

# Assurance responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile en activité libérale

## Objet

Ce document a pour objectif d'attirer l'attention des assureurs en responsabilité civile médicale et du Bureau central de tarification sur des données qui peuvent influencer sur le calcul des primes d'assurance proposées aux sages-femmes libérales souhaitant pratiquer des accouchements à domicile.

Les destinataires de ce document sont les décideurs au sein des compagnies d'assurance, du Bureau central des tarifications, et il est disponible pour information publique.

## Signataires



Ce document a été élaboré par le Collectif interassociatif autour de la naissance, en collaboration avec des associations de professionnels de santé et d'usagers.

Les co-signataires sont M. Moyroud pour l'Association nationale des sages-femmes libérales, K.Clavier pour le Collectif naître chez soi, S.Guillaume pour le Collège national des sages-femmes de France, W.Belhassen pour l'Organisation nationale syndicats sages-femmes, J.Lavillonnière pour l'Union nationale et syndicale des sages-femmes.



## En résumé

En 2009, des sages-femmes désirant souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle ont eu recours au Bureau central des tarifications (BCT) qui a fixé la prime d'assurance à 19 000€.

Le BCT justifie le montant de manière suivante ; *[le bureau a considéré que ces sages-femmes encouraient] “une responsabilité équivalente à celle d'un gynécologue obstétricien et que le risque ne pouvait pas être jugé moins élevé. Il a donc fixé une tarification similaire à celle de ces praticiens.”* [1]

Il nous semble que la connaissance des spécificités des accouchements prévus à domicile pourrait amener les assureurs et le BCT à revoir ce raisonnement

Trois catégories de risques peuvent être différenciées ; les risques assurantiels communs, indépendants du lieu prévu d'accouchement ; les risques assurantiels spécifiques aux accouchements en milieu hospitalier, qui n'existent pas lorsque l'accouchement se déroule à domicile ; les risques assurantiels propres à l'accouchement se déroulant à domicile. Nous les avons représentés sous forme graphique afin d'en donner une vue synthétique.

Cette analyse amène la conclusion que *les accouchements qui satisfont aux critères permettant d'envisager un accouchement à domicile* sont ceux pour lesquels le risque assurantiel est moindre. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a communiqué en 2012 sur la sécurité des accouchements hors structure hospitalière, études internationales à l'appui. [2]

## Références

[1] Rapport 2009 du Bureau central de tarification

<http://www.bureaucentraldetarification.com.fr/BCTINDEX/rapport-activite-2009>. En 2012, le BCT a fixé un tarif à 22 000€ suite à nouveau recours.

[2] Contact sages-femmes, La lettre du Conseil de l'Ordre numéro 30, février 2012 p20-21 *Deux études récentes démontrent la sécurité des accouchements hors structure hospitalière* [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1347\\_CONTACT30.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/2/1347_CONTACT30.pdf)

## Représentation schématique des risques spécifiques à l'accouchement à domicile, ceux spécifiques aux établissements de santé, et risques communs

Les risques assurantiels considérés concernent les sages-femmes, les gynécologues obstétriciens et les établissements de santé.

### Le schéma de la page suivante présente les risques d'accident médical et de plainte

Nous avons séparé en trois colonnes ;

