



HAL
open science

La sage-femme, au coeur du projet de l'accouchement ambulatoire : étude qualitative monocentrique de la place et la perception des sages-femmes hospitalières et libérales en vue de la mise en place de l'accouchement ambulatoire – Thionville – 2017

Imène Semrouni

► **To cite this version:**

Imène Semrouni. La sage-femme, au coeur du projet de l'accouchement ambulatoire : étude qualitative monocentrique de la place et la perception des sages-femmes hospitalières et libérales en vue de la mise en place de l'accouchement ambulatoire – Thionville – 2017. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870386

HAL Id: hal-03870386

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870386v1>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

METZ

*La sage-femme, au cœur du projet de l'accouchement
ambulatoire*

*Etude qualitative monocentrique de la place et la perception des sages-femmes
hospitalières et libérales en vue de la mise en place de l'accouchement ambulatoire
- Thionville - 2017*

Mémoire présenté et soutenu par
SEMROUNI Imène

Directeur de mémoire : Dr GOETZ Christophe
Médecin de santé publique, CHR de Metz-Thionville

Promotion 2013-2017

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Tout d'abord, j'adresse mes sincères remerciements au Docteur GOETZ Christophe, directeur de ce mémoire, pour son aide et ses conseils dans la rédaction et dans la méthodologie de la recherche, et ce, depuis le commencement de mon projet. Son œil critique m'a permis d'améliorer la structure et la qualité de mon travail.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance à Madame SEVER-DUPONT Myriam, sage-femme coordinatrice des services de Grossesses Pathologiques et Suite de Couches à la maternité Bel-Air, experte de mon étude, pour sa disponibilité, son implication, ses précieux conseils expérimentés, qui ont permis d'alimenter ma réflexion.

J'exprime ma gratitude envers toutes les sages-femmes hospitalières et libérales qui ont accepté de participer à mes entretiens, sans qui ce mémoire n'aurait pu être réalisé.

Je tiens à remercier toute l'équipe pédagogique de l'école de Sage-Femme de METZ et les intervenants professionnels pour avoir assuré la partie théorique de la formation et de l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement les étudiantes de la promotion qui sont aujourd'hui devenues des amies, pour leur bonne humeur et leur soutien durant ces quatre années de formation.

Enfin, j'adresse toute mon affection à ma famille : mes chers parents, Hamza, mes sœurs, mon frère, mon oncle, tous mes proches qui m'ont accompagné, aidé, et encouragé tout au long de mes études, de mes stages, et de la réalisation de ce mémoire.

GLOSSAIRE

BCF : Battements cardiaques Fœtaux

CAF : Caisses d'Allocations Familiales

CNAF : Caisse Nationale d'Allocations Familiales

CHR : Centre Hospitalier Régional

CIANE : Collectif inter-associatif autour de la naissance

CNAM : Caisse Nationale de l'Assurance maladie

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance maladie des Travailleurs Salariés

CNGOF : Collège national des Gynécologues-Obstétriciens de France

CNSF : Collège National des Sages-Femmes de France

HAS : Haute Autorité de Santé

HAD : Hospitalisation à Domicile

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoire

EPI : Entretien Prénatal Individuel

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile

SA : Semaine d'aménorrhées

SDN : salle de naissances

SDC : Suites de Couches

SF : sage-femme

SPNP : Séance de Préparation à la Naissance et à la Parentalité

T2A : Tarification à l'activité

TV : Toucher Vaginal

PREAMBULE

La construction de la nouvelle maternité à Thionville est en marche. En cause, des structures vieilles de 50 ans. Bien qu'elle soit toujours équipée d'un plateau technique très performant, il fallait lui redonner un coup de jeune. Ce bâtiment ne sera pas seulement une maternité mais un grand pôle femme-mère-enfant. C'est l'occasion de repenser l'offre de soins actuelle de la prise en charge de la grossesse et l'accouchement.

Par ailleurs, la tendance en France est à la mise en place des sorties précoces par l'augmentation de l'activité des grandes maternités et donc la nécessité de pallier à la saturation des services. Elle répond également au désir des femmes et des couples d'être acteurs de la naissance de leur enfant, avec le souhait d'un accouchement plus naturel, préconisé aussi par les sociétés savantes, à l'image de nos voisins européens. Enfin, la réduction des coûts de santé entre également en compte. Les sorties précoces peuvent donner lieu à des schémas organisationnels divers, tels que HAD, sages-femmes détachées de la maternité, sages-femmes libérales, services de soins infirmiers à domicile, services de PMI, le tout coordonné ou non par le réseau de périnatalité [1]. La première partie de l'étude va évoquer ces points plus en détails.

Le projet ACCAMBU est une étude pilote devant débuter en 2017 à la maternité de Thionville, qui vise à préparer un parcours de soins physiologique pour les mères et nouveau-nés à bas risques médico-psycho-sociaux avec retour à domicile dans les 24 heures suivant l'accouchement. La sage-femme va être au cœur de ce nouveau concept, en devenant professionnel de santé de 1^{er} recours pour ces grossesses à bas risques. Une étude qualitative sur la base d'entretiens va essayer d'évaluer comment elle se projette dans ce nouveau projet. La deuxième partie traitera de la méthodologie, et de la question de recherche.

Dans une troisième partie, les résultats de l'étude vont être décrits, puis il s'agira dans la quatrième partie, de les interpréter et les commenter, mais aussi de les confronter aux pratiques européennes d'une part, et aux maisons de naissances et à l'accès au plateau technique en France, d'autre part. Enfin avant de conclure, il sera intéressant de déterminer les implications en pratique clinique de l'étude.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
GLOSSAIRE.....	3
PREAMBULE.....	4
SOMMAIRE.....	5
PARTIE 1 : CONTEXTE.....	7
1. CONSEQUENCES DE LA POLITIQUE DE SANTE EN FRANCE.....	8
2. HYPERTECHNICISATION DE LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.....	8
3. LE PROJET PARENTAL OU LE BESOIN D'ETRE ACTEUR DE LA NAISSANCE DE SON ENFANT.....	9
4. QUELLE PRISE EN CHARGE PERINATALE EN EUROPE ?	10
4.1. Exemple de la Suisse.....	10
4.2. Exemple des Pays-Bas.....	11
5. DIFFERENTS MODES DE PRISES EN CHARGE EN FRANCE.....	12
5.1. Le Prado.....	12
5.2. Accès au plateau technique.....	13
5.3. Maison de naissances.....	14
6. A L'AUBE D'UNE OFFRE DE SOINS NOUVELLE A LA MATERNITE BEL-AIR A THIONVILLE.....	14
PARTIE 2 : METHODE.....	16
1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES.....	17
2. SCHEMA DE L'ETUDE.....	17
3. PROTOCOLE D'ECHANTILLONAGE.....	18
4. MODE DE RECUEIL ET DONNEES RECUEILLIES.....	18
5. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE.....	18
6. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES.....	19
PARTIE 3 : RESULTATS.....	20
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE.....	21
1.1. Répartition de la population et caractéristiques des libérales rencontrées.....	21
1.2. Nombre d'années et type d'expérience.....	21
1.3. Caractéristiques des entretiens en fonction du secteur d'activité.....	22
2. IMPACT SUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION.....	22
2.1. Organisation des soins.....	22

2.2. Charge de travail.....	23
2.3. Modification des pratiques professionnelles.....	23
2.3.1. <i>En SPNP</i>	23
2.3.2. <i>A l'EPI</i>	24
2.3.3. <i>En Postnatal</i>	25
2.4. Réseau Hôpital-Ville.....	26
3. IMPACT SUR LES PATIENTS.....	27
3.1. Qualité et sécurité des soins.....	27
3.2. Critères d'attractivité et de non attractivité des couples.....	29
3.3. Accompagnement de l'allaitement maternel.....	30
4. INTERET POUR LA SAGE-FEMME.....	33
4.1. Relationnel.....	33
4.2. Place dans la prise en charge.....	33
5. REMARQUES SUR LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE.....	34
5.1. Aménagements et besoin d'équipements.....	34
5.2. Inquiétudes.....	36
5.3. Pistes de réflexion.....	37
PARTIE 4 : DISCUSSION.....	39
1. PRINCIPAUX RESULTATS.....	40
2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	42
2.1. Les forces.....	42
2.2. Les limites.....	43
3. COMPARAISONS AUX OFFRES EXISTANTES EN FRANCE ET A L'ETRANGER DU MOMENT.....	43
3.1. En France, entre maison de naissances et accès au plateau technique.....	43
3.2. Comparaisons par rapport aux modèles européens.....	44
4. IMPLICATION DES RESULTATS.....	45
4.1. Réseau avec des professionnels.....	45
4.2. Rémunération des actes.....	45
4.3. Adaptation des pratiques.....	46
CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE.....	51
ANNEXES.....	55

