

Université de Versailles Saint Quentin - en - Yvelines

U.F.R Médicale Paris Ile - de - France – Ouest

Ecole de sages – femmes Jeanne Sentubery

Hôpital de Poissy BP 3082

78303 Poissy

Futurs parents cherchent sage-femme pour suivi global :

quelles possibilités dans le système périnatal actuel ?

Mémoire réalisé et soutenu par Lucie Després

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

Promotion 2002-2006

Dirigé par Mme Flandin-Crétinon

**Merci de ne reproduire ce mémoire
qu'avec l'autorisation de son auteur ou de l'école.**

*C'est le lieu de conception qui est le véritable lieu de naissance,
car c'est là que tout commence.*

Sylvain Trudel

*A Florin, né le 9 mars 2006, 12h18, au domicile de ses parents,
dont la grossesse et la naissance ont été parallèles à la gestation de ce mémoire...*

Merci...

*A Sophie Crétinon, pour sa rigueur si précieuse,
et ses encouragements dans mes nombreux doutes ;*

A Frédérique de Vriendt et Odile pour toutes ces relectures fastidieuses ;

*A Béa, et Théo, vous m'avez permis de découvrir ce que serait ma vie,
cette vie de sage-femme ;*

A Françoise, sage-femme, tu m'as confortée dans mes convictions ;

*A Anne-Laure et Julien, pour m'avoir fait partager
cette si belle aventure, et toute cette magie ;*

*A Sabri, d'avoir vécu tout ça avec moi, avec ta franchise à toute épreuve et ta
générosité, et pour m'avoir donné l'envie d'écrire ces lignes ;*

A vous tous, qui avez participé de près ou de loin à toute cette aventure ;

A vous deux, papa, maman, d'y avoir cru et de m'avoir toujours fait confiance ;

*A toi, Edwin, d'avoir toujours été là, juste là, soutenant, et aimant,
durant ces 4 longues années de préparation à cette vie ;*

Sommaire

Introduction	p. 7
1^{ère} partie L'organisation périnatale	p.8
I – Etat des lieux de la périnatalité en France au début du XXI^{ème} siècle	p.9
A – Contexte démographique	p.9
B – Aspect social	p.11
C – Contexte politique	p.13
II – L'émergence des réseaux	p.16
A – Historique	p.16
B – Evolution au travers des textes de loi	p.17
III – Place à accorder à la gestion des risques	p.19
A – La gestion du risque avéré, une première étape	p.19
B – L'apport des réseaux	p.21
2^{ème} partie L'accompagnement global	p.24
I – A propos de l'accompagnement global	p.25
A – Définition	p.25
B – Pourquoi l'accompagnement global	p.25
II – Etat des lieux des pratiques	p.28
A – A l'étranger	p.28
B – En France	p.30

3^{ème} partie L'espace physiologique, une solution ?	p.37
I – Généralités	p.38
A – Définition	p.38
B – Aspect sécuritaire	p.38
C – Nécessités organisationnelles	p.39
II – Enquête : Etude de la faisabilité de l'ouverture des espaces physiologiques aux sages-femmes libérales	p.41
A – Matériel et Méthodes	p.41
B – Résultats	p.44
III – Analyse des résultats et discussion	p.61
A – Caractéristiques de la population	p.61
B – Relation avec les patientes	p.62
C – L'accompagnement global	p.63
D – Les sages-femmes, gardiennes de l'eutocie ?	p.64
E – Espaces physiologiques : la solution ?	p.65
Conclusion	p.70
Références bibliographiques	p.72
Bibliographie	p.75
Annexes	p.79
Table des matières	p.105

Introduction

Dans le cadre de nos études de sage-femme, nous nous sommes bien souvent trouvées confronté(e)s à des couples inquiets qui apparaissaient déçus, en consultation, par la réponse de la sage-femme à la question « Vous serez présente lors de l'accouchement ? », ou encore lors du changement de garde lorsqu'ils devaient faire connaissance avec une autre équipe.

Au fil de nos lectures, de nos rencontres, et de nos discussions, nous avons découvert qu'il existait une alternative à ces situations : l'accompagnement global de la naissance.

Face à la demande croissante des couples, il semblait de notre devoir de sages-femmes, de « passeuses de vie », de répondre positivement à cette demande, et c'est ainsi qu'est née l'idée de ce mémoire.

Accompagnement global, oui. Mais naissance en sécurité, surtout. Le contexte actuel de la santé est conflictuel, comme le démontrent l'émergence du risque médico-légal et les difficultés financières persistantes malgré de nombreux projets de loi. Nous nous sommes alors interrogées sur la place que la société pouvait accorder à l'accompagnement global.

Pour ce faire, nous avons commencé par faire le point sur le contexte général de la périnatalité en développant les aspects démographiques, sociaux et politiques. Nous avons ensuite voulu démontrer que l'accompagnement global, s'il se veut sécuritaire, doit reposer sur la gestion du risque dans le cadre des réseaux. Il nous fallait également réaliser l'état des lieux de l'accompagnement global en France et à l'étranger, afin de voir les diverses propositions faites aux couples, et de vérifier si elles pouvaient correctement répondre aux conditions posées en amont. Enfin, nous avons cherché si une nouvelle solution pouvait être proposée au travers de la création d'espaces physiologiques de naissance, et pour ce faire nous avons enquêté auprès des sages-femmes de notre département afin de déterminer la faisabilité de ce projet, que nous avons par la suite analysé et critiqué.

1^{ère} partie

L'organisation

périnatale

I – Etat des lieux de la périnatalité en France au début du XXI^{ème} siècle

Nous avons voulu au travers de ce mémoire établir les possibilités offertes actuellement aux parents désireux d'un suivi global. Pour ce faire, il nous est apparu indispensable de réaliser un état des lieux le plus complet possible sur la situation actuelle du système périnatal.

A – Contexte démographique

1 – Epidémiologie des naissances

Evolution des naissances pour la France entière (Source : Insee.fr)

Année	Nombre de naissances	Evolution
1980	826 403	
1985	796 540	-3,6%
1990	793 896	-0,3%
1995	759 694	-4,3%
1999	776 548	+2,2%
2000	808 249	+4%
2001	804 052	-0,5%
2002	793 606	-1,3%
2003	793 893	+0,04%
2004	800 240	+0,8%
2005	807 400	+0,9%

De 1995 à 2005 : +6,3%

De 1999 à 2005 : +3,4%

Nous constatons que la natalité en France est en réelle augmentation ces dix dernières années. Ces chiffres sont surtout à analyser parallèlement à ceux de l'évolution des professionnels de la naissance.

2 – Epidémiologie des professionnels de la naissance

Le colloque de novembre 2004 réalisé par l'observatoire national démographique des professions de santé prévoit en 2025 une densité de 283 médecins pour 100 000 habitants contre 335 en 2002 [1]. En 1998, on prévoyait que, dès 2003, chaque année, 170 obstétriciens stopperaient leur activité, pour seulement 75 à 85 qui la débuteraient [2].

De plus, nombre de sages-femmes quittent la profession chaque année en raison de la qualité de leur travail qu'elles ne jugent pas satisfaisante. 3000 sages-femmes sur 16000 en exercice se déclarent sans emploi volontairement. Cet état de fait s'est considérablement accru depuis 3 ans (+ 74%). (Source : ONSSF¹)

Cette diminution des professionnels de santé provoque des difficultés d'organisation. Le personnel étant insuffisant, les postes d'urgence sont privilégiés. Les consultations de sages-femmes à l'hôpital, les séances de préparation de la naissance, ont beaucoup diminué, voire disparu. Cette situation a pour conséquence directe une augmentation des grossesses non suivies. Malgré cette "redistribution" des tâches, il faut noter qu'il y a encore des postes non pourvus dans 40% des hôpitaux, et que les sages-femmes ont une moyenne de 103 heures supplémentaires annuelles sur l'ensemble des établissements. (Source : ONSSF) Les quotas de sages-femmes seront revus à la hausse dans les quelques années à venir grâce à l'augmentation du numerus clausus des études de médecine. On compte atteindre un chiffre de 20 000 sages-femmes contre 15 684 en 2003.

Toutes ces données laissent pressentir la nécessité d'une restructuration en profondeur du système périnatal, ce qui va d'une certaine manière être exigé par le développement d'organisations professionnelles et sociales visant à améliorer la santé périnatale en France.

¹ Organisation nationale des syndicats de sages-femmes

B – Aspect social

1 – Emergence des associations de parents

Les parents et futurs parents formulent de plus en plus le désir que l'on prenne le temps de les accompagner, d'avoir le choix du praticien qui sera présent lors de la naissance, et que soit possible un accompagnement global de la naissance [2].

La satisfaction lors d'une naissance ne peut atteindre un degré optimal que si le libre arbitre des femmes est respecté. Une enquête réalisée en 1997 auprès d'adhérentes d'associations de parents nous apprend que la moitié des femmes suivies en accompagnement global se disent moyennement ou pas satisfaites par l'accueil dans leur maternité, à cause des réticences du personnel à accepter leurs demandes jugées excessives car différentes [3].

Le CIANE² a émergé à l'occasion de l'annonce des Etats Généraux de la Naissance en juin 2003. Le but était de faire entendre les usagers, mécontents de l'évolution de l'organisation de la santé périnatale en France. Le collectif s'est ensuite doté de statuts pour s'organiser efficacement afin que les usagers participent aux décisions qui les concernent, conformément aux droits octroyés par la loi Kouchner n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. A ce jour, le CIANE regroupe 88 associations. Il critique « un accompagnement de la naissance de plus en plus morcelé et anonyme, une conception technicienne et productiviste au détriment de la sécurité affective ».

2 – Etats généraux de la naissance

Ils ont eu lieu le 6 juin 2003 et, par la suite, un groupe représentatif des participants en a réalisé une synthèse que nous allons évoquer dans ces lignes. Ce groupe a tout d'abord constaté un manque réel de professionnels. Il est nécessaire de le pallier dans les années à venir, afin d'envisager une meilleure organisation et collaboration de l'accompagnement tant pour les professionnels que pour les

² Collectif Inter associatif Autour de la Naissance

usagers. Une seconde constatation concerne l'hétérogénéité et les difficultés financières des réseaux de périnatalité. Il est donc proposé en ce sens :

- d'expérimenter et d'évaluer des solutions alternatives en vue d'éviter de générer des pratiques radicales ;
- d'inciter les agences régionales d'hospitalisation à prioriser le domaine de la périnatalité dans le pourvoi de nouveaux postes ;
- de regrouper les plateaux techniques en tenant compte des contraintes géographiques, afin de pallier le manque de personnel tout en satisfaisant les femmes.

Les usagers n'adhèrent pas totalement à cette politique de concentration des accouchements sans mise en place de solutions alternatives et s'inquiètent de la disparition de certaines maternités de proximité. Il est proposé :

- de prioriser la personnalisation des soins ;
- l'évaluation de maisons de naissance à proximité immédiate d'un plateau technique ;
- le renforcement des réseaux inter établissements et le développement des réseaux locaux.

Enfin sont faites des propositions concernant la place des différents professionnels et acteurs de la naissance :

- réaffirmer la place des sages-femmes hospitalières et libérales ;
- respecter le libre choix du praticien ;
- intégrer les praticiens libéraux en structure hospitalière publique ;
- tenir les usagers au premier plan des décisions les concernant principalement.

Les Etats Généraux de la Naissance ont soulevé les difficultés majeures de communications entre les différents acteurs de la naissance, et ont donc élaboré des propositions dans le but de contourner et d'améliorer ces problèmes.

Face à ces nombreuses réactions sociales et professionnelles de plus en plus organisées, il devenait nécessaire que le gouvernement prenne des dispositions dans le but d'améliorer sa politique de périnatalité.

C – Contexte politique

1 – Mission périnatalité

Vingt propositions ont été faites par les professeurs Bréart, Puech et Rozé le 17 septembre 2003 à la demande de M. Jean-François Mattéi. Il s'agissait d'actualiser les missions et l'organisation des centres prénatals, définies par les décrets n°98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé pratiquant l'obstétrique et la néonatalogie et par le décret n°99-596 du 15 juillet 1999 relatif à l'organisation sanitaire.

Nous nous attarderons brièvement ici sur quelques-unes de ces propositions.

L'une d'elles veut permettre aux femmes d'élaborer un projet suivi de grossesse et de naissance. Elle envisage le caractère à haut ou bas risque déterminé en partie dès le début de grossesse. Les patientes peuvent ainsi choisir le mode de prise en charge qui leur convient sans recours inutile aux techniques de surveillance non nécessaires à leur niveau de risque. Elles peuvent également choisir entre public et libéral en fonction de leurs affinités.

La prise en charge psychosociale doit pouvoir être assurée par un entretien permettant si nécessaire d'activer le réseau de soins en aval.

Les auteurs de la Mission Périnatalité jugent trop importante l'utilisation de la technique et souhaitent que cette nouvelle politique permette une nouvelle conception de la naissance. Il est important de laisser aboutir les projets de maisons de naissance afin de les évaluer, mais ils estiment que les projets pilotes doivent être attenants aux plateaux techniques déjà existants. De même ils déclarent que « des solutions doivent être trouvées pour permettre, dans les faits, l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales » afin de garantir le libre choix du praticien prévue par la loi du 4 mars 2002 déjà évoquée.

Les usagers doivent pouvoir exprimer leur choix individuel mais aussi être représentés dans toutes les instances où est discutée la politique périnatale.

La 13^{ème} proposition insiste sur la notion de gestion de risque en périnatalité.

Enfin, les auteurs souhaitent la mise en place d'un dossier de suivi. L'organisation des soins en réseau implique une complémentarité et un partage d'informations

essentiel pour éviter la discontinuité des soins. La femme enceinte doit être le dépositaire de l'information.

Le plan Périnatalité qui a suivi est porteur d'une prise décisionnelle plus importante.

2 – Plan Périnatalité 2005-2007

En 2001, on comptait en France 18% de césariennes contre 14% en 1991. Ce chiffre reflète un certain progrès, mais atteste également d'une naissance plus médicalisée. Les objectifs du plan périnatalité pour 2008 sont de réduire la mortalité périnatale à 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à 5 pour 100 000 en alliant une meilleure gestion du risque à une prise en charge plus humaine. Le plan d'action repose sur la mobilisation de tous les acteurs professionnels, des usagers et des élus grâce à un budget de 270 millions d'euros sur 3 ans.

Tout d'abord, le plan met en place l'entretien individuel du 4^{ème} mois déjà évoqué dans la Mission Périnatalité et dont nous parlerons prochainement plus en détails.

Le plan prévoit ensuite la participation des usagers. Ainsi il reprend l'arrêté du 8 janvier 1999 modifié le 16 novembre 2001 relatif aux commissions régionales de la naissance qui prévoyait déjà la représentation des usagers en leur sein. L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé prévoit quant à elle une place pour les usagers au sein des conférences sanitaires. L'arrêté du 11 juillet 2005 relatif à la composition de la commission nationale de la naissance vise à établir un lieu de discussion, d'élaborations et de recommandations périnatales et à la réalisation des objectifs de santé publique fixée en périnatalité.

Le plan prévoit le développement des réseaux en périnatalité, avec obligation de couvrir tout le territoire d'ici fin 2005, mais cette obligation n'est pas encore remplie lors de l'écriture de ce mémoire.

La participation des sages-femmes libérales doit également être active en leur confiant pour mission le suivi à domicile pré et post accouchement, principalement pour les grossesses pathologiques et les retours à domicile précoces.

Le plan prévoit l'expérimentation de maisons de naissances attenantes à un plateau technique, les définissant comme un lieu d'accueil pour les femmes enceintes du début de la grossesse jusqu'à l'accouchement sous la responsabilité exclusive des sages-femmes dès lors que tout est a priori normal. Ces maisons de naissance sont bien entendu à insérer dans le réseau périnatal, et conditionnées à l'avis favorable des instances de l'établissement concerné. Elles permettraient de diversifier l'offre de soins et la physiologie tout en reconnaissant les compétences de la sage-femme, conformément à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui dit que la sage-femme exerce pleinement et de manière autonome ses compétences dans le champ de la prévention et de la prise en charge de la naissance physiologique.

Un comité de suivi du plan devait être mis en place mais n'a pas encore été désigné à l'écriture de ce mémoire.

Toutes ces mesures inaugurent une évolution qui va nécessiter une importante collaboration pluriprofessionnelle et reposer sur une transmission des informations de qualité. Les réseaux semblent donc s'inscrire comme les vecteurs de cette dynamique.

II – L'émergence des réseaux

A – Historique

La collaboration entre les professionnels de ville ou de différents établissements de santé a toujours été plus ou moins présente selon au gré des individus, mais ce travail en réseau n'était pas formalisé.

Le surcroît d'activité des services a motivé leur création officielle. Les réseaux permettent par un partage des données médicales une prise en charge adaptée des patients, en fonction des contraintes locales. Ils favorisent le traitement à proximité du lieu de vie des patients. Ils sont également un outil de formation médicale continue, de partage des connaissances et de contrôle de qualité permanent pour l'amélioration des compétences propres à chacun.

Les ordonnances Juppé du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ont créé 2 types de réseaux de soins, dits « de ville » ou « hôpital », ainsi que les ARH³.

Les décrets de périnatalité de 1998 ont ensuite étendu l'obligation des réseaux à la périnatalité. En effet, le besoin en formation continue se faisait sentir ainsi qu'une régulation efficace des transferts in utero, de plus en plus nombreux. Ainsi, en 2002, 1800 transferts in utero ont eu lieu en Ile de France [4]. Les unités d'obstétrique ne disposant pas toutes d'unités de réanimation adultes ou pédiatriques se doivent alors de passer une convention soumise à l'approbation de l'ARH avec des établissements en disposant. Il est également prévu que « le schéma régional d'organisation sanitaire fixe des objectifs en ce qui concerne la coopération entre les établissements de santé en matière d'orientation de la femme enceinte préalablement à son accouchement en cas de risque décelé pour elle-même ou son enfant et en matière de transfert des enfants ».

³ Agence régionale d'hospitalisation

B – Evolution au travers des textes de loi

Les lois de financement de la sécurité sociale instituées par la loi constitutionnelle du 22 février 1996 complétée par la loi organique du 22 juillet 1996, et la loi du 4 mars 2002 déjà évoquée remplacent les procédures d'agrément prévues par les ordonnances. Elles prévoient une définition unique des réseaux : "les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires [...]. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins" [...]. Le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002, relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé, et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, garantit l'efficacité et la qualité des réseaux de soins mis en place en France afin de les intégrer dans une politique sécuritaire de santé publique. Dans ce but, l'ANAES⁴, désormais intégrée dans la HAS ⁵ a publié un guide d'évaluation des réseaux de santé en juillet 2004. La première partie du guide s'adresse aux professionnels membres d'un réseau de santé et leur fournit des grilles d'autoévaluation. La seconde partie du guide s'adresse aux évaluateurs externes. Elle établit une liste des critères devant être pris en compte pour vérifier l'effectivité du réseau, la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients. La DNDR⁶ fixée par l'arrêté du 30 avril 2002 à 22,87 millions d'euros doit permettre la réalisation d'enquêtes auprès des usagers afin de comprendre leurs besoins, leurs attentes et leurs satisfactions.

Prenons l'exemple du réseau maternité en Yvelines. Il comprend entre autres la CPPR : communauté périnatale de Poissy et sa région, et propose un fonctionnement ville/hôpital. Ce réseau présente 3 objectifs principaux : la création de protocoles innovants, la coordination de l'hospitalisation à domicile pré et post natale, et l'évaluation des pratiques en vue de leur réajustement permanent. Il souhaite informer les patientes, notamment par la création de

⁴ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

⁵ Haute Autorité de Santé

⁶ Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux

plaquettes d'information (cf. annexe I), et systématiser l'entretien prénatal avec les professionnels qui le composent, comme prévu dans le Plan Périnatalité.

Nous développerons les bases de cet entretien dans les pages qui suivent. Il introduit dans la prise en charge en réseau la gestion du risque propre à chaque patiente.

III – Place à accorder à la gestion des risques

A – La gestion du risque avéré, une première étape

On a longtemps considéré que des prises en charge adaptées pour des femmes présentant des facteurs de risque ou des complications étaient optimales pour les patientes à bas risque. L' AUDIPOG⁷ définit comme à bas risque en début de grossesse les patientes de 18 à 35 ans, sans antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant une surveillance particulière, ni antécédents de prématurité ou de mortalité périnatale. En fin de grossesse, ces critères perdurent mais y sont ajoutés la notion d'absence de pathologie durant la grossesse, le caractère unique de la grossesse et la présentation céphalique, tant pour les patientes primipares que multipares.