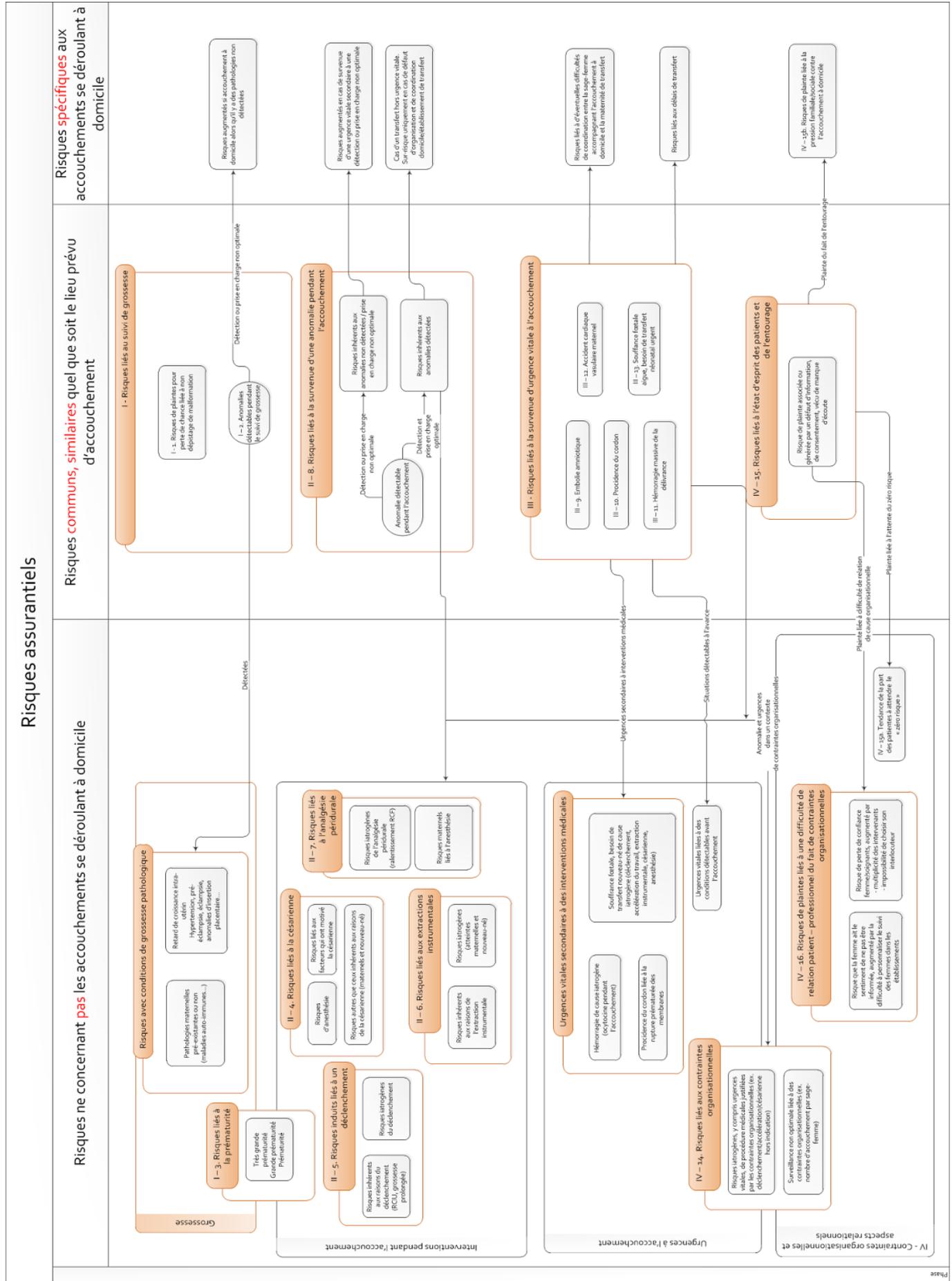
- les risques communs, indépendants du lieu prévu d'accouchement (colonne du milieu) ;
- les risques spécifiques aux accouchements en milieu hospitalier, qui n'existent pas lorsque l'accouchement peut se dérouler à domicile (colonne de gauche) ;
- les risques propres aux accouchements se déroulant à domicile (colonne de droite).

### Les éléments du schéma sont développés à sa suite

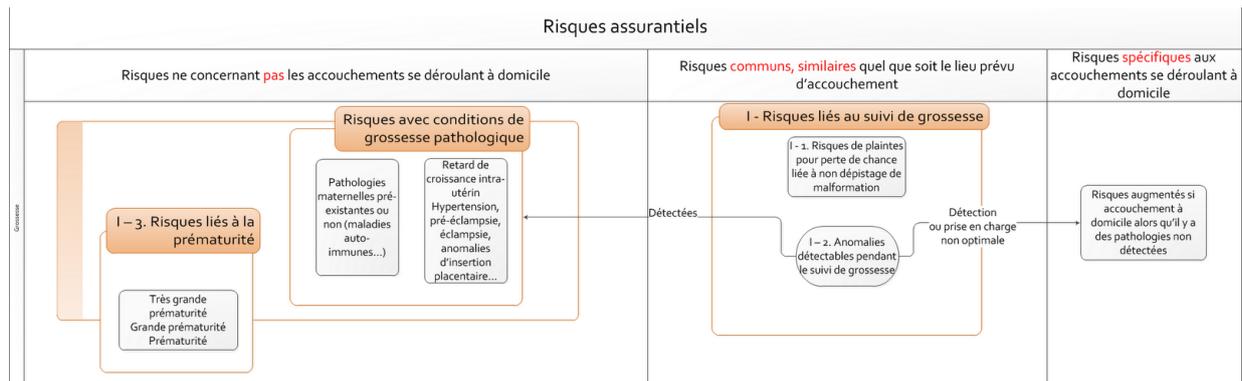
Les parties numérotées sur le schéma sont développées dans les paragraphes correspondants, à la suite du schéma. La table des matières est placée en fin de document.

### Conditions de l'accouchement à domicile ; volontariat, suivi global et possibilités de réorientation

Les accouchements à domicile se déroulent dans les conditions qui correspondent à celles que l'on peut observer en France en 2012, c'est à dire ; **volontariat** (l'initiative d'opter pour un suivi de grossesse par une sage-femme pratiquant les accouchements à domicile est laissée à la femme enceinte, ainsi que le choix de la sage-femme ; la sage-femme a une réelle expérience de l'accouchement à domicile et choisit les femmes qu'elle estime pouvoir suivre) ; **suivi global** (le suivi de la grossesse et de l'accouchement est assuré par une même sage-femme, ou par une équipe réduite de sages-femmes) ; **réorientation** (la femme enceinte peut à tout moment de la grossesse opter pour un accouchement en maternité, de son initiative ou pour raison médicale sur suggestion de la sage-femme ; la sage-femme peut estimer ne plus pouvoir suivre la femme en vue d'un accouchement à domicile).



# I - Risques liés à la surveillance de la grossesse



## 1. Risques de plaintes pour perte de chance liée à non dépistage de malformation

Les protocoles de dépistage de malformation (en particulier de la trisomie 21) ne diffèrent pas selon que l'accouchement est prévu à domicile ou en maternité.

