprudence n'était pas la même. » (sage-femme 7)

Des groupes de travail ont été créés à l'initiative des sages-femmes pour un travail commun avec les compagnies d'assurance.

« On s'est déplacé à deux et on leur a expliqué qu'on avait des conditions de travail, qu'on travaillait au sein d'un groupe de travail qui permettait d'assurer une sécurité, une évaluation des dossiers, une pratique qui permettait de mieux...qui assurait qu'on ne prenne pas le tout venant pour un accouchement à domicile par exemple. Et on n'a pas eu la réponse ... favorable. » (sage-femme 6)

Ces initiatives ne semblent pas avoir abouti : *« des groupes de travail, on en a qui n'ont jamais vraiment démarré avec des responsables de l'assurance médicale en France. (...) les réassureurs sont quasi inaccessibles. » (sage-femme 4)*

L'assurance est un domaine spécifique et complexe, qui suscite généralement peu d'intérêt de la part des professionnels. Par nécessité, les sages-femmes n'hésitent pas à se plonger dans un domaine inconnu, même à s'y investir, malgré l'absence de formations spécifiques sur le sujet. Cette particularité importante des sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance interroge sur les attentes qu'elles ont vis-à-vis de leur assureur.

B. Attentes vis-à-vis de l'assureur

• Quelles représentations de l'assureur par les sages-femmes rencontrées ?

Les sages-femme interrogées n'ont pas les mêmes représentations de leur assureur, selon l'utilisation ou non de leur contrat d'assurance.

Sur les sept sages-femmes interrogées, cinq n'ont jamais effectué de déclaration de sinistre auprès de leur assureur.

Une sage-femme débute son activité en accompagnement global et est diplômée récemment. Une autre sage-femme ne mentionne aucun conflit avec ses patientes et précise qu'elle « *n'a jamais eu de sinistre depuis qu'(elle est) diplômée.* » (sage-femme 6). Enfin, trois sages-femmes mentionnent le vécu de conflits ou de situations complexes lors de l'entretien, alors qu'en parallèle elles évoquent ne jamais avoir fait appel à leur assureur. Leur responsabilité n'était pas invoquée lors de ces situations. Une sage-femme affirme « *non pas au point de faire appel à l'assureur. Ça ne m'est jamais arrivé d'avoir un évènement qui nécessite de faire appel à l'assureur.* » (sage-femme 4)

« *Après je ne vais pas appeler mon assurance tous les quatre matins en disant : j'ai eu un tout petit truc là et un tout petit truc là, ça va sûrement rien donner mais je vous préviens. Je pense que c'est anxieux pour eux, c'est anxieux pour moi.* » (sage-femme 1)

Ces sages-femmes mentionnent qu'un sinistre ne sera déclaré qu'après plainte d'une patiente :

« *Quand j'aurais une notification qui me dira qu'il y a un problème. (...) J'attends qu'une patiente porte plainte contre moi pour appeler mon assurance, si ça venait à arriver un jour.* » (sage-femme 1)

« Je préviendrai mon assureur que j'ai une procédure. C'est tout. (...) ça n'a pas d'intérêt, parce que d'abord, avant, ça veut dire que j'anticipe la procédure. Donc si je l'anticipe, quelque part, je l'induis aussi. Ce n'est peut-être pas utile. Et puis, l'assureur, il est trop content d'avoir des pseudo-déclarations pour pouvoir dire « vous voyez cette année, on a cinquante déclarations et l'année dernière, on en avait que vingt. Une augmentation de 60 % de vos déclarations, c'est énorme. Les gens qui vont déclarer sont les gens qui ont peur de quelque chose. Si on n'a pas spécialement peur, on n'a pas trop de raisons de déclarer. Après... » (sage-femme 4)

« C'est quand les parents sont inquiets, il y a une perte de confiance peut-être. Ou que les hôpitaux se saisissent ou commencent à donner des accusations qui ne sont pas cohérentes. On me dit quelque chose qui ne serait pas en cohérence avec ce que j'ai fait, là, je contacterai mon assureur. » (sage-femme 6)

Lors de l'entretien, il apparaît que les sages-femmes qui n'ont pas utilisé leur contrat d'assurance voient l'assureur comme un pouvoir arbitraire et n'ont aucune confiance vis-à-vis de leur compagnie d'assurance : *« je pense qu'il m'arnaque » (sage-femme 1)*

« Les assurances moins elles peuvent payer et mieux elles se portent. Elles te ressortent toujours des petites clauses que tu n'avais pas vues. La seule chose qui fonctionne à peu près bien, ce sont les assurances voitures. Ils ne font pas trop chier. » (sage-femme 3)

« En fait, ce ne sont pas des institutions privées qui peuvent négocier, encore une fois. Que ce soit pour le plateau technique ou l'accouchement à domicile, il faut qu'il y ait un label de qualité qui ... soit du même ordre qu'eux. » (sage-femme 6)

L'assureur apparaît comme une instance avec un pouvoir supérieur, avec qui les négociations et discussions ne sont pas envisageables.

Au contraire, les sages-femmes qui ont expérimenté leur contrat d'assurance n'ont pas cette vision de l'assureur comme une autorité arbitraire.

Une sage-femme a effectué deux déclarations de sinistre à son assureur : une avant toute mise en cause de la patiente (qui a été finalement suivie d'une réclamation) et la seconde à la suite d'une mise en cause par une patiente. Concernant ces deux patientes, elle était intervenue en remplacement d'une autre sage-femme.

« J'ai pu expérimenter le système. (...) Pour l'instant, il n'y pas de litige mais on garde ça sous le coude. (...) J'avais une avocate dédiée par l'assurance, qui s'y connaissait très très bien pour tout ce qui était médical. (...) Franchement, je ne me suis pas sentie en danger. (...) Et rassurée (...), je ne m'attendais pas à ce que ce soit aussi utile d'avoir une assurance. (...) Franchement, je n'étais pas fière C'était vraiment dur. (...) J'ai palpé à quel point ça peut être utile d'avoir une assurance parce que je me suis laissée vraiment portée par les avocats dédiés qui ont été très rassurants. » (sage-femme 3). Il s'agissait d'un accouchement par ventouse avec séquelles sur l'intervention d'un gynécologue en plateau technique pour lequel sa responsabilité n'a pas été retenue. Le second cas concernait un suivi à domicile en post-partum, en remplacement d'une collègue, suite à un accouchement en plateau technique dans le cadre d'une grossesse gémellaire, pour lequel elle aurait été dans l'obligation d'hospitaliser les nouveau-nés déshydratés lors de sa première venue. Elle évoque des poursuites injustifiées ainsi que les difficultés, notamment émotionnelles de telles procédures (convocation au commissariat par exemple).

Un cas similaire est rapporté par une autre personne interrogée.

« J'ai eu une expérience une fois. J'ai été mis en cause une fois...sur un dossier. Une patiente que j'ai accouchée en 2003-2004 en plateau technique. Et ..qui a eu...je n'ai pas fait d'épisiotomie et qui a eu une déchirure et qui a été ...une déchirure du second degré, qui a été suturée par l'obstétricien. » « Et donc en fait, elle a porté plainte contre moi, sept ans après. » « C'est là où l'assurance a dépêché un obstétricien...enfin, j'ai été...il y a eu une confrontation avec un expert, (...) j'ai apprécié qu'il y ait un obstétricien...un médecin conseil nommé par l'assurance qui soit avec moi. Un avocat, voilà. (...) Ça a été classé sans suite mais c'est là où j'ai pris conscience de l'importance d'avoir une assurance, d'être soutenu et puis...dans les cas où effectivement je peux être mis en cause, c'est possible et après c'est des sommes super importantes qui sont en jeu. Donc cette prise en charge de la ...victime, qu'elle soit bien prise en charge et que ça puisse l'aider. » (sage-femme 7).

Cette expérience a confirmé ou modifié leur vision de l'assurance :

« A l'heure actuelle, il y a tellement de raisons de...pour le coup, j'ai vu, surtout à l'occasion du procès des jumeaux, que tu peux faire appel à la justice pour des choses qui n'ont pas lieu d'être. Avoir au moins matière à te justifier, à ne pas faire de boulettes dans tes explications, à être claire dans ce que tu...à ne pas être trop affectée

émotionnellement aussi, je trouve que ça aide comme accompagnement. » (sage-femme 2)

« J'ai conscience que ça fait partie complètement prenante de mon activité et c'est un soutien à mon activité, qui est essentiel. Qui soutient mon activité mais surtout soutient des personnes après qui seraient dans la difficulté à cause d'une faute ou d'une erreur. » (sage-femme 7)

Ces sages-femme qui ont eu des expériences positives avec leur compagnie d'assurance ont arrêté leur activité d'accouchement à domicile, sans lien avec ces sinistres. Elles mentionnent toutefois l'impossibilité de s'assurer comme une des raisons principales à l'arrêt de leur activité d'accouchement à domicile.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que ce sont également les deux sages-femmes qui ont mentionné le courtier en assurance lors des entretiens. Son rôle n'a pas été questionné, peut-être était-il un facteur influent dans cette représentation de l'assureur.

Même si les représentations de l'assureur diffèrent, l'intérêt d'un contrat d'assurance est unanimement reconnu par les sages-femmes interrogées.

• L'intérêt unanime d'un contrat d'assurance

Le contrat d'assurance est perçu sous deux angles différents par chaque professionnel interrogé.

En premier lieu, le contrat d'assurance est considéré comme une garantie financière pour les parents. *« Le risque est surtout pour les parents en réalité. (...) Je suis insolvable sur huit millions d'euros » (sage-femme 3).*

Il permet une prise en charge financière des conséquences pour la patiente ou pour les parents. *« ça couvre vraiment les frais s'il y avait une catastrophe à l'accouchement que ce soit pour l'enfant ou pour la mère. (...) Si un accouchement se passe mal ou un suivi se passe mal, ça peut avoir des conséquences sur les patientes ou les enfants et il faut participer aux frais des conséquences de nos actes. C'est à ça que ça sert l'assurance. » (sage-femme 1)*

Il apparaît que le contrat d'assurance est plus évoqué par rapport à un dommage subi par l'enfant, contrairement au risque qui semblait être plus évoqué du côté maternel. *« La*

problématique assurantielle aujourd'hui, ce n'est pas pour la santé des femmes. C'est pour la santé des bébés. (...) C'est une protection des usagers. » (sage-femme 4).

« Si je fais une erreur et que ça a des conséquence sur la santé des gens, ça prend en charge le coût...enfin la prise en charge des coûts que ça peut apporter pour la prise en charge des victimes et puis ça me ...ça me...c'est aussi pour me défendre dans mes droits, quand je suis mis en cause. » (sage-femme 7)

En second lieu, le contrat d'assurance est évoqué comme une protection pour le professionnel de santé : *« je sais que si un jour, j'ai un pépin, ils sont censés bien me protéger. » (sage-femme 1), qui permet de se défendre juridiquement. « Que tu puisses être défendue correctement par quelqu'un, par un juriste. (...) (éviter de) galérer à rassembler des sous pour payer un avocat pour pouvoir te défendre correctement. » (sage-femme 5) « ça sert à encadrer l'aspect juridique des choses (...) apparemment c'est une profession qui a l'air d'être de plus en plus exposée à ce risque là. » (sage-femme 2).*

Le contrat d'assurance a un intérêt financier pour les parents et permet un accompagnement juridique des professionnels. Cette perception confirme l'acceptation du principe de l'assurance obligatoire.

Alors, comment est vécue, par ces professionnels, l'impossibilité de respecter cette obligation d'assurance qui leur semble, pourtant, essentielle ?