PREMIERE PARTIE : Contexte

1. CONSEQUENCES DE LA POLITIQUE DE SANTE EN FRANCE

Réduire le séjour en maternité est une mesure proposée par l'Assurance Maladie en 2014 dans le cadre du vaste plan d'économie contre la dette sociale. D'ailleurs, la tendance actuelle est à la diminution de la durée des séjours hospitaliers que ce soit en France ou à l'étranger. En effet, aujourd'hui, la France se situe en 23^e position sur les 25 pays de l'OCDE en termes de durée moyenne de séjour (4,3 jours contre 3,2). C'est dans un souci de rééquilibre budgétaire des hôpitaux que l'offre de soins connaît ce tournant. Le nouveau mode de financement des hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, visant à contrôler leur dépenses, joue un rôle indéniable dans la réduction des séjours en maternité. En effet, dorénavant par la T2A, un même forfait est perçu par les hôpitaux publics pour un même type d'hospitalisation, et ce, quel que soit la durée du séjour. Autrement dit, plus un établissement accueille de parturientes, plus il est gagnant : donc celui-ci a tout intérêt à réduire le séjour pour limiter les frais tout en hospitalisant un nombre maximal de futures mères [2].

La diminution du nombre de lits pour autant de naissances permet aussi d'expliquer le raccourcissement des séjours. En 1975, la France comptait 1 370 maternités contre 535 en 2010 seulement, soit une baisse d'un peu plus de 20 % en moins de dix ans [2]. Par ailleurs la proportion d'accouchements dans des maternités de moins de 1000 accouchements est passée de 25,3 % à 17,4 %, alors que la proportion d'accouchements dans celles de plus de 3000 et plus est passée de 8,0 % à 18,8 %. Ceci est en partie le résultat des fermetures et des fusions de maternités [3].

Enfin, les frais d'accouchement et de séjour étant pris en charge à 100 % et remboursés jusqu'au douzième jour après l'accouchement par l'Assurance Maladie, il paraît évident qu'un retour à domicile plus tôt apparaît comme la solution privilégiée.

2. HYPERTECHNICISATION DE LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

Le rapport de l'enquête périnatale 2010 [3] qui permet de comparer la fréquence des soins réalisés pendant la grossesse et l'accouchement entre 2003 et 2010, montre de façon évidente la tendance à la surmédicalisation en France. Par rapport au suivi de grossesse, celui-ci apparaît comme beaucoup plus intense en 2010 par rapport à 2003 puisque la proportion de femmes qui ont eu 10 consultations ou plus est passée de 28,3 % à 45,1 % et le nombre moyen de consultations est passé de 8,9 ($\pm 2,8$) à 9,9 ($\pm 3,7$). Rappelons que la réglementation actuelle de la HAS préconise 7 consultations prénatales, une avant 15 SA puis une par mois à compter du 4^{ème} mois de grossesse [4]. Le nombre d'échographie augmente également passant de 4,5 en 2003 à 5 en 2010 surtout les suivis avec plus de cinq échographies qui passent de 21,5 % à 28,9 %, sachant que seules trois font partie des recommandations de la HAS dans le cadre du suivi des grossesses physiologiques [4].

En ce qui concerne la prise en charge de l'accouchement, les résultats sont tout aussi marquants. La prise en charge médicale des femmes au cours du travail ou pour l'initier, est plus présente qu'en 2003. En effet, le taux de déclenchement du travail est passé de 19,7% à 22,7%, alors que cette pratique était très stable antérieurement (Blondel et al 2006). Le recours à la rupture artificielle de la poche des eaux et aux ocytociques a concerné plus de la moitié des femmes en 2010 ; alors que ce sont des pratiques qui ne doivent pas être utilisées en routine si le travail évolue normalement, d'après les recommandations de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque publiées par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1997

(cf. annexe I) . Cette augmentation peut être corrélée à l'évolution du taux d'accouchements avec péridurale ou rachianesthésie passé de 74,9 % à 81,4 % en sept ans, puisque l'analgésie s'associe à une durée de travail plus longue donc au recours plus important à l'ocytocine et l'amniotomie.

En 2010, 44,4 % des primipares et 14,3 % des multipares ont eu une épisiotomie ; ce qui est bien au-dessus du taux « raisonnable » d'épisiotomie estimé par le CNGOF et défini à 30% [5].

Le taux d'accouchement par césarienne est resté stable par rapport à 2003, mais a connu une augmentation continue depuis 1991, passant de 14% à 20,8% ; le taux idéal de recours à la césarienne fixé par l'OMS étant de 10 à 15% [6].

En comparant la position de la France par rapport aux pays européens dans sa prise en charge médicale périnatale, dont les données sont présentes dans rapport Euro-Peristat de 2013 [7], il apparaît que:

- Le taux de déclenchement en Suisse est de 13,7% en 2010
- Les taux d'épisiotomie sont inférieurs à 10% en Suisse et au Danemark
- Les taux de césariennes sont de 14% en Islande, 17% en Suède, et plus proches du seuil défini par l'OMS en Norvège et aux Pays-Bas
- La mortalité materno-infantile est équivalente en France et dans les pays nordiques, figurant parmi les plus bas d'Europe

Ce qui veut dire que pour un taux de mortalité materno-infantile équivalent, la France est beaucoup plus invasive dans la santé périnatale que les pays nordiques.

Selon Madeleine Akrich, directrice du Centre de sociologie de l'innovation (CSI) associé au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), « *cette technicisation est aujourd'hui contestée à la fois par la recherche médicale internationale et par les usagers. De nombreux travaux montrent en effet que la plupart de ces interventions (rupture de la poche des eaux, administration d'hormones accélérant le travail, monitoring en continu, épisiotomie, césarienne, etc.) ne présentent pas d'avantages décisifs et, à l'inverse, entraînent des conséquences négatives sur la santé de la mère et de l'enfant. Cela commence à être reconnu en France, notre pays n'étant pas de ce point de vue à la pointe de l'évolution* » [8].

De même, le CNGOF s'exprime en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de l'accouchement physiologique : « *il y a aujourd'hui des travaux qui démontrent que la règle "qui peut le plus, peut le moins" ne s'applique pas bien en obstétrique. En effet, les facilités offertes par un plateau technique organisé pour faire face aux pathologies graves voire gravissimes, conduit à en faire aussi usage dans des situations qui le justifient moins. Il ne s'agit pas seulement d'un gaspillage de moyens, mais aussi du risque iatrogène de la surmédicalisation et du sur traitement. S'ajoute également la frustration de certaines patientes qui estiment qu'elles auraient peut-être pu accoucher plus simplement* » [9]. D'ailleurs, l'OMS en 1997 dans un groupe de travail, évalue les pratiques courantes et émet des recommandations concernant les soins liés à un accouchement normal. (cf. annexe I)

3. LE PROJET PARENTAL OU LE BESOIN D'ETRE ACTEUR DE LA NAISSANCE DE SON ENFANT

La loi Kouchner du 4 mars 2002 octroie désormais aux patients la possibilité de participer aux décisions concernant leur santé. Concrètement, le soignant est dans l'obligation d'expliquer au patient toutes les informations nécessaires à la compréhension de son état de santé, des différents traitements et examens

complémentaires disponibles ou l'existence d'alternatives, mais aussi les risques et les conséquences d'un refus ; le praticien est alors tenu de recueillir le choix éclairé du patient, mais surtout de le respecter [10]. De prime abord, l'accouchement n'entre pas dans le cadre de prise en charge d'une pathologie mais il convient de porter une attention à la sécurité émotionnelle des couples qui abordent la grossesse et l'accouchement. C'est ainsi que l'un des objectifs du dernier Plan périnatalité (2005-2007) est la mise en place d'un entretien précoce au 4^{ème} mois de grossesse, qui accorde un temps d'échange propice à l'expression des attentes et besoins des futurs parents [11].

