

## Transcription de l'atelier 19

### Travaux d'étudiant(e)s

États généraux de la naissance  
Châteauroux, le 24 septembre 2006

Président : Paul CESBRON, gynécologue-obstétricien, président de la Société d'histoire de la naissance

Intervenantes :

- Lucie DESPRES, sage-femme
- Anne CHANTRY, sage-femme
- Jacqueline LAVILLONNIÈRE, sage-femme, présidente de l'UNSSF, pour Mathilde MUNIER

Contenu :

<a href="#">[Présentation par Anne Chantry de son mémoire <i>Sage-femme et recherche, deux univers qui se découvrent</i>]</a> .....	2
<a href="#">[Présentation et contexte du mémoire]</a> .....	2
<a href="#">[Qu'est-ce que la recherche périnatale, sa place dans la formation des sages-femmes]</a> .....	3
<a href="#">[Plan du mémoire]</a> .....	4
<a href="#">[Conclusion]</a> .....	6
<a href="#">[Questions et témoignages du public]</a> .....	6
<a href="#">[Présentation par Lucie Després de son mémoire <i>Futurs parents cherchent sage-femme pour suivi global : quelles possibilités dans le système périnatal actuel ?</i>]</a> .....	8
<a href="#">[Contexte et évolution du sujet du mémoire]</a> .....	8
<a href="#">[Méthode]</a> .....	9
<a href="#">[Résultats]</a> .....	9
<a href="#">[Perspectives]</a> .....	9
<a href="#">[Projet concret]</a> .....	9
<a href="#">[Conclusion de Lucie Després]</a> .....	10
<a href="#">[Présentation par Jacqueline Lavillonnière du mémoire de Mathilde Munier <i>Accompagnement global avec accouchement à domicile en France de 1997 à 2001</i>]</a> .....	10
<a href="#">[Ce qu'est l'accompagnement global]</a> .....	10
<a href="#">[Pourquoi ce mémoire]</a> .....	11
<a href="#">[Méthodologie]</a> .....	11
<a href="#">[Exclusion des hauts risques]</a> .....	11
<a href="#">[Niveau socioéconomique de la population concernée par le suivi global]</a> .....	12
<a href="#">[Sur les antécédents de grossesse à risque]</a> .....	13
<a href="#">[Date de première consultation]</a> .....	14
<a href="#">[Nombre d'échographies]</a> .....	14
<a href="#">[Pourcentage de non hospitalisation]</a> .....	14
<a href="#">[Préparation à la naissance]</a> .....	14
<a href="#">[Suivi du travail]</a> .....	15
<a href="#">[Accompagnement du travail]</a> .....	15
<a href="#">[Travail dirigé]</a> .....	15

<a href="#">[Stagnation du travail]</a> .....	16
<a href="#">[Terme de l'accouchement]</a> .....	16
<a href="#">[Démarrage du travail]</a> .....	16
<a href="#">[Présentations du bébé]</a> .....	17
<a href="#">[Voies basses spontanées et interventions voies basses]</a> .....	17
<a href="#">[Anesthésie]</a> .....	17
<a href="#">[Hémorragies]</a> .....	18
<a href="#">[Périnée : épisiotomies et déchirures]</a> .....	19
<a href="#">[Suites de couche]</a> .....	19
<a href="#">[Réanimation]</a> .....	20
<a href="#">[Décès maternel]</a> .....	20
<a href="#">[Allaitement]</a> .....	20
[Interventions du public].....	20
<a href="#">[Sur les primipares indemnes de la peur]</a> .....	20
<a href="#">[le coût des accouchements à domicile]</a> .....	21
<a href="#">[Motivations des parents ; accueil en cas de transfert]</a> .....	21
<a href="#">[Comparer les chiffres de l'ANSFL avec les maternités de niveau 1]</a> .....	22
<a href="#">[Retour sur la question de l'accueil des sages-femmes en cas de transfert]</a> .....	22
<a href="#">[Retour sur le coût d'un accouchement à domicile]</a> .....	23
<a href="#">[Sur les cas exclus de l'étude pour cause de grossesse à risque]</a> .....	24
<a href="#">[Souci sécuritaire, culture de la naissance]</a> .....	24

**Paul CESBRON** : Nous avons une heure et quart et pour le moment seuls deux mémoires vont nous être présentés. Anne Chantry va nous parler de la place des SF dans la recherche, dans quelle recherche ? Vous allez nous dire ça.

**[Présentation par Anne Chantry de son mémoire *Sage-femme et recherche, deux univers qui se découvrent*]**

Résumé du mémoire :

[http://www.quellenaisancedemain.info/ateliers/memoires/sf\\_et\\_recherche.html](http://www.quellenaisancedemain.info/ateliers/memoires/sf_et_recherche.html)

Texte intégral en pdf :

<http://www.quellenaisancedemain.info/images/stories/memoires/annechantry.pdf>

**Anne CHANTRY** :

**[Présentation et contexte du mémoire]**

Je suis sage-femme depuis 4 mois maintenant et je travaille à Paris. Pendant ma formation j'ai été présidente de l'ANESF (association nationale des étudiant(e)s sages-femmes), donc déjà pendant ma formation je m'étais beaucoup intéressée à tous les aspects pratiques et techniques qui pouvaient proposer aux étudiant(e)s sages-femmes d'aller plus loin dans la pratique et de faire un peu de recherche. Le thème sur lequel je me suis penchée pour pendant près d'un an pour mon travail de fin d'études est assez particulier. Il est très loin de s'intéresser à un exercice particulier de la SF ou un aspect technique de notre profession. J'ai surtout voulu mener une réflexion de fond sur cette profession même, une réflexion profonde sur une de ses facettes très très peu développée voire quasi inexistante mais qui mériterait pour les SF, les femmes les couples, les enfants et les familles d'aller un peu plus loin, d'être un peu plus représentée. Il s'agit de **la recherche périnatale, et plus précisément déterminer la place des SF dans cette recherche** . J'ai choisi cette

problématique car je suis partie de divers constats : les SF ne sont pas assez nombreuses et sont donc concentrées dans les services de maternité où affluent beaucoup les femmes enceintes pour accoucher, pour être suivies. Elles sont donc très très loin d'avoir le temps de réfléchir sur leur pratique, elles exercent tous les jours et rentrent dans une espèce de systématisme où on reste dans le soin sans prendre le temps de réfléchir sur les gestes et les actes, sur le pourquoi du comment on reproduit ces gestes machinalement. Alors même si en effet la SF a les capacités intellectuelles pour poser des diagnostics et prendre en compte tout l'aspect des patientes en vue de déterminer une conduite à tenir, des diagnostics et une marche à suivre avec la patiente, je pense, pour avoir vécu ça dans ma formation pendant 5 ans et maintenant le vivre en temps que SF, qu'elle n'a pas assez de temps et d'outil pour pouvoir réfléchir sur sa propre pratique. Par exemple, dans le cas d'une pré-éclampsie, pourquoi va-t-on plutôt s'intéresser à la fonction rénale, cardiaque, pourquoi dans le suivi d'une grossesse normale on va s'intéresser à plein de choses qui sont pathologiques alors que finalement cette grossesse peut rester dans un aspect très physiologique.

Aussi je me suis beaucoup intéressée à tout ce qui était publication périnatale et je me suis rendue compte que dans les publications de la profession SF, la plupart du temps, les articles scientifiques, les études menées sur notre exercice sont faits par des professionnels non SF. Médecins, pédiatres, gynécologues obstétriciens travaillent sur notre profession, réfléchissent à notre exercice alors qu'aucune SF ne prend la responsabilité ou le temps de faire ces études, alors qu'elle en a toutes les compétences. Partie d'un constat aussi noir et devant les différences qui existaient sur ce point entre la France et les autres pays, je me suis dit que je devais m'y intéresser. J'ai donc voulu savoir pourquoi les SF s'intéressaient aussi peu à la recherche et quelle y était leur place si elles en avaient envie.

### [Qu'est-ce que la recherche périnatale, sa place dans la formation des sages-femmes]

Dans la démarche que j'ai choisi d'adopter il me paraissait important d'abord de comprendre ce qu'était la recherche périnatale, de comprendre aussi pourquoi les sages-femmes y étaient aussi peu nombreuses alors qu'aux Etats-Unis, au Royaume-Uni, au Canada ou en Australie, les sages-femmes publient et beaucoup plus. Si on tape « midwifery » sur [Pubmed](#) sur Internet on se rend compte qu'il y a 1300, 1400 articles de recherche faits par des SF sur leur exercice. Quand on tape les mêmes mots en français pour étudier ce qu'il y a comme matière en recherche périnatale française on tombe sur à peine une quinzaine d'articles. Je pense que le fossé est donc assez important pour pouvoir vous montrer l'intérêt de ce sujet.