Les protocoles de suivi échographique ne diffèrent pas non plus selon le lieu prévu de l'accouchement.

## 2. Risques liés à des anomalies détectables pendant le suivi de grossesse

Les risques liés aux anomalies détectables pendant la grossesse diffèrent selon qu'elles sont effectivement détectées ou non.

### a. Le risque est détecté

En cas de détection d'une anomalie survenant pendant la grossesse, ou en présence d'une pathologie pré-existante, la femme est réorientée vers une maternité correspondant à la pathologie. Ce risque ne concerne donc pas les sages-femmes accompagnant des accouchements à domicile. Les grossesses et accouchements à risque voire à haut risque ont lieu en maternité, et pour ces accouchements on peut s'attendre à une augmentation du risque médical et assurantiel. Parmi ces risques figurent l'anomalie d'insertion placentaire, le retard de croissance intra utérin, l'HTA gravidique, la prééclampsie, facteurs de risque d'accouchement prématuré, ainsi que certaines pathologies maternelles pré-existantes.

### b. Le risque n'est pas détecté

En cas de non détection d'anomalie survenant pendant la grossesse, ou de non détection d'une pathologie pré-existante, on peut s'attendre à une augmentation des risques si l'accouchement a effectivement lieu à domicile.

## Recommandations de pratique clinique applicables

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (HAS, 2007)

Grossesses à risque ; orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement (HAS, 2009)

### 3. Risques liés à la prématurité

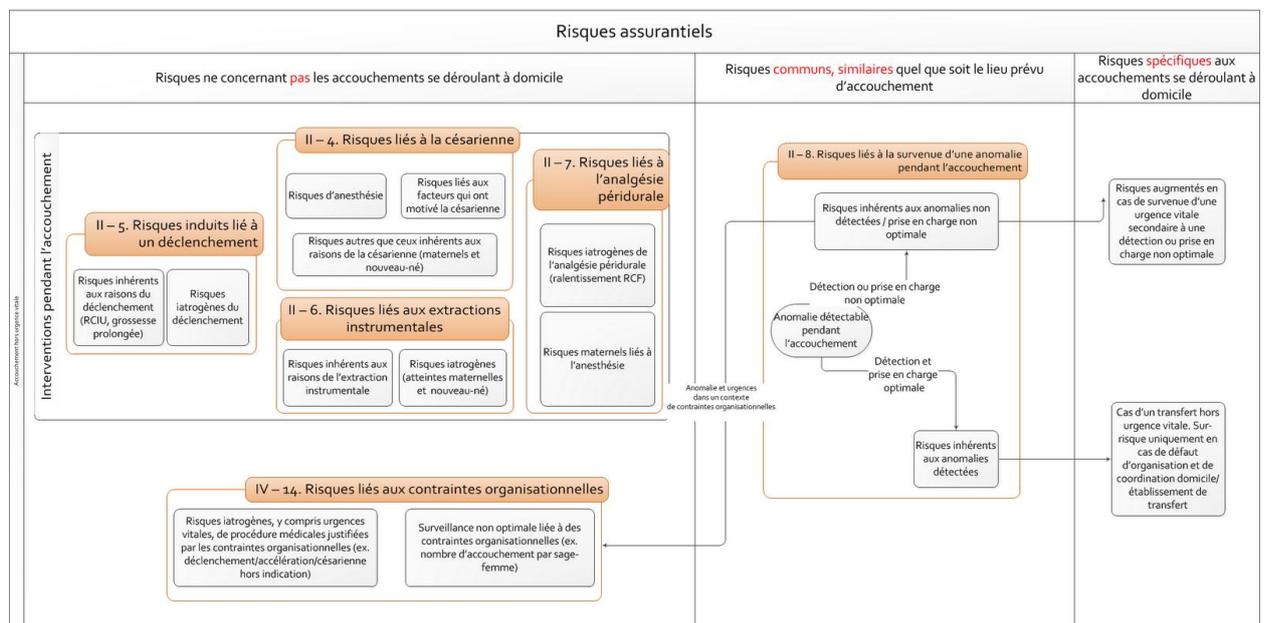
L'accouchement à domicile exclut les accouchements prématurés. En cas de démarrage prématuré du travail hors cadre hospitalier, les patientes et éventuellement les nouveaux-nés sont immédiatement transférés dans des établissements de santé adéquats. Le risque assurantiel ne concerne pas les sages-femmes accompagnant les accouchements à domicile. Les risques assurantiels liés à la détection des risques de prématurité sont traités au paragraphe I-2.

## II - Risques liés à l'accouchement

Les risques liés à l'accouchement sont envisagés dans les paragraphes II-4 à II-8.

Ils comprennent

- d'une part les risques liés à des interventions prévues en établissement de santé et non pratiquées à domicile ; déclenchement de l'accouchement, césarienne, extractions instrumentales, analgésie péridurale, qui ne concernent donc pas les sages-femmes accompagnant des accouchements à domicile.
- d'autre part les risques liés à des anomalies pendant l'accouchement, détectées ou non.