Le député Yannick FAVENNEC, s'est exprimé dans le rapport enregistré à l'Assemblée nationale le 19 novembre 2013 sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissances. Pour lui, l'environnement de l'hôpital réunit plusieurs facteurs qui sont susceptibles de créer chez les parturientes dans la période du travail et du post-partum, des complications psychologiques et médicales. Ces facteurs sont l'indisponibilité des professionnels, et surtout le cadre très protocolaire de la prise en charge, où préside l'anonymat qui ne laisse pas de place à la personnalisation du soin. Ainsi, les jeunes parents contestent de plus en plus le fait de s'être retrouvés dans « *ces usines à bébés où l'on accouche à la chaîne* ». [13]

En 2012, le CIANE a lancé une enquête sur internet destinée aux mamans pour recueillir des expériences sur le déroulement des accouchements et la manière dont elles les vivent. Il apparaît de l'étude que de plus en plus de femmes expriment des doléances concernant le déroulement de leur accouchement: le taux est passé de 36% avant 2005 à 57% en 2011. D'ailleurs, le recours aux projets de naissances progresse (7% avant 2005 ; 18% depuis 2009). En parallèle, il est démontré que le respect des souhaits exprimés par la femme influe positivement sur le vécu de l'accouchement : 90% des femmes dont les souhaits ont été respectés ont très bien ou plutôt bien vécu leur accouchement que ce soit sur le plan physique ou psychologique, alors que celles dont les souhaits n'ont pas été respectés ne sont que 43% (plan physique) et 30% (plan psychologique) à partager cette opinion [12].

Les premiers axes définis par le plan Périnatalité consistent à donner plus d'humanité et de proximité à l'environnement de la grossesse et la naissance. Une importance particulière est alors accordée à l'expression des souhaits des futurs parents, mais il n'en reste pas moins que le respect de ceux-ci sont difficiles à mettre en œuvre bien que des espaces physiologiques ont été créés, car les maternités sont de plus en plus grandes, et le personnel en nombre strictement nécessaire au service, est souvent confronté à une charge de travail qui ne lui permet pas de prendre du temps dans l'accompagnement [11].

Ainsi de nouvelles offres de soins périnatales ont vu le jour pour apporter aux femmes et aux couples qui le souhaitent et qui remplissent les conditions d'une grossesse physiologique un accompagnement global et personnalisé, c'est-à-dire qu'il associe une femme, un couple et une sage-femme du début de la grossesse à la fin du post-partum. Cet accompagnement autorise une écoute particulière, sur la durée, et crée une relation de confiance qui facilite grandement l'accouchement et le suivi postnatal [14].

4. QUELLE PRISE EN CHARGE PERINATALE EN EUROPE ?

4.1. EXEMPLE DE LA SUISSE

En Suisse, l'Arcade sages-femmes a été créée en 1994 par un collectif de sages-femmes indépendantes réunies en association. Elles proposent un accompagnement global, c'est-à-dire qu'elles

organisent le suivi médical de la grossesse, les séances de préparation à la naissance et le suivi du post-partum au domicile. Il est également mis à disposition des patientes une permanence téléphonique, une permanence d'accueil, mais aussi un espace d'informations et d'échanges gratuits.

Ainsi les futures mères ont plusieurs options pour leur accouchement. D'abord, elles peuvent accoucher à domicile : une séance de préparation du matériel nécessaire à l'accouchement est alors prévue au domicile de la patiente, puis la sage-femme est contactée dès le début du travail pour accompagner la naissance. Une deuxième sage-femme est appelée peu avant la naissance pour assister à l'accouchement, la délivrance et la surveillance du post-partum immédiat.

La deuxième option est l'accouchement en maternité avec une sage-femme de l'Arcade qui organise le suivi de grossesse, la préparation d'un Plan de Naissance, l'accouchement, ainsi que le retour à domicile. La sage-femme assiste à la maison au début du travail, invite à partir à la Maternité et effectue la naissance de l'enfant et la délivrance.

La troisième alternative est l'accouchement ambulatoire qui permet de bénéficier de l'accompagnement de la sage-femme pour la préparation à la naissance, le début du travail et le post-partum, tout en choisissant d'être suivi par un médecin ou une sage-femme et d'accoucher à la maternité.

Dans tous les cas et si la mère et le nouveau-né sont en bonne santé, le retour au domicile se fait dans les 2 ou 3 heures suivant la naissance, et la sage-femme organise des visites jusqu'au 56ème jours [15].

4.2. EXEMPLE DES PAYS-BAS

Une femme néerlandaise sur six accouche à domicile, c'est donc ce à quoi s'attend toute femme dont la grossesse est physiologique aux Pays-Bas. C'est culturel, tout comme le faible recours à l'analgésie péridurale par rapport au taux français (18 %, contre 76 % en France) [16].

Pour le gynécologue J. NIZARD, c'est le fait qu'il n'y a pas de sages-femmes à l'hôpital qui rend la prise en charge périnatale néerlandaise particulière, bien plus que la prédominance des accouchements à domicile. L'exercice des sages-femmes est libéral alors que les gynécologues-obstétriciens travaillent à l'hôpital. Les consultations prénatales se réalisent uniquement par la sage-femme dès lors qu'au début de celle-ci, la grossesse a été évaluée comme à bas risque. En fait, la femme n'a pas le choix du praticien qui suivra sa grossesse. La seule raison qui amène les patientes à accoucher à la maternité est la contre-indication médicale d'accoucher à la maison établie par le professionnel médical. L'accouchement à la maison par sa sage-femme ou son médecin traitant est ancré dans les mœurs, le fait de devoir y renoncer est perçu comme un échec. L'absence de recours à l'analgésie péridurale par les femmes, l'accessibilité géographique des hôpitaux et l'autonomie des sages-femmes jouent un rôle non négligeable dans le fonctionnement de ce système [17].

Les femmes quittent la maternité au bout de quatre heures, si l'accouchement a été physiologique, et que la maman et son nouveau-né se portent bien ; d'ailleurs un examen neuro-morphologique physiologique réalisé par la sage-femme ne fera pas intervenir de pédiatre. Ensuite, tous les jours ou un jour sur deux, la sage-femme référente assure la surveillance du post-partum par cinq visites au total, réalisées au domicile de la patiente. La caractéristique du système néerlandais est l'intervention après la naissance d'aides-soignantes spécialisées, appelées *kraamzorg* auprès des familles : elles sont présentes pour 49 heures au total, et aident la maman à gérer les tâches ménagères, les soins des autres enfants, et ont un rôle d'éducation et de prévention dans la santé materno-néonatale [16].

5. DIFFERENTS MODES DE PRISES EN CHARGE EN FRANCE

5.1. LE PRADO

Le PRADO, ou Programme de Retour à Domicile après accouchement, est une initiative nationale proposée par la CNAM et développée dans plusieurs départements, pour permettre aux patientes qui le souhaitent et qui sont éligibles, un retour à domicile dans des conditions optimales de suivi postnatal avec une sage-femme libérale [18].

Cette offre de soins est présentée aux futurs parents pendant la grossesse par l'intermédiaire du professionnel qui a suivi la grossesse, information également présente dans le guide maternité délivré par l'assurance maladie dès la déclaration de grossesse. Si la patiente souhaite prendre part au dispositif, et que la sage-femme de maternité valide la sortie à partir d'une grille de critères établie, la mère pourra rencontrer un conseiller de l'assurance maladie qui assure la liaison avec la sage-femme libérale choisie en fonction de sa disponibilité, de la connaissance de la patiente, du lieu de domicile, et organise le premier rendez-vous [18].

Ce programme s'appuie sur les référentiels de la HAS existants, sur un nouveau référentiel élaboré dans le cadre de sa mise en place, ainsi que sur les dispositifs européens. La HAS définit à **72 heures** la durée standard d'hospitalisation pour un accouchement voie basse (et à 96 heures pour un accouchement voie haute) d'un nouveau-né singleton eutrophe et en l'absence de complications pour la mère. De même, elle définit une sortie précoce de la maternité **au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse (et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne)**, en fonction des souhaits des parents et de l'accord du corps médical. La HAS ne détermine donc pas de limite basse dans le cadre d'un retour à domicile précoce [19].