Je me suis d'abord intéressée à 2 étapes puisque dans la recherche il y a 2 choses qui sont assez distinctes : tout d'abord l'étape de l'ingénierie, c'est-à-dire l'étape sous-jacente de la recherche, qui s'attache essentiellement aux aspects pratiques et techniques. Il s'agit du travail sur le terrain, de la diffusion des enquêtes, de mener des études, de recueillir des données, de distribuer des outils méthodologiques. A côté de ça il y a l'étape de la recherche en elle-même, l'étape scientifique en fait, la construction des hypothèses, le choix de la méthodologie, le choix des outils, l'interprétation des résultats et leur diffusion. En différenciant ingénierie et recherche, on peut donc savoir où se situent les sages-femmes dans la recherche : la recherche vraie, c'est-à-dire à tout l'aspect méthodologique et scientifique et intellectuel de la

recherche, ou uniquement l'ingénierie où elles seraient utilisées comme des petites mains à faire des études sur le terrain ?

J'ai aussi largement développé dans mon mémoire les systèmes de formation : les formations initiales, les formations continues, les formations universitaires ou non et j'ai du coup étudié ces formations en France, puis je les ai comparées avec les formations à l'étranger et on se rend compte que dans notre formation en France les SF n'ont pas accès à la recherche. Il n'y a pas de cursus de recherche périnatale en France actuellement. Alors que quand on prend les cursus des sages-femmes aux USA, on se rend compte qu'elles sont déjà dans un système LMD [licence master doctorat] et qu'elles peuvent avoir accès à des licences, à des masters, puis rentrer dans des écoles doctorales. Elles peuvent faire des doctorats de recherche périnatale, des recherches de midwifery science, c'est-à-dire des recherches de sage-femme à proprement parler, alors qu'en France tout ça n'existe pas. C'est pour ça que je me suis beaucoup attelée à la formation car c'est à partir de ce grand fossé qu'on voit que finalement tout prend des proportions énormes. Si la formation n'initie pas une formation à et par la recherche, on ne peut pas initier les SF à réfléchir à la recherche, et donc on ne peut pas les motiver à aller plus loin.

[10<sup>e</sup> minute, incompréhensible : Aussi j'ai fait ... partie discuter de la recherche en sage-femme en réalisant aussi des choix qui m'ont permis ... avec un système d'entonnoir ... de définir la problématique.]

#### [Plan du mémoire]

Je me suis donc posé la question de la formation, la question de la place des sages-femmes dans la recherche et pour ça j'ai défini des populations. J'ai interrogé des SF et des chercheurs. Je me suis intéressée aux chercheurs de l'unité 149 à l'inserm, unité qui s'intéresse à des études sur la recherche périnatale et sur la santé des femmes, seule unité inserm qui s'intéresse à cette recherche là. J'ai interrogé quasiment tous les chercheurs de cette unité de recherche parce qu'ils mènent des études périnatales et aussi parce qu'ils travaillent avec des SF, et j'ai choisi d'interroger des SF qui avaient participé à ces études. Je n'ai pas interrogé toutes les SF, car j'aurais eu des chiffres catastrophiques en me rendant compte que finalement elles s'intéressent très peu à la recherche, mais aussi car je voulais définir des aspects beaucoup plus pratiques c'est-à-dire définir si les SF qui s'intéressent à la recherche avaient déjà les moyens d'aller un peu plus loin. Mon étude est un peu biaisée sur ce niveau là mais je ne voulais pas partir d'un constat quasi nul qui m'aurait arrêtée bien tôt dans mon étude.

Ensuite pour avoir une place quelque part il faut s'intéresser aux aptitudes et aux compétences à pouvoir légitimer cette place. Je me suis donc intéressée aux compétences des SF pour savoir elles étaient compétentes pour participer à des études de recherche.

Troisièmement je me suis aussi intéressée à la notion du statut c'est-à-dire que quand on est légitimé dans un domaine, quand on appartient à un environnement on a un statut dans ce domaine. Je me suis intéressée au statut des SF qui participaient aux études périnatales, aux études scientifiques pour savoir si dans ce domaine elles avaient un statut et donc si elles étaient légitimées, connues et reconnues dans ce domaine.

Enfin, quand on a une place quelque part aussi, il y a une culture, il y a un environnement culturel qui fait qu'on a cette place. Par exemple typiquement dans la périnatalité, les SF ont une place parce qu'elles ont plein de compétences mais aussi parce qu'elles ont la culture de faire de la périnatalité, cela fait partie de la culture de leur exercice. Donc je me suis intéressée à savoir si les SF avaient une culture de recherche dans la formation.

### [Principaux résultats]

Les études que j'ai menées étaient donc à l'Inserm, j'ai interrogé les SF avec des questionnaires et les chercheurs avec une méthodologie d'entretien.

Voilà les résultats : concernant l'intérêt de la recherche périnatale dans mes résultats je me suis rendue compte que tous les chercheurs s'accordaient à dire que la recherche périnatale était nécessaire puisque j'ai aussi voulu savoir si cette recherche était indispensable ou pas et les SF la jugent elles indispensable. Sur la question des compétences et de la formation, on remarque que 100% des chercheurs entretenus jugent la participation des SF indispensable, et ça c'est un chiffre qui est absolument énorme, je ne pensais pas du tout obtenir ce genre de chiffres, 100% des chercheurs trouvent que les sages-femmes sont indispensables aux études périnatales, avec ce simple chiffre de 100% ça montre tout simplement que les SF ont un territoire à aller chercher, ont un territoire à aller s'acquérir et qu'il faut qu'elles y aillent. Ils trouvent cette participation indispensable, parce qu'elles ont une expertise, en premier lieu, une expertise de la périnatalité, ils les jugent comme des actrices incontournables. Ils ont besoin d'elles aussi parce qu'elles ont des compétences, des connaissances et une rigueur incontournable. Ils regrettent tous le manque de formation des sages-femmes à et par la recherche parce qu'ils les trouvent indispensables, ils les trouvent plus qu'utiles mais malheureusement ils regrettent de ne pas pouvoir les investir un peu plus haut dans les étapes de recherche. Ils ne les investissent que dans les étapes d'ingénierie car elles manquent de formation pour aller plus loin.

Parmi les résultats les plus étonnants on peut remarquer ceux qui concernent le statut des SF : on se rend compte que dans les études auxquelles les SF ont participé, elles n'ont bénéficié d'aucun statut particulier c'est-à-dire aucun statut d'attaché de recherche clinique, ou de technicien de recherche, ou d'ingénieur de recherche, aucun statut alors que 18% d'entre elles ont été rémunérées. 18% c'est une catastrophe ça veut dire que moins de 20% des SF ont été rémunérées alors qu'elles ont participé à des études scientifiques et qu'elles ont pris en plus de ça pour \_ d'entre elles sur leur temps personnel. Je voulais donc réaffirmer la chose que les SF disaient elles-mêmes avoir toutes à 100% collaboré à l'étape d'ingénierie et pas du tout à l'étape de recherche. Concernant l'aspect culturel de la place de la SF les avis des chercheurs et des SF sont très proches, ils se rendent tous compte que finalement tout part de la formation et que la formation qui ne sollicite pas les SF à aller un peu plus loin, la formation qui ne les pousse pas à mener plus d'études de recherche, qui ne leur permet pas de faire des unités d'enseignement à l'université, qui ne les sollicite pas en fait à pouvoir aller un peu plus loin, c'est le premier barrage. Cela fait que les SF méconnaissent la recherche donc ne s'y investissent pas, et quand elles voient que ce sont des médecins qui font les études, elles ne se posent pas la question de participer elles aussi, puisque on est dans un cercle vicieux où les choses arrivent de facto, parce-que dans l'environnement culturel les SF ne sont pas assez sollicitées.

Je vais faire un peu vite parce-que je n'ai plus beaucoup de temps

### [Conclusion]

Mon choix de thème était assez étonnant et assez original, il m'a d'ailleurs valu beaucoup de controverses, mon école m'a vraiment mis beaucoup de barrières à mener cette étude parce que c'est trop original, parce que les SF sont d'abord faites pour être au soin, pour être auprès des femmes, des patientes. Je suis complètement d'accord avec cet avis, je suis SF, j'adore mon métier, j'aime plus que tout être auprès des femmes, auprès des patientes, auprès des couples, des parents, des nouveaux nés, des familles, les accompagner et les aider dans le processus de naissance, mais je regrette vraiment que les SF n'aillent pas un peu plus loin, ne prennent pas le temps, alors qu'elles ont toutes les compétences pour le faire, de réfléchir sur leurs gestes, de réfléchir à leur pratique. On arrive à des situations qui nous montrent exactement le pourquoi du comment de ces états généraux, on arrive à des SF qui du coup systématisent complètement tous leurs actes, rentrent dans un processus où elles n'ont pas le temps de prendre du recul et du coup elles en délaissent même les patientes alors qu'avec un petit peu plus de réflexion et des sages-femmes qui se poseraient un petit plus de questions, qui iraient un peu plus loin que ce qu'on leur apprend à l'école par  $a + b$ , ça ferait des actrices de santé qui seraient beaucoup plus investies dans la santé périnatale et ça ne ferait qu'améliorer cette santé périnatale et la santé des usagers.

**PAUL CESBRON** : Merci. Très bien. Parfait Si vous êtes d'accord, d'abord maintenant on a une troisième conférencière, on va se donner le temps après chaque communication, donc à vous la parole.