IV. Vécu de la situation actuelle

A. L'impossible obligation d'assurance française

• Une remise en question de l'accouchement à domicile par méconnaissance de cet exercice

L'obligation d'assurance apparaît comme essentielle. Pourtant, aucune des sages-femmes interrogées ne peut obtenir d'assurance pour son éventuelle activité d'accouchement à domicile. Cette absence d'assurance se retrouve malheureusement

chez toutes les sages-femmes qui exercent une activité d'accouchement à domicile en France.⁴¹

« J'aime cette pratique là mais ça n'engage pas que moi. Financièrement en fait. Ça engage toute ma famille, mes enfants...si un jour...et puis... il y a un moment donné, il faut être raisonnable quoi. Je...je....ça ne viendrai pas à l'idée de ... prendre ma voiture pas assurée. Et donc là, même si je conduis bien, même si je fais attention. J'ai tout à fait conscience que je peux avoir un accident. Et bah même si je bosse bien, même si je fais le mieux possible et bah je peux aussi avoir un accident professionnellement. Et là, ça me dépasse complètement. C'est trop. C'est trop. Je ne peux pas porter ça toute seule. » (sage-femme 7)

Certaines des sages-femmes interrogées, trois exactement, ont arrêté leur activité d'accouchement à domicile en raison principalement de l'absence d'assurance, alors même qu'elles sont convaincues, en tant que professionnelles, de la place de cet accompagnement particulier dans le paysage de la périnatalité.

« Je pense que je m'en éloigne mais j'y retournerai. (...) En fait, en tant que sage-femme, je pense profondément qu'accompagner une femme en global et encore plus à domicile, c'est ce qu'il faut faire et le moins dangereux. » (sage-femme 2)

« Donc j'ai...arrêté de proposer l'accouchement à domicile, mais je l'ai vraiment subi parce que j'étais tout à fait en accord avec les pratiques. (...) Et aujourd'hui, dans mon idéal de pratique, si je reprenais les accouchements, je ferais du domicile, pas du plateau technique. » (sage-femme 7)

« Pour la problématique assurantielle. (pourquoi avoir arrêté l'accouchement à domicile ?) (...) Il n'y a pas de solution satisfaisante actuellement. Il y a soit une solution à tarif exorbitant, soit... faire des accouchements à domicile sans assurance, c'est illégal. Donc il n'y pas de solution satisfaisante aujourd'hui. On travaille pour essayer d'en trouver mais bon... » (sage-femme 4)

En parallèle, des sages-femmes poursuivent leur activité d'accouchement à domicile, malgré l'impossibilité d'obtenir une assurance responsabilité civile professionnelle accessible.

⁴¹ <https://unssf.org/2013/10/19/sages-femmes-assurance-rcp-accouchements-a-domicile-ou-en-sommes-nous/>

Cette situation est vécue différemment par les unes et les autres.

« Je le vis très bien je rêverai d'une assurance. (...) Mais je n'y pense pas tous les autres matins. Sinon tu ne peux pas travailler. Je me dis que je travaille honnêtement avec...je ne suis pas infallible évidemment. » (sage-femme 3)

« J'ai envie d'oeuvrer pour un truc qui me touche au plus profond de moi, dans mes valeurs, et ça...c'est en train de prendre le dessus sur cette question d'assurance. (...) Ce n'est pas qu'on n'y pense pas, mais ce qui fait que je me dis que j'ai vraiment envie d'accompagner ces naissances, c'est parce que...ça va au delà des peurs, de ce que ça peut générer. (...) C'est scandaleux que ça ne soit pas autorisé en France. C'est militant, oui..un peu, même si je n'aime pas trop ce mot. Mais c'est un peu ça. » (sage-femme 5)

« Ce n'est pas confortable, c'est le moins que l'on puisse dire. Moi, j'aimerais personnellement avoir une assurance, avoir une organisation qui puisse... » (sage-femme 6)

Acte militant ou non ? Les avis divergent.

« Il y a un moment donné, il faut arrêter d'être...même si mes collègues continuent de faire des accouchements à domicile, pensent qu'elles font de la résistance, il y a un moment, faut arrêter, faut se débarrasser de ces attitudes bonne soeur, de gérer tout. » (sage-femme 4)

Même si la poursuite de l'activité dans ces conditions est controversée, les sages-femmes interrogées s'accordent toutes pour dire qu'une telle situation est une forte remise en question de l'accouchement à domicile, par méconnaissance de cette pratique.

La méconnaissance de l'accouchement à domicile par les assureurs est, dans un premier temps, pointée du doigt.

« Ils n'ont d'idée que les pathologies grandissimes où il ne peut y avoir que des fautes médicales et où ils sont condamnés à payer des sommes mirobolantes. (...) Ils font peur aux usagers, ils font peur aux professionnels, et ensuite ils font à peu près ce qu'ils veulent. (...) L'accouchement à domicile ne les intéresse pas. (...) Ils pensent que c'est rétrograde. » (sage-femme 4)

Or, comme vu précédemment, l'accompagnement global à la naissance demande une importante rigueur méthodologique, appliquée par les sages-femmes interrogées. « *Je connais la rigueur de l'obstétrique* » (sage-femme 7).

Les échanges relatifs à leur pratique quotidienne révèlent une démarche assimilable à une démarche de gestion des risques. « *Elle existe, oui, mais elle n'est pas formalisée.* » (sage-femme 4) A ces gardes-fous s'ajoute, pour l'assureur, la notion de responsabilité. En effet, la seule survenance d'un évènement n'entraîne pas *de facto* la responsabilité juridique de la sage-femme. « *Comme ça peut arriver en obstétrique, et ce n'est forcément lié à une faute. C'est lié aux circonstances.* » (à propos de l'éventualité d'un accident obstétrical. - sage-femme 3) S'appliquent alors des jeux juridiques complexes. Le risque assurantiel serait-il alors plus limité que le risque obstétrical ?

A la lumière du litige qui oppose actuellement une sage-femme libérale au BCT sur cette question d'assurance, les craintes des assureurs s'éclairent.

Dans un premier temps sont évoqués des accidents obstétricaux, au détriment de l'enfant, sans préciser comment la responsabilité juridique de la sage-femme pourrait être engagée. Ensuite, sont évoquées des fautes susceptibles d'engager la responsabilité de la sage-femme, notamment un défaut de diligence (un retard à une décision de transfert par exemple) ou un défaut d'information suffisant sur les risques de l'accouchement à domicile.⁴²

Or, au regard des données recueillies lors des entretiens, le transfert est un point essentiel anticipé par chacune des sages-femmes interrogées. Il apparaît alors nécessaire de donner une visibilité aux compagnies d'assurance sur la pratique individuelle de réduction des risques de chacune des sages-femmes, notamment en terme de transfert.

Par ailleurs, quant à l'obligation d'information, lors des entretiens, cette thématique a été abordée sous le prisme de l'absence d'assurance. Toutefois, lors des rencontres autour de l'accouchement à domicile, cette délivrance d'informations a été maintes fois évoquée par les sages-femmes proposant cet accompagnement global à la naissance dans le cadre de partage de pratiques. Selon les situations, des informations précises et claires seraient délivrées par écrit aux patientes pour leur permettre de prendre des décisions éclairées. Les informations s'appuieraient sur les dernières études internationales pour donner une visibilité claire et actualisée des bénéfices et des risques de telle ou telle

⁴² Procédure opposant une sage-femme au BCT devant la Cour Administrative d'Appel de Paris

décision. Cette démarche est en accord avec l'accompagnement global à la naissance qui préconise de redonner sa place d'acteur de l'accouchement à la femme.

Une étude précise de la jurisprudence actuelle française permettrait d'évaluer la réalité de la responsabilité de la sage-femme effectuant des accouchements à domicile, tant en terme de faute reconnue, que de l'étendue du préjudice en lien de causalité avec celle-ci.

Une des sages-femmes interrogées, face aux difficultés d'assurance en France, s'est tournée vers les assureurs étrangers. « *Ils n'acceptaient pas d'assurer des sages-femmes libérales françaises. (...) Je pense que la jurisprudence n'était pas la même.* » (sage-femme 7)

Finalement, le grain de sable n'est-il pas l'importance du montant de garantie obligatoire en France ? Actuellement, le montant de garantie obligatoire minimal est de 8 millions d'euros par sinistre et de 15 millions d'euros par année d'assurance.⁴³ Il a été largement augmenté fin 2011, suite au constat d'un risque important supporté par les professionnels de santé libéraux. En effet, la Fédération Française des sociétés d'assurance aurait recensé entre 2005 et 2010, vingt quatre sinistres supérieurs à un million d'euros, dont trois dépassaient 3 millions d'euros (l'obligation minimale antérieure) avec le plus important sinistre évalué à 7,5 millions d'euros pour un médecin généraliste.⁴⁴ Or, lorsque, notamment, le plafond de garantie est atteint, l'ONIAM se substitue à l'assureur pour indemniser la victime. Toutefois, il dispose d'une action récursoire contre le praticien, c'est-à-dire qu'il peut obtenir le remboursement des sommes versées à la victime, au delà du plafond de garantie prévue par l'assureur, directement auprès du praticien. L'idée était donc de protéger le professionnel libéral de ce risque financier en augmentant le plafond de garantie minimal légal, étant précisé que de nombreux assureurs spécialistes proposaient déjà ce plafond de garantie à certains de leurs assurés.

L'augmentation de ce plafond de garantie aurait finalement eu pour conséquence de rendre inaccessible l'assurance responsabilité civile professionnelle aux sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance, même à l'étranger. Alors même que les vingt-quatre sinistres évoqués ne concernaient pas l'accouchement à domicile...⁴⁵

⁴³ Article R1142-4 du Code la Santé Publique

⁴⁴<https://www.senat.fr/commission/fin/pjlf2012/np/np25/np253.html>

⁴⁵ Le dernier rapport (2015) de l'Observatoire des Risques Médicaux qui analyse la sinistralité entre 2009 et 2014 évoque que « *la profession sage-femme a un montant (indemnitaire) moyen de 178 814 euros. Toutefois, au vu du nombre de dossiers correspondant à ces professions, ces valeurs sont à prendre avec prudence.* »

Par la fixation d'un plafond de garantie minimal à 8 millions d'euros, le législateur aurait finalement biaisé l'évaluation des risques afférents à l'accouchement à domicile, en fixant de facto le risque maximal à 8 millions d'euros, sans application des règles assurantielles d'actuariat et d'évaluation des risques spécifiques.

La conséquence est complexe : les compagnies d'assurance et les sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance se voient dans l'impossibilité de répondre à l'obligation d'assurance imposée par la loi.

Comment les sages-femmes se sentent-elles accompagnées dans cette situation ?

- **L'absence d'accompagnement et de soutien exprimée par les sages-femmes rencontrées**

Lors des entretiens effectués, la réponse est sans appel : « *personne n'accompagne sur l'assurance* » (sage-femme 4) et unanime : « *je ne me sens pas accompagnée. Je ne vois pas qui pourrait m'accompagner.* » (sage-femme1), « *c'est vraiment en matière d'accouchements que les assurances sont les moins accompagnantes.* » (sage-femme 2).

Dans un premier temps, ce sont les « pouvoirs publics » qui sont invités à intervenir par les sages-femmes rencontrées, pour trouver une solution assurantielle auprès des assureurs.