S'appuyant sur ces recommandations, le PRADO propose :

- une sortie standard à 72 heures après un accouchement voie basse (et 96 heures après une césarienne): existe dans la plupart des régions de France
- une sortie précoce à 48-72 heures après un accouchement voie basse (et 72-96 heures après une césarienne): en cours de déploiement dans quelques départements y compris au CHR Metz-Thionville

Le champ de ce programme porte sur les sorties de post-partum physiologique pour les parturientes sans vulnérabilité psychique et sociale, avec un soutien familial adéquat, sans comorbidité ni complication, et développant un lien mère-enfant satisfaisant, ayant accouché par voie basse d'un enfant né à terme, ne présentant aucun problème d'alimentation, dont le poids est en rapport avec l'âge, pouvant réguler son homéothermie, et sa bilirubinémie. Ce tableau récapitule les différences entre les deux offres [19].

	SEJOUR Standard	SEJOUR Précoce
Durée de séjour après accouchement	72 heures pleines si voie basse 96 heure pleines si césarienne	48 – 72 heures si voie basse 72 – 96 heures si césarienne
Nombre de visites post-natales par la sage-femme libérale	SUIVI NON OBLIGATOIRE 1 ^{ère} visite : Recommandée dans les 7 jours, au mieux dans les 48 h	1 ^{ère} visite : obligatoire dans les 24h suivant la sortie 2 ^{ème} visite : obligatoire, planifiée à l'appréciation de la SF

	2 ^{ème} visite : recommandée, planifiée à l'appréciation de la SF Visites supplémentaires possibles	3 ^{ème} visite : recommandée et planifiée à l'appréciation de la SF Visites supplémentaires possibles
Critères de sortie maternels spécifiques	Cf. critères énoncés ci-dessus	Cf. critères énoncés ci-dessus + accord de la mère et/ou du couple
Critères de sortie spécifiques du nouveau-né	Nouveau-né ≥ 37 SA singleton et eutrophe Examen clinique normal réalisé impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie. Dépistages néonataux réalisés à la maternité. Suivi post-natal recommandé : identique à celui de la mère	Nouveau-né ≥ 38 SA, singleton et eutrophe, Apgar ≥ 7 à 5 mn Examen clinique normal le jour de sortie Vitamine K1 donnée. Dépistages néonataux prévus et organisés, et leur traçabilité assurée. Suivi post-natal organisé : commun à celui de la mère + consultation chez un pédiatre ou médecin traitant à compétence pédiatrique planifiée entre J6 et J10

Il est à noter que malgré l'absence de limite basse définie par la HAS permettant une sortie précoce de la maternité, l'assurance maladie a fixé un seuil de 48 heures minimum dans le PRADO précoce. Cela permet la réalisation du test de dépistage des maladies métaboliques néonatales entre 48 et 72 heures de vie comme l'a autorisé l'Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant. Cela permet aussi le dépistage de la surdité à partir 24 heures de vie. Tout a été pensé pour que les examens du nouveau-né soient réalisés pour permettre la sortie précoce.

5.2. ACCES AU PLATEAU TECHNIQUE

Une des réponses apportées à la demande des femmes qui souhaitent accoucher le plus naturellement possible, est l'accouchement en plateau technique à l'hôpital. Les conditions d'accès à celui-ci par les sages-femmes libérales a été modifié par la loi HPST de 2009. Cette offre d'accompagnement global à la naissance permet d'apporter une sécurité émotionnelle aux parents grâce au fait d'établir un lien de confiance avec la sage-femme, en plus de la sécurité médicale par l'accès à la structure hospitalière [20].

L'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 a modifié l'article L. 6112-4 : « Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation. Toutefois, lorsque ce plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès aux médecins et sages-femmes non hospitaliers s'effectue dans les conditions définies à l'article L. 6146-2 » [21].

La sage-femme qui propose l'accouchement en plateau technique doit se conformer aux conditions définies par la loi. Celle-ci lui reconnaît la nécessité de respecter son autonomie et son indépendance

professionnelle par l'hôpital. La signature d'un contrat et l'établissement d'une charte entre l'hôpital et la sage-femme permet de préciser les conditions d'accès à la structure [20].

L'avantage de l'accès au plateau technique pour la sage-femme est la possibilité d'accéder au matériel et de solliciter l'intervention de l'équipe médicale si besoin. L'établissement est responsable des moyens qu'il offre à la sage-femme pour l'exercice de sa profession, mais celle-ci ne demeure pas moins responsable de ses actes, d'où l'obligation d'une assurance en responsabilité civile professionnelle incluant l'accouchement en plateau technique [20].

Bien que l'accompagnement global offert par l'accouchement en plateau technique octroie une satisfaction professionnelle pour la sage-femme et une réponse aux demandes des couples, peu de libérales acceptent de s'engager. En effet, plusieurs contraintes peuvent décourager les sages-femmes : la faible rémunération des actes compte tenu des responsabilités et risques médico-légaux qu'engendrent l'accouchement, l'importance des démarches administratives, la nécessité d'une disponibilité illimitée, et la frilosité des établissements à accepter ces types de convention avec les libérales [20].

5.3 MAISONS DE NAISSANCES

L'accouchement en maison de naissance est une alternative désormais rendue possible avec publication au Journal officiel d'un décret du 30 juillet 2015 sur les conditions de l'expérimentation des Maisons de naissance. Ce décret fait suite à la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des Maisons de naissance [22].

La maison de naissance est une structure conviviale installée à proximité d'une maternité, gérée uniquement par des sages-femmes. Elle permet à l'adage « une femme, une sage-femme » de se réaliser dans le respect de la physiologie. Elle est équipée du matériel nécessaire à la sécurité de la mère et l'enfant pour permettre le suivi de grossesse, l'accouchement et le post-partum, dès lors que la grossesse est évaluée à bas risque médico-psycho-social. Dans ces structures, il n'est pas possible pour la femme de recourir à l'analgésie péridurale [23].

L'accompagnement global de la naissance est rendu possible par l'identification d'une sage-femme référente du couple, qui pourra jouer son rôle principal de prévention médico-psycho-sociale par le dépistage et l'orientation de la parturiente à tout moment, tout en gardant sa responsabilité médicale et la gestion de son autonomie, conformément à ses compétences. La sage-femme intervient seule auprès de sa patiente, sauf au moment de l'accouchement où une deuxième sage-femme l'assiste jusqu'au post-partum immédiat, dans le cas où un transfert de qualité optimale doit être assuré vers la structure hospitalière obstétricale et pédiatrique de référence [23].

Le retour à domicile est possible au bout de deux heures après la naissance.

Le 30 avril 2016 est inaugurée à Nancy, Un Nid pour Naitre, la troisième maison de naissances en France. Afin de pouvoir assurer le suivi global, les couples doivent remplir un certain nombre de critères médicaux et résider à 30 minutes maximum de la Maison de Naissance et/ou du cabinet de la sage-femme référente. Sinon, un suivi est malgré tout possible à condition d'avoir un hébergement dans ce périmètre, au moins les cinq jours suivant celui de la naissance (amis, famille, location) [24].

6. A L'AUBE D'UNE OFFRE DE SOINS NOUVELLE A LA MATERNITE BEL-AIR A THIONVILLE

C'est dans ce contexte de recherche de la satisfaction des couples par un suivi global et personnalisé, de médicalisation moins présente de l'accouchement, d'optimisation des moyens hospitaliers, et de rééquilibrage budgétaire que s'inscrit à la maternité Bel-Air un projet unique en France : l'accouchement ambulatoire, c'est-à-dire une prise en charge permettant à des patientes éligibles, de sortir de la maternité dans les 24 heures après l'accouchement.

Une étude pilote réalisée au sein du pôle Femme-Mère-Enfant de Thionville, Maternité de type 2b du CHR Metz-Thionville, a pour objectif d'identifier et d'évaluer un parcours de santé mère et enfant à bas risque médico-psycho-social dans le cadre d'une sortie de la maternité dans les 24 heures suivant l'accouchement. Ce parcours est défini par le concept d' « accouchement ambulatoire » encore appelé ACCAMBU. C'est dans le cadre de la création de la nouvelle maternité, que l'organisation et les pratiques actuelles, veulent être repensées. Les sages-femmes vont être positionnées comme professionnels de premier recours, dans les naissances à bas risque médico-psycho-social.

DEUXIEME PARTIE : Méthode

1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES

A l'image de la prise en charge de la grossesse et l'accouchement par nos voisins européens, le projet d'accouchement ambulatoire est une offre qui s'inscrit dans l'émergence de l'accès au plateau technique pour les sages-femmes libérales, des maisons de naissances, du PRADO précoce, et, rendues indispensables par les contraintes économiques, la reconnaissance de l'hyper technicisation de l'accouchement et la prise en compte des souhaits des futurs parents. Les sages-femmes apparaissent comme professionnelles référentes de premier recours pour les grossesses à bas risque dans ce projet, avec d'éventuelles conséquences variables sur leurs pratiques professionnelles.