Une surveillance par une sage-femme ou un généraliste entraîne une utilisation moins importante du service de santé, avec un nombre diminué de consultations et d'interventions d'obstétrique. La surveillance des patientes présentant des grossesses physiologiques peut et doit donc être faite par des sages-femmes et des généralistes. Les médecins spécialistes (trop peu nombreux, on l'a vu) peuvent ainsi se consacrer davantage au suivi de grossesses pathologiques nécessitant leurs compétences. De plus la surveillance de patientes à haut risque par des sages-femmes n'aggrave pas les complications.

Concernant l'aspect pédiatrique de la gestion du risque, les décrets de périnatalité ont défini en 1998 une réorganisation des maternités par niveaux, de 1 à 3, en fonction de leurs capacités sur le plan de la néonatalogie, considérant si elles possédaient ou non un service de médecine ou de réanimation néonatale. Cela a permis une certaine répartition des patientes en fonction du niveau de risque pour leur enfant lors de l'accouchement. On compte ainsi en France 13390 lits de niveau 1 contre 11420 de niveau 2 et 3 réunis [5].

Malgré tout, l'idée reçue que le niveau élevé de soins entraîne une meilleure qualité de ceux-ci est relativement ancrée dans les esprits, bien que souvent infondée. Tout lieu de naissance peut être parfaitement sécuritaire tant qu'il reçoit

⁷ Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

la population adaptée aux moyens de prise en charge dont il dispose. Ainsi une comparaison concernant 1532 patientes nullipares à bas risque a été réalisée entre une maternité de niveau 3 et une maternité de niveau 1 [6]. Le taux de césarienne est identique dans les deux centres. En niveau 3, on note 27,5% d'extraction par forceps (indiqués par des efforts expulsifs insuffisants), 95,1% de péridurales et 72,7% d'épisiotomies. En niveau 1 ces résultats sont respectivement de 17,4% d'extractions (réalisées majoritairement pour suspicion de souffrance fœtale aiguë), 75,5% de péridurales et 39,3% d'épisiotomies. Nous ne pouvons généraliser car ces différences peuvent être le fait de pratiques propres aux équipes indépendamment du niveau de risque, mais cela nous donne malgré tout une indication quant à l'efficacité de maternités de niveau inférieur.

Etablir un niveau de risque doit nous permettre une prise en charge différente adaptée à chaque accouchement et non plus une prise en charge selon un modèle unique. Il ne faut surtout pas négliger la différence entre grossesse à bas risque et accouchement à bas risque. Ces notions totalement différentes impliquent une réévaluation permanente du niveau de risque de la grossesse. La gestion du risque se fait en se posant les bonnes questions : quels sont ces risques, comment peut-on les diminuer, comment peut-on gérer ceux qu'on ne pourra supprimer. Elle devient l'élément structurant au travers duquel se mettent en place l'organisation et les filières de soin.

Une gestion optimale des risques ne peut être initiée qu'en ayant une connaissance parfaite des risques de chaque patiente, et c'est ici que le rôle des réseaux prend toute sa signification dans la continuité de leur prise en charge.

B – L'apport des réseaux

Une porte d'entrée dans le réseau pour une organisation optimale de la prise en charge ultérieure peut être constituée par l'entretien du 4^{ème} mois.

1 – L'entretien du 4^{ème} mois

Les fragilités humaines peuvent compliquer la naissance et l'instauration du lien parents-enfants, et engendrer des problèmes psychopathologiques ultérieurs. Cet entretien vise donc une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance. Il a été proposé par le plan Périnatalité. Son objectif est la mise en place précoce des conditions de dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents. La circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, rédigée par Mme le Dr Molénat, pédopsychiatre, introduit l'idée que cet entretien doit être cadré et que, pour ce faire, il doit exister une formation spécifique à sa pratique ainsi qu'un contenu spécifique (cf. annexe II). Elle souhaite intégrer le secteur libéral à cette politique de prévention.

Il est un élément structurant dans l'évaluation du risque médico-psycho-social des patientes. Il permet l'élaboration d'un projet de naissance et l'information des patientes quant aux possibilités qui s'offrent à elles dès le début de la grossesse. Les recommandations de novembre 2005 de l'HAS concernant la préparation à la naissance et à la parentalité précisent que l'entretien, individuel ou en couple, doit permettre d'anticiper d'éventuelles difficultés ultérieures au cours de la grossesse. Elles posent un cadre précis au déroulement de l'entretien (cf. annexe III), dont les objectifs sont les suivants :

- apprécier la santé globale de la femme enceinte ;
- repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père ;
- informer sur les ressources disponibles, sur le rôle de chacun des professionnels, sur la prévention des facteurs de risque et des conduites à risque ;
- offrir une ouverture au travail en réseau ;

- planifier et mettre en œuvre les séances prénatales et le contenu essentiel au couple concerné ;
- orienter vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement.

Mme le Sénateur Hermange, dans son rapport Périnatalité et Parentalité, remis le 28 février 2006 à M. Bas⁸, l'introduit dans une politique de prévenance précoce et de périnatalité développementale et sociale à construire. Sa proposition n° 1 consiste en la systématisation de cet entretien, qui doit être pratiqué par le plus de praticiens possibles afin de fournir aux patientes une égalité d'accès. Il n'est malheureusement pas toujours possible à l'hôpital où les consultations de début de grossesse sont rarement pratiquées, par manque de professionnels compétents pour les effectuer. Ce rapport précise une nouvelle fois la « nécessité d'augmenter le nombre de sages-femmes sur le territoire national au regard de cette nouvelle mesure »

Un suivi adapté et optimal peut alors être mis en place en fonction du niveau de risque dans lequel se situe la patiente. Il prépare ainsi les meilleures conditions possibles pour la venue au monde de l'enfant. L'organisation du suivi de grossesse basée sur la gestion des risques au travers de la filière professionnelle découlera logiquement des conclusions de ce premier entretien primordial.

2 – Orientation des patientes

Le travail en réseau contribue à la continuité des soins et la sélection des femmes à bas, moyen ou haut risque. Les conditions de transfert en cas de besoin sont ainsi optimales. Les patientes se trouvent orientées en fonction de leur niveau de risque : on augmente donc la sécurité de chacune quelque soit le lieu de naissance. « Il faut faire moins et mieux pour les patientes à bas risque et plus et mieux pour les patientes à haut risque, en partant du principe que la grossesse est un événement a priori physiologique qu'il faut surveiller » [7].

⁸ Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille

3 – Continuité des soins

Les professionnels doivent pouvoir être mobiles au sein du réseau afin de favoriser les relations entre équipes et la formation médicale continue.

Selon l'enquête nationale périnatale de 2003 [8] il semble exister des tensions dans la prise en charge des femmes à l'intérieur de certaines maternités. Les maternités de niveau élevé ou de grande taille déclarent plus souvent que les autres des difficultés pour accueillir les femmes, leur assurer une surveillance prénatale et offrir une préparation à la naissance à toutes celles qui le souhaitent. Parallèlement, en 2003, on observe des sorties précoces en suites de couches plus nombreuses dans les maternités de grande taille ou de niveau 3 que dans les autres maternités. Parmi l'ensemble des femmes qui ont accouché entre 1998 et 2003, on constate aussi une dégradation de certains indicateurs de la qualité de la prévention : le nombre de femmes n'ayant jamais consulté l'équipe de la maternité ou reçu de préparation à la naissance a en effet légèrement augmenté alors que, dans le passé, l'évolution était très nettement en sens inverse. Il est donc essentiel que les réseaux trouvent leur place dans la réorganisation périnatale, de façon rapide et efficace, afin de permettre une continuité des soins optimale.

Les réseaux répondent donc, au travers de la gestion du risque, aux nécessités du contexte périnatal actuel. Il s'agit là d'un cadre cohérent pour une prise en charge globale, que nous allons évoquer plus précisément dans la partie qui suit.

2^{ème} partie

L'accompagnement global

I – A propos de l’accompagnement global

A – Définition

L’accompagnement global est le suivi de la grossesse par une seule et même personne, depuis les premières consultations prénatales voire pré-conceptionnelles jusqu’à l’examen post-natal. Il comprend le suivi entier du déroulement de la grossesse, les séances de préparation de la naissance, le suivi du travail et l’accouchement, les suites de couches immédiates et plus tardives, la consultation post-natale et la rééducation. Ces éléments font partie des compétences de la sage-femme, notamment depuis que la déclaration de grossesse lui est permise par l’article L.2122-1 du code de la santé publique, et la consultation post-natale par l’article L.4151-1. Nous nous sommes demandé quel intérêt il y avait à pouvoir développer ce type de suivi.

B – Pourquoi l’accompagnement global ?

1 – Pour la satisfaction des patientes

Selon l’institut des mamans, seulement 7% des accouchements se font en présence de la sage-femme ayant suivi la grossesse [9]. 14% des patientes sont suivies par 4 personnes ou plus pendant leur grossesse.

Nombre de sages-femmes libérales pratiquent la plupart des activités dont nous venons de parler, mais il existe pratiquement toujours un « vide » en ces moments clés de la grossesse que sont l’accouchement et les suites de couches immédiates. Les patientes sont alors généralement prises en charge par l’équipe de garde de la maternité qui les accueille, et dont elles connaissent rarement les membres. Il peut s’agir pour certaines patientes d’un désavantage certain dans l’établissement de la relation mère-enfant si elles se sentent trop déstabilisées par cette situation inconnue. Ceci va à l’encontre des objectifs fixés par le Ministre dans le plan Périnatalité. Les patientes manifestent une volonté de se confier à des personnes connues et de confiance dans ces moments uniques de leur vie. Ainsi, le choix du

praticien est cité par 45% des femmes en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} motivation du choix du lieu d'accouchement sur 12 propositions [10].

L'accompagnement global préserve le choix du praticien par les usagers, conformément à l'article L 6146-4 du code de la santé publique rectifié le 4 mars 2002. Celui-ci précise que « les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, les blessés et les femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes **de leur choix** autres que ceux exerçant à titre exclusif dans l'établissement. »

L'accompagnement global correspond donc aux attentes des couples, mais les sages-femmes ont-elles aussi des attentes particulières.

2 – Pour les sages-femmes

Une pratique plus répandue de l'accompagnement globale contribuerait peut-être à une satisfaction plus importante pour les sages-femmes de leur métier et améliorerait la démographie professionnelle dont nous avons parlé en première partie de ce mémoire. Il est à noter qu'au cours d'une enquête menée par l'ONSSF fin 2002 auprès de sages-femmes exerçant dans 47 établissements hospitaliers de tous niveaux, il a été relevé que 44 % des sages-femmes étaient insatisfaites de leurs conditions de travail, 18 % l'étaient plus ou moins. Cette insatisfaction ne nous paraît pas anodine mais nous n'avons pas ici de renseignements complémentaires sur son origine. Il nous semblerait intéressant travailler plus avant ce point lors d'une enquête ultérieure.

L'accompagnement global peut-être également une source sécuritaire supplémentaire.

3 – Pour la sécurité

L'accompagnement global par les sages-femmes permet l'exploitation du champ d'activité entier de la profession, en leur laissant le temps d'être attentives aux dimensions sociales et familiales mais aussi psychologiques de la grossesse. Le suivi est ainsi plus performant sur le plan de la prévention car il prend en considération l'ensemble des dimensions de l'individu. Cela répond ainsi aux exigences du plan Périnatalité.

Une revue de la littérature a été effectuée par Hodnett en 2005 pour la Cochrane Database [11] afin d'évaluer la continuité des soins par un même intervenant ou par un très petit nombre d'intervenants durant la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum, comparativement à une prise en charge classique multi-intervenants. Il semble que les patientes suivies en accompagnement global sont moins souvent hospitalisées en période anténatale, ont plus souvent accès à une préparation psychoprophylactique obstétricale, gèrent mieux la douleur lors du travail et ont moins souvent des dégradations périnéales. Parallèlement à ces avantages, on note des chiffres de morbidité similaires aux patientes en suivi classique. L'auteur conclut donc à un bénéfice de l'accompagnement global de la grossesse.

Selon l'ONSSF, en 1985, 50 sages-femmes libérales sur 1200 pratiquaient l'accompagnement global contre 30 aujourd'hui. Nous allons tenter de trouver une réponse à cette diminution en faisant un état des lieux des différentes possibilités qui se présentent à celles qui souhaitent offrir cette prestation à leurs patientes.

II – Etat des lieux des pratiques

A – A l'étranger

Les sages-femmes, responsables médicalement, sont autonomes dans la plupart des pays, en lien avec le pédiatre et l'obstétricien, et jouent leur rôle de prévention médico-psycho-sociale grâce à l'accompagnement global qu'elles exercent en maison de naissance. Faisons un rapide tour d'horizon :

- Au Mexique, le 1^{er} centre de naissance s'est ouvert en 1944, le « free standing birthing center » à New Mexico [12].
- Au Québec, la profession de sage-femme est reconnue officiellement et instituée en 1999 après de nombreux projets pilotes d'évaluation de leurs compétences [1].
- En Grande Bretagne, le rapport « changing childbirth » de 1993 a apporté aux femmes enceintes le droit de choix du type de surveillance de leur grossesse, le droit de contrôle des décisions prises concernant cette grossesse, et surtout le droit à la continuité dans la surveillance prénatale.
- Aux Pays-Bas 30% des accouchements ont lieu à domicile, et seuls sont remboursés les soins strictement nécessaires une fois les risques dépistés. C'est la VIL⁹ qui établit les niveaux de risque en fonction de la nature, de la gravité et des complications des pathologies existantes, de la possibilité de prévention et de dépistage de ces complications, et de la possibilité d'interventions en cas d'apparition des ces dernières. Cette liste définit ainsi 70% des patientes comme étant à bas risque.
- En Allemagne, en 1993, le réseau européen des maisons de naissance (netzwerk) est créé à Berlin. Le site officiel nous apprend que les usagers allemands ont été très insatisfaits par l'invasion croissante des technologies dans le domaine de la natalité. Ainsi le premier centre de naissance en faveur d'une auto-gestion de la naissance s'y est ouvert dès 1983 et depuis, 40 se sont ouverts un peu partout dans le Pays. Ces naissances ne représentent encore que 2% des naissances. Les femmes en

⁹ Verloskundige Indicatie Lijst : liste officielle d'indications obstétricales

bonne santé présentant une grossesse normale y sont suivies globalement par les sages-femmes, et, en cas de complication, un transfert en structure médicalisée est effectué.

- Au Danemark s'est créé un arrangement spécial pour les patientes souhaitant accoucher à domicile, et cette pratique se répand de plus en plus, les patientes pouvant choisir des sages-femmes privées ou publiques, travaillant seules ou en groupe.
- En Suisse, les 10 années passées ont vu croître le nombre de centres de naissances de 2 à 30. Ils sont organisés de différentes façons selon les centres, mais sont tous dirigés par des sages-femmes, et c'est leur coopération avec les médecins et hôpitaux alentour qui garantit leur succès.
- Au Luxembourg les centres de naissance n'existent pas, 1% des naissances ont lieu à domicile. L'activité des sages-femmes hors hôpital est très limitée voire inexistante.

Les mentalités et les cultures varient beaucoup d'une patrie à l'autre. Nous ne pouvons donc pas nous contenter de prendre modèle sur les pratiques de ces pays sans tenir compte de ces différences. Cela nous amène à faire un état des lieux de ce que la France peut proposer quant à elle pour permettre une globalité du suivi de la naissance.

B – En France

1 – Les maisons de naissances, rêve ou réalité ?

La maison de naissance se définit comme une structure autonome en liaison avec une structure hospitalière obstétricale et pédiatrique. Le temps de passage de la maison de naissance à la structure hospitalière doit être à peu près équivalent au temps de déplacement habituel d'une chambre d'hôpital à la salle de naissance. La maison de naissance hospitalière est une notion française différente des maisons de naissance européennes souvent relativement éloignées de toute structure médicale.

De nombreux projets sont en cours actuellement dans le pays mais aucun n'a encore vu le jour. A l'aide d'un questionnaire minutieusement élaboré, une étude de faisabilité a été réalisée auprès des praticiens du département de l'Isère en 2001 [12]. La conclusion principale en a été que de tels projets ne peuvent aboutir qu'avec une réelle motivation des personnes concernées, c'est-à-dire, les parents et les professionnels. Des réticences apparaissent concernant les résultats en terme de mortalité et de morbidité. Seule une analyse rigoureuse dans des structures pilotes permettrait de montrer leur efficacité, ce qui n'est pas encore possible dans notre pays et nécessite de s'intéresser aux résultats de structures similaires à l'étranger

A Aberdeen en Grande Bretagne, les résultats d'une unité d'accouchement dirigée par des sages-femmes avec un minimum d'intervention technique ont été évalués en 1990 [13]. L'étude a consisté en la comparaison des soins prodigués aux patientes à bas risque et de leurs accouchements dans cette unité et à l'hôpital. Il n'y avait pas de différence concernant le nombre d'accouchements normaux, mais en revanche on notait moins d'épisiotomies dans la structure. Elle était aussi sécuritaire, pour un moindre taux d'intervention technique, il s'agit donc de l'option la plus efficace pour les patientes à bas risque. En revanche les critères anténataux étudiés étaient insuffisants pour déterminer le réel niveau de risque des patientes d'où un important nombre de transferts.

Une revue de la littérature [7] nous montre qu'à condition de sélectionner préalablement des patientes à bas risque, surtout multipares, les conditions de

sécurité des maisons de naissance proches des hôpitaux sont tout à fait optimales. Une diminution réfléchie de la médicalisation y améliore la morbidité à court terme. Ces critères de bas risque ne sont pas définis de façon générale à toutes les études et la distance à l'hôpital n'est pas précisée non plus. La satisfaction maternelle est, quant à elle, bien plus importante dans les maisons de naissance de ces pays.

Karine Lepigeon, dans son mémoire de fin d'études de sages-femmes [14], a étudié l'opinion des femmes sur les maisons de naissance. Celles-ci ne semblent pas inquiètes de l'éloignement du bloc ni de l'absence de médecin sur place. L'impossibilité d'obtenir une analgésie péridurale n'est pas un obstacle à leur souhait d'y accoucher. Elles sont tout à fait favorables à ce que les locaux ne ressemblent pas à l'hôpital. En revanche, l'idée d'un transfert en cours de travail serait une source importante de stress de par le changement brutal d'environnement et de personnel.

Le Comité Régional de la Naissance d'Ile de France a proposé une réflexion sur les maisons de naissances. Il envisage la création d'unités alternatives afin de garantir le libre choix, de lieux d'accueil des grossesses physiologiques accessibles à tous, sous la responsabilité médicale des sages-femmes en toute autonomie. Le but est de favoriser l'accompagnement global, sans autre équipement médical que celui nécessaire utilisé par les sages-femmes.

De nombreux freins se présentent, tels que les statuts, le financement, les conditions d'hébergement.

Les caisses primaires d'assurance maladie ne voient pas de réel intérêt à la création de telles structures, car elles seraient peu rentables. En effet, contrairement aux maternités classiques, peu de femmes y auraient accès simultanément. Pourtant, elles seraient un atout économique : la prise en charge en maison de naissances, où la technique systématique est limitée, est estimée en moyenne à 1830€ contre 3811€ pour un accouchement en structure classique [2].

De plus, le cadre législatif français ne permet pas la création d'une telle structure. Pourtant les compétences de la sage-femme sont suffisantes comme on l'a vu précédemment, et comme le prévoit le Code de Déontologie, « elle ne peut aliéner son indépendance sous quelque forme que ce soit ». L'absence de médecin à la tête de la gestion de telles structures ne devrait donc pas être un obstacle à leur

ouverture. Mais les lois françaises, depuis les décrets de périnatalité de 1998, prévoient une activité minimale pour toute structure aspirant à la pratique de l'obstétrique. Ceci peut causer des difficultés à des structures qui se veulent sécuritaires car autonomes, liées à des hôpitaux proches, mais pour autant « petites » car aspirant à la convivialité des naissances et non au rendement. Ainsi l'article R. 712-88 du décret n° 98-899 déjà évoqué prévoit que « l'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée, en application des articles L. 712-8 et L. 712-9, que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements ». De même l'article D. 712-76 dit qu' « outre les lits et places servant à la gynécologie, toute unité d'obstétrique nouvellement créée comprend un minimum de quinze lits. En cas de création, tout établissement spécialisé autonome d'obstétrique dispose au minimum de vingt-cinq lits d'obstétrique sur le même site ».

Nous l'avons vu, les maisons de naissance seraient dirigées par des sages-femmes, aux compétences médicales limitées, se bornant à la physiologie et au dépistage de la pathologie afin de la transférer dans des mains plus expertes. Or les articles D. 712-78 et D. 712-81 imposent à tout secteur de naissance de disposer d'une salle d'intervention chirurgicale. L'article D. 712-86 prévoit la possibilité d'intervention 24 heures sur 24, d'un pédiatre, d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur.