### [Questions et témoignages du public]

**Une sage-femme (SF1)** : Je te remercie pour ton travail, je vais te faire partager mon expérience, je suis diplômée de 1999, j'avais un petit peu la même démarche que toi et les mêmes ambitions que toi, des SF dans la recherche avec pour objectif de faire mieux pour les patientes, toujours, et il n'y a que comme ça qu'on peut faire mieux. J'ai fait un DU (diplôme universitaire) d'écho et après je me suis inscrite en première année de santé publique chez le professeur Spirat à Paris XI

**Anne CHANTRY** : Où je suis également inscrite, je commence lundi.

**SF1** : Bravo. Suite à ce master d'abord j'ai écrit plusieurs fois puisque les professions médicales avaient droit à 40 crédits gratuits sur 60, et je n'ai pas eu ces crédits et j'ai fait la preuve par 9 que j'étais profession médicale et que je méritais ces crédits donc je crois que tu en as 20, non ?

**Anne CHANTRY** : 12

**SF1** : 12 ? Désolée je n'ai pas pu faire mieux. Mais il ne faut pas laisser tomber non plus. Suite à cette première année de master j'ai été admise en dess (master 2) de recherche clinique, dont j'ai oublié le nom, là je me suis posé deux questions. Je me suis rendue compte qu'on était dans un monde très cruel que celui de la recherche,

puisque des médecins très volontaires veulent en faire et ont beaucoup de connaissances de par leur formation initiale, et accèdent plus facilement à la recherche. On se confronte à un deuxième monde, qui est le monde des biostatisticiens qui eux sont hyper forts en statistiques, qui t'écrasent royalement, et accèdent à des connaissances médicales qui leur permettent du coup d'être des statisticiens de la médecine. Après je me suis dit que finalement je n'avais pas envie de me retrouver non plus à l'inserm 149 et que du coup ce n'était pas ce que j'allais faire comme dess, donc j'ai abandonné cette idée parce que je voulais aussi rester près des patientes et qu'il n'y a pas de statut, comme tu le dis. Soit on est à l'inserm, soit on est à l'hôpital et à l'hôpital il n'y a pas de poste de recherche pour les SF, mis à part sur des financements d'étude. Il y a donc comme tu le soulignes un défaut dans la formation initiale, même si je crois que cela s'est un peu amélioré depuis puisqu'on enseigne un peu les stats les biostats et tout ça. Il y a la loi Huriet [loi du 20 décembre 1988 relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales] qui ne nous aide pas non plus puisqu'il faut être médecin pour proposer un PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) alors qu'il n'y a aucune raison que des SF n'aient pas possibilité de déposer des PHRC puisque dans la méthodologie, quand on en a acquis les compétences, on est tout à fait à même de déposer des projets de recherches cliniques. Il y a une SF qui est pionnière à l'unité 149 pour ça et on peut l'en féliciter car ça n'a pas dû être facile pour elle tous les jours. Si tu veux je peux peut-être te donner une piste maintenant puisque j'ai réfléchi un peu plus puisque du coup je me suis inscrite en 2<sup>e</sup> année de master en gestion des risques et qualité en milieu hospitalier et la perspective que je vois de faire de la recherche c'est de passer par la qualité, l'évaluation des pratiques professionnelles et la certification des établissements de santé et plus tard l'accréditation des médecins. Je crois que c'est là une porte d'entrée à la recherche pour les SF.

**PAUL CESBRON** : Merci beaucoup pour ce long commentaire. Entre parenthèses, le mot de qualité est entre autres très dans l'air du temps, donc effectivement il y a sans doute un créneau là, on vous attend.

**Deuxième sage-femme** : Moi je n'ai pas du tout de connaissances concernant les méthodes pour aborder la recherche mais je trouve que ton thème est très très intéressant car toutes les recherches qui sont faites ne sont finalement pas en rapport avec notre vécu de SF. On a un regard sur la naissance qui est tout autre et jamais on n'a de moyen de mettre en valeur des convictions profondes qu'on a acquises au fur et à mesure de notre pratique . Je trouve que c'est un vrai problème de ne pouvoir justement se positionner et mettre en place des recherches bien spécifiques à la profession de sage-femme.

**PAUL CESBRON** : Merci de cet autre commentaire. Par rapport au financement, comme vous le savez toute une partie de la recherche est financée par les laboratoires eux-mêmes et c'est une bagarre actuellement dans les milieux scientifiques médicaux pour faire disparaître l'influence des laboratoires et ça n'est pas facile. Les laboratoires sont omniprésents et donc sont prêts à financer toutes les recherches, et là, les SF qui se lancent dans la recherche seront sûrement très sollicitées.

Pas d'autre question ?

On passe à la deuxième communication, un grand merci, c'est tout à fait important et intéressant. Autre commentaire, il ne faut quand même pas oublier, en tout cas en France, que les SF ont été mises sous tutelle à partir de la fin du XIXe siècle, et ce par les médecins, donc sont effectivement rabaisées au rang du prolétariat c'est-à-dire elles obéissent et c'est ça leur fonction.

**Jacqueline LAVILLONNIERE** : le 2<sup>e</sup> mémoire présenté parle de l'accompagnement global. Comme je devrais, moi, proposer le mémoire d'une étudiante, parce que ce n'est pas moi l'étudiante, vous vous en doutez, je n'en étais que le guidant, et que ça va aussi complètement dans le même sens, je pense qu'on va intervenir conjointement.

**[Présentation par Lucie Després de son mémoire *Futurs parents cherchent sage-femme pour suivi global : quelles possibilités dans le système périnatal actuel ?*]**

[http://www.quellenaissance demain.info/ateliers/memoires/futurs\\_parents.html](http://www.quellenaissance demain.info/ateliers/memoires/futurs_parents.html)

Texte intégral et présentations : <https://hal.ccsd.cnrs.fr/ccsd-00086920>

**[Contexte et évolution du sujet du mémoire]**

**Lucie DESPRÉS** : Je suis sage-femme hospitalière depuis peu, je travaille dans le 95, dans un établissement de niveau 3.

Au début de mes études j'avais l'image qu'une SF est avant tout une accompagnante de la naissance, et pour moi accompagner quelqu'un c'est le suivre et le soutenir dans toutes les étapes de cet accompagnement. Il m'était donc difficile de dissocier mon futur métier de sage-femme de l'accompagnement global de la naissance et de la grossesse et c'est donc tout naturellement quand on nous a demandé un choix de sujet en fin de 2<sup>e</sup> année, que je me suis tournée vers l'accouchement à domicile dans le cadre d'un suivi global avec l'envie de comprendre les différences que ce type de suivi pouvait offrir aux patientes. Mais malheureusement je me suis trouvée confrontée, lorsque j'ai évoqué ce sujet, au fait que j'étais dans un hôpital de niveau 3, que je prenais des risques, et du haut de ma 2<sup>e</sup> année je n'ai pas voulu prendre ces risques justement, je n'ai pas voulu jouer les Don Quichotte et me battre contre les moulins à vent que j'allais rencontrer, donc j'ai un peu dévié sur l'accès au plateau technique pour les SF libérales, puis finalement sur les espaces physiologiques de naissance. Ce cheminement dans ma réflexion, cheminement, qui, je pense ressemble à celui de beaucoup de couples, qui au départ ont envie d'accoucher à la maison, puis finalement se tournent vers les SF libérales, puis finalement vont souvent se retrouver à l'hôpital, m'a amené à la vraie question, à savoir quelles réponses notre système de santé peut apporter aux couples qui sont demandeurs d'un tel type de suivi, d'un suivi global.

J'ai été soutenue dans ce travail par Mme Flandin-Créton, sage-femme, coordinatrice du réseau Maternité en Yvelines, avec qui j'étais en lien régulièrement, et nous pensions toutes deux que l'intérêt de ce travail était notable pour les usagers, à l'heure où ce point essentiel est au cœur des débats de la périnatalité.

Après tout nous sommes tous usagers, même nous, professionnels de santé, sages-femmes, un jour, on sera nous-mêmes usagers de ce système de périnatalité. La rigueur qu'elle m'a permis d'apporter à mon mémoire a pu, je l'espère, apporter des bases solides à d'éventuels projets ultérieurs.



### [Méthode]

Cela se traduit par une revue de la littérature que nous avons voulu la plus complète possible afin d'établir le contexte périnatal actuel sur le plan politique, social et démographique. J'ai également effectué un récapitulatif de toutes les solutions d'accompagnement global existant actuellement, pour en arriver finalement à proposer l'évaluation d'une nouvelle solution : les espaces physiologiques de naissance, qu'on entendra aussi appeler lieu physiologique, espace naissance, salle nature, tout un vocabulaire qui finalement revient à la même chose.

Au travers de tout le contexte actuel, nous savions donc que cette solution pouvait convenir aux parents et nous voulions vérifier qu'il en était finalement de même pour les professionnels. Nous avons tenté de vérifier cela au travers de questionnaires que j'ai adressés aux sages-femmes hospitalières autant qu'aux sages-femmes libérales afin de reprendre leur parcours, leur activité personnelle, leur position par rapport à l'eutocie, aux espaces physiologiques et finalement à ce type de suivi en accompagnement global.