« *Sauf que les pouvoirs publics n'ont pas du tout gardé le contrôle là-dessus. (...) Ils nous ont mis l'obligation assurantielle, à tous les professionnels et ...après on gère ça avec l'assureur. Ils n'ont pas mis de normes ou de limites ou de tarifs... de limite tarifaire au delà duquel c'est justement la collectivité qui assure (...) soit les pouvoirs publics les obligent un moment donné à discuter, soit il n'y a pas de discussion.* » (sage-femme 4)

« *C'est en réalité les institutions hospitalières et les autorités médicales reconnues qui n'ont pas d'intérêt lucratif ...qui devraient pouvoir assurer cette sécurité là et aller auprès des assureurs.* » (sage-femme 6)

Ensuite, l'Ordre des sages-femmes est également évoqué : « *Il faudrait que l'Ordre des sages-femmes nous défende. Mais l'Ordre n'a pas envie de défendre les sages-femmes*

libérales qui font des accouchements. » (sage-femme 1), « plus d'instances représentatives, enfin des instances qui ne sont pas que sur le papier. » (sage-femme 2),

Ce besoin d'accompagnement et de soutien passe par la reconnaissance de la pratique de l'accouchement à domicile dans l'offre de soins en France. *« Parce que les autorités médicales qui...qui s'octroient l'autorité, ne sont pas en accord avec cette pratique là. Et ils considèrent que c'est dangereux, que tout le monde devrait accoucher à l'hôpital. (...) Donc on est très très hospitalo-centré. En France. Même de sage-femme à sage-femme, je veux dire... » (sage-femme 7)*

L'absence d'unité de la profession de sage-femme est également mentionnée, que ce soit au sein même des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global à la naissance *« il y a aussi le fait que même dans l'accouchement à domicile, chacun a sa vision. » (sage-femme 5)* ou au delà avec l'idée d'une solidarité impossible :

« Je reste persuadé que les sages-femmes soit elles arrivent à faire comprendre ce qu'il y a de spécifique dans l'accompagnement global, dans l'accouchement en plateau technique ou à domicile, soit elles n'y arrivent pas. Pour l'instant, elles n'y arrivent pas. (...) C'est un peu la difficulté avec certaines collègues : elles sont flottantes. Elles ne sont pas dans le réel. (...) La seule possibilité, c'est l'autonomie maximale. Ce serait d'avoir une assurance mise en place par les sages-femmes elles-mêmes. (...) Elles (les collègues sages-femmes) ne vont pas aller s'assurer à une assurance de sages-femmes juste parce que c'est une assurance de sages-femmes avec un tarif de solidarité avec tout le monde qui sera peut-être e 600 ou 800 euros. Elles ne feront pas ça. (...) ça a été proposé à l'Ordre qui a refusé» (sage-femme 4)

Une première étape serait la formalisation de la démarche de gestion de risques appliquée actuellement par les sages-femmes interrogées et envisagée à demi-mot.

« En terme d'accompagnement, l'idéal, ce serait une cellule qui s'occupe de centraliser toutes les situations compliquées pour les accouchements à domicile » (sage-femme 6)

« Les assureurs ont augmenté de façon exponentielle les obstétriciens et ils se sont rendus compte que nous, on avait aussi, des pratiques ...d'accouchement...donc ils ont tout augmenté. Euh...et eux par contre, les obstétriciens, la Sécu ou je ne sais pas qui...enfin je pense que c'est la Sécu, prend en compte une bonne partie de leur coût d'assurance. » (sage-femme 7)

« Ils ont un financement en partie par la Sécu mais avec toutes les contraintes de...d'évaluation des risques. Il faut qu'ils aient une accréditation. Elle serait peut-être reproductible mais il faut qu'on travaille sur une accréditation. » (sage-femme 4)

En effet, les gynécologues-obstétriciens bénéficient d'une prise en charge partielle de leur prime d'assurance par la Caisse d'Assurance Maladie sous condition d'accréditation.⁴⁶ Cette accréditation est gérée par un Organisme d'Accréditation, Gynérisq, selon un programme défini par la HAS.⁴⁷ Elle est fondée sur la déclaration d'évènements indésirables débriefés, la communication entre les soignants et les patientes, l'élaboration et l'utilisation de protocoles, le partage de connaissances ainsi que la définition et l'utilisation d'indicateurs.⁴⁸ L'organisme précise que ce programme est « limité en théorie aux obstétriciens mais peut en pratique intégrer d'autres soignants (sages-femmes notamment) », pour lesquels pour le moment, aucune prise en charge partielle de la prime d'assurance n'est envisagée.

Finalement, les sages-femmes relèvent une incohérence du système de soins : *« La France autorise l'accouchement à domicile mais ne permet pas son exercice pratique. Il y a une réelle incohérence. » (sage-femme 6), « parce que personne, niveau autorités, médical et politique...veut que l'accouchement à domicile ne se développe...en France. (Silence). Voilà pourquoi. Il y a plutôt une volonté d'éradication de cette pratique depuis... depuis 40 ans, plutôt que de la favoriser. » (sage-femme 7).*

« Je pense que la puissance médicale, le patriarcat est assez fort en France, au niveau des accouchements, de la sphère féminine. Et du coup, le fait dans ce système là de se dire qu'une femme accouche toute seule...ou juste avec une ou deux sages-femmes, naturellement. C'est tellement en décalage avec l'hôpital. » (sage-femme 5)

Se pose alors la question de la réalité du risque évoqué en début d'analyse. Entre le risque obstétrical et le risque assurantiel, l'épée de Damoclès pesant sur ces sages-femmes ne serait-elle pas plutôt liée un risque politique ?

Ainsi, lors d'un entretien informel avec l'APAAD, les dernières études en faveur de l'accouchement à domicile (12) auraient été accueillies favorablement par les compagnies d'assurance. Elles exprimeraient toutefois de nouvelles craintes quant au contexte

⁴⁶ Article D185-1 du Code de Santé Publique

⁴⁷ HAS, Programme d'accréditation individuelle Gynerisq, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/programme_a_gynerisq- accreditation individuelle.pdf

⁴⁸ <http://gynerisq.fr/>

français qui présente un risque procédural important entre pairs...⁴⁹ En effet, le rapport relève que *"les centres hospitaliers portent plainte sans que les familles n'estiment avoir subi de préjudices ou ne se soient plaintes d'un problème de prise en charge. »* (12)

« Que l'Etat prenne une décision politique. C'est une décision politique. (...) Par rapport au choix des femmes. Il faut qu'il y ait des politiques...qui mettent...qui annoncent que ce sont les femmes qui choisissent leur accouchement. » (sage-femme 3).

La nécessité d'une décision politique est invoquée pour préserver le choix des femmes dans cette situation complexe. Comment les sages-femmes abordent ce point avec les femmes et les couples ? Quelles en sont les conséquences actuelles ?

B. Les échanges avec les femmes et les couples

• Une transparence de l'information sur le sujet

Lorsque la demande des femmes et des couples concerne un accouchement à domicile, les sages-femmes interrogées expliquent qu'elles abordent le sujet de l'absence d'assurance dès le premier entretien. Ce premier entretien permet aux couples de prendre une décision éclairée sur ce choix d'accompagnement, l'information relative à l'assurance est un des points qui y est systématiquement abordé.

« C'est toujours moi qui aborde le sujet au premier entretien. Parce que pour moi le premier entretien, c'est un entretien pour prendre une décision. Est qu'on maintient notre projet d'accouchement à domicile ou pas ? Ça comprend les informations globales, les circonstances d'assurance et les conditions financières. Ils repartent avec tout ça. Ils en discutent entre eux et poursuivent ou pas leur projet. Quand je leur présente, je les informe. La plupart du temps, ils sont informés. J'ai envie de dire huit couples sur dix connaissent cette problématique d'assurance. Mais par contre, ils n'ont pas forcément compris les tenants et aboutissants de cette histoire. Je leur explique. Je vais jusqu'à leur dire que si un enfant décède, c'est très triste. C'est abominable. C'est beaucoup de souffrances. Mais il n'y a pas d'enfant à élever. Par contre, je leur parle du handicap. Je leur dis que lorsqu'il faut élever un enfant handicapé, c'est difficile dans notre pays. Parce qu'il y a peu d'aides. Ça dépend quel type de parents. J'adapte un peu. Il n'est pas question de faire peur. L'idée, c'est vraiment u'ils comprennent ce que ça veut dire ce truc là. » (sage-femme 3)

⁴⁹ Propos recueillis lors d'un entretien téléphonique informel avec l'APAAD mars 2020

« Au premier entretien, on en parle. (...) Oui, je parle de la question que nous ne sommes pas assurées et on parle de la question du transfert direct aussi, dès le premier entretien. (...) Les couples ne sont pas dans l'illégalité, ce sont plus les sages-femmes. (...) C'est aussi de dire que si jamais, il y a un accident que ce soit au niveau de la mère ou du bébé, au niveau des indemnisations, qu'est ce qui se passe. Ce sera à hauteur de nos revenus et pas du tout à hauteur de ce qu'elle aurait pu avoir si c'était une indemnisation en milieu hospitalier ou avec une assurance. Ça change la donne pour eux. » (sage-femme 5)

« Je leur dis au premier rendez-vous, la première fois que l'on se voit, je leur dis. Que je n'ai pas d'assurance. (...) Je leur dis tout simplement que moi je fais des accouchements en plateau technique, je fais des accouchements à domicile pour accompagner le moindre besoin des femmes mais que je n'ai pas d'assurance au domicile alors qu'en plateau technique j'en ai une et que s'il y a quoi que ce soit, fortuitement..euh même fortuitement et qu'il y a besoin d'indemnités pour amener réparation de ce qu'il s'est passé et bah ils ne pourront pas se retourner contre moi dans l'optique d'avoir une réelle indemnité. » (sage-femme 6)

Au delà de la délivrance d'une information transparente sur la question de l'assurance, les sages-femmes interrogées démontrent une volonté de préserver les femmes et les couples dans ce choix d'accompagnement à la naissance.

En effet, une des solutions envisagées par certaines sages-femmes aurait été de faire l'effort financier d'accéder à l'assurance responsabilité civile professionnelle actuelle. Au delà du fait que les propositions d'assurance actuelles sont difficilement applicables (les propositions faites par l'intermédiaire du BCT sont effectuées pour une durée ferme de 12 mois non tacitement reconductible, ce qui obligerait la sage-femme à saisir le BCT chaque année...), une telle solution serait répercutée financièrement sur les couples.

« On s'était dit avec d'autres sages-femmes de prendre cette assurance et d'augmenter vraiment le prix de l'accouchement. Après c'est chiant parce que le prix de l'accouchement est super élevé, qu'il est moins accessible. (...) toutes les démarches faites au niveau national, au niveau de la solidarité des autres sages-femmes, ce n'est pas correct » (sage-femme 5)

La situation actuelle et les solutions évoquées ne sont pas sans conséquence pour les usagers. Le CDAAD, association d'usagers, s'est ainsi créé en 2013 autour de cette problématique. L'absence d'assurance entraverait le choix des femmes et des couples,

notamment par la diminution du nombre de sages-femmes qui proposent un accompagnement global à la naissance. Selon cette association, la problématique est beaucoup plus large que l'assurance : « *c'est une aiguille dans une botte de foin* », elle concernerait l'ensemble de l'offre de soins française.⁵⁰

Quelles sont les réactions des femmes et des couples lors de l'évocation de l'impossibilité de respecter l'obligation d'assurance par les sages-femme interrogées ?

• Une limitation du choix des couples

Lorsque l'impossibilité de respecter l'obligation d'assurance est présentée aux femmes et aux couples désireux de bénéficier d'un accompagnement global à la naissance, notamment par l'organisation d'un accouchement accompagné à domicile, « *ils sont souvent déjà informés* » (sage-femme 3, sage-femme 4, sage-femme 5, sage-femme 6).

Leurs réactions est assez unanimes : « *ils sont souvent étonnés, même des fois en colère que l'on ne puisse pas être protégé pour ce que l'on fait.* » (sage-femme 2), « *la plupart sont un peu solidaires. Ils sont soucieux, scandalisés.* » (sage-femme 3), « *il trouvait bizarre qu'il n'y ait pas d'assurance* », « *c'est rude ce que vous faites.* » (sage-femme 5).