Ces difficultés ne seront pas aisées à surmonter. La création de tels établissements en toute autonomie nécessitera encore de grands changements dans les mentalités et dans le cadre politico-législatif français. Mais d'autres solutions d'accompagnement global s'offrent aux femmes.

2 – Naissances à domicile, une pratique encore peu usitée

La pratique était très répandue il y a une trentaine d'années, on notait 20 000 accouchements à domicile en France en 1971, contre 1000 à 2000 programmés à domicile en 1994. Cette évolution est similaire aux Etats-Unis, où, en 1940, 44% des accouchements avaient lieu à domicile contre 1% dans les années 90 [15]. Ainsi seulement 1 à 5% des accouchements ont lieu à domicile dans les pays ne l'encourageant pas, contre 30% aux Pays-Bas [16].

L'accouchement à domicile est parfois envisagé par des femmes ayant mal vécu un premier accouchement médicalisé, mais un certain nombre de primipares font cette démarche également car elles craignent cette médicalisation dont elles ont pu entendre parler au travers de témoignages.

Selon une étude, 52% des patientes pensent que l'accouchement à domicile pourrait ou devrait être proposé, 53% des femmes pensent que l'accouchement à l'hôpital est impersonnel [17]. Une enquête nous apprend que sur 75 femmes ayant accouché en plateau technique, 31 préféreraient accoucher à domicile [3].

On constate donc parmi la population un regain d'engouement pour ce mode d'accouchement et il n'est pas le lot d'une population marginalisée comme on pourrait le croire.

L'inquiétude récurrente lorsqu'il s'agit d'accouchements à domicile est la sécurité de la mère et de l'enfant à naître. Dans le but d'y répondre en partie, une étude comparant 862 accouchements planifiés à domicile à 1314 accouchements planifiés à l'hôpital a été menée au Canada de janvier 1998 à décembre 1999 [18]. On note dans les accouchements à domicile 21,7% de transferts, moins d'analgésie, de monitoring continu du rythme cardiaque fœtal, moins d'utilisation de Syntocinon®, moins d'épisiotomies et de césariennes. L'étude a conclu que le risque obstétrical, maternel et néonatal, était le même.

Malgré tout, plus de 98% des femmes [17] pensent qu'avoir une équipe médicale prête à intervenir en urgence en cas de problème pour la mère et l'enfant est irremplaçable ou tout du moins important. Cela nous conduit donc à penser qu'étant donné les mentalités, les usagers français ne sont pas prêts à privilégier ce mode d'accouchement comme il peut l'être dans certains pays, et qu'il nous faut alors rechercher d'autres possibilités.

3 – Les cliniques privées, un substitut de l'accompagnement global ?

On pourrait penser que cette solution s'offre aux patientes souhaitant bénéficier de l'accompagnement global. En effet, elles peuvent choisir d'aller accoucher en clinique privée, aux soins du gynécologue obstétricien qui a suivi le déroulement de la grossesse. Mais cela nous pose divers problèmes. D'une part, cette pratique en secteur privé se fait bien souvent sur le mode d'un exercice non conventionné, pas forcément remboursé par toutes les mutuelles. Cela ne met donc pas toutes les patientes sur un même pied d'égalité. D'autre part, nous avons en première partie de ce mémoire déjà évoqué le problème du suivi de grossesse physiologique qui rentre dans les compétences de la sage-femme tandis que le médecin doit pouvoir être disponible pour les grossesses pathologiques. Ces patientes ne vont pas non plus bénéficier de séances de préparation à la naissance avec la même personne que celle qui suit la grossesse. Enfin, dans ce genre de structure, c'est généralement la sage-femme de garde, que la patiente ne connaît pas forcément avant le jour de l'accouchement, qui suit le travail et réalise parfois l'accouchement. En effet, selon l'institut des mamans, seules 54% des patientes accouchant en structure privée ont bénéficié de la présence des obstétriciens ayant suivi leur grossesse [9].

On peut donc conclure qu'un tel suivi ne correspond pas à l'idée d'accompagnement global au sens strict du terme, bien que certaines patientes se sentent rassurées par l'idée d'être accouchées par leur obstétricien. Voyons donc ce qui se présente à celles qui souhaitent un réel accompagnement global.

4 – L'accès au plateau technique pour les sages-femmes libérales : une alternative à explorer

L'article L 6112-4 du code de la santé publique prévoit que « les médecins et autres professionnels de la santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement d'un établissement assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent par contrat recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation. » Cette loi permet donc à une sage-femme libérale pratiquant l'accompagnement global de venir accoucher ses patientes dans l'enceinte de la salle de naissance d'une maternité pour bénéficier des capacités techniques de celle-ci. La charte des droits des parturientes parue au journal officiel des communautés européennes le 8 juillet 1988 (cf. annexe IV) précise la possibilité de choix du lieu et des modalités de l'accouchement, ainsi que d'un accès à un plateau technique pour les sages-femmes libérales.

Cette option permet aux femmes suivies en accompagnement global qui le souhaitent une éventuelle analgésie péridurale, ce qui n'est pas envisageable en maison de naissance ou à domicile.

Un article s'est intéressé à l'opinion des sages-femmes hospitalières [3]. 9 sages-femmes interrogées sur 30 ont ressenti des tensions avec les sages-femmes libérales ayant accès au plateau technique de la maternité où elles travaillent, mais malgré tout, elles sont une majorité à reconnaître s'inspirer de leurs pratiques et à aborder la naissance de façon plus physiologique. Elles pensent presque toutes que cela change la manière de vivre la naissance pour la sage-femme et pour les parents, et que l'être humain est davantage respecté. La collaboration est souvent difficile malgré des compétences égales mais parfois jugées moindres. La difficulté vient principalement des protocoles auxquels les sages-femmes libérales sont priées de se plier alors qu'elles ne veulent et ne peuvent théoriquement pas aliéner leur indépendance.

Pour accéder au plateau technique d'une maternité, la sage-femme libérale doit obtenir l'aval du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, de la DDASS (direction départementale des affaires sanitaires et sociales), du directeur de l'hôpital concerné, du conseil d'administration, de la commission médicale de l'établissement et du chef de service.

D'un point de vue plus économique, il faut prendre en compte que seule la MACSF assure ainsi les sages-femmes libérales, pour un tarif élevé, avec une étude de dossier au cas par cas [19].

Ainsi seuls 28 plateaux se sont ouverts à 34 sages-femmes libérales en 1998 [20] : c'est encore très peu. Une autre solution consiste à travailler à mi-temps en libéral et en hôpital afin d'y accéder plus facilement pour l'accouchement des patientes suivies en accompagnement global dans le cadre de l'activité libérale.

Les conditions de travail ne sont pas toujours optimales pour les sages-femmes et leurs patientes qui se trouvent projetées dans une salle de naissance classique malgré un projet souvent plus naturel et physiologique. Il semble pourtant qu'accoucher en plateau technique avec la sage-femme qui a suivi la grossesse réponde en tous points à ce que nous avons développé en première partie de ce mémoire, mais cela nécessite certains aménagements. C'est ainsi que nous nous sommes interrogées sur l'ouverture d'espaces physiologiques de naissance accolés aux salles de naissance classiques, et accessibles sans difficulté aux sages-femmes libérales en vue de favoriser l'accompagnement global.

3^{ème} partie

L'espace physiologique,

une solution ?

I – Généralités

A – Définition

Le centre de naissance, espace naissance, lieu physiologique, ou encore espace physiologique de naissance, comme nous l'appellerons dans ce mémoire, se veut une alternative pour les femmes à bas risque désireuses d'une continuité de soins dans un environnement convivial et familial. Il encourage une naissance naturelle, en limitant la médicalisation et la technicisation durant le travail, tout en restant dans l'enceinte sécuritaire de l'établissement de santé.

Le principe est simple [1]: créer un nouveau lieu de naissance bien distinct de celui déjà existant, mais proche afin d'optimiser un éventuel transfert. Ce dernier n'est possible que dans un sens : de l'espace physiologique vers la salle de naissance classique, la décision d'accoucher dans le lieu physiologique étant mûrement réfléchi au préalable par la patiente.

Ces lieux doivent, bien entendu, garantir une sécurité optimale au couple mère/enfant

B – Un lieu sécuritaire ?

Il nous a paru essentiel d'effectuer une revue non exhaustive de la littérature sur de tels centres déjà expérimentés, à l'étranger dans le cas présent.

Une enquête a comparé 928 patientes accouchant en centre de naissance sous la responsabilité de sages-femmes utilisant peu de technologies, avec 932 femmes accouchant en maternité standard [21]. Dans le centre de naissance, le travail dure en moyenne une heure de plus, il y a moins d'analgésie, moins de déclenchement, moins de surveillance électronique continue du rythme cardiaque fœtal. On ne note pas de différence statistique dans la morbidité maternelle et néonatale et la mortalité périnatale, les chiffres d'apgar et les transferts en services néonataux. Une autre enquête montre un taux de césariennes identique, 2 fois plus

d'extractions instrumentales en maternité standard, plus d'épisiotomies et pour autant pas de différence concernant le nombre de déchirure du 3^{ème} degré [22].

Il semble donc que les lieux physiologiques de naissance soient tout aussi sécuritaires que les salles de naissance classiques tout en étant moins interventionnistes.

Une idée de l'espace physiologique est de favoriser la mobilité des patientes. Se pose alors la question du monitoring électronique fœtal. Le rythme cardiaque fœtal est un élément clé de la surveillance de l'accouchement, ayant pour but la détection d'anomalies traduisant une souffrance fœtale aiguë et nécessitant une prise en charge médicale rapide. Il existe une forte variabilité inter et intra observateurs due à des difficultés de lecture, d'interprétation, à une absence de standardisation. Aucune différence n'a été notée entre l'enregistrement intermittent ou continu par rapport à la mortalité périnatale ou les séquelles neurologiques à terme. On note plus de césariennes et plus d'extractions instrumentales dans les cas d'enregistrement continu. L'enregistrement intermittent nécessite la disponibilité d'une sage-femme pour une seule parturiente. Les recommandations en Grande Bretagne, aux Etats-Unis et au Canada sont l'enregistrement intermittent pour les patientes à faible risque. L'intérêt du tracé continu permet surtout une analyse rétrospective, par plusieurs personnes, dans un intérêt médico-légal. L'ANAES ne prend pas position concernant la conduite à tenir [23].

Cela nécessite des aménagements particuliers au sein des centres hospitaliers.

C – Nécessités organisationnelles

L'espace physiologique nécessite un équipement médical réduit comprenant monitoring, de préférence sans fil, arrivée d'O₂, d'air et de vide, matériel d'aspiration, boîtes d'accouchement et de suture. Le reste du matériel comprend des tables, lits ou chaises d'accouchement, des ballons, des tapis, et tout composant susceptible de faciliter la physiologie du travail.

Cela demande un certain investissement, notamment la possibilité d'avoir une sage-femme disponible pour chaque patiente, un aménagement mobilier particulier favorisant la convivialité recherchée par les patientes désirant accoucher ainsi. La possibilité d'une sage-femme pour une patiente nous paraît essentielle car une revue de la littérature effectuée par Hodnett pour la Cochrane Database en 2005 [24][25] conclut que les patientes devraient avoir un soutien continu pendant le travail. L'auteur conclut aussi qu'un environnement « comme à la maison » est à l'origine d'un modeste bénéfice, notamment une diminution des interventions médicales et une meilleure satisfaction maternelle, à condition que professionnels et usagers restent vigilants.

Une question reste cependant en suspens : est-il vraiment réalisable d'ouvrir ces espaces physiologiques aux sages-femmes libérales en vue de favoriser la globalité du suivi ? Il nous semble que c'est principalement l'opinion des sages-femmes qui conditionne cette réponse, ce qui nous a menées à l'étude qui suit.

II – Enquête : Etude de la faisabilité de l’ouverture des espaces physiologiques aux sages-femmes libérales

A – Matériel et Méthodes

1 – Objectifs

Nous l’avons vu précédemment, les couples sont demandeurs d’accompagnement global, et celui-ci peut parfaitement répondre aux critères nécessaires à la sécurité des femmes et des nouveaux-nés. Les solutions actuelles ne semblant pas tout à fait adaptées au système de santé français contemporain, nous avons souhaité développer un nouvel aspect encore peu usité : l’ouverture des espaces physiologiques conjointement aux salles de naissance. L’objectif principal de notre étude était d’évaluer l’accessibilité de ceux-ci aux sages-femmes libérales, afin de favoriser l’accompagnement global. Nous avons décliné cet objectif en divers sous objectifs. Ainsi nous avons tenté d’établir s’il existait, du point de vue des sages-femmes, une différence dans la qualité de la prise en charge selon qu’elle était globale ou non, tant pour les couples que pour les sages-femmes. Nous avons cherché à évaluer la motivation des sages-femmes libérales quant à la pratique de l’accompagnement global et quant à la possibilité d’accès à des espaces physiologiques situés sur divers plateaux techniques, ainsi que la volonté des sages-femmes hospitalières de les y accueillir. Nous avons également souhaité recueillir l’avis des professionnels en vue d’établir un schéma organisationnel de ces espaces s’il s’avère que notre étude soit plutôt en faveur de leur ouverture.

2 – Recueil de données

Notre étude a porté, d’octobre 2005 à janvier 2006, sur des sages-femmes exerçant dans le département des Yvelines. Notre population se divise en deux catégories principales :

- la première se constitue de l’ensemble des sages-femmes libérales du département, recensées par le biais du réseau Maternité en Yvelines ;

- la seconde comporte des sages-femmes hospitalières et se divise en trois sous catégories désignant le niveau de la maternité dans laquelle elles exercent, 1, 2 ou 3. Nous avons choisi 3 hôpitaux géographiquement proches, soit les centres de maternité de Meulan (niveau 1), Mantes la Jolie (niveau 2), et Poissy (niveau 3).

Il nous apparaissait essentiel d'avoir sur ce sujet une opinion la plus sincère possible aussi avons-nous choisi une méthode d'enquête garantissant aux sages-femmes un anonymat complet. Nous avons donc élaboré deux questionnaires en ce sens. Le premier s'adresse aux sages-femmes libérales et comporte 24 questions fermées et 2 questions ouvertes. Le second s'adresse aux sages-femmes hospitalières et comporte 19 questions fermées et 1 question ouverte.

48 questionnaires ont été envoyés aux domiciles ou cabinets des sages-femmes libérales selon les adresses fournies, accompagnés d'une lettre notifiant l'objet de notre demande et son caractère anonyme, et d'une enveloppe timbrée afin d'en faciliter le retour et de favoriser notre taux de réponses. 29 ont répondu soit un taux de 60,4% de réponses.

13 questionnaires (soit autant que de sages-femmes dans l'équipe) ont été déposés en libre accès aux sages-femmes de niveau 1. 8 ont été remplis, soit un taux de 61,5% de réponses.

26 questionnaires (soit autant que de sages-femmes dans l'équipe) ont été déposés en libre accès aux sages-femmes de niveau 2 et 13 ont été remplis, soit un taux de 50% de réponses.

15 questionnaires ont été donnés en main propre par leur surveillante aux sages-femmes de niveau 3, au gré de leur présence dans son service, et 14 ont été remplis, soit 93% de réponses.

Ceci nous amène donc à 35 questionnaires remplis sur 54 distribués aux sages-femmes hospitalières soit un taux de réponses de 64,8%, et 64 questionnaires remplis sur 102 soit un taux total de réponses de 62,7%.

3 – Biais de l'étude

Nous pouvons déplorer que la distribution effectuée aux sages-femmes de niveau 3 ait pu biaiser notre enquête. En effet, le taux important de réponses montre qu'elles ont pu se sentir obligées par l'aspect hiérarchique de remplir notre questionnaire, ce qui peut éventuellement en avoir faussé les réponses. Le nombre important de sages-femmes dans cette maternité (>70) nous paraissait cependant un obstacle à obtenir un nombre de réponses quasiment équivalent aux autres niveaux.

Nous pouvons également supposer, dans une autre mesure, pour les autres niveaux de maternité, que seules les sages-femmes intéressées par l'accompagnement global et par l'ouverture d'espaces physiologiques, ont répondu au questionnaire, ce qui peut également fausser la teneur réelle de l'opinion des sages-femmes hospitalières.

4 – Tests statistiques

Nous avons analysé les résultats à l'aide du logiciel de statistiques R. Le test de Wilcoxon nous a permis l'analyse des variables quantitatives, à savoir les années d'exercice des sages-femmes. Nous avons utilisé le test du chi_ pour analyser le reste des variables, de type qualitatif.

Nous avons considéré comme statistiquement significatives des valeurs de p inférieures ou égales à 0,05.

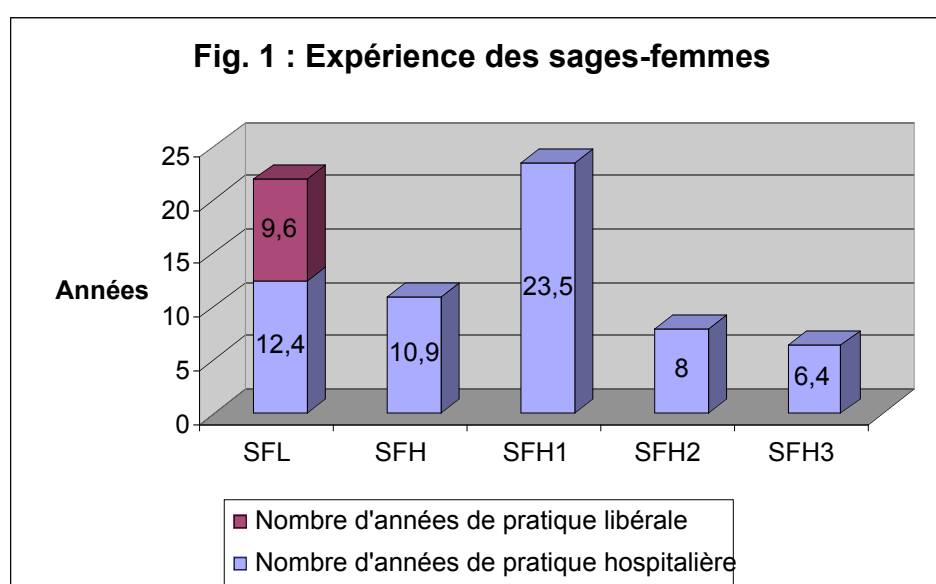
Compte tenu du petit nombre de sages-femmes concernées par notre enquête (64), nous avons choisi d'exprimer nos résultats en valeurs et non en pourcentages afin de ne pas les généraliser à tort.

B – Résultats

1 – Caractéristiques générales de la population

Nous ne nous sommes pas intéressés à l'âge des sages-femmes qui ne nous paraissait pas un élément essentiel mais à la durée de leur carrière libérale et/ou hospitalière.

Les sages-femmes libérales ont derrière elles une carrière d'en moyenne 22 ans dont 12,4 ans en milieu hospitalier avant d'entamer leur carrière libérale. Les sages-femmes hospitalières ont en moyenne derrière elles 10,9 ans de carrière.



SFL = Sages-femmes libérales

SFH = Sages-femmes hospitalières

SFH1 = Sages-femmes hospitalières exerçant en maternité de niveau 1

SFH2 = Sages-femmes hospitalières exerçant en maternité de niveau 2

SFH3 = Sages-femmes hospitalières exerçant en maternité de niveau 3

Cette légende est valable pour les figures à venir.

Tableau 1 – Distribution de l'échantillon parmi les sages-femmes libérales ou hospitalières pour la variable nombre d'années passées en système hospitalier.

Critère	Sages-femmes libérales Moyenne Ecart type Médiane (minimum-maximum)	Sages-femmes hospitalières Moyenne Ecart type Médiane (minimum-maximum)	p=
Nombre d'années passées en système hospitalier	12,4 +/- 8,4 13 (1-37)	10,9 +/- 10,4 7 (1-35)	0,21

Nous ne notons donc pas de différence significative entre les deux groupes, ceci nous permet donc de les comparer dans la suite de cette étude étant donné que cette variable nous semble la plus importante concernant les éventuelles différences entre les deux groupes.

Il nous semble également important de vérifier qu'aucune différence notable n'existe entre les groupes selon les niveaux de maternité dans lesquels exercent les sages-femmes.

Tableau 2 – Distribution de l'échantillon parmi les sages-femmes hospitalières de niveau 1, 2 ou 3 pour la variable nombre d'années de pratique.

Critère	Sages-femmes de niveau 1 Moyenne Ecart type Médiane (minimum-maximum)	Sages-femmes de niveau 2 Moyenne Ecart type Médiane (minimum-maximum)	Sages-femmes de niveau 3 Moyenne Ecart type Médiane (minimum-maximum)
Nombre d'années de pratique	23,5 +/- 11,5 27,5 (4-35)	8 +/- 8,7 5 (1-33)	6,4 +/- 3,7 6 (2-14)
	p= 0,008		
		p= 0,8	
		p= 0,003	

Nous devons prendre en compte la différence significative du nombre d'années de pratique des sages-femmes de niveau 1 avec celles des autres niveaux dans l'analyse de certains résultats de notre étude.