L'objectif est d'évaluer la perception des sages-femmes cliniciennes sur l'impact qu'aura la mise en place de l'accouchement ambulatoire.

Plusieurs objectifs secondaires vont découler de cet objectif principal. Ils vont avoir pour but de :

- Identifier les axes d'amélioration et points forts de l'accouchement ambulatoire
- Obtenir des informations sur les éléments mis en place pour la réalisation du projet « accouchement ambulatoire » : qui seront les réseaux ? quels sont les points de vigilance ? Des sages-femmes seront-elles associées à la rédaction ?

Une des retombées attendues pourra être de favoriser un suivi global et personnalisé des couples, répondre à leurs besoins à travers l'accouchement ambulatoire.

Les hypothèses que nous pouvons élaborer à partir de la question de recherche sont celles-ci :

- Le rôle des sages-femmes va être redistribué : en effet, en prenant l'exemple du suivi post-natal des 24 premières heures, ce rôle reviendra désormais à la sage-femme libérale, et non plus à la sage-femme de suites de couches
- La pratique professionnelle des sages-femmes va être modifiée ; ce sera le cas, éventuellement lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité où l'information délivrée et le travail d'éducation iront dans le sens d'un accouchement ambulatoire
- L'organisation des sages-femmes va demander un aménagement répondant au suivi particulier des patientes sortant ultra-précocement¹ ; la surveillance post-natale de la mère et de l'enfant sera sans doute plus accrue qu'elle ne l'est pour les patientes sortant actuellement à 48 heures, à la fois pour les sages-femmes hospitalières que libérales
- Les remarques des professionnels de terrain vont permettre d'optimiser la prise en charge prévue ; à l'aube d'une étude pilote qui n'a jamais été mise en œuvre en France, les avis des professionnels qui seront directement impliqués, sont essentiels pour proposer une prise en charge optimale
- Le PRADO va devoir s'adapter car pour l'instant, il conditionne uniquement les modalités de sortie à 48 heures s'appuyant sur les recommandations de la HAS, qui elle ne définit pas de limite minimale

2. SCHEMA DE L'ETUDE

Pour répondre à la question de recherche, il a été réalisé une étude qualitative observationnelle et monocentrique de la place et la perception des sages-femmes dans le cadre de l'accouchement

¹ Ultra-précoce : terme n'existant pas dans la littérature mais utilisé dans ce mémoire pour distinguer les sorties dans le cadre du PRADO précoce à 48 – 72 heures de celles prévues par l'accouchement ambulatoire à 24 heures

ambulatoire. Ce volet de l'étude qualitative consistait en la conduite d'entretiens auprès de sages-femmes cliniciennes exerçant à l'hôpital et en libéral ; il visait à recueillir et explorer des sentiments, représentations, perceptions et expériences concrètes de terrain sur l'exercice de la profession sage-femme, pour l'adapter au mieux à l'accouchement ambulatoire, et en comprendre les enjeux.

3. PROTOCOLE D'ECHANTILLONAGE

La population d'étude incluait les sages-femmes cliniciennes exerçant sur le bassin thionvillois, c'est-à-dire les sages-femmes hospitalières du Centre Hospitalier Bel-Air et les sages-femmes libérales. Les professionnels interrogés ont accepté un entretien dans le temps imparti de réalisation de l'étude. Si possible, les professionnels participant devaient avoir connaissance des modalités de l'accouchement ambulatoire.

Les critères d'exclusion correspondaient aux étudiants sages-femmes, aux sages-femmes cadres, aux sages-femmes formatrices, et aux sages-femmes territoriales. En fait, toutes les sages-femmes qui ne seraient pas directement impliquées par l'accouchement ambulatoire.

L'échantillon devait être varié, en incluant des sages-femmes hospitalières des différents secteurs : salle de naissances, suites de couches, consultations obstétricales.

La taille de l'échantillon n'est pas établie à l'avance. Le recueil des données était terminé dès que le seuil de saturation était atteint, c'est-à-dire que les idées devenaient récurrentes et qu'il n'y avait pas de nouvelles qui surgissaient.

La période d'inclusion s'est déroulée du 17 janvier au 23 février 2017. C'était une période stratégique car elle a suivi deux réunions réalisées avec les sages-femmes hospitalières d'une part, et les sages-femmes libérales d'autre part, pour les informer des modalités de mise en œuvre de l'accouchement ambulatoire. Ce qui favorisera donc la réflexion et l'expression des sages-femmes participant à l'étude.

4. MODE DE RECUEIL ET DONNEES RECUEILLIES

Le recueil des données s'est fait sous la forme d'entretiens semi-directifs pour recueillir la motivation, les remarques, les inquiétudes, le ressenti des sages-femmes cliniciennes.

L'élaboration d'un guide d'entretien a permis d'établir une trame des différents thèmes à aborder, qui interrogent notamment les avis sur l'impact organisationnel, relationnel, professionnel, matériel, personnel de l'accouchement ambulatoire sur les sages-femmes. (cf. annexe II)

Il s'agissait d'entretiens individuels en face-à-face. Pour s'entretenir avec une sage-femme de la maternité, il fallait s'y rendre régulièrement pour trouver des créneaux où la sage-femme était disponible au cours de sa garde. Pour les libérales, il était convenu à chaque fois d'un rendez-vous.

Dans tous les cas, le contenu de l'entretien était enregistré à l'aide d'un dictaphone puis retranscrit sur un logiciel de traitement de texte.

5. PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse de l'étude s'est faite en deux temps :

- 1^{er} temps : dégager l'ensemble des thèmes abordés par des monographies de chaque entretien

- 2^{ème} temps : Analyse transversale des thèmes et des caractéristiques des individus

Le logiciel utilisé pour l'analyse des résultats est SPHINXDECLIC [25]. C'est un logiciel en ligne qui a permis de :

- Créer une enquête
- Collecter les réponses
- Utiliser des tests statistiques pour les données quantitatives, par notamment des tris à plat
- Analyser les questions textuelles en étudiant les verbatim

6. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

Il était donc proposé aux sages-femmes de participer à l'étude après leur avoir donné des informations sur l'objectif de l'étude, la méthode de recherche, l'utilisation des données et le droit de faire opposition à tout moment à l'utilisation de celles-ci. Le consentement éclairé était obtenu par accord oral. Il était précisé que l'étude respecterait l'anonymat des enquêtés et des lieux à tout moment et la confidentialité des personnes. À tout moment de l'entretien, ou de la suite de l'étude, il était possible de retirer sa participation. Il était demandé à chaque fois l'autorisation d'enregistrer les entretiens, en tenant à disposition si le participant le désire, l'enregistrement réalisé auprès de l'interlocuteur.

TROISIEME PARTIE : Résultats

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

1.1 REPARTITION DE LA POPULATION ET CARACTERISTIQUES DES LIBERALES RENCONTREES

Au total, 15 sages-femmes ont été interrogées, dont 6 sages-femmes exerçant à la maternité Bel-Air et 9 sages-femmes libérales. 2 sages-femmes libérales contactées n'ont pas participé à l'étude : une d'entre-elles était indisponible dans le temps imparti pour la recherche, l'autre n'étant pas intéressée par le sujet. Parmi les sages-femmes hospitalières, 5 sages-femmes rencontrées n'ont également pas participé du fait notamment de leur indisponibilité au cours de leur garde.

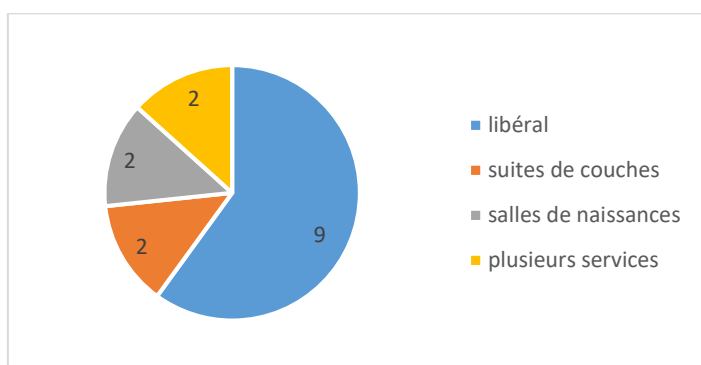


Figure 1: Répartition du nombre de sages-femmes interrogées en fonction du secteur d'activité

A la maternité, 2 sages-femmes soit 13,3% des personnes interrogées exerçaient essentiellement en suites de couches et en salles de naissances ; 2 sages femmes étaient mobiles dans plusieurs services : consultations obstétricales et préparation à la naissance, salles de naissances, suites de couches, échographie, service de grossesses pathologiques. Concernant les sages-femmes libérales, sur les 9 interrogées, 2 n'avaient jamais travaillé en milieu hospitalier depuis l'obtention de leur diplôme.