Ensuite, l'information modifie-t-elle le choix initial du lieu d'accouchement ?

Certaines sages-femmes évoquent une compréhension des couples mais à l'image d'une fatalité, d'une absence de choix : « *je pense qu'ils comprennent mais ils ne l'acceptent pas forcément.* » (sage-femme 1), « *Quand elles ont l'information, elles font avec.* » (sage-femme 6).

D'autres poursuivent leur projet initial, malgré ces conditions particulières : « *Il faut avoir une conviction. (...) Ce sont des couples qui sont vraiment convaincus au plus profond d'eux pour pouvoir faire ce pas là.* » (sage-femme 5).

Par contre, certains abandonnent leur choix initial : « *Elles décident d'accoucher en plateau technique si c'est trop compliqué pour elles de gérer ça. (...) ça génère de la réflexion et elles changent d'avis* » (sage-femme 6), « *Ils comprennent que le plus important n'est pas d'accoucher à domicile mais d'avoir un suivi global. (...) La plupart des gens sont censés et raisonnables : ils n'ont pas envie de prendre des risques inutiles et pour personne.* » (sage-femme 4). « *On sentait que ça le (un conjoint) dérangeait le fait*

⁵⁰ Propos recueillis lors d'un entretien informel avec le CDAAD février 2020

que, du coup, tu n'es pas complètement dans un cadre légal par rapport à cette RCP. Elle a dû arrêter le suivi, lui était insécure et pas à l'aise avec ça. (...) Le fait de ne pas avoir d'assurance limite certains couples. » (sage-femme 5)

A l'inverse, une sage-femme rapporte qu'en 2011, elle a décidé d'arrêter les accouchements à domicile suite au contrôle annoncé du respect de l'obligation d'assurance. Les couples n'ont pas accepté cette décision, ce qui l'a motivée à poursuivre les accouchements à domicile, pour éviter des accouchements à domicile non accompagnés :

« J'ai commencé à annoncer à mes patientes que je renonçais à l'accouchement à domicile mais que j'avais trouvé une solution pour les accompagner en plateau technique. Donc j'ai eu beaucoup de désappointement. Tellement... (...) A ce moment là, il y a deux couples qui m'ont dit « On comprend bien ta problématique. Mais nous, ça ne nous va pas. Et on accouchera seuls à la maison. » Là, moi, ça m'a fait triste... j'avais pas envie de cette mise en danger. Du coup...j'ai continué. » (sage-femme 3)

Le risque d'augmentation de naissances non assistées est évoqué par l'APAAD dans son dernier rapport et serait lié à la diminution de la couverture du territoire par les sages-femmes proposant encore un accouchement à domicile.(12) Ainsi, *« l'association souhaite appeler à la responsabilité de toutes les instances, pour ce qui est des femmes qui font ce choix par défaut, se privant de la sécurité de l'accompagnement d'une professionnelle à compétence médicale et s'exposant à un risque accru en cas de pathologie du travail et du post-partum, du fait de l'absence de sage-femme AAD couvrant leur secteur. » (12)*

Ce choix d'accompagnement de la naissance appartient aux femmes et aux couples. Le récit d'une sage-femme qui a arrêté les accompagnements d'accouchement à domicile révèle la puissance de ce choix, peu importe, finalement, les problématiques politiques du système de soins français.

« Il y en a certaines...tu parles, une femme qui a vécu un accouchement à domicile pour son premier et qui a son deuxième, elle ne comprend pas pourquoi elle irait accoucher à l'hôpital. Sauf pathologie concrète. Si tout va bien, que la grossesse va bien, qu'elle le vit bien, elle est en confiance, elle n'a surtout pas envie ... » (sage-femme 7)

L'importance de ne pas juger le choix de ces femmes et de ces couples est rappelée par certaines des sages-femmes rencontrées. Le non jugement de ce choix passe aussi par l'intégration de celui-ci à l'offre de soins.

« En Angleterre, eux, ils sont partis de la demande des patientes. Ils n'ont pas jugé la demande (...) Et donc ils ont réorganisé leur système à partir des demandes et des besoins de la population. Et donc ils ont mis en réseau tous ces systèmes là, les uns avec les autres. » (sage-femme 7)

Est alors interrogé, par une des sages-femmes, le caractère médical de la naissance.

« Dans la philosophie de quand tu te positionnes dans un accouchement naturel, c'est la femme qui accouche elle-même de son bébé et c'est la sage-femme ou le professionnel qui est là pour veiller à ce que ça se passe bien. C'est un acte médical ? C'est un acte physiologique humain. On est en stand by pour intervenir si besoin. » (sage-femme 5)

La naissance nécessite une sécurité émotionnelle de la femme, tout autant qu'une sécurité médicale.

« Le plus important c'est de savoir « cette femme de quoi a-t-elle besoin pour se sentir en sécurité ? » et c'est à partir du moment où on répond à ce truc là, c'est là qu'on sécurise l'accouchement. (...) En fait la sécurité au final dans le milieu hospitalier, ça va être plus les professionnels de santé qui vont poser la sécurité et qui vont faire des choses pour sécuriser eux, pour sécuriser par rapport à ce que nous avons appris; par rapport aux risques juridiques d'un procès mais pas par rapport à la femme. »» (sage-femme 5)

Michel Odent ajoute que cette sécurité est propre à chaque femme.

« Qu'est ce que la physiologie ? Contrairement à ce que l'on pense, ce n'est pas seulement l'absence de pathologie... C'est comme si l'on disait que marcher c'est quand on ne tombe pas. La physiologie de l'accouchement c'est le fonctionnement profond, instinctif du vivant dénué de toute notion de croyance, de religion, de culture. C'est un savoir universel, transculturel. Pour être dans sa physiologie, la femme doit quitter son rapport à l'extérieur, son rapport à l'autre, son fonctionnement intellectuel. (...) Elle ne le fera que si elle se sent en sécurité. Cette notion de sécurité lui est personnelle. » (22)

Le respect de cette sécurité émotionnelle nécessite de préserver l'autonomie des femmes dans l'accouchement, y inclus le choix de l'accompagnement à la naissance, tant que les conditions médicales à l'expression de la physiologie sont réunies.

Il répond à la recommandation d'une expérience positive de l'accouchement de l'Organisation Mondiale de la Santé, définie comme « comme une expérience qui remplit ou dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles existantes

d'une femme, ce qui inclut l'accouchement d'un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un ou de plusieurs compagnons d'accouchement et de personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique. »⁵¹

Le choix de l'accompagnement à la naissance est essentiel et pourtant fortement limité en France. L'impossibilité de respecter l'obligation d'assurance est un frein majeur à la mise en oeuvre d'une alternative à la médicalisation de la naissance. La situation est vécue par les sages-femmes qui pratiquent l'accompagnement global à la naissance comme une méconnaissance de leur pratique, tant par leurs pairs, que par les assureurs ou les instances qui les entourent.

⁵¹ OMS, Recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement, 2018.

Conclusion

En France, les sages-femmes libérales qui proposent un accompagnement global à la naissance rencontrent des difficultés pour respecter leur obligation d'assurance responsabilité civile professionnelle. Que le contrat d'assurance soit perçu comme une garantie financière pour les parents ou comme une protection juridique pour le professionnel de santé, il apparaît indéniablement nécessaire pour les sages-femmes rencontrées.

Au delà des craintes d'inadéquation des garanties à l'évolution de leurs compétences, elles se retrouvent, notamment dans le cadre de l'accouchement à domicile, dans l'impossibilité de souscrire une telle assurance. Un élan d'inventivité anime alors certaines de ces sages-femmes, à la recherche de la solution idéale.

Or, les compagnies d'assurance concernées sont confrontées à la problématique dans une autre mesure : les possibilités de mutualisation du risque, notamment, sont très limitées sur ce secteur spécifique de la périnatalité. Elles sont alors en difficulté pour proposer une assurance. Une solution pourra être recherchée au-delà de ces difficultés à l'image de risques innovants (comme l'assurance spatiale) ou encore en dehors de la sphère assurantielle (inclure le coût de l'assurance dans le coût de l'accouchement remboursé par la Sécurité Sociale par revalorisation du forfait par exemple).

Le constat ne s'arrête pas à l'inapplicabilité d'une obligation d'assurance.

Les besoins exprimés par ces sages-femmes se concentrent sur l'urgence nécessaire d'un déblocage de la situation, tant pour permettre la liberté du choix des femmes et des

couples de leur accompagnement à la naissance que pour valoriser la totalité des compétences des sages-femmes.⁵²

Parmi les attentes des professionnels de l'accompagnement global à la naissance, une intervention des institutions est demandée, afin de favoriser une reconnaissance de leur pratique dans le réseau de soins français.

« *Et là, on dépasse largement l'obstétrique, L'obstétrique, c'est un petit îlot de la maïeutique et pas le contraire.* » (sage-femme 7)

L'intégration de l'accompagnement global à la naissance au paysage périnatal français favoriserait la communication entre les acteurs, faciliterait les transferts et éventuellement diminuerait les risques (ou les peurs) de responsabilité des sages-femmes. Cette intégration aurait surtout un intérêt majeur : limiter l'impact des représentations personnelles sur les spécificités de l'accompagnement global à la naissance et donner sa place à cet accompagnement dans les compétences des sages-femmes.

Une telle étape doit idéalement s'appuyer sur la solidarité de la profession de sage-femme, grâce à une (re)découverte des spécificités de cet exercice. Rappelons que le devoir de confraternité est prévu par le Code de Déontologie de la profession de sage-femme, et commun aux autres professionnels de santé.

Ecouter et comprendre la pratique quotidienne des sages-femmes proposant un accompagnement global à la naissance révèle la mise en oeuvre d'un réel management des risques par ces professionnels. Pourquoi, alors, ne pas envisager une formalisation de cette démarche de gestion et de prévention des risques, afin d'accorder une aide financière à la souscription du contrat d'assurance obligatoire ?

Le rôle initial de l'assureur, comme « protecteur », serait ainsi réhabilité auprès de ces sages-femmes : il deviendrait un véritable partenaire en prévention des risques. Ce nouveau dialogue entre assureur et sages-femmes permettrait une évaluation des risques à leur image.

Enfin, n'oublions pas qu'accompagner ces sages-femmes et ces assureurs dans la recherche d'une solution renforce l'autonomie des femmes en matière de santé

⁵² Trois questions de sénateurs ou députés ont été posées à la Ministre des Solidarités et de la Santé le 17 octobre et le 29 octobre 2019, ainsi que le 5 mars 2020. Elles sont actuellement encore en attente de réponse. (<https://www.nossenateurs.fr/question/15/14628>, <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ191012644.html>, <http://questions.assemblee-nationale.fr/q15/15-24107QE.htm>)

génésique. La reconnaissance politique de l'autonomie des femmes dans la maternité passe nécessairement par la liberté du choix de l'accompagnement de cette naissance.