2 – Caractéristiques spécifiques aux 29 sages-femmes libérales

13 d'entre elles pratiquent des accouchements, que ce soit dans le cadre d'une activité salariée en parallèle ou bien lors de vacations occasionnelles en maternité, 4 en pratiquent à domicile ou en plateau technique dans le cadre de l'accompagnement global.

La majorité (22) s'est installée en secteur libéral entre autre par volonté d'une nouvelle orientation de carrière, certaines citent notamment « un désir de changer les relations avec les couples et de pouvoir leur accorder plus de temps que dans l'urgence hospitalière » ou encore « un stress et des responsabilités de plus en plus lourds ». 12 l'ont fait simplement ou également par volonté de changer de rythme et 2 parce-que les relations dans l'équipe où elles travaillaient ne leur convenaient plus. 3 l'ont fait par opportunité ou nécessité (fermeture d'établissement, retraite de la fonction publique).

4 d'entre elles ont déjà eu accès à un plateau technique mais aucune ne l'a conservé. Les raisons invoquées sont la rupture de la convention de la part de l'hôpital, un mauvais accueil des équipes sur place, l'impossibilité du respect de la physiologie, les protocoles trop contraignants, les assurances impossibles à obtenir et le manque d'envie à cause de la disponibilité nécessaire et de leur âge. Parmi les 25 sages-femmes n'en ayant jamais eu, 19 ne souhaiteraient pas en avoir, à cause des mêmes raisons, ainsi qu'à cause d'un manque de temps, d'un manque de demande de la part des patientes, d'un manque de rémunération et des assurances trop chères. Précisons que sur ces 19, 13 ont coché au moins 2 des 3 réponses suivantes : assurance trop chère, impossible à obtenir, manque de temps.

3 – Relation avec les patientes

Sur l'ensemble des sages-femmes interrogées, aucune n'a répondu qu'elle n'était pas du tout suffisamment satisfaite de la relation entretenue avec les patientes, aussi n'avons-nous pas fait figurer cette réponse dans les graphiques à venir. L'histogramme ci-dessous nous montre la répartition des résultats selon les catégories de sages-femmes définies précédemment.

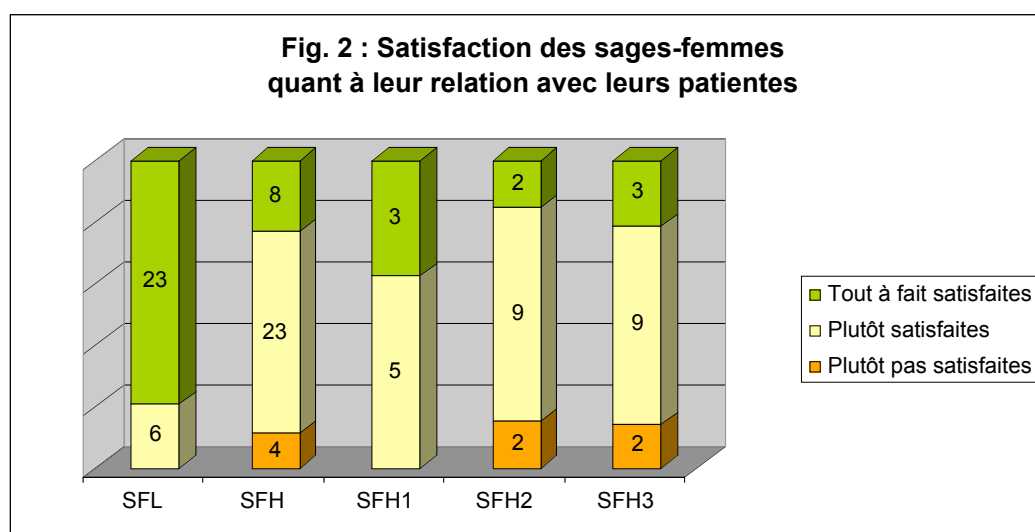


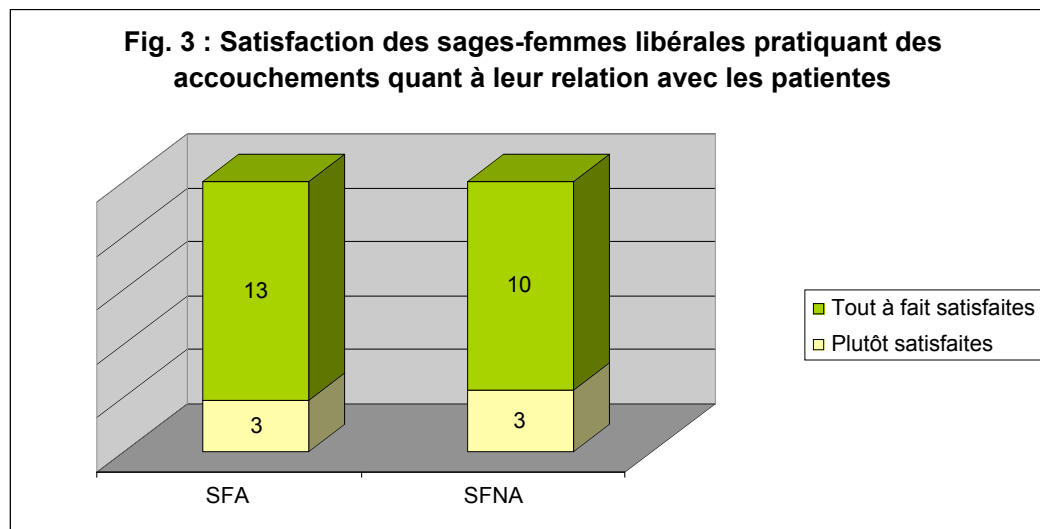
Tableau 3 – Distribution de l'échantillon parmi les sages-femmes libérales ou hospitalières pour la variable satisfaction

Critère	Sages-femmes libérales	Sages-femmes hospitalières	p=
Satisfaction	6 plutôt satisfaites 23 tout à fait satisfaites	4 plutôt pas satisfaites 23 plutôt satisfaites 8 tout à fait satisfaites	$2,98.10^{-5}$

Il existe donc une différence significative de satisfaction entre les sages-femmes libérales et hospitalières, ces dernières semblant moins satisfaites que les

premières. Les chi_ réalisés pour les différents niveaux de maternité ne nous révèlent en revanche aucune différence significative car sont tous $>0,05$.

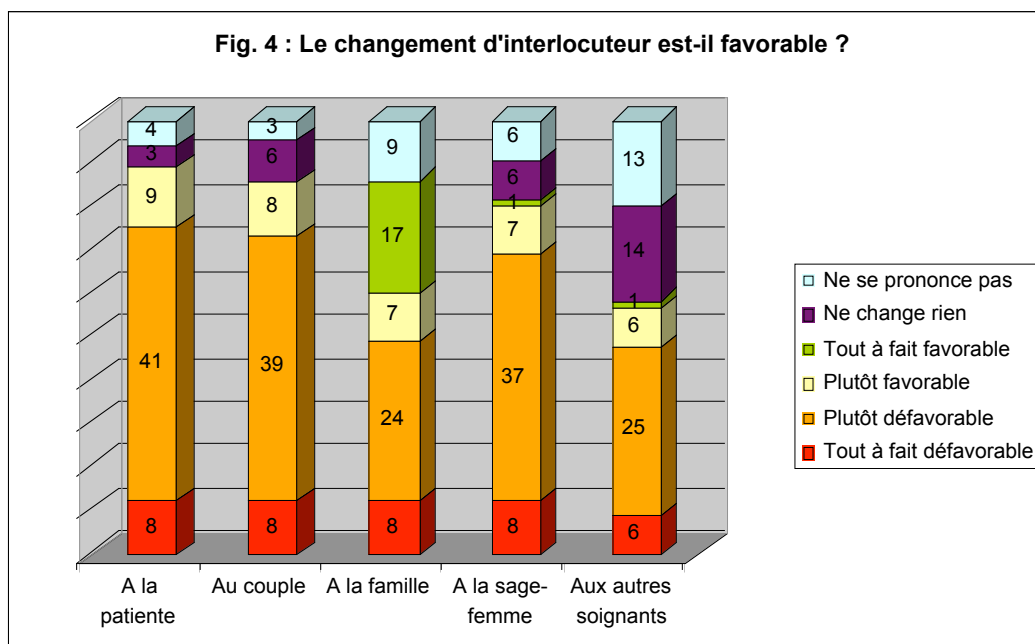
Nous nous sommes par ailleurs demandé si les sages-femmes hospitalières pratiquant ou non des accouchements étaient plus ou moins satisfaites.



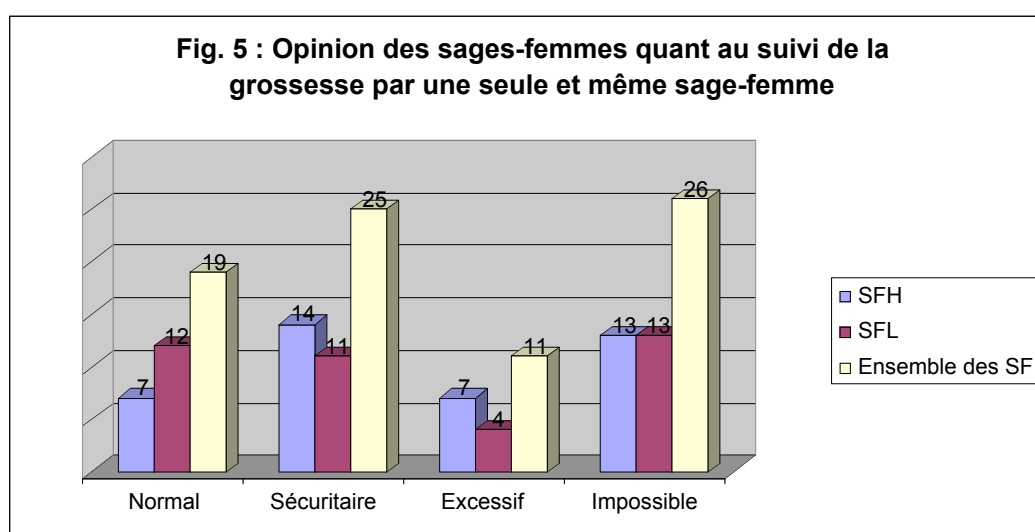
Le test de chi_ pratiqué n'étant pas interprétable nous ne pouvons conclure quant à une amélioration ou non de la satisfaction des sages-femmes pratiquant ou non des accouchements.

4 – L'accompagnement global

L'une des raisons ayant motivé ce mémoire a été cette constatation sur les lieux de stage : les couples semblaient mal à l'aise face aux différents visages qui se présentaient à eux. Nous avons donc jugé pertinent d'interroger les sages-femmes afin de savoir si elles pensaient que le changement d'interlocuteur à chaque étape de la grossesse était favorable aux patientes, aux couples, à leurs familles, aux sages-femmes, aux autres catégories de soignants. Voici leurs réponses.



Tous ces résultats sont significatifs : il semble que les sages-femmes pensent que le changement d'interlocuteur est plutôt défavorable à l'ensemble des protagonistes directs de la naissance. La famille et les autres catégories de soignants semblent selon les sages-femmes moins concernés par cet état de fait. Une sage-femme nous précise cependant qu'elle pense que s'ouvrir à plusieurs personnes peut être positif pour la patiente. Voyons maintenant ce qu'elles pensent du suivi de la grossesse par une seule et même sage-femme : est-ce normal, sécuritaire, excessif, impossible ?

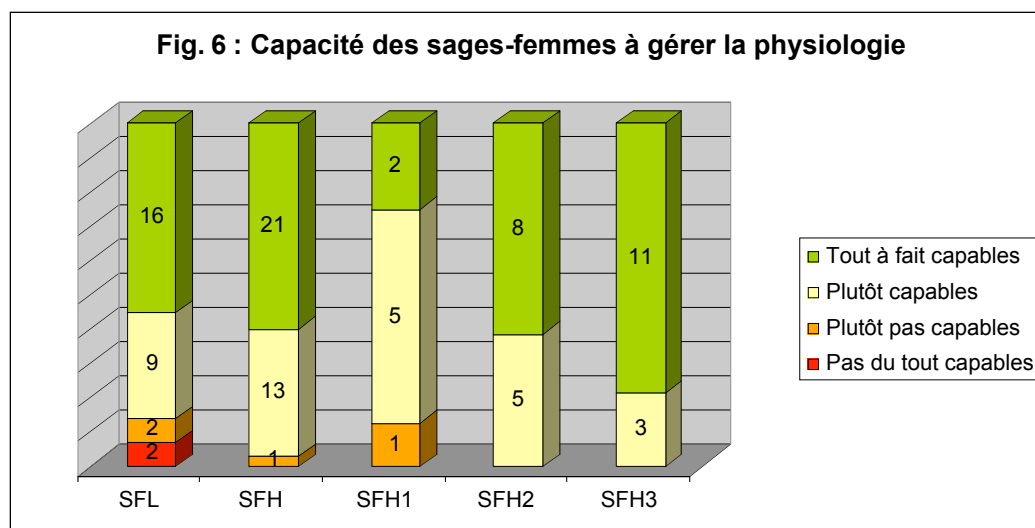


Une sage-femme libérale pense que ça n'est pas impossible mais difficile, et une sage-femme hospitalière que c'est rassurant pour les patientes. Parmi les 19 sages-femmes estimant que c'est normal, 6 pensent aussi que c'est sécuritaire, 4 que c'est impossible. Parmi les 25 sages-femmes déclarant que c'est sécuritaire, 2 pensent que c'est excessif, 7 que c'est impossible. Concrètement, nous nous retrouvons face à 9 sages-femmes libérales ayant coché au moins une réponse en faveur de l'accompagnement global et pas de réponse en sa défaveur, contre 9 également ayant coché au moins une réponse en sa défaveur et pas de réponse en sa faveur. Parmi les 9 autres, 3 n'ont pas répondu, 5 ont à la fois donné une réponse favorable et dit que c'était impossible à réaliser compte tenu de l'investissement nécessaire, 1 a répondu que c'était sécuritaire mais excessif.

5 – Les sages-femmes et l'eutocie

a – Leur capacité

Voyons maintenant comment les sages-femmes se sentent capables de gérer la physiologie dans son ensemble.



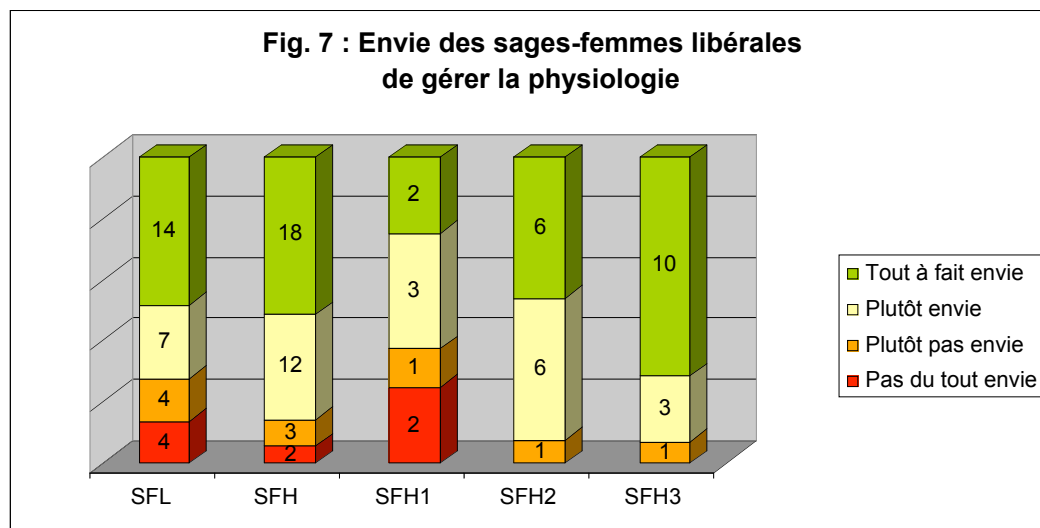
Aucune différence significative entre les catégories n'est à relever, de même qu'entre les sages-femmes libérales pratiquant ou non des accouchements comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 4 – Distribution de l'échantillon parmi les sages-femmes libérales pratiquant ou non des accouchements pour la variable capacité à gérer la physiologie.

Critère	Sages-femmes libérales pratiquant des accouchements	Sages-femmes libérales ne pratiquant pas d'accouchement	p=
Capacité à gérer la physiologie	1 pas du tout capable 1 plutôt pas capable 3 plutôt capables 11 tout à fait capables	1 pas du tout capable 1 plutôt pas capable 6 plutôt capables 5 tout à fait capables	0,36

b – Leur envie

Outre leur sentiment d'être ou non capables de gérer la physiologie, il semble que la majorité des sages-femmes en aient envie. Nous allons voir si ceci s'applique à toutes les catégories de sages-femmes :

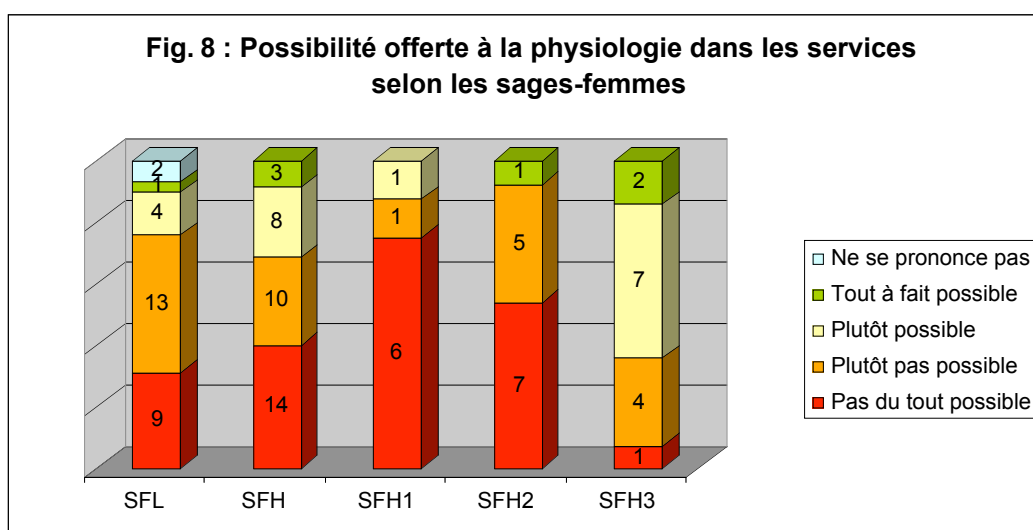


On ne peut conclure à une envie plus ou moins importante des sages-femmes selon leur catégorie car le seul p significatif montre une différence entre les sages-

femmes de niveau 1 et les autres sages-femmes hospitalières, or nous avons vu qu'il ne nous était pas possible de comparer objectivement ce groupe aux autres. Le test de chi_ nous montre que les sages-femmes libérales n'ont pas plus envie de gérer la physiologie selon qu'elles pratiquent ou non des accouchements. En revanche les sages-femmes se sentant capables de gérer plutôt ou tout à fait la physiologie en ont plus envie que les autres.

c – Les possibilités des services

Majoritairement, les sages-femmes pensent que les actuelles organisations et activités des services ne permettent pas une gestion optimale des accouchements eutociques. Détaillons ces résultats selon les différentes catégories étudiées.



Seule l'opinion des sages-femmes exerçant en niveau 3 (semblant penser que la physiologie est en règle générale possible) diffère significativement, avec un $p=0,002$, de celle des sages-femmes de niveau 1 et 2. En revanche il n'y a globalement pas de différence entre sages-femmes hospitalières et sages-femmes libérales.

d – Comment favoriser la physiologie ?

Nous avons demandé aux sages-femmes hospitalières de donner en 3 mots des propositions pour favoriser la physiologie.

Plusieurs notions reviennent de façon récidivante. 28 propositions sont tournées vers l'attitude des sages-femmes et évoquent l'écoute, l'adaptabilité, la communication, entre autres. Le lieu et le matériel doivent être aménagés selon 19 d'entre elles qui proposent l'utilisation de ballons, de jacuzzi ou baignoire, de musique, et surtout de lits adaptés, de chaises d'accouchement, et de plus de place. 14 sages-femmes insistent sur une préparation pendant la grossesse, au travers notamment de la sophrologie, de l'haptonomie, de l'acupuncture, du suivi des grossesses physiologiques par les sages-femmes. 8 sages-femmes évoquent une possibilité de changement de positions pendant le travail et l'accouchement. La gestion de la douleur occupe une place importante de leurs préoccupations au travers notamment de l'analgésie péridurale ambulatoire, de massages, de possibilité de déambulations. Elles insistent également sur la nécessité d'avoir suffisamment de personnel motivé et formé, et sur une démedicalisation de la naissance.