### 4. Risques liés à la césarienne

L'accouchement par césarienne n'est pas pratiqué à domicile. Le risque assurantiel lié à une césarienne ne concerne pas les sages-femmes accompagnant les accouchements à domicile ; risques liés aux facteurs qui ont motivé la césarienne, risque associé à l'anesthésie, risques associés à la césarienne elle-même, pour la mère pour le nouveau-né.

La question de la détection des conditions rendant nécessaire une césarienne est traitée aux paragraphes I-2. (avant l'accouchement) et II - 8 (pendant l'accouchement)

La question des césariennes décidées sans raison médicale solide ou pour des raisons organisationnelles est traitée au paragraphe IV - 14

### **Recommandations de pratique clinique applicables**

Indications de la césarienne programmée à terme (HAS 2012)

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme)

## **5. Risques liés au déclenchement de l'accouchement**

Le déclenchement artificiel de l'accouchement n'est pas pratiqué à domicile. Le risque assurantiel lié au déclenchement de l'accouchement ne concerne pas les sages-femmes accompagnant les accouchements à domicile ; risque lié à l'administration de médicaments pour déclencher, risque accru de recours aux extractions instrumentales et césariennes en cas de déclenchement dans des conditions non favorables, recours plus fréquent à l'analgésie péridurale, risques liés à la prématurité.

La question de la détection des conditions rendant nécessaires un déclenchement est traitée paragraphe I-2. La question des déclenchements effectués sans raison médicale ou pour des raisons organisationnelles est traitée au paragraphe IV - 14.

### **Recommandations de pratique clinique applicables**

Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée (HAS 2008)

## **6. Risques liés aux extractions instrumentales**

Les extractions instrumentales (forceps, ventouse) ne sont pas pratiquées à domicile. Le risque assurantiel lié aux extractions instrumentales ne concerne pas les sages-femmes accompagnant les accouchements à domicile ;

La question de la détection des conditions rendant nécessaires une extraction instrumentale est traitée en partie III

## **7. Risques liés à l'analgésie péridurale**

L'analgésie péridurale n'est pas pratiquée à domicile. Le risque assurantiel lié aux analgésies péridurales ne concerne pas les sages-femmes accompagnant les accouchements à domicile ; risques inhérents à l'acte en lui-même, risques de l'analgésie (baisse du rythme cardiaque foetal, anomalie de tension maternelle), risques des actes secondaires à l'analgésie (médications pour contrer la baisse du rythme cardiaque foetal, extraction foetale d'urgence) et complications maternelles rares mais graves ; convulsions, arrêt cardiaque, paralysie permanente ou perte plus ou moins étendue des sensations (Source Société française d'anesthésie réanimation)

## Source

<http://www.sfar.org/article/323/information-medicales-sur-l-anesthesie-peridurale-en-obstetrique-fiche-patient-1998> (SFAR Société française d'anesthésie réanimation)

## 8. Risques liés à la survenue d'une anomalie à l'accouchement

La détection des anomalies pendant l'accouchement ou en post partum immédiat, et la décision de recourir ou non à un médecin (obstétricien, pédiatre) sont du ressort des sages-femmes. Les risques liés aux anomalies détectables diffèrent selon qu'elles sont effectivement détectées ou non.

En cas de non détection d'une anomalie pendant un accouchement à domicile, le risque assurantiel est vraisemblablement augmenté si la non détection constitue une faute ou une perte de chance à l'origine de dommages. Les cas où l'anomalie constitue une urgence vitale sont traités dans la partie III de ce document.

### a. Non-détection d'une anomalie à l'accouchement

L'accouchement à domicile impliquant la surveillance de l'accouchement par une sage-femme, présente tout au long de l'accouchement, et connaissant personnellement le parcours de la patiente, nous suggérons que le risque de non-détection d'une anomalie pourrait être inférieur lorsque l'accouchement démarre à domicile plutôt qu'en maternité.

### b. Le risque est détecté

Si une anomalie ne relevant pas d'une urgence vitale est détectée par la sage-femme au cours de l'accouchement, et prise en charge de manière optimale, les risques médicaux et assurantiels n'ont pas de raison d'être différents en fonction du lieu d'accouchement prévu initialement.

En cas de décision de transfert du domicile vers un établissement, on peut craindre un sur-risque pour l'accouchement à domicile uniquement si les conditions d'organisation et de coordination ne sont pas optimisées. Par exemple des déficiences dans la communication entre la sage-femme et l'établissement d'accueil, dossier médical non transmis, patiente non connue par l'établissement d'accueil. Cependant, les établissements peuvent aussi connaître des difficultés de transmission entre les intervenants et les services si les conditions d'organisation et de coordination ne sont pas optimisées.

En cas de risque détecté et de décision appropriée de transfert vers un établissement de santé, la responsabilité du suivi est reprise par l'établissement de santé.