A défaut d'une solution française satisfaisante, pourquoi ne pas s'inspirer de modèles étrangers ou envisager une nouvelle initiative européenne ? La naissance est un évènement international.⁵³

⁵³ Annexe n°IX

Bibliographie

1. SERAPHIN G. Introduction. Naître. Recherches familiales 2015/1; 12: 3-7.
2. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Légifrance (internet). Consulté le 03/06/2019.
3. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Légifrance (internet). Consulté le 03/06/2019.
4. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. Quelle place pour la sage-femme libérale dans le parcours de soin : constats et propositions; 2 mars 2017.
5. Autorité de la Concurrence, Décision n° 14-DCC-13 du 5 février 2014 relative à la prise de contrôle exclusif de Medical Insurance Company par MMA IARD Assurance Mutuelles
6. De GRAVE L. L'assurabilité du risque. Promouvoir une rationalisation pratique par une analyse théorique. BDDA. 2017/1.
7. LABRUSSE-RIOU C., CANSELIER G., RONDOT I., ACHMAOULI H. et RAVELET A., 2005. Naissances handicapées et responsabilité. Recherche sur l'impact de l'arrêt Perruche sur la jurisprudence et sur les pratiques en matière d'assurance médicale. Université de Paris-I Panthéon-Sorbonne. Centre de recherche sur le droit des sciences et techniques. UMR Droit et régulation des activités économiques et sociales.
8. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Legifrance (internet). Consulté le 03/06/2019.
9. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées; mai 2016.

10. Observatoire National des Professionnels de Santé. Les sages-femmes : une profession en mutation; mai 2016.
11. Cour des comptes. Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. Rapport Sécurité Sociale. 2011. Chap. V : 177.
12. APAAD, Etat des lieux de l'accouchement accompagné à domicile en France en 2018, 2018.
13. Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Légifrance (internet). Consulté le 03/06/2019.
14. Haute Autorité de Santé. Cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance. Septembre 2014.
15. RICHARD-GUERROUJDI N. Les maisons de naissance à mi-parcours. Profession Sage-femme. Septembre 2018. 248:15.
16. Arrêté du 30 juillet 2015 fixant la composition dossier et les modalités de candidature pour intégrer l'expérimentation des maisons de naissance. Légifrance (internet). Consulté le 03/06/2019.
17. Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Légifrance (internet). Consulté le 03/06/2019.
18. CIANE, Assurance responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile en activité libérale, 2013.
19. CORGAS-BERNARD C. L'assurance de responsabilité civile des professionnels libéraux de la santé. RDSS. 2010: 75.
20. DAMGE M., « Des sages-femmes et des parents jugent l'accouchement à domicile menacé », Le Monde, 29 octobre 2013, article consultable en ligne.
21. CARRICABU D., De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition, Risque et Santé, Sociologie et Sociétés, Vol. 39 n°1, printemps 2007.

22. Sous la direction de COLLONGE J. Et C., Intimes naissances, choisir d'accoucher à domicile, éditions La Plage, 2008, p.283
23. ANSFL, Vers une assurance RCP pour l'accouchement à domicile, 13 novembre 2015.
24. SIRVEN A. Et FOUQUET L.« Contrat d'assurance : tour d'horizon », La Lettre, revue des sages-femme libérales, Automne 2018, n°118, p.19
25. CNGOF, C. Seguin, Responsabilités dans l'accouchement à domicile programmé, 2011.
26. « Assurance et accouchement à domicile, équation impossible ? », Paroles de sage-femme, numéro 7, hiver 2013/2014, p.33
27. DE GRAEVE L., « L'assurabilité du risque », Promouvoir une rationalisation pratique par une analyse théorique, Bulletin Juridique des Assurances, Dossier n°1, Année 2017.
28. THOMAS C., L'accompagnement global par les sages-femmes, Démédicaliser la naissance, pour une autre gestion du risque, Anthropologie & Santé, n°15, 2017
29. HADDAD E., Les notions de conditions du contrat d'assurance, thèse sous la direction de Vincent HEUZE, 2017.
30. LABRUSSE-RIOU C., CANSELIER G., RONDOT I., ACHMAOUI H., RAVELET A., Naissances handicapées et responsabilité, recherche sur l'impact de l'arrêt « Perruche » sur la jurisprudence et sur les pratiques en matière d'assurance médicale, avril 2005.
31. GOMBAULT N., La situation de l'assurance de responsabilité médicale, RDSS 2010, p.51.
32. LAMBERT-FAIVRE Y., La crise de l'assurance responsabilité civile médicale, Recueil Dalloz, 2003, p. 142.
33. LEVENEUR L., L'intervention du Bureau Central de Tarification en matière d'assurance de responsabilité civile médicale, RDSS, 2010, p.59.

Glossaire

AAD : accouchement à domicile

ANSFL : Association nationale des sages-femmes libérales

APAAD : Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile

ARS : Autorité régionale de santé

CDAAD : Collectif de défense de l'accouchement à domicile

BCT : Bureau central de tarification

Conditions de la garantie : évènement extérieur à l'objet du contrat d'assurance dont dépend l'existence de l'obligation de couvrir le risque à la charge de l'assureur (ex : possession du permis de conduire pour une assurance automobile) (sources : Bulletin juridique des Assurances, La condition de garantie et le risque, Anne Guillou)

Contrat d'assurance RCP : le contrat garantit les conséquences pécuniaires de la responsabilité de l'assuré du fait de son activité professionnelle. (sources : Répertoire de Droit Civil, Assurances : Généralités, Luc Mayaux)

Courtier en assurance : intermédiaire entre l'assuré et les sociétés d'assurance, il représente de l'assuré auprès de l'assureur. (sources : Fédération française de l'assurance)

Exclusion de garantie : une clause qui prive l'assuré de garantie en considération de circonstances particulières de réalisation du risque. Les exclusions de garantie créent autant de « trous » dans la garantie correspondant à des hypothèses où, notamment pour des raisons de coût trop élevé, l'assureur ne souhaite pas accorder sa couverture. (sources : Répertoire de Droit Civil, Assurances : Généralités, Luc Mayaux)

Franchise : la franchise consiste à laisser à l'assuré une part du dommage. L'assuré peut se couvrir auprès d'un autre assureur pour le montant laissé à sa charge. La raison d'être de la franchise est en effet différente. Elle a pour but d'éliminer les petits sinistres de la gestion de l'assureur car le coût de gestion de ces sinistres est excessif par rapport à leur montant. Lorsque la franchise est dite « simple », seuls les dommages inférieurs à une certaine somme ne sont pas pris en charge par l'assureur. Mais si le sinistre dépasse le

montant de la franchise, l'assuré est intégralement indemnisé. Cependant, le contrat peut aussi stipuler une franchise dite « absolue » qui est déduite en tout état de cause. Toutefois, lorsque la franchise consiste en une fraction du montant du sinistre et que le contrat comporte un plafond de garantie, la franchise ne doit pas aboutir, en cas de sinistre important, à absorber la totalité de la garantie. L'assureur doit alors limiter la franchise à un plafond nécessairement inférieur au plafond de la garantie. (sources : Répertoire de Droit Civil, Assurances : Généralités, Luc Mayaux)

HAS : Haute autorité de santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

Montant de garantie / plafond de garantie : l'assureur peut limiter sa garantie au moyen d'un plafond de garantie qui s'applique par année et/ou par sinistre. Des dispositions légales ou réglementaires imposent un montant de garantie minimal (et parfois illimité) dans certaines assurances obligatoires. (sources : L'Argus de l'Assurance).

ONIAM : Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales

Prime d'assurance : la prime est la somme d'argent réclamée par l'assureur en contrepartie de sa garantie (sources : Répertoire de Droit Civil, Assurances : Généralités, Luc Mayaux)

RCP : Responsabilité civile professionnelle

Réassureur : société spécialisée qui prend en charge une partie des risques souscrits par un assureur auprès de ses assurés. Il s'engage, par un contrat, avec des conditions précises, à rembourser à l'assureur en cas de réalisation du risque, une partie des sommes versées au titre des sinistres et perçoit en contrepartie une portion des primes originales versées par le ou les assurés. (sources : Association des professionnels de la réassurance en France).

RMM : Revue de morbidité et de mortalité

SF : sage-femme

Sinistre : toute circonstance prévue au contrat d'assurance dont la survenance génère pour la compagnie d'assurance l'obligation d'exécuter la prestation convenue.

Annexes

- I. Prise de contact
- II. Trame d'entretien
- III. Consentement d'enregistrement
- IV. Jurisprudence publiée par l'Ordre des sages-femmes
- V. Procédure de saisine du BCT
- VI. Questionnaire du BCT
- VII. Litige JL/BCT
- VIII. Protocole AAD du réseau Aurore
- IX. Bref état des lieux de l'assurance des sages-femmes dans le Monde
- X. Résumé / Abstract

Annexe I

Prise de contact

Bonjour,

Je me permets de vous contacter en tant qu'étudiante sage-femme en cinquième année de sciences maïeutiques à l'école de sages-femmes de Saint-Antoine.

Je réalise, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, une enquête sur l'assurance de responsabilité professionnelle des sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance.

L'objectif est d'étudier l'expérience de l'assurance responsabilité civile professionnelle par les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global en France, identifier leurs besoins et leurs attentes et proposer d'éventuelles pistes de réflexion.

A ce titre, j'effectue des entretiens auprès des sages-femmes d'Ile de France qui exercent en plateau technique, en maison de naissance et/ou qui accompagnent l'accouchement à domicile.

Seriez-vous intéressée pour répondre à mes questions ? La durée de l'entretien est évaluée environ à une heure. Je me déplacerai selon vos disponibilités. L'entretien est anonyme et confidentiel. Avec votre accord, l'entretien sera susceptible d'être enregistré pour faciliter son analyse.

Afin de compléter mon entretien, serait-il possible de me transmettre à titre confidentiel une copie de votre contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle, même s'il n'inclut pas la totalité des activités que vous exercez ?

Je vous remercie pour votre attention et votre compréhension et reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Cécile Frémont
étudiante sage-femme
Ecole Saint-Antoine
0659575881

Annexe II

Trame d'entretien

Prise de contact

Madame, Monsieur,

Etudiante sage-femme, je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, une enquête sur l'assurance de responsabilité professionnelle des sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance.

L'objectif de cette étude est d'étudier l'expérience de l'assurance responsabilité civile professionnelle par les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global en France, identifier leurs besoins et leurs attentes et proposer d'éventuelles pistes de réflexion.

Seriez-vous intéressé(e) pour répondre à mes questions ? La durée de l'entretien est évaluée environ à une heure. Je me déplacerai selon vos disponibilités.

L'entretien est anonyme.

Afin de compléter mon entretien, serait-il possible de me transmettre à titre confidentiel une copie de votre contrat d'assurance responsabilité civile professionnelle ?

Je vous remercie pour votre attention et votre compréhension et reste à votre disposition pour toute information complémentaire.

Introduction à l'entretien

Bonjour, je suis étudiante sage-femme. Comme évoqué, j'effectue une étude sur l'assurance responsabilité civile professionnelle des sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance. Me permettez-vous d'enregistrer cet entretien ? Le cas échéant, il sera retranscrit pour en permettre l'analyse. La retranscription de cet entretien ne sera pas annexée au mémoire. Des citations ainsi que son contenu y seront analysés, tout en conservant la confidentialité de l'entretien.

Préambule

Pour rappeler le contexte, pourriez-vous me préciser votre parcours (âge, diplôme, formations complémentaires, expérience hospitalière/libérale/PMI, type d'exercice ? Depuis quand ? Affiliation à des associations ? Adhésion à des chartes ? Réseaux ?)

Quelles sont les activités que vous exercez ? Celles que vous avez arrêtées ? Pourquoi ? Et l'AAD ? Les raisons de ce choix d'exercice ?

Demander une copie du contrat d'assurance pour permettre d'évaluer les réponses.

Question inaugurale

Comment êtes vous assurée ? **Evaluer les éléments qui sont considérés comme essentiels par les personnes interrogées.**

Quelles sont vos connaissances en terme d'assurance ? **Évaluer les éventuels biais.**

Les thèmes selon des étapes proposées de conception

Les thèmes évoqués lors de l'entretien suivent les étapes clés d'un contrat d'assurance. Ils ne sont pas mentionnés pendant l'entretien. Ils sont utilisés comme trame à l'entretien. Ces questions ne seront utilisées que si la personne interrogée ne les aborde pas elle-même.