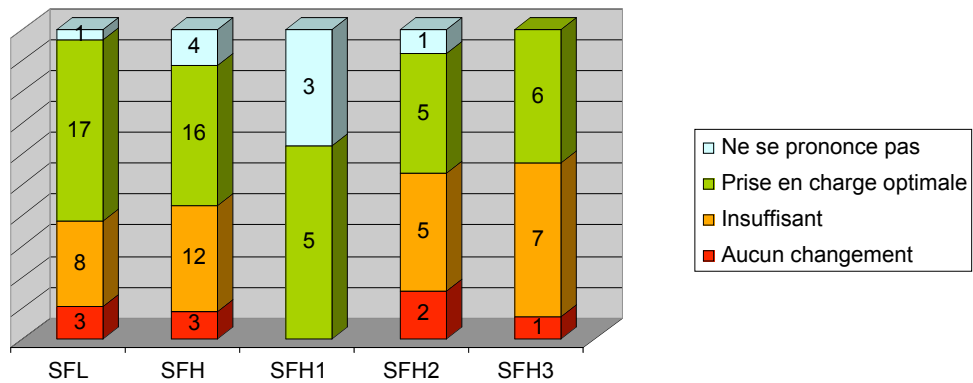
6 – Les espaces physiologiques

a – Ouverture

A la question « Pensez-vous qu'ouvrir un espace physiologique de naissance favoriserait la prise en charge des accouchements eutociques », aucune sage-femme n'a coché la réponse « non, cette prise en charge est déjà optimale », malgré les 16 réponses positives à la question « Pensez-vous que l'actuelle organisation et activité du service permettent une bonne prise en charge de la physiologie ».

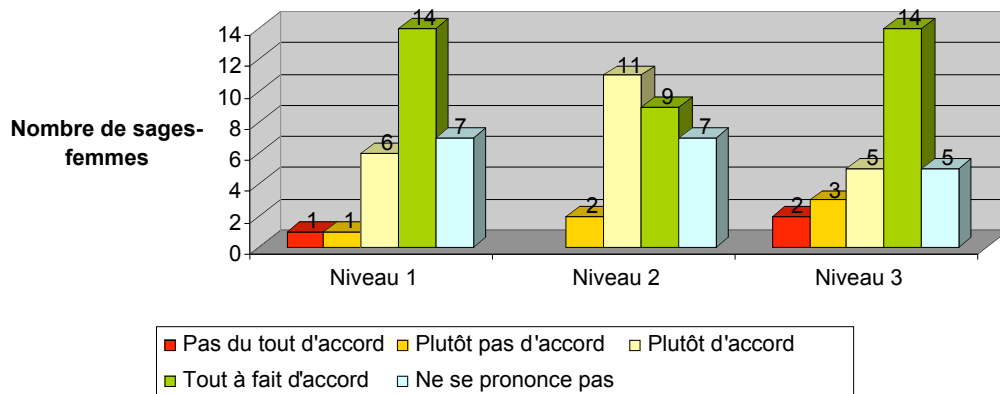
La répartition des résultats est visible dans le diagramme ci-après.

Fig. 9 : Opinion des sages-femmes quant à l'ouverture des espaces physiologiques



Nous avons ensuite interrogé les sages-femmes libérales afin de savoir dans quels niveaux de maternité elles pensent que ce type de structure puisse s'ouvrir. Globalement elles sont d'accord pour tous les niveaux. Les p sont $>0,05$, il n'y a donc pas de différence significative d'opinion des sages-femmes quant aux niveaux où ouvrir ces espaces physiologiques.

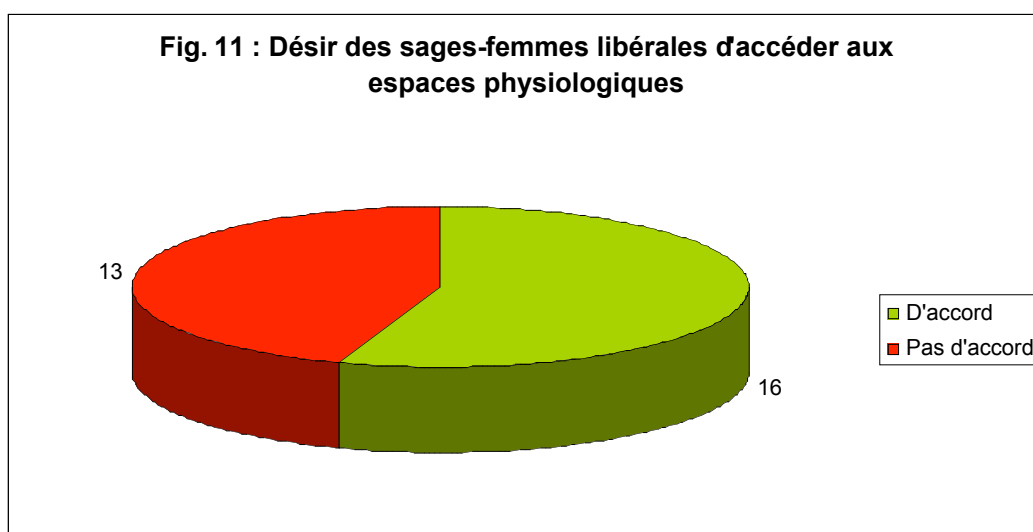
Fig. 10 Opinion des sages-femmes libérales quant à l'ouverture des espaces physiologiques selon le niveau de maternité



Une sage-femme exprime que selon elle « peu importe le niveau, c'est l'esprit de l'équipe qui compte ».

b – Accès pour les sages-femmes libérales

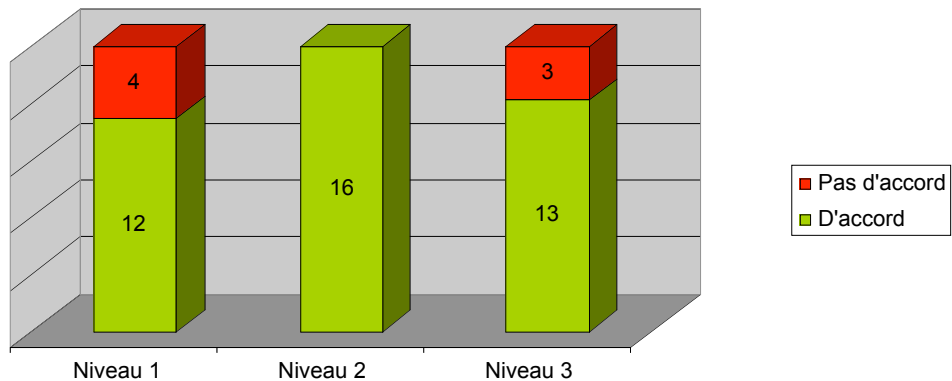
Un peu plus loin dans notre questionnaire, nous avons cherché à savoir si elles seraient d'accord pour aller travailler elles-mêmes en espace physiologique, et ce, dans n'importe quel niveau. Toutes celles ayant déjà eu accès à un plateau technique ou le souhaitant sont d'accord. Parmi les 19 qui ne souhaitaient pas accéder à un plateau technique classique, 6 seraient en revanche d'accord pour aller travailler en espace physiologique. Ceci aboutit donc au graphique global suivant :



Il est à noter que parmi les 13 n'étant pas d'accord, 7 réalisent des accouchements dont 1 à domicile, et les 6 autres ont déclaré ne pas avoir envie de pratiquer d'accouchements par manque de temps ou par manque d'assurance (trop chère ou impossible à obtenir).

Voyons maintenant si, parmi ces 16 sages-femmes d'accord, elles le seraient pour tout niveau :

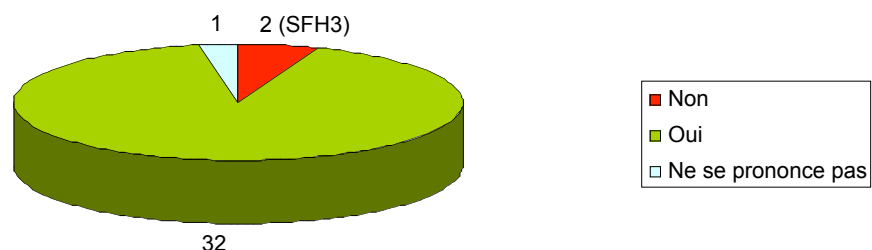
Fig. 12 : Désir des sages-femmes libérales d'accéder aux espaces physiologiques selon les niveaux de maternité



Signalons que parmi les 4 sages-femmes non d'accord pour aller en niveau 1, 2 étaient pourtant tout à fait d'accord pour que les espaces physiologiques s'ouvrent dans ce niveau. La raison invoquée pour ce refus est le manque de sécurité en niveau 1 selon elles. De même parmi les 3 non d'accord pour le niveau 3, 1 était tout à fait d'accord quant à l'ouverture dans ces niveaux. La raison invoquée est l'impossibilité de laisser une place suffisante à la physiologie. Au contraire, toutes les sages-femmes sont d'accord pour aller en niveau 2 alors qu'1 était plutôt pas d'accord pour l'ouverture.

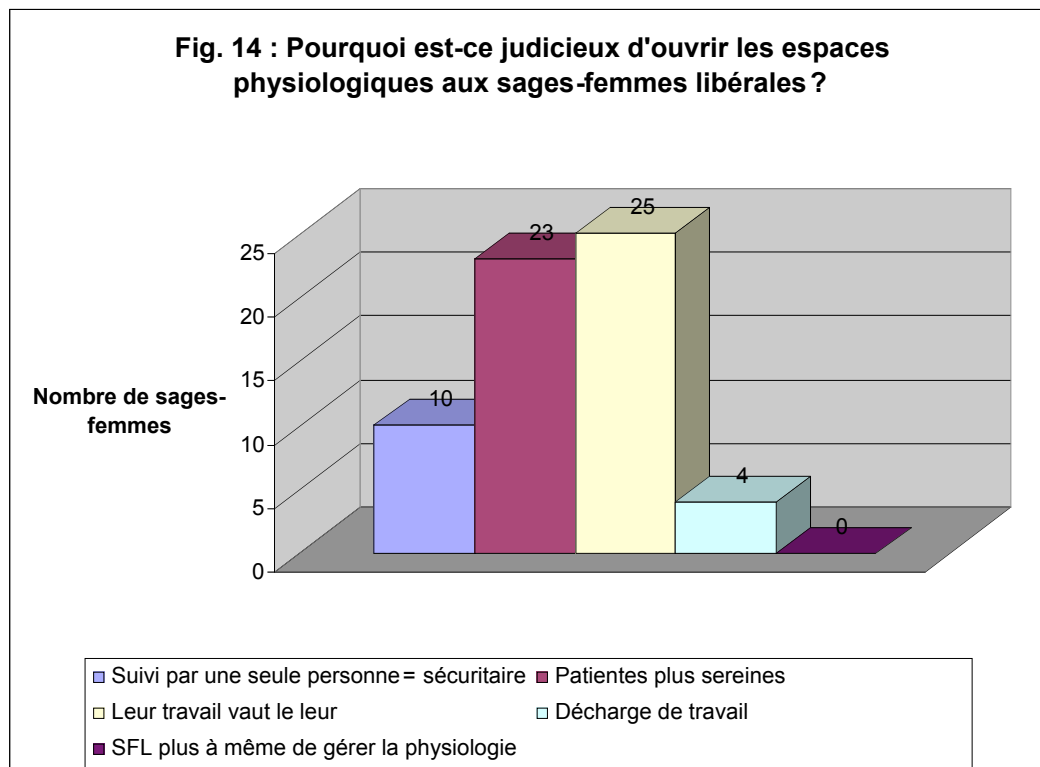
Un certain nombre d'entre elles sont donc d'accord pour aller accoucher les patientes suivies en accompagnement global sur les espaces physiologiques. Reste donc à savoir si les sages-femmes hospitalières sont favorables à cet accueil et pourquoi.

Fig. 13 : Les sages-femmes hospitalières sont-elles prêtes à accueillir les sages-femmes libérales en espaces physiologiques ?



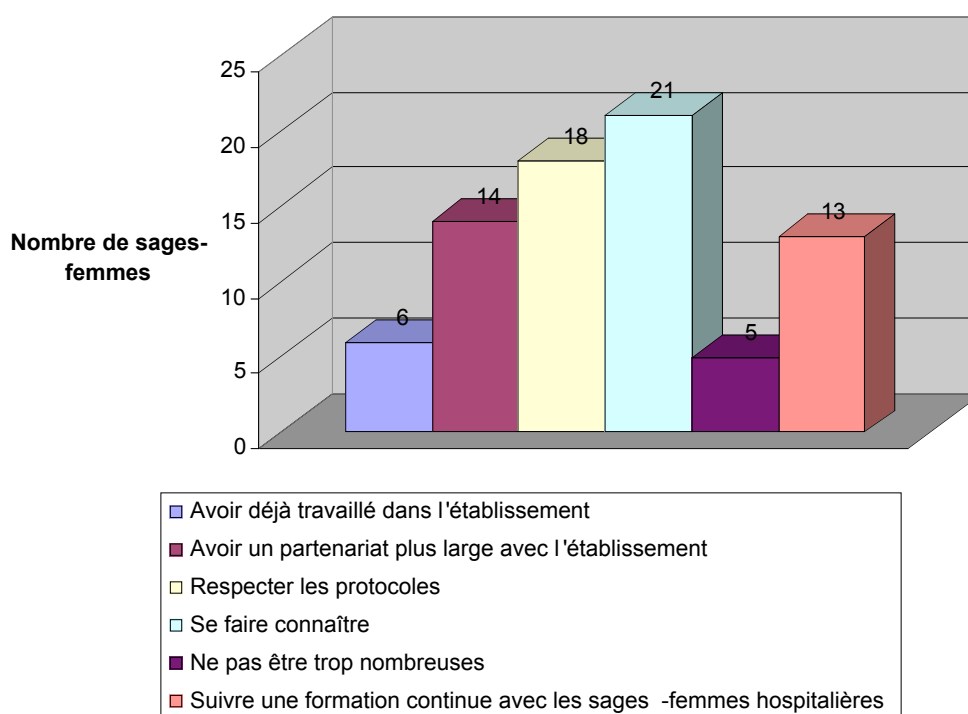
Les 2 sages-femmes pensant qu'il ne serait pas judicieux d'ouvrir les espaces aux sages-femmes libérales évoquent une surcharge de travail en cas d'indisponibilité de la sage-femme ayant suivi une patiente en accompagnement global. L'une d'elle pense que le suivi par une seule personne est moins sécuritaire, l'autre craint qu'elles ne respectent pas les protocoles et trouve qu'elles ne feraient pas partie intégrante du service.

Nous avons interrogé les sages-femmes favorables à leur venue sur les raisons qui font qu'elles pensent que c'est judicieux :



Nous avons cherché à savoir si elles poseraient des conditions à la venue des sages-femmes libérales.

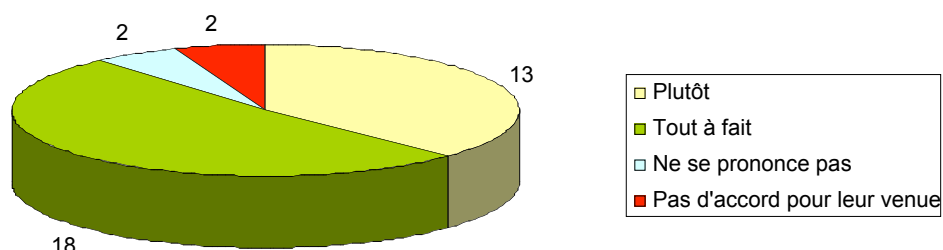
Fig. 15 : Conditions fixées par les sages -femmes hospitalières pour la venue des sages -femmes libérales



Les sages-femmes souhaitant qu'elles ne soient pas trop nombreuses fixent ce nombre à 3, 4, ou 5.

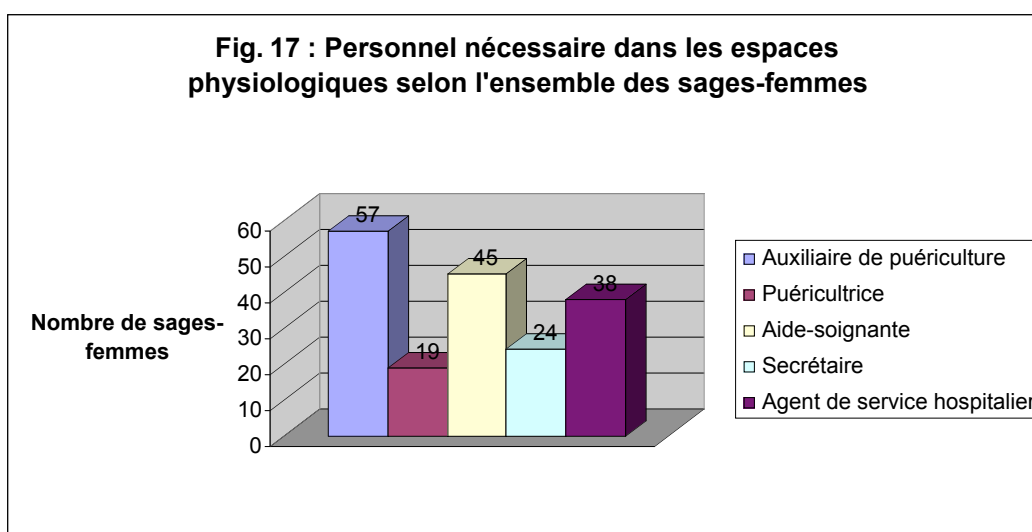
Outre leur accord pour la venue des sages-femmes libérales, il nous a également semblé essentiel de savoir si les sages-femmes hospitalières pensent qu'il sera facile ou non de travailler conjointement avec elles :

Fig. 16 : Serait-il facile aux sages-femmes hospitalières de travailler conjointement avec les sages-femmes libérales



c – Organisation

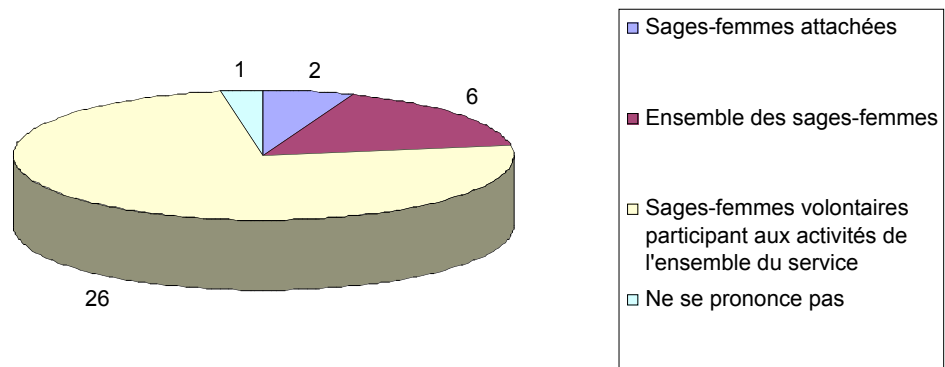
Etant donné le but de ce mémoire, qui est, rappelons-le d'évaluer la faisabilité de l'ouverture des espaces physiologiques, nous avons également par le biais de cette étude cherché à établir l'organisation et la gestion de ces espaces. Nous avons donc obtenu leur opinion sur la nécessité ou non des différents personnels cités dans le diagramme suivant.



Les réponses positives n'étaient pas significatives concernant la présence d'une puéricultrice ou d'une secrétaire mais l'étaient en revanche concernant les auxiliaires de puériculture, les aides-soignantes et les agents de service hospitalier. 3 sages-femmes ont également cité la présence d'un pédiatre, 1 celle d'un médecin référent faisant le lien entre la salle de naissance classique et l'espace, 1 celle d'un ostéopathe, et 1 celle d'un anesthésiste.

Toujours dans un objectif organisationnel, nous avons demandé aux sages-femmes hospitalières comment elles pensaient que devaient être organisés les gardes au sein de l'espace : toujours avec les mêmes sages-femmes ne travaillant que dans ce cadre, avec des sages-femmes volontaires continuant d'exercer également dans l'ensemble des services de la maternité, ou encore avec la totalité des sages-femmes. Leurs réponses sont exposées ci-après.

Fig. 18 : Opinion des sages-femmes hospitalières quant à l'organisation des gardes



Excepté pour les sages-femmes de niveau 1 dont nous avons déjà dit qu'elles n'étaient pas comparables aux autres significativement, ces résultats sont tous significatifs et nous permettent d'affirmer que les sages-femmes souhaitent que l'espace physiologique soit constitué de sages-femmes continuant de participer à l'activité de l'ensemble de la maternité.