### c. Le risque à l'accouchement n'est pas détecté ou n'est pas pris en charge de manière optimale ; sur-risque au domicile

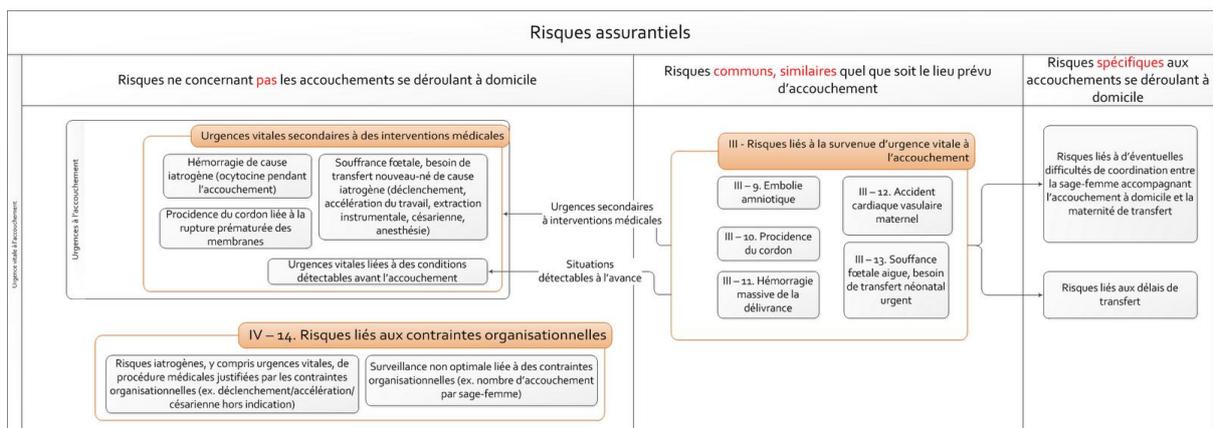
Le risque non détecté ou pris en charge de façon inappropriée lors d'un accouchement à domicile représente logiquement un sur-risque assurantiel. Au risque inhérent à l'anomalie non détectée ou mal prise en charge, il faut ajouter les délais de transferts qui peuvent aggraver les conditions si une urgence vitale survient.

### III - Risques liés à la survenue d'une urgence vitale à l'accouchement

Parmi les événements dont la survenue en cours d'accouchement peut avoir des conséquences graves pour la femme ou l'enfant, nous détaillons ceux qui sont le plus souvent évoqués et sont susceptibles de survenir lors d'un accouchement à domicile.

En effet, parmi les urgences en cours d'accouchement, un certain nombre ne peut survenir qu'en établissement hospitalier. Ce sont toutes celles qui sont associées à des situations détectables avant l'accouchement et toutes celles consécutives à des interventions médicales qui ne sont pratiquées qu'en établissement de médical (par exemple tout besoin d'accélération du travail impose le transfert en établissement médical).

Pour les urgences pouvant survenir dans les conditions de l'accouchement à domicile, c'est à dire sur des grossesse triées et des accouchements qui n'ont pas nécessité d'intervention préalable (par exemple déclenchement), le sur-risque à domicile est lié aux délais de transfert et à d'éventuelles difficultés de coordination entre la sage-femme et l'équipe médicale de la maternité de transfert.



### 9. Embolie amniotique

L'embolie amniotique est un accident imprévisible, responsable de 57 décès maternels en 2001-2006 et donc la deuxième cause obstétricale directe de mortalité maternelle. Sur 36 dossiers analysés, 33 ont été reconnus inévitables. Cet accident est, selon le rapport du CNEMM, "Une catastrophe obstétricale car quels que soient la rapidité et le niveau des moyens de réanimation mis en œuvre, la mort reste malheureusement l'issue la plus habituelle dans 80 % des cas". Selon B.Seguy, 60% de mort in-utéro et la moitié des survivants présentent des séquelles neurologiques.

Le déclenchement de l'accouchement est un facteur de risque d'embolie amniotique. Ce facteurs de risques est clairement identifié dans une revue de 2012 [Knight 2012]. Ce facteur de risques n'est pas mentionné dans le rapport du CNEMM car ce dernier s'appuie sur une bibliographie qui n'est pas à jour (la source la plus récente date de à 2000).

L'embolie amniotique est donc une catastrophe quel que soit le lieu prévu pour l'accouchement. Des différences tiennent à la rapidité d'intervention en établissement de santé, sans que cette rapidité ne garantisse l'issue de l'accident. Le déclenchement de l'accouchement, pratique ne concernant pas les accouchements à domicile, est facteur de

risque d'embolie amniotique ; il est possible aussi que l'état d'esprit des parents diffère ; les parents ayant choisi l'hôpital sont peut-être plus enclins à attendre le "risque zéro" lorsque l'accouchement a lieu en milieu hospitalier.

#### **Sources**

Amniotic fluid embolism incidence, risk factors and outcomes: a review and recommendations.

Knight M and al. BMC Pregnancy Childbirth. 2012; 12: 7 <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-12-7>

Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM)

[http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite\\_maternelle/rapport\\_mortalite\\_maternelle.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite_maternelle/rapport_mortalite_maternelle.pdf)

B.Seguy Prévenir les risques juridiques en obstétrique. Masson, 2006 (page 224)

## **10. Procidence du cordon**

Urgence en cours d'accouchement, pour laquelle il faut souvent une césarienne en urgence. Si cet accident survient pendant un accouchement à domicile, il devra y avoir transfert dans des conditions non optimales.

Cependant, on note qu'une majorité des procidences du cordon surviennent dans les cas que l'on ne rencontre pas lors d'un accouchement à domicile. Par exemple, dans une étude rétrospective sur 57 procidences du cordon, 42% ont eu lieu suite à rupture artificielle des membranes (acte courant en maternité mais non à domicile) et 12% pour des grossesses gémeillaires (non prises en charge à domicile).