1. La déclaration du risque auprès de l'assureur

- comment vous vous assurez ?
- comment choisissez vous votre assureur ? Votre contrat ? Avec qui entrez vous en contact ?
- Quelles sont les informations que vous transmettez à votre assureur ?
- Et par rapport à votre activité ? à votre façon de travailler ?
- Comment transmettez-vous ces informations ?
- Savez-vous pourquoi vous transmettez ces informations ?
- A quelle fréquence changez vous d'assurance ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées ?
- Comment on pourrait vous aider ?

2. La gestion et la prévention des risques

- considérez-vous encourir des risques en exerçant votre activité ? Si oui lesquels ? Pourquoi ?
- La sélection des patientes
- La préparation (visite du domicile, matériel, lien avec les services de secours...)
- Le lien de confiance
- Les protocoles en cas « d'accouchement dystocique », de complications
- Le transfert
- Les binômes
- Retour d'expérience /Analyse de votre activité
- Tenue des dossiers
- En parlez-vous avec votre assureur ? Pourquoi ?

3. Les attentes de la sage-femme vis-à-vis de son assureur responsabilité civile professionnelle

- Qu'attendez vous d'un assureur et d'un contrat d'assurance ?
- Pourquoi ?
- Pourquoi une assurance obligatoire d'après vous ?

4. Les échanges avec les femmes et les couples sur ce thème

- comment abordez vous ces questions avec les femmes et les couples que vous accompagnez ?
- Quelles sont leurs remarques / réactions ?
- Si vous n'êtes pas assurée, pensez-vous que cela modifie le choix de certains couples ?

5. L'utilisation du contrat d'assurance

- comment avez-vous utilisé votre contrat d'assurance ?
- Quels sont les déclarations que vous avez déjà faites ?
- Vous est-il arrivé de ne pas déclarer un litige à votre assureur ? Pourquoi ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ou avez-vous rencontrées ?

6. Leur vécu de la situation actuelle

- comment vivez-vous l'obligation d'assurance des sages-femmes libérales ?
- Que pensez-vous du litige qui oppose Jacqueline Lavillonière au BCT ?
- Vous sentez-vous accompagnée sur la question de l'assurance ? Par qui ?
- Une solution idéale ?

7. Evaluation des connaissances de l'assurance

- Un contrat d'assurance RCP c'est quoi ?
- Une prime ?
- Un montant de garantie ?
- Une franchise ?
- Une exclusion ?
- Si vous avez un litige avec une patiente ou quelqu'un d'autre, vous prévenez votre assureur quand ? Vous savez comment faire ? Comment l'assureur peut-il intervenir ?

Phrases de relance

- « Qu'en pensez-vous ? »
- « Comment avez-vous .. ? »
- « Dans quelle démarche ... ? »
- « Je comprends »
- « Qu'entendez vous par ? »
- « Pouvez-vous préciser ce point ? »

Fin de l'entretien

Merci pour votre disponibilité et ce précieux partage d'information.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Je vous rappelle que cet entretien est anonyme. Mon enregistrement sera utilisé dans le cadre de mon mémoire par retranscription écrite. Je pourrai vous adresser les résultats de mon enquête si cela vous intéresse. Je suis à votre disposition si vous souhaitez des informations complémentaires.

Annexe III

Formulaire de recueil de consentement éclairé

Je soussigné(e).....consens librement à participer à une étude qualitative relative à l'**assurance responsabilité civile professionnelle des sages-femmes libérales** proposant ou ayant proposé un accompagnement global à la naissance, effectuée par Cécile Frémont, étudiante sage-femme à l'école Saint-Antoine (75), dans le cadre de son mémoire de fin d'études.

Cette étude se déroule sur les années 2019 et 2020, et sera susceptible d'être poursuivie en 2021.

J'ai reçu oralement et par écrit les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude. J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises. J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.

Les principaux éléments de la recherche sont les suivants :

- L'étude qualitative a pour objet d'étudier l'expérience de l'assurance responsabilité civile professionnelle par les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global en France, identifier leurs besoins et leurs attentes et proposer d'éventuelles pistes de réflexion,
- La collecte de données est réalisée sous la forme d'entretien physique ou téléphonique d'une durée d'environ une heure,
- L'entretien est réalisé en respectant l'anonymat de la personne participante : les noms des participants ne paraîtront pas.
- L'entretien sera retranscrit par écrit pour faciliter l'étude des données et un des entretiens sera publié en annexe du mémoire de fin d'études.
- Des citations de l'entretien seront utilisées pour l'analyse des résultats.

Je donne mon accord pour l'enregistrement audio de l'entretien effectué par l'étudiante. Cet enregistrement audio sera utilisé pour une retranscription écrite de l'entretien et ne sera en aucun cas diffusé. Il sera détruit à l'issue de l'étude.

J'ai bien été informé(e) que mes données personnelles seront rendues anonymes, avant d'être intégrées dans un rapport ou une publication scientifique.

Le travail final, sous forme d'écrit et de présentation orale, rassemblera les résultats des différents entretiens. Il sera susceptible d'être diffusé, sous quelque forme que ce soit, pour une durée indéterminée.

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le participant.

J'accepte le traitement informatisé des données personnelles en conformité avec les dispositions de la loi 78/17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel. En particulier, j'ai noté que je pourrais exercer, à tout moment, un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles, en m'adressant auprès de Cécile Frémont, 166 sente de la butte verte 77610 La Houssaye en brie, cecile_marchal@hotmail.fr, 0659575881.

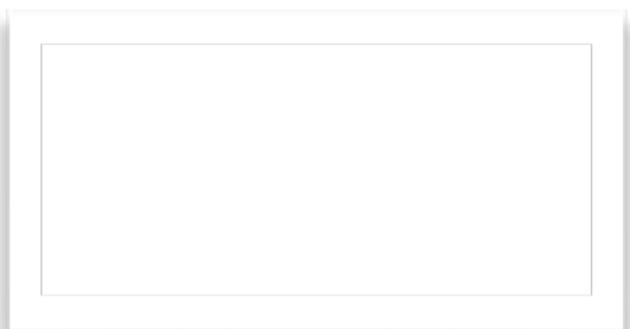
A ma demande, je peux obtenir toute information complémentaire auprès de Cécile Frémont.

Je serai informé(e) de toute nouvelle information durant l'étude, susceptible de modifier ma décision quant à ma participation à celle-ci.

Je peux demander à être informé(e) des résultats globaux de l'étude, à l'issue de celle-ci.

DATE :

SIGNATURE DU PARTICIPANT : *(accompagnée de la mention « lu et approuvé »)*



Annexe IV

Jurisprudence ordinale

Trois tableaux récapitulatifs des décisions ordinales publiées sur le site de l'Ordre des sages-femmes au 14 avril 2020.

Ces tableaux reprennent les éléments suivants des décisions, afin de permettre d'évaluer la place de l'absence de respect de l'obligation d'assurance dans ce type de litige :

- Décision
- Chambre disciplinaire
- Date des faits
- AAD / PT / MdN concerné
- Saisine
- Association du Conseil départemental ou national de l'Ordre des sages-femmes à la plainte
- Contexte reproché
- Reproches
- Sanction disciplinaire
- Mention de l'obligation d'assurance
- Commentaires

Jurisprudence ordinaire

Décision	Chambre disciplinaire	Date des faits	AAD/PT/MdN	Saisine	Associati on à la plainte par Conseil départe mental ou national de l'Ordre	Contexte reproché	Reproche	Sanction disciplinaire	Mention de l'obligation d'assurance	Commentaires
Décision n°1101 du 27/10/2011	Chambre interrégionale de première instance	2009	AAD	Patiente	Non	Episiotomie (réalisation, absence de considération des douleurs périnéales intenses qui ont suivies)	Art 4127-309 CSP; art. 4127-314 CSP; art. 4127-325 CSP	Interdiction temporaire d'exercice de trois mois	Sanction sollicitée par la chambre pour défaut d'assurance (art L1142-2 CSP)	
Décision n°2008-05 du 27/10/2009	Chambre interrégionale de première instance	1999	AAD	Patiente	Oui	Naissance d'un enfant mort-né par anoxie cérébrale (absence d'écoute régulière du rythme cardiaque)	Art 4127-302 CSP; Art 4127-309 CSP; art. 4127-314 CSP; art. 4127-325 CSP; Art 4127-326 CSP	Radiation du tableau de l'ordre	Association du conseil départemental de l'ordre à la plainte notamment pour défaut d'assurance (absence de saisine du BCT mentionnée)	
Décision n°2009-01 du 27/10/2009	Chambre interrégionale de première instance	2008	AAD	Hôpital	Oui	Décès d'un enfant suite ARCF (avis défavorable de l'AAD par hôpital, appel tardif du SAMU, moyens de surveillance inadaptés, arrêt de la réanimation avant l'arrivée du SAMU)	Art 4127-304 CSP; Art 4127-314 CSP; Art.4127-325 CSP; Art 4127-326 CSP;	Blâme	Non	
Décision n°2017-31 du 21/07/2017	Chambre interrégionale de première instance	2016	AAD	Conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes	Sans objet	Suite à deux rencontres sollicitées par l'Ordre auprès de la sage-femme, suite à la découverte de la réalisation d'AAD	Art 4127-309 CSP; Art 4127-313 CSP; Art 4127-314 CSP;	Avertissement	Défaut d'assurance listé dans les reproches à l'origine de la plainte	La sage-femme exerce également en plateau technique
Décision n°2015-02 du 01/02/2016	Chambre interrégionale de première instance	2015	AAD	Clinique	Oui	Retard de transfert suite à une rétention placentaire	Art.4121-312 CSP; Art. 4127-309 CSP; Art 4127-313 CSP; art. 4127-314 CSP; art. 4127-325 CSP; Art 4127-326 CSP; Art. 4154-4 CSP	Interdiction permanente d'exercer l'accouchement et obligation de suivi d'une formation	Non	
Décision n°010 du 01/12/2010	Chambre nationale (appel)	1999 ?	AAD	Parents de l'enfant décédé	Oui	Décès du fait d'une anoxie foetale (absence de transfert malgré l'absence de BdC)	ART. 4127-314 CSP; ART. 4127-325 CSP; Art 4127-326 CSP	Radiation du tableau de l'Ordre	Oui « au surplus des manquements professionnels invoqués »	

Jurisprudence ordinaire

Décision	Chambre disciplinaire	Date des faits	AAD/PT/MdN	Saisine	Associati on à la plainte par Conseil départe mental ou national de l'Ordre	Contexte reproché	Reproche	Sanction disciplinaire	Mention de l'obligation d'assurance	Commentaires
Décision n°010 du 01/12/2010	Chambre nationale (appel)	1999 ?	AAD	Parents de l'enfant décédé	Oui	Décès du fait d'une anoxie foetale (absence de transfert malgré l'absence de BdC)	Art. 4127-314 CSP; Art. 4127-325 CSP; Art 4127-326 CSP	Radiation du tableau de l'Ordre	Oui « au surplus des manquements professionnels invoqués »	
Décision n°28 du 12/12/2014	Chambre nationale (appel)		AAD	Ordre (?) suite inspection de l'ARS suite à une plainte de l'hôpital de transfert	Oui	Rétention placentaire (retard d'appel)	Art. 4127-309 CSP; Art. 4127-314 CSP; Art. 4127-325 CSP; Art. 4127-326 CSP;	Interdiction temporaire de six mois assortie du sursis	Non	
Décision n°27 du 15/01/2015	Chambre nationale (appel)	2012	AAD	Ordre	Sans objet	6 AAD : Dépassement de terme 43 SA et 6J suite refus de la patiente du déclenchement (grossesse non suivie par elle, transfert dès ARCF à domicile), refus d'appel du SAMU contesté, déchirure non suturée suivie d'une anémie aigue nécessitant un transfert, présentation par le siège non diagnostiquée (accouchement par SAMU avec rétention de tête dernière), retard de césarienne dans un contexte d'utérus cicatriciel et de pré-rupture ?	Art 4127-302 CSP; Art. 4127-309 CSP; Art 4127-348 CSP	Radiation du tableau de l'ordre	Non	
Décision n°11 du 17/06/2010	Chambre nationale (appel)	?	AAD	?	?	Accouchement dystocique - siège	Art 4127-309 CSP; Art 4127-325 CSP; Art 4127-328 CSP; Art 4127-334 CSP; Art 4127-361 CSP; Art L4151-3 CSP	Radiation du tableau de l'ordre	Non	Décision non disponible, peu d'éléments
Décision n°34 du 23/10/2018	Chambre nationale (appel)	2014	AAD	Responsable médical du Réseau Périnatal	Oui (reprise par l'Ordre suite à l'absence de maintien)		Art 4127-328 CSP; Art 4127-325 CSP	Interdiction temporaire d'exercer d'un an	Non	Interrogation des équipes médicales sur d'autres aspects de la prise en charge (hors motif de cs aux urgences)