Sur les 9 cabinets libéraux, 4 travaillaient en collaboration avec une autre sage-femme.

1.2 NOMBRE D'ANNEES ET TYPE D'EXPERIENCE

Tableau 1: Année d'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme par classe en fonction du secteur d'activité

	Nombre de SF libérales (%)	Nombre de SF hospitalières (%)	Total (%)
Année (M = 2002)			
1980-1990	2 (13,3)	3 (20,0)	5 (33,3)
1991-2000	0	1 (6,7)	1 (6,7)
2001-2006	2 (13,3)	0	2 (13,3)
> 2006	5 (33,3)	2 (13,3)	7 (46,7)
Total	9 (60,0)	6 (40)	15 (100)

M = médiane

Les sages-femmes libérales rencontrées sont majoritairement diplômées après 2006, donc ont moins de 10 ans de pratique, tandis que les sages-femmes hospitalières exerçaient depuis avant les années 2000 pour la plupart, ce qui leur fait plus de 17 ans d'expérience. La plus grande part de sages-femmes de la population avait moins de 15 années de pratique.

Une seule sage-femme sur 15 était diplômée de Belgique. 3 sages-femmes avaient une expérience à l'étranger : une avait travaillé en Allemagne, une autre en Suisse, une avait réalisé un stage en Angleterre durant ses études.

1.3 CARACTERISTIQUES DES ENTRETIENS EN FONCTION DU SECTEUR D'ACTIVITE

Tableau 2 : Durée des entretiens en fonction du secteur d'activité

	Nombre de SF libérales (%)	Nombre de SF hospitalières (%)
Durée en minutes (m = 22,5)		
< 15	0	3 (20,0)
15 - 25	2 (13,3)	3 (20,0)
> 25	7 (46,7)	0
Total	9	6

m = moyenne

Les entretiens réalisés auprès des sages-femmes libérales ont duré la plupart du temps plus de 25 minutes avec une moyenne de 31.2 minutes, contre moins de 25 minutes chez leurs consœurs hospitalières avec une moyenne de 13.8 minutes.

2. IMPACT SUR L'EXERCICE DE LA PROFESSION

2.1. ORGANISATION DES SOINS

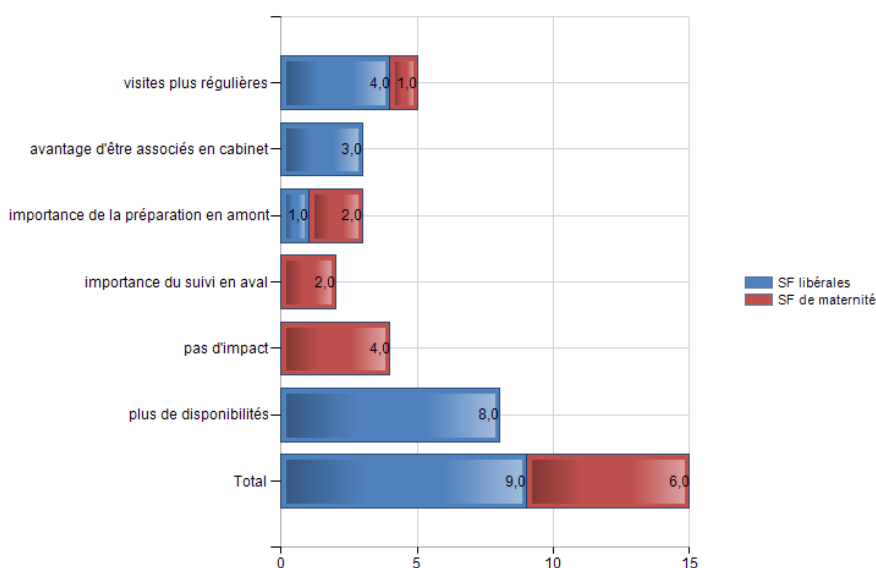


Figure 2: Impact de l'accouchement ambulatoire sur l'organisation de travail en fonction du secteur d'activité

La question sur les conséquences éventuelles de l'accouchement ambulatoire sur l'organisation de travail a fait émerger des réponses différentes entre les deux principaux groupes : sages-femmes libérales et hospitalières. Pour les sages-femmes exerçant en maternité, 6 pensaient qu'il n'y aurait pas d'impact sur leur organisation de travail. 2 évoquaient l'importance de la préparation en amont (« il va falloir que le travail soit fait en amont et après par les SF libérales, parce qu'on n'aura pas le temps »), et de la préparation en aval pour 2 d'entre elles également (« il faudra faire extrêmement confiance à la suite, parce qu'on a l'habitude de faire beaucoup d'informations, de prévention. Dans ce cadre-là, on ne pourra pas le

faire en 12 heures de temps »), et. Une sage-femme hospitalière parlait tout de même de visites plus régulières en suites de couches durant le court séjour de la patiente.

Au contraire, les sages-femmes libérales pensaient toutes qu'elles devraient être plus disponibles (« Il faudra s'organiser pour être disponible le jour même, avec le passage 24 heures après. Il arrivera qu'on passe le jour même pour le soir en fait »), d'où l'avantage qu'elles évoquaient pour 3 d'entre elles d'être associées à plusieurs en cabinet (« Il faut être à plusieurs, et s'organiser. C'est impossible à mettre en place si on est toute seule »). Elles étaient 50% à envisager de consulter plus régulièrement la patiente en post-partum (« Il faudrait voir les patientes 2 fois par jour, ça me paraît un minimum »). Une sage-femme parlait aussi de l'importance de la préparation prénatale.

2.2. CHARGE DE TRAVAIL

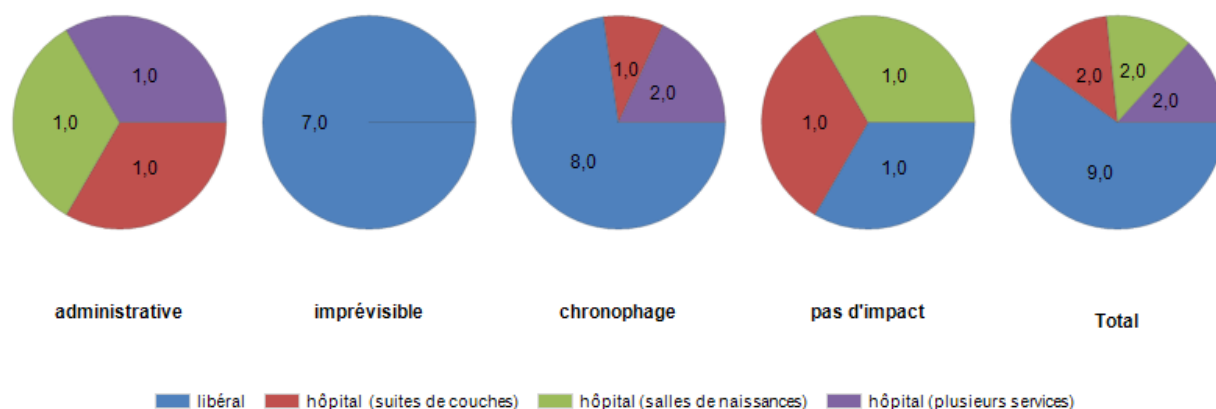


Figure 3: Avis sur la charge de travail avec l'accouchement ambulatoire en fonction du secteur d'activité

Par rapport à la charge de travail, les sages-femmes libérales étaient toutes d'accord pour dire qu'elle serait imprévisible (« C'est difficile de s'engager dans l'agenda. Si on m'appelle le soir pour me dire que demain je dois aller voir telle patiente, ça va être compliqué parce que avec l'activité du cabinet, ça va être difficile à gérer ») et à 72,7% (8,0) qu'elle sera chronophage (« Il faudra passer plus de temps à la maison avec les patientes »). Une seulement pensait qu'il n'y aurait pas d'impact sur la charge de travail (« Je ne m'attends pas à une augmentation de l'activité »).