#### **Sources**

Procidence du cordon ; prise en charge obstétricale et conséquences néonatales. Alouini et coll., 2010 10.1016/j.jgyn.2010.05.013 <http://www.em-consulte.com/article/268390/procidence-du-cordon-prise-en-charge-obstetricale->

## **11. Hémorragie grave de la délivrance**

Les hémorragies sont la première cause de mortalité maternelle en France, avec 116 décès entre 2001 et 2006. Selon le rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) de 2010, sur les 68 cas expertisés, 42 font suite à un accouchement par césarienne ou extraction instrumentale, qui ne concernent pas le domicile ; et parmi les grossesses a priori bas risque, 2 n'avaient pas été suivies, et 9 ont été déclenchées sans indication précise. Ces derniers accouchements ne concernent pas non plus les accouchements prévus à domicile avec une sage-femme.

Une étude publiée par l'INSERM postérieurement au rapport du CNEMM 2010 met en évidence que l'injection d'ocytocine pendant le travail, pratiquée dans les 2/3 des accouchements, est facteur de risque indépendant d'hémorragies graves du post-partum avec une augmentation de 2 à 6 des risques. L'administration d'ocytocine pendant le travail n'étant à notre connaissance pas pratiquée à domicile, le risque d'hémorragies graves attendues lors d'accouchements à domicile est moindre que celui observé en milieu hospitalier.

Par ailleurs, une grande étude britannique publiée en 2012 étudie le risque d'hémorragie post-partum entre des accouchements prévus à l'hôpital et des accouchements prévus à domicile, excluant toutes les accouchements à risque (accouchement inopiné à domicile, avant terme, par césarienne programmée, par déclenchement). Le risque d'hémorragie de plus d'un litre de sang est multiplié par 2,5 lorsque l'accouchement est prévu à l'hôpital.

Il reste cependant qu'une partie des hémorragies post-partum graves de la délivrance peuvent survenir à domicile, en dehors de tout facteur de risque ou de pratiques la favorisant (telle l'injection d'ocytocine pendant le travail). Dans ces cas, l'efficacité de la prise en charge dépend d'un transfert immédiat et de la coordination entre la sage-femme au domicile et de l'équipe hospitalière. On peut penser vraisemblablement qu'il y a, pour certaines hémorragies graves inévitables, un risque supplémentaire dû au temps de transfert.

### **Sources**

Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001- 2006  
[http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite\\_maternelle/rapport\\_mortalite\\_maternelle.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite_maternelle/rapport_mortalite_maternelle.pdf)

Belghiti J, Kayem G, Dupont C, et al. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based cohort-nested case-control study. *BMJ Open* 2011;1:e000514. doi:[10.1136/bmjopen-2011-000514](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514)

Berrington A, Nove A, Matthews Z, Nove A. Comparing the odds of postpartum haemorrhage in planned home birth against planned hospital birth: results of an observational study of over 500,000 maternities in the UK. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12:130 doi:10.1186/1471-2393-12-130 <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/130/abstract>

## **12. Accident vasculaire cérébral**

Les accidents vasculaires cérébraux représentent plus de la moitié des décès maternels par cause obstétricale indirecte, selon le rapport 2010 sur la mortalité maternelle, soit 43 décès entre 2001 et 2006 dont 36 ont été expertisés. Parmi ces 36, 21 ont eu lieu pendant la grossesse, 9 dans la première semaine après l'accouchement.

Pour la majorité des AVC, qui se manifestent pendant la grossesse ou dans la période post-partum après la sortie de maternité, l'efficacité de la prise en charge dépend de la qualité du suivi, et non du lieu d'accouchement.

En revanche, on peut logiquement anticiper une augmentation du risque lié aux délais de transfert lorsque l'accouchement a lieu à domicile, uniquement pour la petite proportion des AVC qui se manifesteraient pendant l'accouchement.

### **Sources**

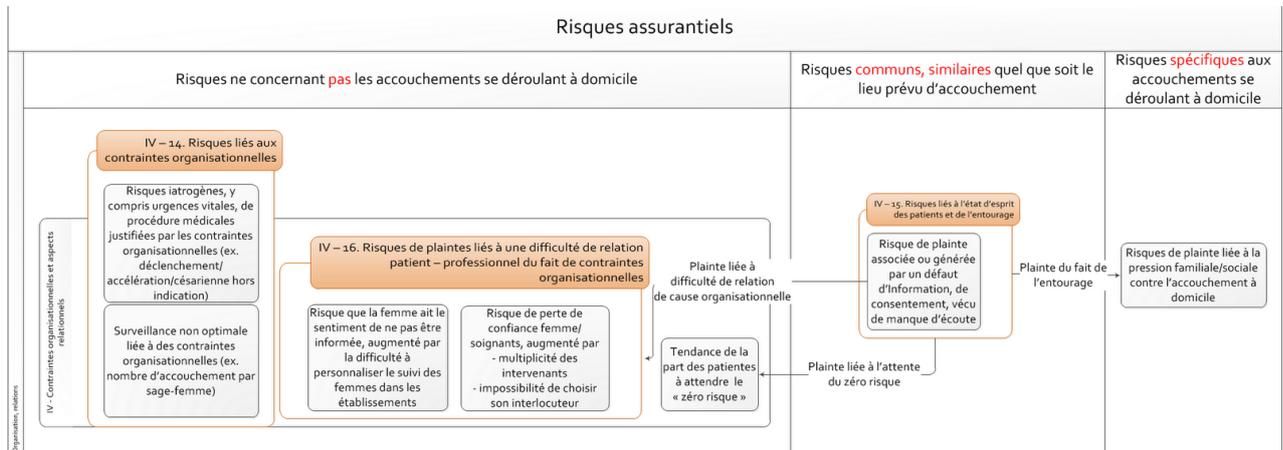
Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001- 2006  
[http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite\\_maternelle/rapport\\_mortalite\\_maternelle.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite_maternelle/rapport_mortalite_maternelle.pdf)