Jurisprudence ordinaire

Décision	Chambre disciplinaire	Date des faits	AAD/PT/MdN	Saisine	Associati on à la plainte par Conseil départe mental ou national de l'Ordre	Contexte reproché	Reproche	Sanction disciplinaire	Mention de l'obligation d'assurance	Commentaires
Décision n°34 du 23/10/2018	Chambre nationale (appel)	2014	AAD	Responsable médical du Réseau Périnatal	Oui (reprise par l'Ordre suite à l'absence de maintien de la plainte initiale)		Art 4127-328 CSP; Art 4127-325 CSP	Interdiction temporaire d'exercer d'un an	Non	Interrogation des équipes médicales sur d'autres aspects de la prise en charge (hors motif de cs aux urgences)
Décision n°37 du 23/11/2018	Chambre nationale (appel)	?	AAD	SF		Radiation suite décès in utero		Rejet de la demande de relèvement d'incapacité suite à la prononciation d'une radiation du tableau de l'ordre	Non	Radiation puis rejet de la demande de relèvement d'incapacité d'exercice

BCT – BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

ACCUEIL ▾

BCT – AUTOMOBILE ▾

BCT – MÉDICAL ▾

BCT – CONSTRUCTION ▾

BCT – HABITATION ▾

BCT – CATNAT ▾



BCTM – COMMENT NOUS SAISIR ?

Pour saisir valablement le BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION, une procédure très précise, fixée par le code des assurances, doit être scrupuleusement respectée.

1. Avoir saisi au moins **deux** sociétés d'assurance (dont la compagnie auprès de laquelle vous souhaitez être assuré) pratiquant effectivement la couverture du risque par **lettre recommandée avec accusé réception** d'une demande de garantie de responsabilité civile médicale

- Saisissez les à l'aide du questionnaire-proposition joint ([professionnels de la santé](#) ou [établissements de santé](#) selon le cas) dûment rempli, **veuillez remplir tous les questionnaires au stylo noir.**
- Conservez une copie de ce questionnaire rempli.
- Adressez ces demandes au **siège social** ou à la **délégation** régionale de ces sociétés (**et non à une de leurs agences ou à un courtier**).

2. Si ces deux sociétés ont refusé de vous garantir vous pouvez saisir le BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION. Le refus de ces sociétés peut être :

- soit explicite (elles vous envoient une lettre de refus);

- soit implicite : les textes précisent que le refus est implicite si la société n'a pas répondu au courrier précédent **dans les 45 jours qui suivent sa réception** (cf. date portée sur l'accusé réception).

3. Attention, sous peine d'irrecevabilité, vous devez saisir le BUREAU **au plus tard dans les 15 JOURS** qui suivent :

- le refus du dernier assureur sollicité (si refus explicite),
- la fin du délai de 45 jours (si refus implicite).

Le BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION doit être saisi également **par lettre recommandée avec accusé de réception**.

4. Vous devez lui fournir tous éléments d'information en votre possession, mais nécessairement :

- les **copies des lettres de refus**, des deux sociétés si vous les avez reçues (refus explicite) accompagnées des accusés de réception.
- la lettre de résiliation du précédent assureur.
- si les sociétés d'assurance n'ont pas répondu (refus implicite), **les copies de vos demandes et des accusés de réception**.
- la copie du questionnaire proposition envoyé aux sociétés d'assurance.
- si c'est un mandataire, notamment un courtier, qui mène les démarches pour votre compte, **la preuve de l'existence du mandat** que vous lui avez donné (une lettre de l'assuré est suffisante; voir modèle de confirmation de [mandat](#) joint).

Le choix du mandataire est libre.
Vérifiez que votre mandataire est habilité à saisir deux assureurs.
Si vous avez deux mandataires différents, chacun d'entre eux doit recevoir un mandat écrit.

Annexe VI

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE GYNECOLOGIE, OBSTETRIQUE, ECHOGRAPHIE, CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

REEMPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

Nom :

Prénom :

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

- ▶ Pratiquez-vous des accouchements, des césariennes ou des hystérectomies d'hémostase? OUI NON
- ▶ Si oui, nombre moyen annuel d'accouchements OUI NON

- ▶ Travaillez-vous dans une structure d'hospitalisation ? OUI NON

Si oui : Avec garde obstétricale sur place OUI NON

Avec garde anesthésique sur place OUI NON

Avec garde pédiatrique sur place OUI NON

Avec astreinte pédiatrique OUI NON

Avec salle d'accouchement et bloc opératoire au même niveau OUI NON

- ▶ Exercez-vous dans plusieurs structures d'hospitalisation dans la même journée ? OUI NON

- ▶ Exercez-vous une activité d'assistance médicale à la procréation ? OUI NON

Si oui, quelle technique utilisez-vous ?

Quelle est votre formation (CES, DES, DESC, Clinicat...) ?

Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

- Pratiquez-vous la vidéo-chirurgie ?

OUI NON

▶ Nombre moyen annuel d'interventions :

▶ Exercez-vous dans un seul établissement, dans plusieurs établissements, combien ? lesquels ?

▶ Vous arrive-t-il, dans la même journée, d'exercer dans plusieurs établissements ? OUI NON

▶ Qui assure la visite les jours de semaine, les jours fériés, le dimanche, la contre visite ?

▶ Assurez-vous seul le suivi de vos patients ? OUI NON
Sinon, qui l'assure ? (niveau de compétence) :

▶ Êtes-vous associé à un chirurgien exerçant la même spécialité que la vôtre ? OUI NON

▶ Disposez-vous de protocoles pré-opératoires, post-opératoires (à l'usage des patients et de l'équipe chirurgicale) ? OUI NON

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

ECHOGRAPHIES

► Réalisez-vous des échographies liées à la grossesse autres que des échographies de datation? OUI NON

Si oui :

► Etes-vous titulaire d'un diplôme d'échographie obstétricale ? OUI NON

- Quel diplôme ? (DU, DIU, etc.).....
- Quelle est la date d'obtention de votre diplôme ?

► Avez-vous suivi une formation médicale continue en échographie obstétricale ? OUI NON

Si oui, laquelle et à quelle période ?.....

► Nombre moyen d'échographies obstétricales par an :.....

► Date de première mise en service de votre matériel :.....

► Comprend-il une sonde endovaginale ? OUI NON

► Avez-vous un réseau de référent en matière d'avis écho ? OUI NON

Si oui, lequel ?

► Avez-vous participé à un programme d'assurance qualité dans le cadre de l'évaluation de vos pratiques professionnelles ? OUI NON

Si oui, veuillez nous communiquer votre numéro d'agrément

CHIRURGIE

► Pratiquez-vous des actes de chirurgie gynécologique autres que des conisations, des curetages et des aspirations utérines ? OUI NON

► Pratiquez-vous des actes de **chirurgie plastique/esthétique** ? OUI NON

Si oui, lesquels ?

Quelle est votre formation dans ce domaine ?

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

INFORMATION DU PATIENT

- ▶ Comment informez-vous vos patients ?
 - Oralement : OUI NON
 - Par écrit : OUI NON
 - Par un document signé du patient : OUI NON
- ▶ Si vous pratiquez des échographies obstétricales, informez-vous la patiente des limites de l'échographie et du risque de non-diagnostic d'une malformation potentielle ? OUI NON
Si oui, sous quelle forme ?
 - Oralement : OUI NON
 - Information sur votre compte rendu : OUI NON
 - Par la remise d'un document écrit, signé par le patient : OUI NON

COMMENTAIRES COMPLEMENTAIRES EVENTUELS SUR VOTRE ACTIVITE

.....

.....

.....

.....

CONTRATS D'ASSURANCE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE ET MISES EN CAUSE EVENTUELLES

Se reporter au document général rubriques "Votre assurance, vos contrats et les mises en cause" lesquelles doivent inclure également les renseignements concernant les activités citées dans ce questionnaire.

Je soussigné, certifie que toutes les réponses au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes et qu'aucun assureur ne m'a proposé un tarif pour garantir ma responsabilité professionnelle.

Fait à _____ le _____

Signature :

Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40

Annexe VII

Résumé du litige Sage-femme / BCT

- **12 mai 2014** : saisine du BCT par la sage-femme
- **10 juin 2014** : notification de la décision de l'assureur par le BCT à la sage-femme proposant une assurance Responsabilité Civile Professionnelle pour un montant de 22 099,39 euros TTC, pour une durée de 12 mois, non tacitement reconductible.
- **24 juillet 2014** : requête déposée devant le Tribunal Administratif de Paris en annulation de la décision du BCT par la sage-femme et formulation d'une question prioritaire de constitutionnalité pour contester la constitutionnalité des dispositions du Code de la Santé Publique afférente à l'obligation d'assurance (article L1142-2 du Code de la Santé Publique) qui méconnaîtrait la liberté d'entreprendre, d'égalité, le droit au respect de la vie privée, de la liberté de la femme de choisir les modalités de son accouchement et de la liberté du patient de choisir son praticien.
- **15 septembre 2014** : Ordonnance du Tribunal Administratif de Paris qui décide qu'il n'y a pas lieu de transmettre au Conseil d'Etat la question soulevée par la sage-femme relative. La conformité aux droits et libertés garantis par la Constitution des dispositions de l'article L1142-2 du Code de la Santé Publique.
- **24 novembre 2015** : Jugement du Tribunal Administratif de Paris annule la décision du BCT fixant à 22099,39 euros la prime d'assurance entre l'assureur saisi et la sage-femme concernée, enjoint le BCT à réexaminer la demande de la sage-femme. Il est précisé que « *en fixant la prime due par la sage-femme à un tarif de 22099,39 euros TTC par référence à celui qui se pratique actuellement sur remarché pour un obstétricien, le BCT a entaché sa décision d'une erreur de droit.* »
- **17 février 2016** : Décision du BCT assureur/sage-femme qui fixe à 22 099, 39 euros TTC la prime d'assurance du contrat d'assurance Responsabilité Civile Professionnelle que la société d'assurance saisie est tenue de délivrer à la sage-femme concernée.
- **15 avril 2016** : Requête devant le Tribunal administratif en annulation de la décision du BCT du 17 février 2016 par la sage-femme.