47 sages-femmes pensent que les patientes désirant accoucher en espace physiologique devraient bénéficier d'un suivi de grossesse particulier. 43 pensent qu'elles devraient profiter de l'entretien prénatal du 4^{ème} mois, 46 de l'ensemble des séances de préparation à la naissance, 40 pensent que leur suivi doit être intégré au réseau. L'une d'elle évoque l'ensemble des consultations de grossesse que nous avons considérées comme évidentes et n'avions donc pas citées dans notre questionnaire, et une autre insiste en revanche sur le fait que l'accès à l'espace physiologique ne doit pas « être réservé à une élite ».

III – Analyse des résultats et discussion

A – Caractéristiques de la population interrogée

1 – Caractéristiques générales

Comme l'ont montré nos résultats, notre population était relativement homogène concernant la durée de pratique hospitalière des sages-femmes. Nous pouvons regretter sur le tard de ne pas avoir disposé d'autre élément de comparaison entre nos différentes catégories, tel l'âge par exemple, qui nous avait semblé dénué d'intérêt à l'élaboration de ce questionnaire. Cela nous aurait fourni un point de comparaison supplémentaire afin de vérifier l'homogénéité de la population enquêtée.

La figure 1 peut également nous faire réfléchir, même si nous n'avons pas de notion de p significatif, quant à l'expérience visiblement plus longue des sages-femmes au fur et à mesure que l'on descend de niveau de maternité. Rappelons que la notion de sécurité a été essentielle dans le déroulement de ce mémoire, on peut éventuellement supposer que les sages-femmes se sentent plus sûres d'elles au fil des années et réalisent que la qualité des soins dispensés ne dépend pas des moyens disponibles, mais bien de la répartition des patientes en fonction de leur niveau de risque.

2 – Caractéristiques propres aux sages-femmes libérales

Nous constatons que 13 sages-femmes libérales sur 29, soit près de la moitié, pratiquent des accouchements, dont 9 dans le cadre d'une activité parallèle à leur pratique quotidienne libérale. Nous avons avant d'entamer ce mémoire la notion que les sages-femmes libérales, hormis celles, rares, pratiquant l'accompagnement global, ne pratiquaient plus d'accouchements. Hors nous constatons positivement, au travers de ces résultats, que certaines d'entre elles font la démarche d'aller en pratiquer dans le cadre d'une activité supplémentaire à leur activité libérale. Il semble donc que la pratique des accouchements reste une

motivation des sages-femmes et ne serait pas un obstacle pour elles à la pratique de l'accompagnement global.

Nous avons également interrogé ces sages-femmes sur les raisons de leur installation en libéral. Les principales raisons sont la volonté d'une nouvelle orientation de carrière ou d'un changement de rythme. Ces résultats coïncident avec ceux obtenus par Marion Babin dans son mémoire de fin d'études de sages-femmes en 2005 [26]. En revanche celle-ci avait détaillé davantage les réponses proposées (refus de l'hyper technicité, contact privilégié, absence de stress, liberté des horaires, indépendance, envie de changer), ce qui aurait pu nous apporter plus de précisions quant aux motivations des sages-femmes.

Aucune d'entre elles n'a actuellement accès à un plateau technique pour y effectuer les accouchements des patientes suivies globalement. Les 4 ayant déjà eu cette possibilité ne l'ont plus pour les raisons que nous avons déjà évoquées dans les résultats.

B – Relation avec les patientes

Avant d'entamer ce mémoire, nous avions la notion que les couples se déclaraient majoritairement plus satisfaits par l'accompagnement global que par un suivi classique. La littérature et la conjoncture actuelle nous l'ont confirmé durant la rédaction. Nous nous sommes interrogées sur une éventuelle similitude concernant les sages-femmes. Le trop petit nombre de sages-femmes pratiquant l'accompagnement global dans notre échantillon ne nous a pas permis une analyse correcte de cette question, en revanche nous avons constaté que les sages-femmes libérales n'étaient pas plus satisfaites de la relation avec leurs patientes selon qu'elles pratiquaient ou non des accouchements. Nous pouvons donc indirectement supposer que ce n'est pas réellement la variable « globalité de l'accompagnement » qui satisfait plus les sages-femmes. En revanche, nous avons démontré que les sages-femmes libérales étaient significativement plus satisfaites de cette relation que les sages-femmes hospitalières. Nous pouvons supposer que cet état de fait est lié à la disponibilité plus importante des sages-femmes libérales pour leurs patientes, se trouvant plus à même de garantir une qualité humaine les satisfaisant, car moins contraintes par l'urgence quasi permanente des hôpitaux.

C – L’accompagnement global

Nous avons préféré introduire la notion d’accompagnement global auprès des sages-femmes en les interrogeant dans un premier temps sur le changement très fréquent d’interlocuteur au cours du suivi de grossesse. Les résultats sont significatifs et les sages-femmes pensent que ce changement est plutôt défavorable aux couples, aux patientes, et aux sages-femmes. La figure 4 nous montre même qu’aucune d’entre elles ne pense que le changement soit tout à fait favorable aux couples et aux patientes. Ceci nous révèle que c’est principalement pour les protagonistes principaux de la naissance, à savoir les futurs parents, que ces changements peuvent être négatifs. En revanche, nous voyons qu’elles sont tout de même un petit nombre à émettre que cela serait favorable pour les familles. Cet élément nous semble en réalité, après émission des résultats, plus anecdotique. L’accompagnement global est avant tout une histoire de couple, et nous pensons que la famille au sens plus large (largeur non définie dans notre étude, justement) ne pâtit ni ne profite de la présence ou non d’une seule et même personne au long de la grossesse puisqu’elle n’est concernée que « de l’extérieur ». En ce qui concerne les autres catégories de soignants, notons que plusieurs sages-femmes ont répondu que le changement ne change rien pour elles, et une a déclaré qu’il serait bon d’avoir leur opinion directe. Il ne s’agissait pas du réel objectif de cette enquête mais nous pensons qu’il serait effectivement judicieux d’interroger le reste du personnel, dont les conditions de travail pourraient être modifiées par la prise en charge globale de la naissance.

Parallèlement nous leur avons demandé ce qu’elles pensaient alors du suivi par une seule et même personne. Concrètement, nous nous sommes retrouvées face à 28 sages-femmes ayant coché au moins une réponse en faveur de l’accompagnement global et pas de réponse en sa défaveur, contre 24 ayant coché au moins une réponse en sa défaveur et pas de réponse en sa faveur. Les opinions des sages-femmes sont donc partagées sur ce point. Nous l’avons vu, chacun de ces 2 groupes comprenaient autant de sages-femmes libérales l’un que l’autre. Elles aussi sont donc partagées. Nous sommes bien conscients que la disponibilité demandée aux sages-femmes est l’un des obstacles majeurs à la prise en charge globale, mais tous les couples ne sont pas demandeurs actuellement, toutes les

sages-femmes n'ont donc pas à répondre à cette demande. Reste à voir tout de même ce qui empêche alors ces quelques sages-femmes, qui ne semblent pas rebutées par la disponibilité nécessaire, de pratiquer l'accompagnement global, ce que nous aborderons un peu plus tard dans cette analyse.

D – Les sages-femmes, gardiennes de l'eutocie ?

1 – Capacité des sages-femmes

Maîtriser la physiologie dans son ensemble nous paraît indispensable à la pratique de l'accompagnement global avec l'éventualité d'un accouchement en espace physiologique comme nous l'envisageons ici, et même simplement à la gestion d'accouchements dans un tel cadre en dehors du contexte de l'accompagnement global. Bien entendu, il est dans les compétences de la sage-femme de pratiquer et de surveiller la physiologie. Compte tenu cependant de nos formations actuelles, des compétences de plus en plus évoluées des sages-femmes en matière de grossesses pathologiques, et de la multiplicité de la technique lors de nos stages en tant qu'étudiantes, il nous apparaissait essentiel de vérifier si réellement les sages-femmes se sentent capables de gérer l'eutocie. Il apparaît, heureusement, que majoritairement elles s'en sentent tout à fait capables, et qu'à part 5 d'entre elles, elles sont toutes dans une réponse positive. Malgré tout cette réponse positive n'est pas optimale pour toutes. Nous pensons donc que des formations continues en ce sens semblent nécessaires aux sages-femmes souhaitant pratiquer dans le cadre des espaces physiologiques.

2 – Envie des sages-femmes

Il faut également avoir la réelle motivation d'accompagner les accouchements physiologiques afin que les couples profitent pleinement de ces compétences. Globalement, les sages-femmes ont cette envie, surtout si elles s'en sentent capables. Nous déplorons tout de même 13 réponses négatives, ce qui nous paraît surprenant compte tenu des compétences de la sage-femme, mais nous ne pouvons que remercier ces sages-femmes de leur honnêteté et espérer qu'elles

la conserveront si un jour la demande leur est faite de travailler en espace physiologique.

3 – Possibilité des services

Exceptées les sages-femmes exerçant en niveau 3, toutes semblent s'accorder sur la place insuffisante que les services peuvent prévoir pour la prise en charge de la physiologie. La solution optimale semble être la création d'un espace adapté à la prise en charge de la physiologie, dans le contexte sécuritaire de l'hôpital. Ceci peut être fait en profitant également de toutes les solutions qui peuvent se présenter pour favoriser la physiologie, telles celles formulées par les sages-femmes dans les résultats de notre enquête, notamment une préparation particulière pendant la grossesse, et le personnel et le matériel nécessaires et suffisants à une bonne gestion physiologique des accouchements.

E – Espaces physiologiques : la solution ?

1 – Ouverture

L'accès au plateau technique est peu répandu et une étudiante sage-femme s'est penchée sur les raisons de cet état de fait dans le cadre de son mémoire de fin d'études [27]. Les raisons invoquées à cet accès si peu répandu sont principalement le peu de collaboration des équipes sur place, la méconnaissance de la profession de sage-femme libérale. 60% d'entre elles préféreraient travailler en maison de naissance où elles n'auraient pas à aliéner leur indépendance professionnelle. En revanche, toutes ne sont pas prêtes à travailler dans ce genre de structures. Ainsi dans l'étude d'une autre étudiante [2], 55% des sages-femmes n'acceptant pas de travailler en maison de naissance avancent comme premier argument le manque de sécurité, et 15% pensent leurs compétences insuffisantes et se sentent rassurées par le plateau technique permettant des possibilités médicales, celles-ci n'étant pas précisées davantage dans l'étude. Enfin, une troisième étudiante sage-femme nous apprend que dans son étude [26], 14 sages-femmes lui ont répondu avoir envisagé de proposer l'accompagnement global aux

couples et ne pas le faire actuellement, dont 11 parce-qu'elles ne trouvent pas de plateau technique pour les accueillir. En outre, cet accès est la raison la plus incitatrice pour les sages-femmes de sa population à pratiquer l'accompagnement global, et 75,8% pensent que cette pratique est appelée à se développer en France. Ceci nous amène à la conclusion logique que les sages-femmes souhaitent accompagner des naissances dans un cadre particulièrement physiologique tout en conservant la sécurité de l'établissement hospitalier. Cela nous conforte dans l'idée que l'ouverture d'espaces physiologiques peut-être la solution optimale, d'autant plus que les sages-femmes interrogées ici sont globalement favorables à cette ouverture, quel que soit le niveau, même si certaines pensent qu'elle sera insuffisante à une gestion optimale de la physiologie.

2 – Accès pour les sages-femmes libérales

Les sages-femmes libérales sont, pour plus de la moitié, d'accord pour venir accoucher des patientes en espace physiologique, et ce, quel que soit le niveau, malgré quelques incohérences de leurs réponses avec celles qu'elles avaient eu concernant la possibilité d'ouverture. Une chose est sûre : elles seraient toutes d'accord pour aller en niveau 2. Il se trouve donc, comme nous l'avons déjà dit, des sages-femmes que l'idée de devoir être disponibles pour assurer l'accompagnement global des couples ne rebute pas. Ceci est d'autant plus positif qu'excepté deux sages-femmes de niveau 3 (évoquant entre autres l'idée que le suivi par une seule personne est moins sécuritaire, ce que nous avons réfuté en deuxième partie de ce mémoire), toutes les sages-femmes hospitalières sont d'accord pour accueillir les sages-femmes libérales, et pensent qu'il leur serait facile de travailler conjointement avec elles, car elles considèrent que leur travail vaut le leur et que les patientes seraient ainsi plus sereines. Elles souhaitent cependant que les sages-femmes libérales respectent les protocoles et se fassent connaître, et pour certaines qu'elles travaillent plus largement avec le service et suivent une formation continue avec elles. Nous pouvons regretter qu'elles évoquent le respect des protocoles, car les sages-femmes libérales non favorables à l'accès au plateau technique ne l'étaient pas à cause entre autres de ceux-ci, qu'elles trouvaient trop contraignants. Malheureusement nous n'avons pas permis

aux sages-femmes désireuses d'aller en espace physiologique d'exprimer leur avis sur la question, ou de notifier d'éventuelles conditions à leur venue. Cependant, si les protocoles sont adaptés à la prise en charge de patientes à bas risque (donc limités puisque, nous l'avons vu, une prise en charge optimale de celles-ci ne dépend pas d'une prise en charge importante en quantité de soins), nous pensons qu'ils ne devraient pas être un obstacle à la venue de sages-femmes libérales. Si l'aspect sécuritaire de ces protocoles est légitime, ils peuvent tout à fait être expliqués au couple par la sage-femme libérale et ainsi acceptés en connaissance de cause. Les réseaux prennent ici tout leur sens afin d'harmoniser les pratiques de chacun, de permettre un suivi continu et sécuritaire des patientes, et d'organiser des rencontres entre leurs membres hospitaliers et libéraux tout en entretenant leurs connaissances.

3 – Aspect organisationnel

a – Personnel nécessaire

Les espaces physiologiques nécessitent selon l'ensemble des sages-femmes la présence d'auxiliaires de puériculture, d'aides-soignantes et d'agents de service hospitaliers, comme c'est déjà le cas en salle de naissance classique. Nous souhaitons faire exprimer aux sages-femmes leur désir d'être soutenues ou non par la présence d'une deuxième sage-femme pour la même patiente, mais une erreur de formulation dans notre questionnaire nous a ôté cette possibilité.

Certaines sages-femmes évoquent la présence d'autres types de personnels soignants et nous souhaitons nous étendre un peu plus sur cette possibilité. 3 sages-femmes souhaitent la présence d'un pédiatre : celle-ci est fonction du niveau de maternité dans lequel se trouve l'espace physiologique. Les patientes y accouchant sont soumises aux mêmes contraintes que les patientes accouchant en salle de naissance classique. L'orientation s'y faisant également en fonction du niveau de risque cela permet une gestion optimale du risque. Une sage-femme propose la présence d'un ostéopathe : ceci est une possibilité à exploiter, il faudrait pour cela étudier les réels bénéfices pour les patientes d'une telle présence au moment de l'accouchement. Une autre demande la présence d'un

anesthésiste : étant donné le caractère eutocique de l'espace, il semblait au départ évident que ces patientes ne bénéficieraient pas d'analgésie et que seule l'urgence nécessiterait un transfert vers la salle de naissance classique où l'anesthésiste pourrait intervenir. Malgré tout, de nombreuses sages-femmes ont proposé, pour favoriser la physiologie, la possibilité d'analgésie péridurale ambulatoire. Nous avons, en première partie de ce mémoire, évoqué le fait que les patientes suivies en accompagnement global pouvaient aussi désirer une analgésie. De plus, la péridurale ambulatoire permet, tout en soulageant les patientes, de favoriser le travail en permettant la déambulation et toute autre activité susceptible d'améliorer la situation. Nous pensons donc finalement que cette idée n'est pas inintéressante et qu'il faudrait peut-être effectivement envisager la disponibilité (et non la présence permanente) d'un anesthésiste pour assurer ce type d'analgésie. Ceci serait à rediscuter au moment de la mise en place des espaces physiologiques sur les plateaux techniques.

b – Planification du travail

Les sages-femmes hospitalières s'accordent sur la nécessité que les sages-femmes travaillant dans l'espace soient volontaires. Ceci va dans le sens évoqué précédemment, à savoir que la motivation de la sage-femme est un aspect essentiel pour le couple, surtout dans le cas présent où il ne s'agira pas de couples suivis en accompagnement global puisque accouchant avec la sage-femme de garde. Mais le volontariat ne suffit pas, il faut aussi que ces sages-femmes continuent à travailler dans le reste des services de la maternité. Nous n'avons pas interrogé les sages-femmes plus en détails, mais nous supposons qu'elles estiment nécessaires de garder à l'esprit les habitudes du service et ses contraintes.

c – Suivi de grossesse

Etant donné la quasi unanimité des réponses à ce sujet, réponses auxquelles nous adhérons parfaitement étant donné l'élément « sécurité » développé en première partie de ce mémoire, nous ne nous étendrons pas sur le suivi de la grossesse. Contentons-nous de dire que les patientes, suivies ou non en accompagnement global, et désireuses d'accoucher dans le cadre de l'espace physiologique, devront bien entendu bénéficier de la totalité des consultations prénatales, ainsi que de l'entretien du 4^{ème} mois nouvellement mis en place en vue d'une correcte orientation selon leur niveau de risque, dans le cadre du réseau, ainsi que de l'ensemble des séances de préparation à la naissance. Les sages-femmes souhaitant accoucher leurs patientes dans le cadre de l'espace physiologiques doivent appartenir au réseau de leur région, et adhérer à ses pratiques.

Une sage-femme a souligné que l'accès à l'espace physiologique ne devait pas être réservé à une élite. Ceci est bien entendu vrai pour les patientes souhaitant accoucher en espace physiologique sans être suivies de façon globale. En revanche, Sophie Fanti a, dans le cadre de son mémoire de fin d'études de sages-femmes à Rennes en 1999, étudié la population suivie ainsi. Il en ressort qu'il s'agit majoritairement de femmes mariées de 32 ans, françaises, primipares, ayant fait des études supérieures, cadres moyennes, ne fumant pas, ayant une alimentation biologique et utilisant des médecines dites « douces ». Il s'agit donc déjà d'une population bien définie. En ce qui concerne les autres, il faut bien entendu tout faire pour leur permettre d'exprimer leurs souhaits concernant leur accouchement, et ce, au cours de ce nouvel entretien, pour ensuite les guider dans la réalisation de ce projet quel qu'il soit.

L'ouverture d'espaces physiologiques de naissance avec accès aux sages-femmes libérales en vue de favoriser l'accompagnement global de la grossesse physiologique semble donc tout à fait réaliste, ce que nous cherchions à démontrer au travers de ce travail.

Conclusion

Le contexte global de la périnatalité traverse une période de profonds changements, autant de la démographie des professionnels de santé, des attentes des patientes que des modalités de leur prise en charge. Cette dernière doit se faire de façon adaptée à chacune, en suivant une politique de gestion des risques grâce à la formalisation des pratiques au travers du développement des réseaux. Il s'agit là de développer une organisation collective au service de prises en charges individuelles.

La demande des patientes quant à l'accompagnement global est présente, mais les diverses réponses proposées actuellement ne sont pas suffisamment satisfaisantes, que ce soit du point de vue de l'utilisateur ou du professionnel.

Au travers de notre enquête, il était donc important de montrer que l'ouverture d'espaces physiologiques de naissance sur les plateaux techniques représentait une réponse adaptée aux attentes des patientes et des professionnels, comme aux exigences sécuritaires. Il s'agit à notre avis d'une nouvelle solution prometteuse, pleine d'avenir, et qui correspond à tous les points élémentaires de qualité, de sécurité, d'humanité et de proximité promus par le gouvernement.

Restent bien entendu à mettre en œuvre les moyens organisationnels et financiers nécessaires à la réalisation de cette proposition qui semble répondre aux attentes et aux besoins de tous. Nous souhaiterions que les arguments mis en avant dans ce mémoire puissent contribuer au développement de projets visant à la création d'espaces physiologiques de naissance.

Il s'agira ensuite d'évaluer les pratiques de ces espaces physiologiques en utilisant les données scientifiques validées. L'intégration de ces espaces dans le cadre du travail en réseau ville-hôpital devrait permettre d'évaluer la globalité de ces nouvelles organisations. Il sera nécessaire de réaliser une étude comparative sur plusieurs années, entre un grand nombre de patientes suivies ou non en

accompagnement global, ayant choisi ou non l'espace naissance et celles accouchant en salle de naissance classique par nécessité médicale.

Ceci contribuera peut-être à étendre cette pratique et à faire évoluer les trajectoires de prise en charge en périnatalité, tout en gardant à l'esprit que la solution idéale pour chaque naissance est de tenir compte des désirs de chaque couple et de leurs projets de naissance dans la mesure du possible.