### **13. Souffrance foetale aiguë, besoin de transfert néonatal**

Ces situations peuvent survenir en établissement de santé comme à domicile, pendant ou après l'accouchement. Les éléments d'une bonne prise en charge sont la qualité de la surveillance, la qualité de la décision, les délais de transfert et la coordination entre équipes médicales. Parmi ces éléments, seul le délai de transfert peut être pénalisant quand l'accouchement se déroule à domicile.

Les urgences vitales liées à des conditions pré-existantes dépistables (malformation, grossesses à risque) ou secondaires à des actes obstétricaux (déclenchement ou accélération de l'accouchement, à pose de la péridurale, extractions instrumentales) ne concernent pas l'accouchement à domicile.

## IV - Contraintes organisationnelles et aspects relationnels



### 14. Risques liés aux contraintes organisationnelles

#### a. Risques iatrogènes liés aux procédures médicales justifiées par les contraintes d'organisation

Dans certains cas, les protocoles obstétricaux sont justifiés non pas par des indications médicales, mais par des contraintes organisationnelles. Ces cas de figure ne concernent pas l'accouchement à domicile. Deux exemples ont déjà été décrits dans ce document ; le déclenchement des accouchements et l'accélération du travail par ocytocine.

- le rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle 2010 fait état de 9 décès maternels suite à déclenchement "sans indication précise"
- la publication de l'INSERM de 2011 (Belghiti J et coll.) qui établit une association indépendante entre administration d'ocytocine pendant l'accouchement et le risque d'hémorragies graves du post-partum. Elle souligne que l'ocytocine est administrée dans 60% des accouchements par voie basse, ce qui révèle une pratique de routine, alors qu'on sait que cette pratique multiplie par 2 à 6 le risque d'hémorragie post partum grave:

*"However, its [ocytocine] current use during labour is unlikely to comply strictly with evidence-based indications and modalities of use. Indeed, its use in 60% of the women delivered vaginally in our study (...) suggests that it is now a routine part of obstetric management and commonly administered in situations where no evidence suggests that it benefits clinically relevant outcomes" (Belghiti J et coll.)*

On relève un risque accru en établissement hospitalier lié à des actes justifiés par des contraintes organisationnelles sans indication médicale.

## Sources

Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001- 2006  
[http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite\\_maternelle/rapport\\_mortalite\\_maternelle.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2010/mortalite_maternelle/rapport_mortalite_maternelle.pdf)

Belghiti J, Kayem G, Dupont C, et al. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based cohort-nested case-control study. *BMJ Open* 2011;1:e000514. doi:[10.1136/bmjopen-2011-000514](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514)

### b. Surveillance et transmission non-optimale

La surveillance non optimale peut être liée à des contraintes d'organisation, telles que le nombre d'accouchements à surveiller simultanément par une sage-femme, la place prise par les tâches administratives, les rotations de personnels soignants éventuellement source de difficultés de transmissions. Ceci ne concerne pas les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile, dans la mesure où elles ne surveillent qu'un accouchement à la fois.

## 15. Risque en lien avec l'état d'esprit des patientes ou de l'entourage

### a. L'exigence du zéro risque

Le rapport sur l'assurance responsabilité civile des professionnels de santé (Johanet, 2011) souligne le fait que l'organisation des soins et les pratiques médicales "alimentent le mythe du risque zéro" (page 7), lequel fait naître des attentes démesurées de la part des patients. Il nous semble que les patientes qui choisissent en toute connaissance de cause l'accouchement à domicile sont conscientes que certaines interventions d'urgence y sont irréalisables. Il est probable qu'elles soient plus conscientes que les autres que le "zéro risque" est un mythe.

### Source

Rapport sur l'assurance responsabilité civile des professionnels de santé (Johanet, 2011)  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Responsabilite\\_Civile\\_Medicale.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Responsabilite_Civile_Medicale.pdf)

### b. Risques liés à la pression sociale défavorable à l'accouchement à domicile

La pression sociale peut être défavorable à l'accouchement à domicile. Des plaintes peuvent être déposées par l'entourage ou les pouvoirs publics à l'encontre des professionnels impliqués. Cet état d'esprit général est susceptible d'influer sur l'issue des actions en justice.