- **20 février 2018** : Jugement du Tribunal Administratif de Paris qui rejette la demande de la sage-femme. Il est relevé que « *il résulte de l'instruction que, contrairement à ce que soutient la sage-femme, le BCT n'a pas retenu le montant de la prime qui lui était proposé par l'assureur saisi, par référence à celles demandées aux gynécologues-obstétriciens, mais s'est livré à une appréciation de ce montant au regard des risques spécifiques que présente la pratique des accouchements à domicile par des sages-femmes en relevant notamment la difficulté à gérer une complication non détectée au cours de la grossesse ou survenant de manière soudaine en cours d'accouchement ainsi que les difficultés à assurer un transfert rapide vers une structure hospitalière en cas de complication. (..) Au regard des éléments ainsi relevés tenant en particulier aux risques spécifiques que présente la pratique des accouchements à domicile et des préjudices importants qui peuvent en résulter, le BCT en fixant la prime annuelle due par la sage-femme à un tarif de 22 099, 39 euros TTC n'a pas entaché sa décision d'une erreur d'appréciation sans que le requérante puisse utilement faire valoir qu'il n'aurait pas été tenu compte de sa pratique personnelle.* »
- **18 avril 2018** : appel interjeté par la sage-femme devant la Cour Administrative d'Appel de Paris en annulation du jugement du 29 février 2018 rendu le Tribunal Administratif de Paris.
- **4 juillet 2019** : arrêt de la Cour Administrative d'Appel de Paris qui rejette la demande de la sage-femme. Il est relevé que « *la décision en litige qui comporte au demeurant la référence précise des études prises en compte par le BCT expose ainsi les considérations de fait et de droit qui en constituent le fondement. Le moyen tiré de l'insuffisance de motivation d la décision du 17 février 2016 doit dès lors, être écarté comme manquant en fait. (...) Il ressort des termes de la décision du 17 février 2016 que le BCT a porté son appréciation sur l'activité spécifique des sages-femmes pratiquant des accouchements à domicile. Il ne ressort ensuite pas des pièces du dossier que le BCT aurait exclu de tenir compte de la sinistralité propre à l'activité de l'intéressée. (...) Dans ces conditions, en fixant à 22 099,39 euros TTC le montant de la prime annuelle de l'assurance de responsabilité civile professionnelle de la sage-femme concernée, la décision du 17 février 2016 n'est pas entachée d'erreur de droit ni d'erreur d'appréciation.* » Enfin, par rapport au fait que les sages-femmes françaises seraient soumises à des conditions d'assurance beaucoup moins favorables que les sages-femmes d'autres Etats membres qui peuvent légalement exercer en France, la sage-femme concernée « *n'établit pas l'existence de différences dans les primes d'assurance pour des situations comparables, c'est-à-dire pour des personnes exerçant les mêmes*

activités, dans le cadre d'un système sanitaire comparable et soumises à des obligations et risques assurantes comparables. »⁵⁴

- **Fin 2019** : saisine du Conseil d'Etat par la sage-femme

⁵⁴ Décision consultable sur le site de Legifrance (CAA Paris, 8e chambre, 04/07/2019, 18PA01305)

ACCOUCHEMENTS A DOMICILE (A.A.D.)

Certaines patientes font le choix d'accoucher à domicile, certaines sages-femmes acceptent de les assister dans cette démarche.

Sans se prononcer sur le bien fondé de cette pratique, et sans approuver le principe de l'accouchement à domicile, le Réseau AURORE constate cet état de fait.

Dans un souci d'améliorer la sécurité des mères et des enfants, afin d'aborder les problèmes posés, le Réseau AURORE a mis sur pied un groupe de travail qui a abouti aux conclusions suivantes :

1. Dossier médical

Il est souhaitable que les sages-femmes libérales effectuant des accouchements à domicile utilisent pour leurs patientes un dossier papier analogue à celui de la maternité la plus proche, ce dossier comportant le compte rendu des consultations obstétricales, le résultat des examens biologiques et des échographies.

2. Relation avec les établissements de soins de proximité



Consultation obstétricale

Une consultation obstétricale par un professionnel exerçant dans une maternité peut être envisagée dans le cadre d'un accord tacite entre l'établissement et le professionnel libéral.

Le principe de cette consultation ne peut pas être officialisé. Elle ne vaut pas approbation par le praticien qui la réalise du principe de l'accouchement à domicile.



Consultation anesthésique

Une consultation anesthésique est obligatoire au cours de la grossesse. Cette consultation anesthésique peut éventuellement être effectuée dans l'établissement de soins le plus proche.

Le fait que cette consultation soit effectuée par un médecin anesthésiste ne constitue pas une approbation par le praticien du principe de l'accouchement à domicile.

3. Transfert de parturientes et transferts néonataux



En cas de transfert de parturientes en cours de travail ou après l'accouchement, la sage-femme responsable doit transmettre obligatoirement par écrit à la maternité des informations précises sur le travail (partogramme, surveillance fœtale, état maternel).



L'organisation du transfert de parturientes en cours de travail ou du transfert de nouveau-nés doit être effectuée **par l'intermédiaire du SAMU (Tél. 15)**.

En application de la loi 1986-11 et du décret 1987-1005, c'est le médecin régulateur qui, après entretien avec l'appelant, engage les moyens sanitaires les plus adaptés à la situation incluant notamment l'envoi d'une équipe médicale spécialisée (SMUR) en cas d'urgence vitale ou la sollicitation d'une ambulance privée dans le cadre d'un transport sanitaire.

Il faut insister sur le fait que la disponibilité d'une équipe SMUR ou d'un transporteur sanitaire ne peut pas être garantie en permanence dans un délai court.

Les Sapeurs-Pompiers, secouristes professionnels, n'ont pas vocation à effectuer ce genre de transport.

Annexe IX

Bref état des lieux de l'assurance des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile hors de France à travers quelques exemples

Pays	Assurance Responsabilité Civile Professionnelle pour les sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile ?	Références
Australie	L'obligation d'assurance serait suspendue par le Ministère de la Santé pour les sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile, à défaut de solution assurantielle trouvée par l'Etat. Cette suspension de trois ans a déjà été reconduite à plusieurs reprises.	https://www.midwives.org.au/insurance-exemption-private-midwives
Belgique	L'Union Professionnelle des sages-femmes indépendantes propose un contrat d'assurance de groupe pour ses membres. Le montant de la prime incluant une activité d'accouchement serait d'environ 1 050 euros par an, assortie de deux obligations. « <i>Les sages –femmes qui effectuent des accouchements de manière indépendante, doivent respecter les prescriptions légales et "l'avis du conseil Fédéral des sages –femmes concernant les sages-femmes qui réalisent des accouchements sous leur propre responsabilité et ont l'obligation d'assistance en cas d'accouchements par une sage-femme senior qui a une expérience en accouchements et cela pendant les 2 premières années de leur pratique."</i>	https://sage-femme.be/etre-membre-upsfb/assurance-professionnelle/
Pays-Bas	Il semblerait que le KNOV (équivalent de l'Ordre des sages-femmes français) proposerait une assurance aux sages-femmes pour environ 350 euros par an (assurance invalidité et non responsabilité?). Chaque citoyen payerait une taxe spéciale recouvrant les frais liés à des « accidents », pour éviter une culture juridique d'indemnisation. La question de l'assurance responsabilité pour les sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile ne se poserait pas.	<ul style="list-style-type: none"> - http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/members-map/knov.pdf - Healy M., 'A detailed exploration of the organisation of home birth services in The Netherlands, towards knowledge transition and development of home birth services in Ireland', Report of the Short Term Scientific Mission (STSM), Building Intrapartum Research Through Health – an interdisciplinary whole system approach to understanding and contextualising physiological

Pays	Assurance Responsabilité Civile Professionnelle pour les sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile ?	Références
Royaume-Uni	<p>Les sages-femmes libérales sont nombreuses au Royaume-Uni mais très peu sont indépendantes. L'obligation légale porterait, non pas sur une obligation d'assurance, mais sur l'obligation de disposer d'une convention d'indemnisation. La difficulté s'est présentée pour les sages-femmes indépendantes qui ne sont pas garanties par l'intermédiaire de leur employeur. Un litige aurait opposé le NMC (Nursing and Midwifery Council) à l'IMUK (Independent Midwives UK) qui avait proposé une solution à ses membres par l'intermédiaire d'une société anonyme afin de m'utiliser les risques hors du secteur de l'assurance. Cette solution aurait été contestée par le NMC, par rapport à l'absence de sécurité financière. Depuis, l'IMUK aurait un partenariat avec une compagnie d'assurance pour ses membres : prime de base à 3000 livres à laquelle s'ajoute une prime de 950 livres par naissance.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - NMC, The history of independent midwifery and indemnity insurance, January 2017. - IMUK, My Midwife and me, Proposal for the provision of Maternity Insurance Indemnity cover for private practice, August 2017 - High Court of Justice, NMC against IMUK and Luciana Limited Case No: CO/1394/2017, 12 December 2017.
Canada	<p>« En avril 2005, l'obtention d'une entente concernant l'assurance-responsabilité des sages-femmes pour l'accouchement à domicile rendait enfant cette option applicable ».</p> <p>Même si les solutions semblent différer d'un Etat à l'autre, le coût de l'assurance responsabilité professionnelle serait à la charge de l'établissement ou du ministère de la santé et des services sociaux, sous réserve d'une contribution de la sage-femme de 750\$ par année.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ordre des sages-femmes du Québec, L'accouchement à domicile : un libre choix éclairé, mai 2005 - Entente intervenue entre le ministre de la santé et des services sociaux et le regroupement des sages-femmes au Québec, 2015-2020.
Allemagne	<p>En Allemagne les sages-femmes indépendantes (notamment qui proposent un accouchement à domicile) auraient connu une importante augmentation de leur prime d'assurances ces dernières années (de 1218 euros en 2007 à 8 000 euros par an).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - https://www.dw.com/en/midwives-baby-experts-and-substitute-moms/a-19235043 - https://www.dw.com/en/insurance-costs-deliver-a-blow-to-home-births/a-16008720

Annexe X

Résumé / Abstract

Résumé :

Les sages-femmes libérales proposant un accompagnement global à la naissance, en France, sont soumises à une obligation d'assurance de responsabilité civile professionnelle. Les difficultés rencontrées pour respecter cette obligation constituent une limitation à l'exercice de leurs compétences et un obstacle au choix des femmes et des couples. L'objectif est d'étudier leur expérience de l'assurance et d'identifier leurs besoins et attentes au travers d'entretiens semi-directifs avec ces sages-femmes. Une approche informelle de la gestion de leurs risques est constatée, pourtant non évoquée avec leur assureur. Même si elles sont convaincues de l'intérêt d'un contrat d'assurance, elles vivent la situation comme une méconnaissance de leur pratique tant de la part de leurs pairs, que des assureurs ou des instances. Intégrer l'accompagnement global à la naissance aux réseaux de santé périnatale est une première étape. La prise en charge partielle de la prime d'assurance en contrepartie d'une démarche formalisée de gestion des risques permettrait un déblocage transitoire de la situation. Ces solutions devront ensuite être consolidées à la lumière des initiatives internationales.

Abstract :

French midwives who practice global accompaniment have to respect an obligation of liability insurance. Their difficulties to subscribe this insurance limit exercising their powers and stop women choice. The objective is to study their experience of insurance and identify their needs and expectations through semi-structured interviews with these midwives. An informal risk management approach is observed, but not shared with their insurer. Even if they are persuaded of the importance of insurance, they are experiencing the situation as a lack of knowledge of their practice from peer group or insurers or authorities. To integrate these midwives into healthcare network is the first stage. A contribution to the costs of their insurance premium in return of a risk management allows a transitory end to the deadlock. These solutions will then have to be consolidated in line with some international initiatives.

Mot-clé :

Accompagnement global à la naissance, assurance, sages-femmes, accouchement à domicile, plateau technique, responsabilité médicale, responsabilité civile professionnelle.