Enfin, impliquer les sages-femmes dans la création et la gestion d'espaces physiologiques nécessite une importante évolution dans leur statut, leur conférant ainsi des responsabilités différentes. L'émergence de l'accompagnement global devra donc être accompagné de nouveaux changements en périnatalité, sur les traces de ceux qui ont lieu depuis ces dernières années...

Références bibliographiques

- [1] Guillaume S.
Projet d'organisation d'un plateau technique obstétrical hospitalier au sein d'un réseau de périnatalité
Thèse professionnelle présentée pour obtenir le grade de master spécialisé de l'école centre de Paris - 2005 - 56 p.
- [2] Van Acker C., Guinhut M.
Maisons de naissance, obstacles et réalités
Mémoire de fin d'études de sage-femme - Ecole Saint-Antoine - Paris - 2002 - 125 p
- [3] Baecher M.
L'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales
Les Dossiers de l'Obstétrique ; n°249 : pp.29-36 - avril 1997
- [4] Frydman R., Marpeau L.
Débat : Accouchement en 2003 : quelle médicalisation ?
Gynécologie, Obstétrique et Fertilité ; 31 : pp. 388-392 - 2003
- [5] Dreyfus M., Tissier I.
Le lieu d'accouchement – Constat et données scientifiques
Revue de santé publique 2000
- [6] Le Ray C. et al
Prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque : comparaison d'une maternité de type 1 et d'une maternité de type 3
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; volume 33 n° 1 : pp. 30-36 - 2004
- [7] Viossat P., Pons J.-C.
Maisons de naissance : revue de la littérature
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; volume 30 n° 7 : pp. 680-687 - 2001
- [8] Blondel B. et al
Enquête nationale périnatale : situation en 2003 et évolution depuis 1998
Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes, INSERM - U. 149
- [9] Institut des mamans
Violence envers les femmes et pratiques obstétricales
Non publié – enquête pour l'association Naissance et Citoyenneté - 2003

- [10] Département Consumer de Taylor Nelson Sofres
Etude auprès de 1000 mères de bébés âgés de 0 à 24 mois - sondage accouchement
Mai 2000
- [11] Hodnett E.D.
Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth
The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 4
- [12] Viossat P. et al
Pour ou contre les maisons de naissance : enquête auprès des praticiens du département de l'Isère
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ; volume 30 n° 7 : pp. 688-696 - 2001
- [13] Hundley V.A. et al
Midwife managed delivery unit : a randomised controlled comparison with consultant led care
BMJ ; volume 309 : pp. 1400-1404 - 1994
- [14] Lepigeon K.
Les fondations d'une maison de naissance
Mémoire de fin d'études de sage-femme - Ecole de Poissy - 2000 - 133 p.
- [15] Olivier S., Guidicelli B., Gamberre M.
L'accouchement à domicile
Revue Française de Gynécologie Obstétrique ; volume 89 n°10 : pp. 471-475 - 1994
- [16] Blanchot-Isola C.
Accoucher à domicile, en maison de naissance, sans obstétricien, progrès ou régression ?
Les Dossiers de l'Obstétrique ; n° 318 : pp. 3-5 - 2003
- [17] Dupuis O. et al
Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000
Gynécologie Obstétrique Fertilité ; n°30 : pp. 677-683 - 2002
- [18] Janssen P.-A. et al
Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia
Canadian Medical Association Journal ; volume 166 n°3 : pp. 315-323 - 2002

- [19] Van Hoof A.
Accompagnement global et plateaux techniques, un suivi peu répandu chez les sages-femmes libérales
Mémoire de fin d'études de sage-femme - Ecole Saint-Antoine - Paris - 2005 - 54 p.
- [20] Bellec S.
Sages-femmes libérales, suivi global et plateau technique, La France en 1996
Les Dossiers de l'Obstétrique ; n° 262 : pp. 14-22 - 1998
- [21] Waldenström U., Nilsson C.-A., Winbladh B.
The Stockholm Birth Centre Trial : maternal and infant outcome
British Journal of Obstetrics and Gynaecology ; volume 104 : pp. 410-418 - 1997
- [22] David M. et al
Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care
International Journal of Gynecology and Obstetrics ; n° 65 : pp. 149-156 - 1999
- [23] ANAES – Service évaluation des technologies
Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque foetal au cours de l'accouchement
Gynécologie Obstétrique et Fertilité ; n° 31 : pp. 393-396 - 2003
- [24] Hodnett E.D. et al
Home-like versus conventional institutional settings for birth
The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 4
- [25] Hodnett E.D. et al
Continuous support for women during childbirth
The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 4
- [26] Babin M.
L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales qui le pratiquent
Mémoire de fin d'études de sage-femme - Caen - 2005 - 72 p.
- [27] Masselot-Guir A.
Les plateaux techniques désertés
Profession sage-femme ; n° 115 : p. 36-39 - mai 2005

Bibliographie

Ouvrages

- Akrich M., Pasveer B.
Comment la naissance vient aux femmes, les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas
Collection « les empêcheurs de penser en rond » - 194 p. - 1^{ère} édition : mars 1996
- Chaumette P.
Parents et sage-femme : l'accompagnement global – Rencontres sur le chemin de la naissance
Editions Yves Michel - 190 p. - Dépôt légal : mars 2005
- Birman C.
Au monde, ce qu'accoucher veut dire. Une sage-femme raconte...
Editions de La Martinière - 349 p. - 2003

Articles

- Bardin Bedu C.
Démédicalisation : le point de vue d'une sage-femme expert
Les Dossiers de l'Obstétrique ; n° 113 : p. 16 - 1994
- Blondel B.
Organisation de la surveillance prénatale pour les femmes à bas ou haut risques. Bilan des études d'évaluation
www.sfmp.net Inserm U149
- David M. et al
Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care
International Journal of Gynecology and Obstetrics : n° 65 : pp. 149-156 - 1999
- Garite T. et al
Development and Experience of a University-Based, Freestanding Birthing center
Obstetrics and Gynecology : volume 86 n° 3 : pp. 411-416 - 1995
- Hundley V.-A. et al
Satisfaction and the three C's : continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care
British Journal of Obstetrics and Gynaecology ; volume 104 : pp. 1273-1280 - 1997
- Mamelle N.

Conclusions du rapport AUDIPOG « santé périnatale en 2001 »
La Santé Périnatale en péril : Résultats du réseau sentinelle AUDIPOG

- Maria B. et al
Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ;
n° 32 : pp. 606-616 - 2003
- Masselot-Guir A.
Etats généraux de la naissance : le diagnostic des professionnels
Profession Sage-Femme ; n°98 : pp. 4-7 - 2003
- Mignot S.
39% des femmes frustrées par leur accouchement
Profession Sage-Femme ; n° 103 : p. 14 - 2004
- Nizard J.
Accouchement à domicile : mythe ou modèle ?
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ;
n° 32 : pp. 623-624 - 2003
- Turnbull D.
Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care
The Lancet ; volume 348 : pp. 213-218 - 1996
- *Conclusions des Etats Généraux de la Naissance*
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction ;
n° 32 : pp. 599-605 - 2003
- *14 kilomètres pour accoucher*
Profession Sage-Femme ; n° 98 : p.12 - 2003

Textes officiels (ordre chronologique)

- *Charte des droits de la parturiente*
Résolution (doc. B2-712-86) présentée conformément à l'article 47 du règlement et votée par le Parlement Européen
Journal officiel des communautés européennes ; 8 juillet 1988
- Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
J.O. du 25 avril 1996
- Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale
J.O. n° 235 du 10 octobre 1998

- Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique
J.O. n° 235 du 10 octobre 1998
- Décret n° 99-596 du 15 juillet 1999 relatif à l'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique
J.O. du 16 juillet 1999
- Arrêté du 16 novembre 2001 modifiant l'arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance
J.O. du 28 novembre 2001
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
J.O. n° 54 du 5 mars 2002
- Arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2002
J.O. n° 105 du 5 mai 2002
- Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique
J.O. n° 294 du 18 décembre 2002
- Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
J.O. du 6 septembre 2003
- Bréart G., Puech F., Rozé J.-C.
Mission Périnatalité – Conclusions – 20 propositions pour une politique périnatale
Effectuée à la demande de M. le Professeur J.F. Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
- Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique
J.O. du 11 août 2005
- *Plan Périnatalité 2005 – 2007*
Humanité Proximité Sécurité Qualité
- Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

- Arrêté du 11 juillet 2005 relatif à la composition de la Commission nationale de la naissance
J.O. n° 175 du 29 juillet 2005
- Service des recommandations professionnelles de l’HAS
Préparation à la naissance et à la parentalité – Recommandations
Novembre 2005
- Hermange M.-T.
Périnatalité et Parentalité
Rapport remis le 25 février 2006, à Philippe BAS, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille,

Annexes

Annexe I

**Plaquette d'information destinée aux patientes,
éditée par le réseau Maternité en Yvelines**

Annexe II

Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

FICHE 1 : L'entretien prénatal du 4e mois

Nous développons la part qui paraît indispensable à une prévention des troubles de la relation parents-enfant et des dépressions parentales.

Les objectifs

Il s'agit globalement d'accrocher la confiance et/ou de maintenir la confiance dans le système, afin que les parents puissent mettre au monde l'enfant dans les meilleures conditions de sécurité émotionnelle, et qu'ils puissent faire appel ultérieurement si besoin.

Permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs questions, leurs craintes éventuelles : reprendre avec eux là où ils en sont du suivi médical (médico-social) et leurs antécédents médicaux dans leur aspect émotionnel explorer avec eux les points d'appui existants en se centrant sur la venue de l'enfant (ce qui n'est pas intrusif).

Entourage personnel.

Environnement professionnel (confiance ? perception des liens interprofessionnels selon les cas ?...).

Respecter et activer le réseau de proximité s'il existe et si cela a un sens pour le couple (médecin généraliste, pédiatre, autres selon les antécédents).

Aider à anticiper une continuité d'intervention de manière personnalisée.

Evoquer la possibilité d'autres acteurs en fonction des besoins exprimés, mais sans les introduire trop vite et après avoir consolidé les premiers liens.

Soutenir en direct la place des autres professionnels dans les cas difficiles.

Un état d'esprit :

Il est fondé sur des éléments de respect, hors duquel les parents ne pourront se confier.

La qualité de l'accueil lors du premier contact conditionnera la suite. Elle met en jeu la sécurité du professionnel qui reçoit (formation, acceptation de son rôle par l'ensemble des partenaires, connaissance personnalisée des référents d'autres disciplines...).

La confidentialité garantit la confiance des parents les plus vulnérables en particulier lorsque existe des problèmes affectifs ou des conduites culpabilisantes (toxicomanie, alcool etc.).

La rigueur dans les transmissions d'information concernant l'intimité (conditions de vie, éléments relationnels...), ce qui obéit à des principes à acquérir.

L'engagement relationnel auprès des femmes enceintes les plus en souffrance : rappeler, intensifier le suivi, etc.

Les conditions nécessaires à un bon exercice

Avoir bénéficié de formations adéquates, en particulier des formations en réseau donnant une bonne connaissance des divers acteurs (médical, social, psychiatrique, public et privé) : leurs besoins, leurs contraintes...

Avoir acquis la sécurité suffisante pour organiser la diversité des places professionnelles (ouvrir les relais, ne pas tout faire soi-même etc...).

Adhérer au réseau périnatal régional s'il existe, pour accélérer la connaissance mutuelle et pouvoir rendre compte aux moments utiles.

Etre soutenu par une reprise régulière avec un psychologue/psychiatre pour les cas difficiles.

Démarrer sur un terrain de manière expérimentale, avec quelques professionnels déjà sensibilisés et formés, pour valider une manière de faire, s'assurer de l'évolution par des retours d'information...

Evaluer à un ou deux ans par des questionnaires de satisfaction des familles et des acteurs concernés.

L'ensemble de ces critères doit permettre aux futurs parents de faire l'expérience :

- qu'ils pouvaient se confier ;
- qu'ils n'étaient pas jugés ;
- qu'on tenait compte de leurs dires pour ajuster les réponses ;
- que le professionnel tenait la route malgré la violence des confidences ;
- que le professionnel n'était pas seul ;
- que les divers acteurs se respectaient mutuellement à leur propos.

Cette expérience vécue constitue en soi une première sécurité. Elle est la condition pour ajuster l'intervention de spécialistes, et surtout pour que les parents osent faire appel après le retour à la maison, au lieu de se replier dans leur culpabilité si problème.

Il semble plus intéressant que cet entretien prénatal soit différencié de la préparation à la naissance qui débute plus tard dans la grossesse.

Il peut être limité si les futurs parents sont en sécurité (bon réseau préexistant) et ne présentent pas de vulnérabilité particulière.

Il doit pouvoir se répéter dans les cas difficiles, la sage-femme restant alors dans un rôle de coordination le temps nécessaire. Ce qui amène à discuter du statut administratif d'autres entretiens (consultations dans le cadre de grossesse à risque ?).

Dans les situations de vulnérabilité, il paraît essentiel que la sage-femme « coordinatrice » ait la possibilité de revoir la mère (les parents) en post-partum pour un véritable repérage du malaise qui pourrait anticiper une dépression, une pathologie du lien, un décalage dans l'investissement de l'enfant source de culpabilité et d'hyperprotection ultérieure... Si elle ne revoit pas elle-même, elle devrait s'assurer de l'existence d'un professionnel de confiance (médecin généraliste) dont la place devra être activée auprès de la famille, en particulier par une liaison personnalisée.

Annexe III

Extrait des recommandations professionnelles de l'HAS concernant la préparation à la naissance et à la professionnalité Novembre 2005

Conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien individuel ou en couple

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision.
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète)
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées
- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé
- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social

Principaux thèmes à aborder lors de l'entretien individuel ou en couple

- qui est la femme enceinte, le couple
- ce que la femme vit et a vécu
- ce qu'elle ressent
- ce qu'elle fait
- ce qu'elle sait
- ce qu'elle croit
- se sent-elle menacée et par quoi
- ce dont elle a envie
- ce qu'elle veut connaître et apprendre
- ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions

Les éléments de la synthèse sont les suivants :

- climat et tonalité de la rencontre (comportement)
- ce que la femme exprime de ses besoins, attentes, préoccupations, difficultés
- les besoins d'information et les compétences à développer par la femme ou le couple
- les difficultés et les facteurs de vulnérabilité
- les troubles somatiques, les difficultés psychologiques et sociales
- les orientations médicales et les dispositifs d'aide et d'accompagnement proposés
- les contacts pris avec les professionnels des champs sanitaire, social et médicosocial
- le suivi envisagé avec l'évaluation régulière de la situation à chaque étape de la PNP : amélioration des connaissances et des compétences parentales, utilité et efficacité des dispositifs mis en place
- les coordonnées de la ou des personnes qui occupent ou partagent la fonction de coordination

Annexe IV

Charte des droits de la parturiente

Journal officiel des communautés européennes, 8 juillet 1988

Le parlement européen :

A. conscient des efforts que déploie la Commission des Communautés européennes en vue de contribuer à ce que la vie de la femme se déroule dans les meilleures conditions possibles,

B. considérant que la méthode d'accouchement et la préparation à l'événement font, dans beaucoup d'Etats membres, l'objet de débats,

C. considérant que la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix,

D. considérant que la diminution de la mortalité périnatale qui touche tous les enfants et les parturientes en Europe s'explique en grande partie, et entre autres raisons, par l'assistance pré- et postnatale, par le type de traitement appliqué lors de l'accouchement et par les soins dispensés aux nouveau-nés, grâce aux progrès de la médecine, à la spécialisation croissante des médecins et à la formation appropriée des accoucheuses,

E. faisant toutefois part des vives inquiétudes que lui cause la mortalité élevée - qui, dans certains Etats membres, est encore en hausse - due au syndrome de mort subite des nourrissons, les bébés de 2 à 6 mois sur tout ce pour ces raisons essentielles que, d'une part, le corps médical sait, aujourd'hui encore, peu de chose au sujet des causes de cette affection et que, d'autre part, la plupart des parents en ignorent tout, quand bien même il s'agit en l'espèce de la cause principale de la mortalité post- natale,

F. estimant que les facteurs psychologiques jouent un rôle important lors de l'accouchement, dans la mesure où ils créent un climat de tension particulière selon le pays et selon la situation professionnelle, sociale et économique de la femme et de sa famille,

G. considérant que les facteurs culturels jouent un rôle important lors de l'accouchement et sont le reflet de la manière dont la société accueille le nouveau-né comme l'un de ses nouveaux membres,

H. exigeant que soit dispensé le traitement approprié à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement en fonction de ses besoins et de ses caractéristiques personnelles,

I. considérant que, même si la société a déployé des efforts considérables pour démystifier l'inquiétude au moment de l'accouchement, il semble persister un certain état psychologique de crainte ancestrale, qui s'explique par la persistance parallèle de risques pendant la grossesse et au moment de l'accouchement,

J. considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée,

K. considérant qu'aucune intervention chirurgicale (césarienne) ne doit être pratiquée lors des accouchements en milieu hospitalier, sauf en cas d'absolue nécessité,

Le parlement européen :

1. estime que l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile et lorsque les futurs pères et mères disposent d'une information appropriée et que chacun peut accéder gratuitement à une assistance prénatale, sur les plans préventif, médical, psychologique et social;

2. souhaite qu'une information appropriée et complète soit largement diffusée dans les centres de consultation médicale et centres hospitaliers sur l'assistance sociale dont peuvent bénéficier les futures mères en détresse.

3. demande à la Commission de prendre de nouvelles initiatives en vue d'arrêter une directive qui alignerait, autant que faire se peut, les dispositions législatives nationales relatives aux facilités prévues pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pour les parents sur les réglementations et les dispositions de l'Etat membre le plus avancé en la matière;

4. estime indispensable que les Etats membres procèdent en outre à une profonde révision et à un aménagement de l'ensemble de la législation relative à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement, aussi bien en ce qui concerne les services sociaux que l'équipement des centres médicaux et les soins dispensés aux nouveau-nés ;

5. estime insuffisante l'initiative de la Commission d'élaborer un code de conduite en matière de protection sociale de la maternité et demande qu'une directive soit consacrée à ce sujet;

6. déplore le nombre sans cesse croissant de césariennes pratiquées dans la Communauté;

7. déplore que le taux d'allaitement au sein soit si peu élevé dans certains Etats membres de la Communauté;

8. souligne la nécessité de mettre en place des centres de santé pour les femmes (sur le modèle des "Well Women Centres " p.e.) afin que ces dernières puissent avoir accès aux consultations et à une bonne médecine préventive.

9. demande en outre, à la Commission d'élaborer une proposition relative à une charte des droits de la parturiente, applicable dans tous les pays de la CEE, qui permette à toute femme enceinte d'obtenir une fiche médicale et de pouvoir ainsi choisir le pays, le lieu géographique et le centre où elle veut être traitée. Cette fiche, reprenant les droits de la parturiente, devra en outre assurer à la femme les prestations, services et droits suivants:

- une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesse et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après la grossesse,
- un diagnostic prénatal comprenant un test de floculation, une échographie et une amniocentèse gratuite et pratiquée sur une base volontaire, en accord avec la femme et conformément aux conseils du médecin,
- la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement, afin de connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sur le plan physique, ainsi que les techniques et les méthodes en usage,
- l'information, avant l'accouchement, au sujet des risques et des symptômes existants ainsi que des précautions et des médicaments à prendre - notamment ceux auxquels les services de santé assurent la gratuité -, ce en ce qui concerne les causes les plus importantes de mortalité postnatale, en général, et la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons, en particulier,
- le libre choix de l'hôpital et des modalités (position) de l'accouchement et de la façon d'allaiter et d'élever l'enfant,
- l'assistance appropriée lorsque la femme opte pour l'accouchement à domicile en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement,
- l'accouchement naturel, sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, si ce n'est pour des raisons absolument impérieuses et justifiées par l'état de la parturiente et de l'enfant à naître, le recours à la césarienne en cas d'absolue nécessité, la présence, si la parturiente le souhaite, d'une personne choisie parmi le couple, les parents ou les amis, avant, pendant et après l'accouchement, le droit pour la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements,
- la possibilité pour la mère d'avoir son enfant à ses côtés pendant la période d'allaitement et de le nourrir selon ses propres exigences, plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux,
- le libre choix pour la parturiente de permettre d'utiliser son lait maternel pour d'autres nouveau-nés,
- la possibilité pour les membres de la famille de rendre visite à la mère et au nouveau-né, sans compromettre pour autant les soins à dispenser au nouveau-né,
- le droit à une période de congé suffisante pendant l'allaitement pour la femme qui travaille et la mise en place généralisée d'un horaire flexible,
- l'installation de salles de pédiatrie dûment équipées et disposant d'un personnel compétent pour les prématurés, dans les maternités elles-mêmes,
- un livret médical qui permette à la femme enceinte de bénéficier de soins dans tous les pays de la Communauté,
- certaines facilités, comme des interprètes pour les femmes enceintes allochtones, afin que ces dernières puissent bénéficier également des dispositions prévues ci-dessus.