### [Résultats]

Il est ressorti de mon enquête que les sages-femmes libérales semblaient plus satisfaites de la relation avec leurs patientes que les sages-femmes hospitalières, même si je ne peux pas définir ce degré de satisfaction, ni répondre au pourquoi de la chose, je pense que personne ici ne le peut. Malgré tout il est aisé pour tout le monde de l'imaginer, moi-même, exerçant actuellement en niveau 3, je ne suis pas entièrement satisfaite des relations qu'on peut développer par manque de temps et beaucoup d'autres choses que je ne développerai pas aujourd'hui car le sujet n'est pas là.

Finalement toutes ces sages-femmes interrogées semblent s'accorder sur le bénéfice de l'accompagnement global mais aussi sur la difficulté à la réaliser, de même qu'elles s'accordent sur le bénéfice d'ouvrir des espaces physiologiques, en vue de favoriser un tel type de suivi.

Nous avons globalement montré que l'ensemble des SF interrogées était favorable à l'accompagnement global, que les sages-femmes libérales étaient pour certaines désireuses de venir accoucher leurs patientes en espace physiologique, et que les SF hospitalières étaient à peu près prêtes à les y accueillir.

### [Perspectives]

Nous nous sommes donc permis de conclure quant à la faisabilité de ce projet sur le plan humain. Resterait bien entendu à étudier la faisabilité en termes économiques de tels projets, et à les mettre en place tout en les évaluant, pour prouver leur bénéfice et instaurer de telles prises en charge à long terme et même de façon définitive.

### [Projet concret]

J'avais au départ envisagé de refaire aujourd'hui le contenu de la soutenance que j'ai menée face au jury du diplôme d'Etat, puis avec l'aide de Bernard Bel que je remercie pour son accueil et ses encouragements, j'ai pensé que vous n'étiez pas un jury, que vous n'étiez pas là pour juger de ma prestation et de la technicité de mon mémoire, mais pour apprécier que nous autres jeunes sages-femmes nous ayons envie de nouveaux horizons.

En juin, après mon diplôme, j'étais heureuse, j'étais SF, satisfaite du résultat de tant d'heures de travail passées à réaliser mon mémoire, et pas forcément convaincue de son intérêt à plus long terme finalement. J'avais effectué ce travail, mais bon ça s'arrêtait un petit peu là. Je fais maintenant le point, ça fait 3 mois que je suis SF, remise de mes émotions et installée dans ce train-train hospitalier qui ne me correspond pas tout à fait. J'ai la chance d'être dans un établissement où on nous demande de faire naître des projets de service, et j'ai justement un projet que j'ai envie d'essayer d'instaurer, à savoir commencer par essayer d'installer un peu d'accompagnement global au sein de mon établissement puis peut-être beaucoup, j'ai la chance qu'on soit de nombreuses sages-femmes à avoir été embauchées et que finalement on devienne trop nombreuses donc mettons à profit ce surnombre, donc d'instaurer un peu d'accompagnement global au travers de sages-femmes hospitalières du service, pour par la suite essayer de développer un projet d'espace physiologique et de fil en aiguille essayer d'y accueillir des sages-femmes et des patientes extérieures. Finalement je me dis que mon mémoire peut m'aider dans cette démarche et que les heures que j'y ai passées n'étaient peut-être pas vaines et pas juste dédiées à obtenir mon diplôme de sage-femme. J'espère me retrouver un jour face à vous pour en reparler.

### [Conclusion de Lucie Després]

Pour finir j'aimerais insister sur ceci : le choix appartient aux couples avant tout, la sage-femme doit se faire un devoir de protéger cette possibilité de choix, d'où la couverture de mon mémoire sur laquelle je voulais un peu revenir : derrière, on a la société, devant, le couple avec l'enfant, et au milieu, le S et le F qui représentent la SF qui fait à la fois rempart et bouclier pour protéger de ce qui se passe à l'extérieur pour ensuite laisser les parents voler de leurs propres ailes très rapidement. Je vais passer la parole à Jacqueline.

### [Présentation par Jacqueline Lavillonnière du mémoire de Mathilde Munier *Accompagnement global avec accouchement à domicile en France de 1997 à 2001*]

Texte intégral en pdf : <http://www.ansl.org/images/MemoireMMunier.pdf>

**Jacqueline Lavillonnière** : Ce mémoire est parti sur l'analyse des recueils de données Audipog qu'a entrepris l'ANSFL [Association Nationale des Sages-femmes libérales] en 1998. J'en ai déjà parlé.

### [Ce qu'est l'accompagnement global]

[Ce sont les] sages-femmes libérales qui ont créé, osons le dire, le concept d'accompagnement global.

Rendons à César ce qui lui appartient, c'est parti des années 1980 je crois, c'est parti de l'idée, au moment de la création de l'ANSFL, qu'un certain nombre de sages-femmes qui faisaient des accouchements à domicile faisaient également de l'accompagnement global.

C'est un concept qui s'est répandu mais qui existait depuis la nuit des temps, cela a toujours été la place qu'occupaient les sages-femmes. Cela s'est amélioré au fil du

temps, mais elle a toujours été une accompagnatrice du processus du début de la grossesse jusqu'à l'après naissance, au point que c'est notre découpage en rondelles des tâches liées à l'organisation en France de la périnatalité qui a amené à ce que nous soyons obligés de créer du genre la préparation à la naissance, entre autres, pour ne parler que de cela, et puis créer des actes périphériques pour essayer de recoller tous les morceaux.

Donc l'accompagnement global c'est un concept créé effectivement par les sages-femmes libérales, dans un tout premier temps, qui consiste à dire que c'est une sage-femme pour une femme. Point. Ça c'est extrêmement clair.

### **[Pourquoi ce mémoire]**

Nous avons donc, pour essayer de faire reconnaître notre travail (parce qu'on parle beaucoup de l'accouchement à domicile et on le diabolise complètement), nous nous sommes dit, pour rejoindre aussi les travaux de Anne Chantry sur la recherche :

*« C'est vrai qu'on est mises au tiroir avant même d'avoir ouvert la bouche, donc il faut utiliser les mêmes armes que ceux de notre époque, il faut absolument apporter des chiffres. »*

Alors évidemment on a essayé d'en apporter, mais ils sont toujours assez faibles pour ne pas être vus, néanmoins voilà.

### **[Méthodologie]**

Cette étudiante a pris ce recueil de données, l'a analysé avec l'aide d'une épidémiologiste que tout le monde connaît dans le milieu de la recherche en France c'est-à-dire Marion Carayol. Donc c'est un travail qui a probablement (enfin moi je n'ai pas les éléments pour en juger) très grandes qualités sur ce point, des qualités épidémiologique. C'est vrai qu'il a fait apparaître des résultats qui sont tout à fait intéressants.

Depuis 1998, l'Association Nationale des Sages-Femmes a donc entrepris de distribuer auprès de toutes les sages-femmes qui voulaient bien y participer des fiches à remplir avec les items d'Audipog, l'objectif étant de pouvoir apparaître en temps que groupe, un peu comme apparaît une maternité de niveau 1, 2 ou 3. Là c'était le groupe ANSFL qui apparaissait, avec le nombre d'accouchements par an.

Déjà cela nous permettait de voir si nous étions à ce point un si petit nombre. Petit à petit on s'est aperçu que, la première année, on a dû enregistrer au moins 300 dossiers, puis au fil des années petit à petit on a fini par avoir un nombre suffisant de dossiers pour pouvoir faire quelque chose.

### **[Exclusion des hauts risques]**

Cette étudiante a été amenée à travailler sur le bas risque (le joli mot que nous avons du mal à avaler, mais néanmoins c'est comme ça qu'il est officiellement reconnu), de manière à ce que son travail soit retenu et soit démonstratif de quelque chose. C'est-à-dire qu'elle a exclu tout ce qui était aux yeux de nos partenaires un peu à la marge. Elle a éliminé par exemple tous les utérus cicatriciels de l'histoire, parce que son mémoire ne serait pas passé. Elle a donc travaillé sur la base de

données qu'on lui a fournies en excluant et en re-proposant ce qui était le bas risque à priori, qu'elle a cherché dans la littérature, et elle s'est appuyée également sur la charte que l'ANSFL a créée, qui est elle aussi d'une espèce d'une recommandation de bonnes pratiques pour permettre l'accouchement à domicile.

Donc il y a 1100 accouchements. On a beaucoup plus de recueils mais il y a un certain nombre de dossiers qu'on n'a pas pu utiliser soit parce qu'ils étaient mal remplis, soit parce qu'ils étaient pas repérables en tant que bas risque.

**Paul Cesbron** : Les plus de 40 ans peuvent être considérées comme des bas risques ? Je croyais que ça appartenait aux critères

**Jacqueline Lavillonnière** : A l'époque où elle l'a fait, c'est-à-dire il y a deux ans, je présume que oui. C'était des multipares, pas forcément des primipares. Mais c'est vrai qu'actuellement la notion d'âge devient un facteur de risques. C'est pas pour autant qu'il n'est pas du ressort du niveau 1 en maternité.