En parallèle, une des sages-femmes de salles de naissances et de suites de couches pensaient qu'il n'y aurait pas d'impact. De même, toutes les sages-femmes hospitalières interrogées ont évoqué la charge administrative (« le temps de faire les papiers, vous avez vu la charge administrative qu'il y a dans les suites de couches ? On va avoir l'impression que de faire plus que de la paperasserie »), non soulevées par les sages-femmes libérales. L'aspect chronophage a été aussi abordé par une petite portion de sages-femmes hospitalières (« Ce sont des dames qui prennent plus de temps à mon avis »).

2.3. MODIFICATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

2.3.1. En séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Tableau 2 : Modalités pratiques et contenu des séances de préparation à la naissance et à la parentalité à prévoir en cas d'accouchement ambulatoire d'après les sages-femmes interrogées

	Effectifs de SF (%)
Les modalités pratiques des SPNP	
Modification du contenu des informations	9 (60,0)
Nombre de séances réglementaires insuffisantes	4 (26,7)
Rendre obligatoire la présence du papa ou autre accompagnant	2 (13,3)
Séances individuelles et personnalisées	2 (13,3)
Le contenu des SPNP	
Plus de pratiques : bains, soins, préparation des biberons	9 (60,0)
Plus d'informations sur le nouveau-né : rythme, nursing	7 (46,7)
Plus d'informations sur le post-partum : tranchées, congestion, douleurs, signaux d'alerte	5 (33,3)
Création de guides destinés aux parents	3 (20,0)
Etre moins anxiogène sur le per-partum	2 (13,3)
Non-réponse	1 (6,7)
Total	15 (100)

Concernant les séances de préparation à la naissance, les réponses données ont permis de différencier les modalités pratiques et le contenu à envisager pour les patientes optant pour l'accouchement ambulatoire.

Pour 9 sages-femmes tout secteur confondu, le contenu des séances devrait être modifié ; et 4 (26,7%) estimaient que le nombre de séances réglementaires était insuffisant. 2 (13,3%) préconisaient des séances individuelles et personnalisées plutôt qu'en groupes (« *il faut sortir du cadre standard des SPNP, faire des séances plus individuelles* »), ainsi que la nécessité de rendre obligatoire la présence d'un papa ou autre accompagnant.

En ce qui concerne le contenu des séances, plusieurs idées ressortaient ; 9 (60%) sages-femmes incluraient des cours pratiques à leurs séances (« *Il va falloir faire beaucoup de pratique, rien que pour les soins du cordon, les changes du bébé. Elles seront bien briefées avant en faisant avec une poupée pour gagner du temps en post-natal* »). Les informations supplémentaires à donner se rapporteraient aux nouveau-nés pour 7 (46,7%) professionnelles (« *On parlera plus de l'importance du maintien de la température, du couchage en prévention de la mort subite du nourrisson, de l'immaturité du système digestif, parler de la physiologie du sommeil, de l'importance du portage* »), et au post-partum pour 5 (33,3%) d'entre elles. Enfin, il serait envisagé de créer des guides récapitulatifs de ce qui aurait été dit en cours pour 3 (20%) sages-femmes (« *je m'étais questionnée sur : donner des petits guides par thème, bain, allaitement, les soins, sur mes connaissances à moi* »).

Pour le post-partum, 2 sages-femmes pensaient qu'il faudrait être moins anxiogène dans le cadre de l'accouchement ambulatoire.

2.3.2. A l'entretien prénatal précoce

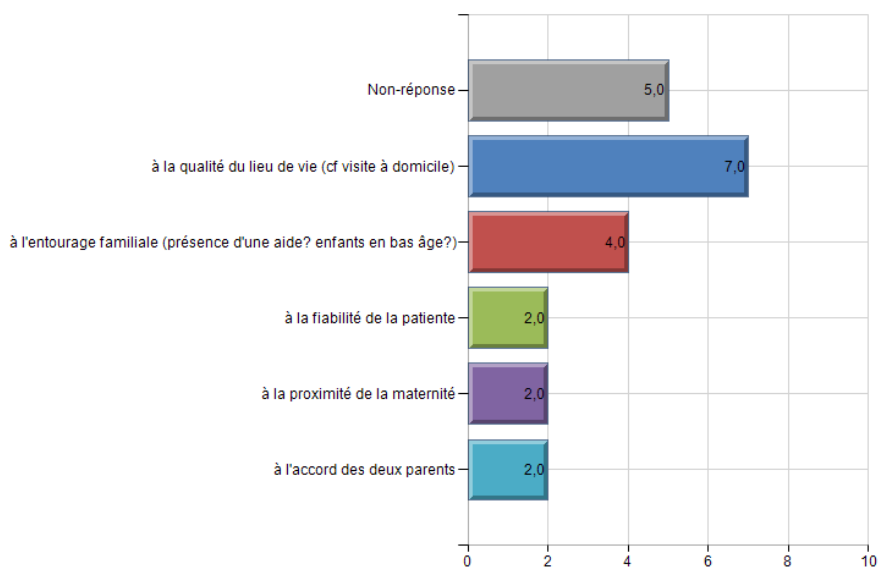


Figure 4: Critères de vigilance à l'entretien prénatal précoce en vue d'un accouchement ambulatoire d'après les sages-femmes

Près de la moitié des sages-femmes évoquaient l'importance de la visite à domicile prévue pour déterminer la qualité du lieu de vie, qui pourrait éventuellement rendre non éligible à l'accouchement ambulatoire (« parfois on va dans des maisons pas très propres, des conditions environnementales pas optimales, ce qui pourrait être une contre-indication à la sortie ultra-précoce »). La présence et les caractéristiques de l'entourage familial seraient à prendre en compte pour 4 d'entre elles (« sortir à 24 heures parce que il y a le boulot qui attend à la maison, ce n'est pas une bonne solution »). Une faible part des sages-femmes serait vigilante à la relation de confiance avec la patiente (« Si la patiente n'est pas fiable, si elle m'a menti, la relation de confiance est rompue »), et à l'accord des deux parents de prendre part au projet. Enfin, la proximité de la maternité serait importante à renseigner pour 2 sages-femmes (« les couples ne doivent pas habiter dans un lieu excentré, il faut qu'ils puissent se rendre à la maternité le plus rapidement possible s'il y a un souci »).

2.3.3. En Postnatal

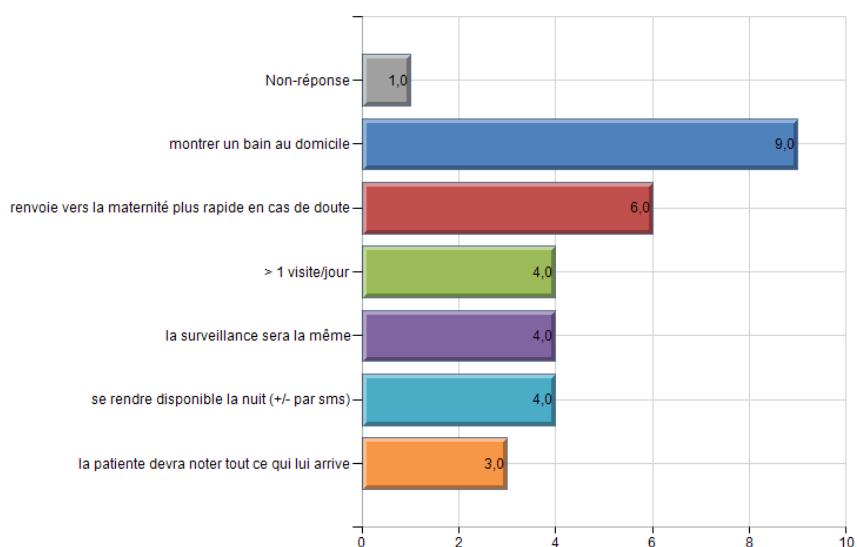


Figure 5: La prise en charge post-natale adaptée à l'accouchement ambulatoire d'après les sages-femmes

Plus de la moitié des sages-femmes pensait qu'il faudrait montrer un bain du nouveau-né au domicile de la patiente (« pour le bain du nouveau-né, ça sera lui montrer, lui expliquer, faire avec elle »).

6 (40%) avaient l'intention de renvoyer la patiente à la maternité au moindre doute sur l'examen de la maman ou de l'enfant. 4 (26,7%) estimaient qu'il allait falloir organiser plus d'une visite par jour alors que la même proportion ne modifierait pas sa surveillance par rapport à celle utilisée actuellement.