10. demande aux Etats membres de laisser aux parturientes la faculté d'accoucher anonymement et, si nécessaire, d'inscrire les nouveau-nés à l'état civil sans qu'il soit fait mention des ascendants ou en tenant leur identité secrète;

11. invite les Etats membres à protéger la parturiente en déclarant irrecevables toute demande de saisie de l'habitation, des meubles et des biens personnels ou toutes autres mesures exécutoires y afférentes, dans un délai de huit,

12. demande en outre aux Etats membres d'adopter les mesures appropriées en vue de favoriser la nomination de femmes médecins et la formation d'accoucheuses en mesure de s'occuper des femmes pendant la grossesse lors de l'accouchement et dans la période qui suit,

b) de favoriser et de financer les recherches sur les causes de la stérilité chez la femme et chez l'homme, y compris les causes liées à l'environnement et à l'activité industrielle,

c) d'organiser des campagnes d'information pour attirer l'attention du public sur le danger de l'utilisation de médicaments pendant la grossesse,

d) de mettre en œuvre le programme AIM (informatique médicale avancée en Europe) en vertu duquel il convient de consulter les organisations de médecins et de patients en tant qu'utilisateurs et consommateurs,

e) de diffuser toute la réglementation existant au niveau communautaire, ainsi que toute proposition émanant des institutions de la Communauté, et plus particulièrement les résolutions adoptées par le Parlement européen sur l'harmonisation des législations des Etats membres relatives aux préparations pour les nouveau-nés et aux laits de substitution,

f) de représenter aux partenaires sociaux qu'ils sont tenus de respecter strictement la convention 103 de l'OIT sur la protection de la maternité dans le milieu professionnel, en général, et en ce qui concerne l'interdiction de licenciement et l'affectation des travailleuses enceintes ou allaitantes à des tâches appropriées à leur état, en particulier.

13. demande à la Commission de mener une étude approfondie sur les causes de la mortalité infantile et maternelle dans la Communauté, notamment sur la pauvreté, la mauvaise santé et l'état des logements, d'accorder, à cet égard, une attention particulière à la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons ainsi qu'à l'état actuel de l'étiologie de cette affection de lui faire rapport sur ses conclusions en précisant ce qu'elle propose quant aux moyens de soutenir au mieux les recherches dans ce domaine ;

14. charge son président de transmettre la présente résolution à la commission et au Conseil, à l'OMS, au Conseil de l'Europe et aux gouvernements des Etats membres

Annexe IV

Lettre de présentation de l'enquête, accompagnant l'envoi des questionnaires aux sages-femmes

Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines
U.F.R. Médicale Paris Ile-de-France
Ecole de Sages-Femmes Jeanne SENTUBERY
Centre hospitalier intercommunal de Poissy/Saint-germain-en-Laye
Hôpital de Poissy – BP 3082
78303 Poissy CEDEX

DESPRES Lucie
ESF4
Mail : l.despres@laposte.net

Madame,

Etudiante sage-femme en 4^{ème} année, je réalise, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, une enquête auprès des sages-femmes libérales et hospitalières du département afin de recueillir leur opinion concernant l'ouverture des espaces physiologiques de naissance.

Je vous serais reconnaissante, dans cette optique, de consacrer quelques minutes à répondre au questionnaire qui suit. Celui-ci est par ailleurs totalement anonyme.

Les résultats globaux pourront vous être communiqués sur demande.

Vous remerciant par avance,

Cordialement

Lucie DESPRES

Annexe V

Questionnaire à l'attention des sages-femmes hospitalières des Yvelines (niveau 1.2.3)

(Cochez les cases correspondantes)

A - Votre activité de sage-femme

1) Depuis quelle année possédez-vous votre diplôme de sage-femme ?

.....

2) Depuis quelle année exercez-vous en secteur hospitalier ?

.....

3) Si vous avez déjà travaillé dans un autre secteur, était-ce ?

(Plusieurs réponses possibles)

☐ En PMI

☐ En clinique privée

☐ En libéral

☐ Autre (précisez :

.....)

4) Globalement, êtes-vous suffisamment **satisfaite** de la relation que vous entretenez avec vos patientes ?

(Une seule réponse possible)

☐ Non, pas du tout

☐ Plutôt pas

☐ Plutôt

☐ Oui, tout à fait

B - Espaces physiologiques de naissance

5) Vous sentez-vous capable de gérer la physiologie dans son ensemble ?
(1 seule réponse possible)

☐ Non, pas du tout

☐ Plutôt pas

☐ Plutôt

☐ Oui, tout à fait

6) En avez-vous envie ?
(1 seule réponse possible)

☐ Non, pas du tout

☐ Plutôt pas

☐ Plutôt

☐ Oui, tout à fait

7) Pensez-vous que l'actuelle organisation et activité du service vous le permettent ?
(1 seule réponse possible)

☐ Non, pas du tout

☐ Plutôt pas

☐ Plutôt

☐ Oui, tout à fait

8) Donnez 3 mots ou expressions qui vous viennent à l'esprit pour une gestion plus physiologique de l'accouchement.

Exemple : ballons, déambulation...

.....
.....
.....
.....
.....

9) Pensez-vous qu'ouvrir un espace physiologique de naissance (une sage-femme/une patiente) favoriserait la prise en charge des accouchements eutociques ?

(1 seule réponse possible)

- ☐ Non, cette prise en charge est déjà optimale
- ☐ Non, cela ne changerait rien
- ☐ Oui, cela changerait les choses mais ne suffirait pas
- ☐ Oui, cela permettrait une prise en charge optimale de la physiologie

10) Selon vous, ces patientes devraient-elles bénéficier d'un suivi de grossesse particulier ?

- ☐ Oui ► Répondez à la question suivante.
- ☐ Non ► Passez directement à la question 12

11) Ce suivi devrait-il obligatoirement comporter :

L'entretien du 4^{ème} mois

L'ensemble des séances de préparation de la naissance

L'intégration au réseau de soins

Oui	Non

12) Pensez-vous que les gardes de l'espace naissance devraient être organisées :

(1 seule réponse possible)

- ☐ Uniquement avec des sages-femmes **attachées** à l'espace physiologique
- ☐ Avec **l'ensemble** des sages-femmes de la maternité
- ☐ Uniquement avec des sages-femmes **volontaires** participant également à l'ensemble des **autres activités** hospitalières

13) Quel type de personnel y serait selon vous nécessaire ?
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Auxiliaire de puériculture
- ☐ Puéricultrice
- ☐ Aide-soignante
- ☐ Secrétaire
- ☐ ASH
- ☐ Autre :

C - Accompagnement global de la naissance

14) Pensez-vous que le changement d'interlocuteur à chaque étape de la prise en charge soit favorable :
(Cochez une seule case par ligne)

	Tout à fait défavorable	Plutôt défavorable	Plutôt favorable	Tout à fait favorable	Ne change rien
A la patiente					
Au couple					
A la famille					
A la sage-femme					
Aux autres catégories de soignants					

15) Pensez-vous que conserver une seule et même sage-femme à chaque étape de la grossesse soit ?
(aucune ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ Normal
- ☐ Sécuritaire
- ☐ Excessif
- ☐ Impossible à réaliser compte tenu de l'investissement personnel nécessaire

16) Pensez-vous qu'il serait judicieux de permettre aux sages-femmes libérales de venir accoucher leurs patientes dans l'espace physiologique ?

☐ Oui ► Répondez aux questions suivantes sauf la 20.

☐ Non ► Passez directement à la question 20

17) Pourquoi ?

(Plusieurs réponses possibles)

☐ Car le suivi par une seule personne vous paraît sécuritaire

☐ Car les patientes seraient plus sereines

☐ Car vous estimez que leur travail vaut le vôtre

☐ Car cela vous déchargerait d'une surcharge de travail

☐ Car vous estimez qu'elles sont plus à même de gérer la physiologie

18) Poseriez-vous des conditions à leur venue ?

(Plusieurs réponses possibles)

☐ Aucune

☐ D'avoir déjà travaillé dans le service

☐ D'un partenariat plus large avec l'hôpital

☐ De respect des protocoles du service

☐ De les connaître

☐ Qu'elles ne soient pas trop nombreuses (Précisez une limite supérieure que vous fixeriez :)

☐ De suivre une formation continue ensemble

19) Pensez-vous qu'il vous serait facile de travailler conjointement avec elles ?
(1 seule réponse possible)

☐ Non, pas du tout

☐ Plutôt pas

☐ Plutôt

☐ Oui, tout à fait

Ne répondez pas à la question 20

20) Pourquoi ne vous paraît-il pas judicieux de leur permettre cet accès ?
(Plusieurs réponses possibles)

☐ Car le suivi par une seule personne vous paraît moins sécuritaire

☐ Car elles ne font pas partie intégrante de l'équipe hospitalière

☐ Car vous craignez une surcharge de travail si elles ajoutent leurs patientes et que celles-ci doivent être transférées au bloc obstétrical ou en cas d'indisponibilité de la sage-femme

☐ Car vous craignez un non-respect des protocoles du service

☐ Autre :

.....
.....

Merci d'avoir consacré un peu de votre temps à ces réponses

Annexe VI

Questionnaire à l'attention des sages-femmes libérales des Yvelines

(Cochez les cases correspondantes)

A - Votre activité de sage-femme

1) Depuis quelle année possédez-vous votre diplôme de sage-femme ?

.....

2) Depuis quelle année exercez-vous en libéral ?

.....

3) Exercez-vous :

(1 seule réponse possible)

☐ Toujours seule

☐ En cabinet avec plusieurs sages-femmes (précisez le nombre : ...)

☐ Associée à d'autres sages-femmes travaillant en cabinet
individuel (précisez le nombre :)

4) Avez-vous déjà travaillé dans un autre secteur ?

(Plusieurs réponses possibles)

En hôpital public

En clinique privée

En PMI

Autre (précisez :)

Oui	Non

5) Quelles raisons ont motivé votre départ de l'hospitalier au libéral ?

(Plusieurs réponses possibles. Si vous n'êtes pas concernée par cette situation, passez
directement à la question 6)

☐ Souhait d'un changement de rythme

☐ Relations intra-équipe

☐ Volonté d'une nouvelle orientation de carrière

☐ Autre (précisez :)

6) Quelles activités pratiquez-vous ?

	Oui	Non
L'entretien du 4 ^{ème} mois		
Consultations prénatales		
Suivi à domicile de grossesses pathologiques		
Séances de préparation de la naissance		
Accouchements à domicile		
Accouchements en plateau technique		
Suites de couches à domicile		
Rééducation périnéale		

7) Globalement, êtes-vous suffisamment **satisfaite** de la relation que vous entretenez avec vos patientes ?

(Une seule réponse possible)

☐ Non, pas du tout

☐ Plutôt pas

☐ Plutôt

☐ Oui, tout à fait

B - Espaces physiologiques de naissance

8) Vous sentez-vous capable de gérer la physiologie dans son ensemble ?

(1 seule réponse possible)

☐ Non, pas du tout

☐ Plutôt pas

☐ Plutôt

☐ Oui, tout à fait

9) En avez-vous envie ?

(1 seule réponse possible)

☐ Non, pas du tout

☐ Plutôt pas

☐ Plutôt

☐ Oui, tout à fait

10) Pensez-vous que l'activité actuelle des établissements hospitaliers permette une **gestion optimale des accouchements eutociques** ?

(1 seule réponse possible)

☐ Non, pas du tout

☐ Plutôt pas

☐ Plutôt

☐ Oui, tout à fait

11) Pensez-vous qu'ouvrir un espace physiologique de naissance (une sage-femme/une patiente) favoriserait la prise en charge des accouchements eutociques ?

(1 seule réponse possible)

☐ Non, cette prise en charge est déjà optimale

☐ Non, cela ne changerait rien

☐ Oui, cela changerait les choses mais serait insuffisant

☐ Oui, cela permettrait une prise en charge optimale de la physiologie

11) Selon vous, ces patientes devraient-elles bénéficier d'un suivi de grossesse particulier ?

☐ Oui ► Répondez à la question suivante.

☐ Non ► Passez directement à la question 11

12) Ce suivi devrait-il obligatoirement comporter ?

L'entretien du 4^{ème} mois

L'ensemble des séances de préparation de la naissance

L'intégration au réseau de soins

Oui	Non

13) Dans quels niveaux de maternité pensez-vous que ce type de structure puisse s'ouvrir ? (Cochez une seule case par ligne)

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Niveau 1				
Niveau 2				
Niveau 3				

14) Quel type de personnel y serait selon vous nécessaire ?
(Plusieurs réponses possibles)

☐ Auxiliaire de puériculture

☐ Puéricultrice

☐ Aide-soignante

☐ Sage-femme

☐ Secrétaire

☐ ASH

☐ Autre :

C - Accompagnement global de la naissance

15) Pensez-vous que le changement d'interlocuteur à chaque étape de la prise en charge soit favorable ?

(Cochez une seule case par ligne)

	Tout à fait défavorable	Plutôt défavorable	Plutôt favorable	Tout à fait favorable	Ne change rien
A la patiente					
Au couple					
A la famille					
A la sage-femme					
Aux autres catégories de soignants					

16) Pensez-vous que conserver **une seule et même sage-femme** à chaque étape de la grossesse soit :

(aucune ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ Normal
- ☐ Sécuritaire
- ☐ Excessif
- ☐ Impossible à réaliser compte tenu de l'investissement personnel nécessaire

17) Avez-vous ou avez vous déjà eu **accès**, en tant que sage-femme libérale, aux salles de naissance d'un hôpital pour y accoucher des patientes que vous auriez suivies en accompagnement global ?

- ☐ Oui ► merci de préciser le nombre d'accouchements annuels que vous faites ou faisiez en moyenne :

Répondez à la question suivante.

- ☐ Non ► Passez à la question 18

18) En pratiquez-vous encore ?

- ☐ Oui ► Passez à la question 20
- ☐ Non ► Répondez à la question suivante

19) Pourquoi ?

(1 ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ Mauvais accueil des équipes sur le plateau technique
- ☐ Rupture de la convention de la part de l'établissement
- Merci d'en préciser brièvement la raison.....
- ☐ Impossibilité du respect de la physiologie
- ☐ Protocoles trop contraignants pour votre pratique
- ☐ Manque de temps
- ☐ Pas suffisamment rémunérateur pour votre pratique de sage-femme
- ☐ Problème d'assurance en responsabilité civile :
 - ☐ trop chère
 - ☐ impossible à obtenir
- ☐ Plus envie (si la raison diffère d'une case cochée précédemment, merci de préciser :)

Passez à la question 20

20) Le souhaiteriez-vous ?

- ☐ Oui ► Passez à la question 20
- ☐ Non ► Répondez à la question suivante

21) Pourquoi ?

(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Crainte d'un mauvais accueil des équipes sur le plateau technique
- ☐ Impossibilité du respect de la physiologie
- ☐ Protocoles trop contraignants pour votre pratique
- ☐ Manque de temps
- ☐ Pas suffisamment rémunérateur pour votre pratique de sage-femme
- ☐ Problème d'assurance en responsabilité civile :
 - ☐ trop chère
 - ☐ impossible à obtenir
- ☐ Pas envie (si la raison diffère d'une case cochée précédemment, merci de préciser :)

22) Si un espace physiologique de naissance **s'ouvrait à vous** dans un hôpital du département, seriez-vous prête à y travailler conjointement avec des sages-femmes du service, chacune gérant le travail de ses patientes à sa façon et à son rythme ?

- ☐ Oui ► Passez directement à la question 22
- ☐ Non ► Répondez à la question suivante

23) Pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ne répondez pas à la question 22

- 24) Classez par ordre de préférence le niveau de maternité dans lequel vous **accepteriez** d'aller accoucher vos patientes dans ces conditions
(1 à 3 réponses possibles)

1^{er} :
2^{ème} :
3^{ème} :

Motivez un éventuel refus concernant un niveau :

.....
.....
.....

Merci d'avoir consacré un peu de votre temps à ces réponses

Table des matières

Introduction	p. 7
1^{ère} partie L'organisation périnatale	p.8
I – Etat des lieux de la périnatalité en France au début du XXI^{ème} siècle	p.9
A – Contexte démographique	p.9
1 – Epidémiologie des naissances	p.9
2 – Epidémiologie des professionnels de la naissance	p.10
B – Aspect social	p.11
1 – Emergence des associations de parents	p.11
2 – Etats généraux de la naissance	p.11
C – Contexte politique	p.13
1 – Mission périnatalité	p.13
2 – Plan Périnatalité 2005-2007	p.14
II – L'émergence des réseaux	p.16
A – Historique	p.16
B – Evolution au travers des textes de loi	p.17
III – Place à accorder à la gestion des risques	p.19
A – La gestion du risque avéré, une première étape	p.19
B – L'apport des réseaux	p.21
1 – L'entretien du 4 ^{ème} mois	p.21
2 – Orientation des patientes	p.22
3 – Continuité des soins	p.23

2^{ème} partie L'accompagnement global	p.24
I – A propos de l'accompagnement global	p.25
A – Définition	p.25
B – Pourquoi l'accompagnement global	p.25
1 – Pour la satisfaction des patientes	p.25
2 – Pour les sages-femmes	p.26
3 – Pour la sécurité	p.27
II – Etat des lieux des pratiques	p.28
A – A l'étranger	p.28
B – En France	p.30
1 – Les maisons de naissances, rêve ou réalité ?	p.30
2 – Naissances à domicile, une pratique encore peu usitée	p.33
3 – Les cliniques privées, un substitut de l'accompagnement global ?	p.34
4 – L'accès au plateau technique pour les sages-femmes libérales : une alternative à explorer	p.35

3^{ème} partie L'espace physiologique, une solution ? p.37

I – Généralités p.38

A – Définition p.38

B – Aspect sécuritaire p.38

C – Nécessités organisationnelles p.39

II – Enquête : Etude de la faisabilité de l'ouverture des espaces physiologiques aux sages-femmes libérales p.41

A – Matériel et Méthodes p.41

1 – Objectifs p.41

2 – Recueil de données p.41

3 – Biais de l'étude p.43

4 – Tests statistiques p.43

B – Résultats p.44

1 – Caractéristiques générales de la population p.44

2 – Caractéristiques spécifiques aux sages-femmes libérales p.46

3 – Relation avec les patientes p.47

4 – L'accompagnement global p.48

5 – Les sages-femmes et l'eutocie p.50

a – Leur capacité p.50

b – Leur envie p.51

c – Les possibilités des services de maternité p.52

d – Comment favoriser la physiologie ? p.53

6 – Les espaces physiologiques p.53

a – Ouverture p.53

b – Accès pour les sages-femmes libérales p.55

c - Organisation p.59

III – Analyse des résultats et discussion	p.61
A – Caractéristiques de la population	p.61
1 – Caractéristiques générales	p.61
2 – Caractéristiques propres aux sages-femmes libérales	p.61
B – Relation avec les patientes	p.62
C – L’accompagnement global	p.63
D – Les sages-femmes, gardiennes de l’eutocie ?	p.64
1 – Capacité des sages-femmes	p.64
2 – Envie des sages-femmes	p.64
3 – Possibilité des services	p.65
E – Espaces physiologiques : la solution ?	p.65
1 – Ouverture	p.65
2 – Accès pour les sages-femmes libérales	p.66
3 – Aspect organisationnel	p.67
a – Personnel nécessaire	p.67
b – Planification du travail	p.68
c – Suivi de grossesse	p.79
 Conclusion	 p.70
 Références bibliographiques	 p.72
 Bibliographie	 p.75
 Annexes	 p.79



Futurs parents cherchent sage-femme pour suivi global :
quelles possibilités dans le système périnatal actuel ?

Les couples sont demandeurs d'un accompagnement plus humain pour la naissance de leurs enfants. L'accompagnement global de la naissance peut être une réponse adaptée à cette demande.

Quelle place le système de santé peut-il accorder actuellement à ce type de suivi ?

Ce mémoire décrit l'évolution de l'organisation périnatale en ce début du XXI^{ème} siècle. Il met en avant la gestion du risque dans le cadre des réseaux de santé, en tenant compte du contexte démographique, social et politico-législatif contemporain. La littérature nous a permis de constater et d'évaluer les différentes possibilités et conditions offertes aux couples désireux de cet accompagnement.

L'ouverture d'espaces physiologiques de naissance aux sages-femmes libérales est une nouvelle réponse, respectant à la fois les désirs des usagers et des soignants et les exigences nécessaires à la gestion des risques.

L'objectif de l'enquête est d'évaluer la faisabilité de ce projet au travers de l'opinion des sages-femmes libérales et hospitalières.

Mots-clés :

Accompagnement global de la naissance, Espace physiologique de naissance, Gestion du risque