A partir de là je veux bien que nous parlions de ce qui vous intéresse sur les chiffres en question, sur les résultats.

Les résultats généraux : on a repris tous les items de l'Audipog.

#### **[Niveau socioéconomique de la population concernée par le suivi global]**

Si on regarde l'analyse au niveau du niveau d'étude, ça a été largement mis en évidence que la population qui accède à cette demande d'accouchement à domicile était en général pas le sous-prolétariat.

Ceci dit parce qu'il y a une recherche de prise en charge personnelle de sa vie qui est hautement d'ailleurs stimulée par les sages-femmes qui font de l'accompagnement global. C'est vrai que dans la charge de l'accouchement à domicile il est tout à fait clair que nous devons aller repérer tout ce qui pourrait être facteur de risque, non énuméré d'ailleurs dans les risques habituels, et qui sont pour nous des risques liés au comportement, lié à l'aspect plus psycho-social de la femme, et le psycho social n'est pas que le sous-prolétariat évidemment.

**Paul Cesbron** : Ceci dit, tu es d'accord que ça n'est pas représentatif de la population générale en France. C'est très important à souligner.

**Jacqueline Lavillonnière** : C'est très important et cela devrait faire partie, me semble-t-il, des critères qui devraient rassurer tant les pouvoirs publics que les assureurs. Parce que, pour le moment du moins, et ce serait important que cela reste dans cette [dynamique?], c'est simplement ouvrir un choix à la population avec des prérequis qui permettent de donner aux gens la sécurité dont ils ont besoin pour mettre au monde leur petit.

Il n'est pas question pour le moment tout au moins en France, et ce n'est pas l'objectif, je pense, des sages-femmes, que de faire remonter le taux d'accouchement à domicile à 30 ou 50%. Ce n'est pas du tout un objectif. Maintenant, permettre le libre choix serait vraiment un objectif.

**Paul Cesbron** : Or, théoriquement, le libre choix n'est pas lié aux conditions professionnelles et socio-économiques. Soulignons cela, parce que sans cela on ne comprend pas très bien.

**[Sur les antécédents de grossesse à risque]**

**Jacqueline Lavillonnière** : Il est à noter que les sages-femmes qui pratiquent l'accouchement à domicile sur le territoire français sont souvent des sages-femmes sollicitées par des cas extrêmement border-line.

Précisément, on a parlé des AVAC [accouchement vaginal après césarienne] hier, parce que ces femmes revendiquent un autre accompagnement pour ne pas être embarquées dans la répétition. Et sur cette histoire de répétition : en ce moment, on est dans une dynamique médicale, en France, où il est extrêmement difficile de ne pas remettre les gens dans la répétition. C'est très notable d'ailleurs à l'HAS (Haute Autorité de la Santé, qui « pond » des recommandations, hautement utiles d'ailleurs).

C'est-à-dire que si on a fait pendant une grossesse une toxémie de grossesse, avec pré-éclampsie, et bien la fois suivante on est forcément à haut risque. Alors certes, c'est un risque qu'il est utile de prendre en considération, mais cela ne veut pas dire pour autant que cette femme va répéter la difficulté. Et on la met dans une situation où il est presque inévitable qu'elle répète une pathologie, qui sera peut-être pas la même, tout simplement en la remettant sur la voie de la haute technologie qui va l'angoisser. C'est particulièrement visible pour les accouchements prématurés d'ailleurs.

**Paul Cesbron** : Quand même, si ce n'est que là aussi, on considère aujourd'hui comme une grossesse à risque lorsqu'on a eu dans les antécédents une mort périnatale.

**Jacqueline Lavillonnière** : Il est tout à fait évident, pour donner des explications sur la manière dont les sages-femmes doivent travailler à mon sens (c'est comme ça que je le travaille) qu'à partir du moment où il y a un antécédent particulièrement important du genre une mort fœtale (c'est une même chose si il y a eu une césarienne, ou un retard de croissance, une vraie pathologie ou un vrai désastre familial autour de cette naissance précédente), cette femme mérite encore plus qu'une autre (c'est idiot ce que je dis). Elle mérite un soin particulièrement attentif dans le domaine du médical bien sûr, mais surtout et avant tout dans le domaine de l'accompagnement global, précisément. Parce que c'est bien dans cette conception d'accompagnement global, qui va tenir hautement compte de cet antécédent, que nous allons peut-être lui éviter de faire une répétition.

Cela ne veut pas dire qu'on la fera à tout prix. Cela ne veut pas dire non plus qu'elle accouchera à domicile. Mais si vous voulez mettre automatiquement des femmes à antécédent lourd dans le circuit du niveau 3, c'est peut-être plus préjudiciable à l'avenir de cette grossesse-ci que si on la mettait dans un circuit d'accompagnement global.

A condition que les sages-femmes effectivement apportent la confirmation et la rassurance, parce qu'il faut beaucoup rassurer nos partenaires, que nous n'allons

pas faire la folie de la faire accoucher à tout prix à domicile avec des antécédents pareils.

C'est d'ailleurs pour cela que nous avons un taux de transfert qui aborde les 10%. On pourra en reparler, il y a des transferts prénataux, des transferts perinataux et des transferts postnataux. Pour des motifs divers et variés.

#### [Date de première consultation]

L'âge gestationnel de la première consultation de sage-femme illustrerait bien l'organisation des soins français. C'est-à-dire que la sage-femme libérale n'est pas très connue dans le paysage. Et qu'il faut vraiment y être installé depuis de nombreuses années, et pas dans un village paumé de la Creuse, si on veut être repérée. Au début de ces recueils de données, nous [les sages-femmes] n'avions pas le droit de faire la déclaration de grossesse. Donc les femmes nous arrivaient forcément plus tard.

#### [Nombre d'échographies]

Sur le nombre d'échographies : zéro échographies ça existe chez nous, alors que cela n'existe pas ailleurs apparemment, sauf celles qui arrivent quand elles ont déjà accouché ! [post terme ?].

[Intervention difficilement audible, qui dit peut-être qu'on a 2% de zéro échographies ailleurs]

#### [Pourcentage de non hospitalisation]

Ce qui est probablement significatif aussi, c'est le pourcentage de non hospitalisation mais c'est normal aussi parce que nous n'accueillons que des bas risques.

Intervention : Est-ce que tous ces chiffres sont des accouchements qui ont eu lieu à domicile ?

**Jacqueline Lavillonnière** : Non, il y a les deux, il y a les transferts dedans forcément.

**Paul Cesbron** : On continue, ça va être expliqué.

#### [Préparation à la naissance]

**Jacqueline Lavillonnière** : 87,5% des patientes ont suivi une préparation à la naissance. Cela va de soi. L'accompagnement global incorpore forcément la préparation à la naissance, parce que c'est l'équipe entière qui se prépare à cette naissance, le père, la mère, le fœtus et la sage-femme.

Après, il y a les types de préparation. On a eu un petit peu de mal à recueillir ces données d'une manière qui ait du sens. Je ne suis donc pas sûre que les chiffres disent grand-chose. Il y en a beaucoup qui répondent pas ou qui marquent « accompagnement global » comme ça cela veut tout dire.

Ce qu'on a tenté de cocher, ce sont les outils qu'elle utilisent, parce qu'une préparation c'est des outils, pour obtenir certaines (comment dire) détentes au niveau du corps. Mais c'est aussi tout un ensemble d'échanges, bien entendu.

### [Suivi du travail]

Le suivi du travail. : on va voir probablement qu'au niveau de la surveillance du RCF [rythme cardiaque fœtal] il est évident que toutes les sages-femmes surveillent le RCF.

Mais je pense que d'une manière fréquente, voire majoritaire, évidemment parce que nous sommes à bas risques, il y a peu de motifs à le surveiller en continu. Donc aucune préconisation dans ce sens n'a été faite, et le discontinu est quand-même de rigueur.

Si nous devons nous trouver dans une situation où il devient utile et nécessaire de faire du continu, c'est probablement que nous sommes déjà dans de la pré-pathologie qui doit nous donner l'indication qu'il serait peut-être intéressant de transférer. Nous sommes toujours dans cette dynamique, évidemment. Alors la conduite du travail naturel, ça ne pose pas trop de problème.

Naturel, cela veut dire qu'on regarde la femme accoucher, les mains dans le dos si possible, avec nos yeux, nos oreilles, notre pif et tout ce que vous voulez, en éveil, mais on n'intervient aucunement. Tout au moins c'est comme ça que moi je travaille.

### [Accompagnement du travail]

**Intervenante** : « Accompagner » veut dire quoi ?

**Jacqueline Lavillonnière** : Accompagner fait partie des items qui ne veut pas dire grand-chose, les femmes sont en général accompagnées, sauf celles qui ont accouché avant notre arrivée. Mais elles sont accompagnées par leur compagnon ou leur mari dans ce cas là.