## 16. Risques liés aux contraintes pesant sur les relations patients - soignants dans les établissements de santé

Il est largement admis (Seguy 2006, Le Figaro 2012) que les actions de patients en justice sont en grande partie liées au sentiment du patient d'avoir été mal écouté, mal conseillé, mal informé. Cette situation de défaut d'écoute et d'information peut être évitée lors de l'accouchement à domicile dans les conditions dans lesquelles nous l'avons décrit (suivi par une sage-femme choisie par la femme). Elle a vraisemblablement plus de risques de se produire dans le cas où la patiente accouche dans un établissement de santé, en raison de la difficulté à personnaliser le suivi des grossesses et des accouchements, du peu de temps disponible par patiente, de la multiplicité des intervenants, de l'impossibilité de choisir son interlocuteur (sage-femme de garde).

## Sources

B.Seguy Prévenir les risques juridiques en obstétrique. Masson, 2006 (page 224) p.153

Décrit le déroulement d'une expertise (l'auteur est l'expert)

*« les plaignants étaient accompagnés de leur avocate. A l'évidence, ils sont tous les trois tombés de haut, car ils n'avaient pas du tout analysé le dossier comme je l'avais fait (...). Ils ont eu le "fair-play", tous les trois, de reconnaître, en fin de séance, que si les choses leur avaient été expliquées comme cela venait de l'être, ils n'auraient très probablement pas "été" en justice»*

Le Figaro santé, 4 juin 2012. Les malades se sentent mal informés par leur médecin.

*« ce qui compte, c'est la qualité de l'information donnée (...) Un grand nombre de procès sont dus à un mauvais relationnel, en l'absence de toute faute médicale »*  
*[citant le président de Société française d'anesthésie et de réanimation.]*

<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/06/04/18303-malades-se-sentent-mal-informes-par-leur-medecin> (consulté 4 juin 2012)

Michel Briex « Délit de faciès », Spirale 4/2008 (n° 48), p. 152-156.

*« je finis par comprendre que la plainte, la perte de confiance et l'agressivité vis-à-vis de l'hôpital sont ailleurs et que ce n'est pas à cause de la pathologie de leur bébé que ces parents nous en veulent, mais uniquement en raison de mots et de paroles prononcés ici et là, à plusieurs occasions, qui ont entraîné la rancœur, le sentiment de rejet de leur bébé et d'eux-mêmes, et la plainte qui va venir de leur avocat. »* DOI ; [10.3917/spi.048.0152](https://doi.org/10.3917/spi.048.0152).

## Table de l'argumentaire du schéma

[Assurance responsabilité civile professionnelle pour les sages-femmes pratiquant les accouchements à domicile en activité libérale](#)

[En résumé](#)

[Représentation schématique des risques spécifiques à l'accouchement à domicile, ceux spécifiques aux établissements de santé, et risques communs](#)

[Le schéma de la page suivante présente les risques d'accident médical et de plainte](#)

[Les éléments du schéma sont développés à sa suite](#)

[Conditions de l'accouchement à domicile ; volontariat, suivi global et possibilités de réorientation](#)

[I - Risques liés à la surveillance de la grossesse](#)

[1. Risques de plaintes pour perte de chance liée à non dépistage de malformation](#)

[2. Risques liés à des anomalies détectables pendant le suivi de grossesse](#)

[a. Le risque est détecté](#)

[b. Le risque n'est pas détecté](#)

[3. Risques liés à la prématurité](#)

[II - Risques liés à l'accouchement](#)

[4. Risques liés à la césarienne](#)

[5. Risques liés au déclenchement de l'accouchement](#)

[6. Risques liés aux extractions instrumentales](#)

[7. Risques liés à l'analgésie péridurale](#)

[8. Risques liés à la survenue d'une anomalie à l'accouchement](#)

[a. Non-détection d'une anomalie à l'accouchement](#)

b. Le risque est détecté

c. Le risque à l'accouchement n'est pas détecté ou n'est pas pris en charge de manière optimale ; sur-risque au domicile

III - Risques liés à la survenue d'une urgence vitale à l'accouchement

9. Embolie amniotique

10. Procidence du cordon

11. Hémorragie grave de la délivrance

12. Accident vasculaire cérébral

13. Souffrance foetale aiguë, besoin de transfert néonatal

IV - Contraintes organisationnelles et aspects relationnels

14. Risques liés aux contraintes organisationnelles

a. Risques iatrogènes liés aux procédures médicales justifiées par les contraintes d'organisation

b. Surveillance et transmission non-optimale

15. Risque en lien avec l'état d'esprit des patientes ou de l'entourage

a. L'exigence du zéro risque

b. Risques liés à la pression sociale défavorable à l'accouchement à domicile

16. Risques liés aux contraintes pesant sur les relations patients - soignants dans les établissements de santé

Table de l'argumentaire du schéma

Le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) est un collectif d'associations agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé, en France. Il réunit une quarantaine d'associations de parents et d'usagers de la santé concernés par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il défend le droit des femmes et des couples à faire leurs propres choix et a pour ambition de faire évoluer l'organisation des soins et les pratiques médicales afin que soient mieux pris en compte les attentes et les besoins des usagers

<http://ciane.net>

CIANE, 9 rue Boulitte, 75014 Paris

Contact presse

Chantal Ducroux-Schouwey (présidente) 06 02 53 40 30

[presse@ciane.net](mailto:presse@ciane.net)