Donc accompagner, dit comme ça, ça ne nous donne pas grand-chose. Il y avait deux items, est-ce que c'est accompagnée en faisant de l'aromathérapie, des bains, des ci, des ça, et c'est trop divers et peu fiable comme information pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

### [Travail dirigé]

Alors, dirigé, c'est pareil. Je pense qu'au niveau de l'Audipog ça veut dire : on pose du synthocinon, on fait une rupture de la poche des eaux. Chez nous ça ne veut pas dire grand-chose. Donc c'est un truc sur lequel on va devoir revenir.

[Cet item] « diriger », n'est pas fiable comme chiffre [parce que] sur un accouchement à domicile il est (... j'allais dire interdit) absolument déconseillé, de poser du synthocinon. Donc il n'y en a pas à priori.

Donc « dirigé », c'est bien d'une autre manière. Et pour ces sages-femmes qui ont coché « oui » à cela, c'est qu'elles ont utilisé soit de l'aromathérapie, de la

phytothérapie, de l'homéopathie, c'est probable. Mais du coup on ne sait pas trop bien ce que ça veut dire, je suis d'accord il y a des chiffres qui sont un petit peu problématiques.

### [Stagnation du travail]

**Intervenante** [inaudible, reprise par Paul Cesbron] : on apprend dans les écoles de sages-femmes que lorsqu'il y a stagnation de la dilatation, c'est pathologique donc cela relève d'une thérapeutique.

**Jacqueline Lavillonnière** : On va le voir un peu plus loin. Il y a un item, et je crois qu'il est renseigné, qui demande « durée de la dilatation de 5 cm à la dilatation complète ». Et il y en a un autre qui parle de la durée de l'expulsion.

Mais là encore c'est extrêmement difficile à renseigner, parce que je vois bien que dans la pratique cela ne veut pas dire grand-chose. De 5 cm à dilatation complète, est-ce que c'est anormal que ça ait duré 5 heures, dans un accouchement physiologique ? Cela ne dit pas si cela a stagné pendant 6 heures, et qu'à la fin ça s'est fait en une heure.

**Paul Cesbron** : Mais la réponse précise : est-ce que, à domicile, on considère qu'une stagnation est pathologique, et si on le considère, à partir de quand ?

**Jacqueline Lavillonnière** : Alors ce serait long de répondre. De fait, cela peut l'être ou ne pas l'être, c'est vraiment une réponse de normand. Il faudrait que je parte dans des explications beaucoup plus subtiles pour dire à quel moment. Je pense que quand on est sage-femme on a le devoir de repérer.

Une stagnation avec une dynamique extrêmement correcte est pathologique, parce que cela veut dire qu'il y a un obstacle. Une stagnation parce qu'il y a une baisse de la dynamique n'est plus pathologique.

**Paul Cesbron** : ça c'est une réponse précise.

### [Terme de l'accouchement]

**Jacqueline Lavillonnière** : Je voulais préciser quant aux âges gestationnels : nous suivons rigoureusement, et c'est normal, et c'est la recommandation que nous faisons dans notre charte que, pour accoucher à domicile, c'est une grossesse qui a été à priori physiologique, qu'il n'y a pas d'antécédent qui pourrait le sortir du bas risque, et c'est entre 37 et 42 semaines. On verra que, là aussi, on a un tout petit pourcentage d'accouchements après 42 semaines, mais c'est là encore parce qu'il y a une analyse des choses qui permet de rester dans la physiologie.

### [Démarrage du travail]

Il est évident que le démarrage spontané est à 91,7% et c'est normal, car nous ne faisons pas de déclenchement. S'il y a des déclenchements, c'est sur motif médical et qu'il y a transfert à l'hôpital.



Le motif des déclenchements est indiqué : 0,9% de déclenchement pour grossesse prolongée, pour pathologie maternelle 1,9% et rupture prématurée des membranes 5,6% .

Rupture de membranes : cela veut dire quand, dans le contexte dans lequel nous travaillons (et c'est une difficulté pour les accouchements à domicile), une rupture spontanée des membrane, même à terme (je ne parle pas des accouchements prématurés), se prolonge au-delà de ce qu'il est habituel de faire dans les maternités de nos environnements, cela entraîne un certain nombre de sages-femmes à transférer leurs patientes pour ne pas se faire engueuler. Ou alors il faudrait qu'elle mentent sur la durée si vraiment ça ne se déclenchait pas dans les 48 heures.

**Paul Cesbron** : Autrement dit on accepte un accouchement inauguré par la rupture des membranes, et même précédant de quelques heures le début du travail.

**Jacqueline Lavillonnière** : Absolument. Ce n'est pas considéré comme une pathologie parce qu'on a aussi des éléments de surveillance et de prévention.

### [Présentations du bébé]

La présentation au sommet : c'est 95,2%.

Si c'est une naissance qui s'annonce en présentation non céphalique, dans le contexte général français en ce moment, ce serait une provocation qui ne me paraît pas souhaitable de faire que d'accoucher des sièges à domicile, des primigestes par-dessus le marché.

Et quand il y en a, c'est complètement inopiné, et c'est en général que la sage-femme est arrivée après la naissance et qu'elle ignorait que c'était un siège.

Les autres présentations face, il y en a 3 dans l'étude, 0 transferts.

Alors les bregmas c'est toujours pareil, c'est une question de dynamique et de mécanique obstétricale, si ça devient pathologique parce que ça veut plus avancer alors bien sûr qu'il faut transférer, si ça s'expulse spontanément il n'y a pas de problème.

### [Voies basses spontanées et interventions voies basses]

Le mode d'accouchement voie basse spontanée on est à 96,4% au total. Les interventions voie basse sont de 1,7% forceps 1%, spatules 0,2, ventouses 0,5, ventouses puis forceps 0,1, ça vous donne une idée générale. L'intervention voie basse néanmoins est à 1,7%. Ce qui n'est pas énorme, quand même, par rapport à une moyenne nationale.

### [Anesthésie]

Le type d'anesthésie : aucune, 95%.

C'est vrai qu'il y a des transferts, on verra, en cours d'accouchement à domicile, pour la cause d'une anesthésie locorégionale tout simplement, parce que ça peut devenir

une pathologie que la douleur insupportable pour certaines femmes, et heureusement qu'il y a la péridurale dans ces cas là.

Ce qu'on a pu mettre en lumière c'est qu'au niveau des transferts il est évident qu'on a un pourcentage de primipares plus élevées.

### [Hémorragies]

Les hémorragies, cela fait peur à tout le monde. On a quelques soucis en regardant les dossiers d'un peu près, et c'est pour cela qu'en ce moment on est en train de revoir un peu comment on s'y prend pour recueillir ces données. Du coup on les fait rentrer si possible au fur et à mesure de l'année, de telle sorte que nous puissions les regarder de près et aller ré-interroger les sages-femmes sur ce qu'elles ont voulu dire en cochant telle ou telle case.

On s'est aperçues que leur prudence extrême, qui est tout à fait en leur honneur, fait cocher « hémorragie » là où à l'hôpital ce ne serait peut-être pas véritablement inscrit comme hémorragie.

Elles ont plus de difficultés à l'évaluer correctement, même si elles ont des absorbex qui peuvent être pesés et qui donnent une valeur à peu près fiable de la quantité de sang perdu.

Leur première préoccupation c'est de gérer ce qu'elles considèrent comme une perte de sang supérieure à la normale, et une fois que tout est rentré dans l'ordre, elles ne pensent pas forcément à évaluer.

Mais elles vont cocher hémorragie, et c'est le plus souvent en lien avec la trouille que ça leur a fait.

Parce qu'on verra que les transferts pour hémorragie ne sont pas si nombreux que ça au final. Il y en a un nombre assez important qui sont gérés 4% (c'est là où le chiffre est assez important) et 0,3% qui ont eu un transfert.

Si je repars de mon expérience personnelle, c'est vrai que je n'ai transféré pour hémorragie de la délivrance qu'après avoir stabilisé la situation. C'était en général [les transferts] plutôt des situations de non décollement du placenta avec hémorragie non fulgurante mais plutôt par progression qui faisait que faire une délivrance artificielle à la maison, en l'absence d'une hémorragie évidente, importante, rapide, j'ai toujours considéré qu'il était plus prudent d'aller la faire, pour ne pas me retrouver avec par exemple une impossibilité de décoller ou finir de décoller et une situation catastrophique.

Donc c'est vrai que c'est plus dans ces situations là que les transferts ont lieu, parce que une fois que l'hémorragie est réglée, (par exemple si c'est une rétention de placenta ou une atonie, ça se gère la plupart du temps sur place), le transfert devient inutile dès lors qu'on a fait cesser et le motif et la perte.

Et pour restructurer la masse sanguine et le volume on a toujours forcément un produit à poser en perf. Et ensuite on donne du fer, c'est l'hygiène de vie et la

restructuration, qui peut se faire tout à fait à domicile, donc c'est plutôt quand c'est une absence de décollement placentaire qu'ont lieu les transferts que pour une hémorragie qui est une urgence à régler sur place

### [Périnée : épisiotomies et décirures]

Après vous avez l'histoire du périnée. Je pense que ça réjouira les parents de s'apercevoir que au niveau de l'épisiotomie [là, cafouillage sur les chiffres] c'est 3% à domicile. Pour moi cela paraît encore beaucoup. Pour moi c'est 0% depuis la dernière épisiotomie, cela fait 20 ans. Et c'était ma trouille, parce que je n'avais pas encore complètement intégré que le rythme cardiaque n'était pas si inquiétant que ça pendant l'expulsion. Donc ça pourrait descendre à 0% une fois de plus dans les bas risques.

Les périnées complets 3 pour 1000.

Paul Cesbron : 3 pour 1000 à domicile. A l'hôpital, 1,4%.

**Jacqueline Lavillonnière** : Par contre au niveau des périnées intacts, c'est 58% à domicile, c'est pas mal. Dans les périnées atteints, c'est le premier degré le plus nombreux, c'est-à-dire de la peau et un petit peu de muqueuse, mais rarement le muscle quand même.

### [Suites de couche]

Il y a les suites de couche et les transferts en suite de couche qui sont intéressants à regarder. Les suites de couche normales sont largement majoritaires. Quand on coche le suivi à domicile, cela n'a pas du tout le même sens que quand on coche cela dans les dossiers Audipog de toutes les femmes qui ont accouché à l'hôpital, bien entendu, parce que cela voudrait être l'écho des sorties précoces ou des besoins, nécessités par des pathologies, d'un suivi spécifique à domicile.

Alors que nous, forcément, on les suit à domicile, alors si on coche « oui », cela fait un certain nombre.

5% de transfert dans les suites de couches [note à la transcription : en fait, le tableau donne 5 pour 1000]

(cafouillage sur l'interprétation du tableau de chiffres sur les transferts en suite de couche. Conclusion : 94,2% des femmes qui ont été transférées ont des suites de couche normales)

La durée du suivi par les sages-femmes, là c'est vrai que c'est complètement différent, dans l'accompagnement global il est quand même relativement classique que le suivi dure au moins une semaine, souvent un mois et souvent plus. Parce que ça s'enchaîne avec le suivi du nourrisson en bonne santé, la rééducation postnatale etc. Mais ça je ne sais pas si c'est très bien renseigné dans ce genre de recueil.

Les transferts pendant le travail : 10,1%, on en a déjà évoqué les motifs, c'est plus souvent les primipares. Les transferts après l'accouchement c'est donc 0,6%. La première cause c'est l'hémorragie et la durée du séjour : inférieur à une semaine, 50%.

### [Réanimation]

Les nouveau-nés : Apgar inférieurs à 7, il y en a 0,3.

Réanimation à domicile, c'est évidemment, pour toutes les sages-femmes (parce que sinon il y a eu un transfert et ça fait partie du lot des transferts), c'est une ventilation, un réchauffement, et un massage et voilà, il a récupéré.

Mais c'est vrai que c'est comme pour l'hémorragie, un petit qui ne réagit pas à tendance à faire très peur aux sages-femmes et elles ont tendance à baptiser réanimation tout ceux qui n'ont pas crié la tête seule dehors avant que les épaules soient dehors (enfin j'exagère un tout petit peu mais quand même), c'est un peu sur-estimé.

Les décès, effectivement ce n'est pas zéro. Il doit y avoir celui que j'ai eu moi. Oui, c'est 1 (c'est le mien), et c'est vrai que à chaque fois qu'on a ce recueil, l'important c'est d'aller vérifier auprès de la sage-femme les motifs pour lesquels ce décès à eu lieu, quelle en a été l'exploration et quelles en ont été les conclusions. Là, c'était une cause qui nous a échappé pendant la grossesse et qui a été dépistée en post mortem comme ayant été liée à la contamination CMV pendant la grossesse.

### [Décès maternel]

On a eu une fois le dossier avec décès maternel. Alors vous pensez bien qu'on s'en est ému immédiatement, que cela aurait fait la une de la télé et des journaux j'imagine, et que c'était évidemment une erreur. D'où l'intérêt de regarder les dossiers et de ne pas enregistrer n'importe quoi.

### [Allaitement]

Alors après ce qui sort de ce recueil de données, et cela nous pose quelques problèmes quand-même, c'est qu'au-delà de 30 jours on a une population qui majoritairement allaite encore, mais on a encore parfois du mal à avoir cette information. Sauf à la recueillir à la grossesse suivante. Mais on a une population qui allaite très très majoritairement.

### [Primipares]

On a aux alentours de 30% de primipares. Je note que les primigestes qui demandent un accouchement à domicile sont des femmes qui sont indemnes de tous les embarquements dans la peur. Je trouve qu'elles sont finalement des clientes beaucoup plus faciles à accompagner que celles qu'il faut réparer de tous les côtés à causes d'expériences traumatiques.

### [Interventions du public]

#### [Sur les primipares indemnes de la peur]

**Intervenante** [Lucie Després ?] : Je voulais rajouter un mot sur les primipares indemnes de la peur. Il faut savoir effectivement, je l'ai dit tout à l'heure, quand j'ai

voulu parler accouchement à domicile à l'école on m'a dit « hou là là c'est dangereux », et j'ai peut-être été un peu frustrée d'être obligée de changer mon choix. Et après coup je me suis quand même aperçue dans mes recherches qu'il y a une étude de 2000, justement sur l'accompagnement à domicile, où plus de 98% des femmes répondaient tout de même que avoir une équipe médicale prête à intervenir en urgence en cas de problème pour la mère et l'enfant est important pour elle. Ce qui fait que effectivement ce n'est pas une solution qui correspond à tout le monde, mais qu'il faut malgré tout qu'elle reste possible.

### [Le coût des accouchements à domicile]

**Intervenante** : Je suis Sandrine F., sage-femme hospitalière depuis 2 ans. Je voudrais savoir combien ça coûte pour un couple et pour la société un accouchement à domicile avec accompagnement global, comparé à un suivi plus classique gynéco-accouchement clinique.

**Jacqueline Lavillonnière** : J'ai un travail que j'ai bien l'intention de présenter à l'UNCAM [Union Nationale des Caisse d'Assurance Maladie].

Actuellement quand un accouchement a lieu à domicile, il coûte **687,55 euros** en accompagnement global, c'est-à-dire le prénatal, l'accouchement et les suites de couches, jusqu'à J7, avec des séances de préparation individuelles ou couples bien entendu. On parle remboursement, tarif sécurité sociale.

Le suivi global c'est donc : 7 consultations de grossesse, une séance de préparation à la naissance individuelle, les suivantes aussi d'ailleurs mais j'ai compté tarif groupe, accouchement et consultation post natale. L'accouchement est un forfait actuellement 312 euro 70, et j'ai même inclus dans ce calcul la consultation postnatale qui a lieu dans les 6 à 8 semaines après.

[on n'a pas les chiffres de l'hôpital, grossesse et préparation tout compris, discussions dans l'assemblée] : entre **35 et 40 000 francs** pour un accouchement normal, c'est ce qu'il y avait dans les Dossiers de l'Obstétrique il y a quelques années.

### [Motivations des parents ; accueil en cas de tranfert]

**Intervenant** : Christian, papa et psychologue. Un item qui serait intéressant de travailler est la motivation des choix des parents qui demandent un accouchement à domicile.

Et une deuxième remarque qui est celle des transferts. Et notamment de l'accueil des sages-femmes et des parents qui pour une même situation n'est pas du tout le même. Et voire même pourrait-on parler de punition de ces parents-là qui sont accueillis dans les maternités et qu'il désiraient un accouchement à domicile qui, pour une raison ou pour une autre, ne peut pas se faire. Je crois qu'il y aurait un travail de recherche intéressant à faire sur l'accueil des ces parents et sages-femmes.

**Intervenante** : Je n'ai pas la réponse, mais je crois qu'il reste encore un tabou autour des sages-femmes libérales qui font des accouchements à domicile et qui

arrivent avec ces couples qui n'ont pas réussi à aller au bout de leur projet. Je pense que d'une part qu'il faudrait que, partout, la sage-femme libérale puisse continuer d'accompagner ce couple, alors que je pense que bien souvent une fois arrivés à l'hôpital elle est censée passer la main et ça s'arrête là.

### [Comparer les chiffres de l'ANSFL avec les maternités de niveau 1]

**Intervenante** : Je pense qu'il serait intéressant d'apparier tous ces chiffres avec les femmes qui accouchent en niveau 1 par exemple, pour évaluer l'impact de l'accompagnement global. Et où peut-on trouver ces chiffres ?

[Le rapport est sur le site de l'ANSFL sur internet, et aussi sur le site des EGN. <http://www.ansl.org/images/MemoireMMunier.pdf>]

**Intervenante** : Il n'a pas été possible d'apparier ces chiffres ?

**Paul Cesbron** : Ce n'est pas une étude prospective, non. Cela aurait été possible de le faire en rétrospectif. Cela n'a pas été proposé ? Personne n'est intéressé ? Mais on a des chercheuses qui vont se mettre à l'ouvrage, effectivement on peut.

**Intervenante** [Anne Chantry ?] : Ce n'est pas un problème de chercheuse, c'est un problème de statisticien. Ce n'est pas le travail d'un mémoire de fin d'étude de sage-femme.

**Jacqueline Lavillonnière** : Une fois qu'on a ces chiffres, c'est vrai qu'ils sont restés dans nos tiroirs pendant quelques années et qu'on recherche des gens qui veulent bien les utiliser pour faire quelque chose, des épidémiologistes. Il y a plein de choses qui pourraient être analysées à partir de cela.

### [Retour sur la question de l'accueil des sages-femmes en cas de transfert]

**Intervenante** : J'ai juste envie de rebondir sur la notion de l'accueil des sages-femmes, c'est vrai que moi à chaque fois que j'ai eu à me transférer j'ai toujours été bien accueillie par l'équipe.

Et c'est vrai que dans le dernier cas, qui a posé une plainte, l'équipe m'a bien accueillie, sauf l'anesthésiste qui était un petit peu fermé. Et le chef de service qui a porté plainte était en vacances à ce moment là, c'est-à-dire qu'il n'était même pas là.

Moi j'ai eu un bon accueil, tout le monde était relativement content de ce qui s'était passé. Et ça n'empêche que le chef de service, c'est maintenant lui qui pose problème. Donc ce n'est pas une notion d'équipe sur le moment, d'accueil, mais une notion de concept d'accouchement à domicile qui ne passe pas.

**Paul Cesbron** : C'est-à-dire le chef de service a porté plainte contre une sage-femme à domicile, à la suite d'un accident ?

**Intervenante** : non, à la suite d'un transfert par sécurité, qui n'a entraîné aucun dommage. Il a porté plainte au niveau de l'ordre des sages-femmes et au niveau du procureur. La plainte n'a pas été reçue pour l'instant.

**Paul Cesbron** : Ce ne sera pas reçu. Et le conseil de l'ordre des sages-femmes, ça c'est vos affaires, donc c'est aux sages-femmes de se bagarrer.

**Intervenante** [Lucie Després ?] Dans ce cas il s'agit d'un médecin. A travers de mon étude je me suis mise à apercevoir que les sages-femmes hospitalières avaient quand même envie de fixer (dans le cadre d'un accès au plateau technique) quelques conditions à accueillir les sages-femmes libérales.

Notamment, pour une minorité, avoir travaillé dans l'établissement, et qu'elles ne soient pas trop nombreuses à venir. Mais pour beaucoup de réponses, elles souhaitent fortement les connaître et qu'il y ait une collaboration ultérieure avec l'hôpital, qui ne s'arrête pas aux accès aux plateaux techniques. Je pense qu'après c'est surtout une question de relationnel.

### [Retour sur le coût d'un accouchement à domicile]

**Intervenante** : Pour calculer le forfait accouchement au tarif horaire, si on compte un certain nombre d'heures de travail, ça fait moins de 10 euros de l'heure.

**Paul Cesbron** : Est-ce que tu arrives à manger à ta faim Jacqueline ?

**Intervenante** : C'est un peu ça ma question.

**Jacqueline Lavillonnière** : Je suis maigre et famélique. Bien sûr qu'on y arrive, on se débrouille de toute façon. Je peux juste dire que je ne fais jamais de dépassement d'honoraires. Par contre ce que je n'ai pas compté là dedans c'est les frais de déplacement, et les frais de déplacement augmentent substantiellement ce chiffre d'affaire.

Mais ce que je regrette vivement néanmoins c'est que nos actes ne soient pas payés à leur juste valeur, et que nous soyons obligées de grignoter sur le carburant.

**Paul Cesbron** : C'est-à-dire, tu dirais 1000 euros ? En comprenant tous les frais de déplacement ?

**Jacqueline Lavillonnière** : Ouais.

**Paul Cesbron** : 1000 euros, voilà.

**Intervenante** : Je trouve que ces chiffres ont une importance extrême au jour où on parle de maisons de naissance, parce qu'ils vont nous servir de base pour prévoir et calculer ce que ça vous coûte réellement en matière de temps et de coût professionnel. Cela peut être aussi intéressant.

**Jacqueline Lavillonnière** : Il y a une table ronde sur les maisons de naissance cet après midi. Je pense qu'on va en parler.

Nous avons l'intention (c'est pour cela qu'on a écrit ce projet d'accompagnement global), avec une vision pas trop restrictive et qui ne va pas trop parler de choses qui fâchent (autrement dit de l'accouchement à domicile), mais nous avons bien

l'intention d'aller présenter un concept d'accompagnement global chiffré à l'UNCAM, qui cherche à faire des économies et qui nous parle de prévention. Et là nous avons bien l'intention de nous y engouffrer.

Est-ce qu'on sera entendus, là c'est une autre affaire.

### [Sur les cas exclus de l'étude pour cause de grossesse à risque]

**Paul Cesbron** : Sur le plan de la méthode, peut-être je n'ai pas bien compris. Au départ il y a 2000 femmes, on se retrouve après une sélection à 1000 femmes. C'est important quand même, 50% d'exclues pour des raisons qui sont liées à un risque.

**Jacqueline Lavillonnière** : Qui sont liées, effectivement, à des pratiques que l'on a considérées pour cette étude comme n'étant pas acceptables à présenter dans un CHU.

**Paul Cesbron** : Mais nous, ça nous aurait intéressés de connaître les 1000 autres.

**Jacqueline Lavillonnière** : Pour cela, il faudrait qu'on fasse un travail en marge, avec le CIANE pourquoi pas.

**Paul Cesbron** : Oui cela ce serait très important.

**Jacqueline Lavillonnière** : Tout à fait.

**Paul Cesbron** : Fumeuses, consommatrices d'alcool, différentes autres addictivités, est-ce que tu recommandes ?

**Jacqueline Lavillonnière** : L'accouchement à domicile ?

**Paul Cesbron** : L'accompagnement, et puis on voit, c'est la vie qui tranche, comme tu l'as dit. Parce que tu as dit quelque chose de très important qu'il faut souligner : une femme qui a une pathologie lors d'une première grossesse, finalement, les meilleures conditions pour elle, c'est peut-être l'accompagnement à domicile tel que tu l'as souligné. Parce que tu considères qu'il est sans doute plus rassurant pour cette femme, mieux enveloppant, et en définitive aboutissant sans doute à des conditions d'accouchement qui sont meilleures, qu'un suivi saucissonné dans les circuits sanitaires habituels.

### [Souci sécuritaire, culture de la naissance]

**Intervenante** : Sophie, maman. J'aurais voulu savoir pourquoi, si avec l'accompagnement avec une sage-femme à domicile, il y a si peu de problème, n'y a-t-il pas de volonté pour que les accouchements se fassent d'avantage à domicile ?

**Paul Cesbron** : Je me permets de rappeler que tout le dispositif sanitaire, et cela dans l'ensemble des pays occidentaux, a été centré sur l'hospitalisation. Rappelons qu'à la fin du 19<sup>e</sup> siècle aux Etats-Unis, on a considéré que toute naissance était un acte chirurgical. Que les sages-femmes ont été mises en situation de tutelle à partir de la fin du 19<sup>e</sup> siècle. Que l'hôpital s'est imposé en France après la seconde guerre mondiale. Et donc, il y a toute la culture de l'accouchement hospitalier exclusif, seul médicalement acceptable, le »domicile « serait un passé révolu parce que



dangereux. Et rappelons, ce qui est tout à fait curieux, qu'en fait l'accouchement hospitalier au 19<sup>e</sup> siècle a fait question pour tous les professionnels, y compris les médecins. Mais aujourd'hui c'est l'inverse, il est très difficile pour les médecins d'accepter une alternative qui renverse toute leur conception et surtout toute l'organisation qu'ils ont mis en place et qui leur paraît très « insécure », et la preuve c'est que j'entends encore une sage-femme utiliser le terme de sécuritaire à propos de l'accompagnement global, c'est un terme éminemment, à mes yeux, ambigu et je serais d'avis de l'exclure de notre vocabulaire, parce qu'il tend à conforter le dispositif sanitaire actuel. Rappelons que le terme de sécuritaire est utilisé aujourd'hui dans notre société à tous propos et dans des conditions éminemment inquiétantes. Le sécuritaire est inquiétant. [etc].

**Intervenante** : Mais petite précision quand même, parce que là l'enquête montre qu'on a un niveau de la sécurité, il y a moins de soucis en domicile, donc pourquoi il n'y a pas de volonté ...

**Jacqueline Lavillonnière** : Nous espérons juste que les usagers, même si le nom n'est pas joli, vont progressivement retrouver le chemin de sages-femmes collaboratrices de l'accompagnement de leur maternité physiologique. Et que c'est pas ce biais que nous ferons remonter ce type de chiffres. Pour le moment, c'est vrai que l'engouffrement massif vers les lieux dont les murs apparaissent comme déjà en soi étant une sécurité de manière totalement illusoire me paraît extrêmement dangereux.

**Paul Cesbron** : tout cela est lié à la culture de la naissance. Il faut bien comprendre que les sages-femmes maintenant sont dépendantes des médecins, donc leur confier la totalité d'un accouchement c'est aujourd'hui une hérésie sur le plan de la conception qui a été développée pendant tout le 20<sup>e</sup> siècle. Ce qui a été dit sur la recherche est de même nature.

Fin.