4 sages-femmes évoquaient le fait de devoir se rendre disponible la nuit et/ou par sms pour accompagner les patientes (« Quand il y a des questions la nuit, qu'est-ce qu'on fait ? On laisse la mère avec ses angoisses ? »).

Enfin, 3 (20%) sages-femmes demanderaient à leurs patientes de noter les éléments cliniques qui apparaîtraient à la maison pour adapter la surveillance (« je leur demanderai de tout noter tout ce qui se passe, à quel moment »).

2.4. RESEAU HOPITAL-VILLE

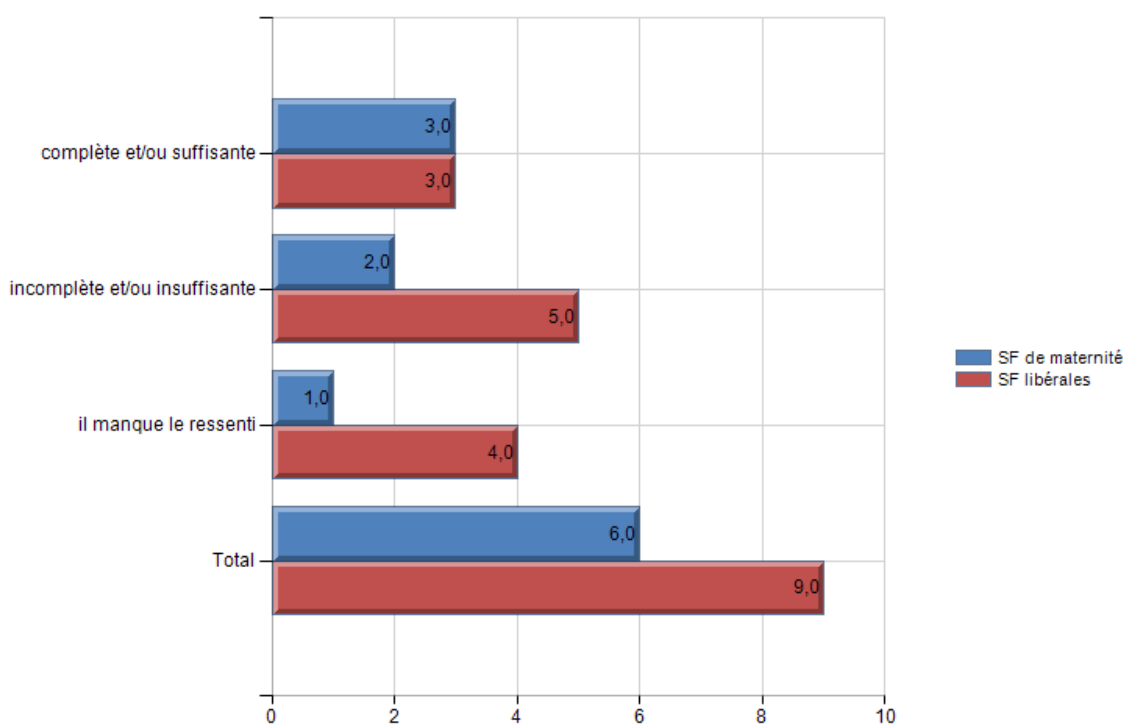


Figure 6: Avis sur le contenu de la lettre de sortie actuelle des sages-femmes en fonction de leur secteur d'activité

Près de la moitié des sages-femmes libérales étaient d'accord pour dire que la lettre de sortie qui était actuellement remise aux patientes était insuffisante et/ou incomplète, et qu'il manquait le ressenti de la sage-femme hospitalière (« mais c'est bien d'avoir un appel pour avoir une idée de l'état d'esprit de la maman, du lien, qu'on puisse échanger sur le ressenti de chacune, il y a des choses qu'on ne peut pas mettre par écrit... »). Les sages-femmes de maternité évoquaient beaucoup moins ces aspects-là. Néanmoins, la moitié des sages-femmes hospitalières et le tiers des sages-femmes libérales jugeaient la lettre de sortie complète et/ou suffisante. Ce sont surtout les sages-femmes libérales qui n'étaient pas satisfaites du contenu de la lettre de sortie.

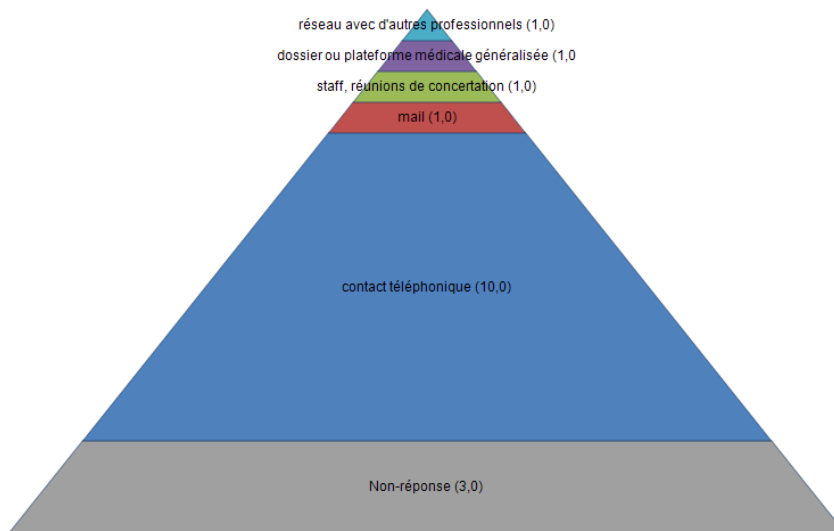


Figure 7: Méthodes de communication à prévoir entre SF libérale et de maternité

Pour les 12 sages-femmes qui se sont exprimées (80%), la méthode de communication téléphonique a fait l'unanimité à 66,7% (« Il faut vraiment un lien direct »). Par ailleurs une sage-femme a évoqué le contact par mail (« ça serait plus rapide »), par des staffs (« Il faut qu'il y ait une communication plus « humaine » au-delà des cadres et des lettres des sorties »), un dossier commun, ou encore le réseau avec d'autres professionnels.

3. IMPACT SUR LES PATIENTS

3.1. QUALITE ET SECURITE DES SOINS

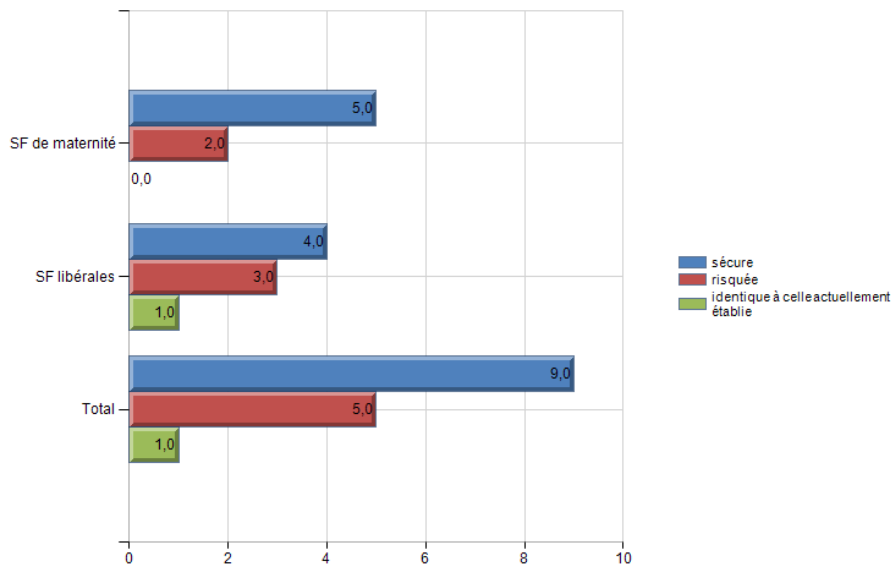


Figure 8: Avis des sages-femmes sur la prise en charge de soins prévue

Parmi les professionnelles de maternité qui se sont exprimées sur la question, les sages-femmes de maternité étaient plus de 80% soit 5 à penser que l'offre de soins était sécuritaire contre seulement 57,1% (4) des sages-femmes libérales. Dans la même lignée, ces dernières avaient moins confiance en la prise

en charge que leurs homologues de maternité qui étaient seulement un tiers à penser que la prise en charge serait risquée, contre 2.

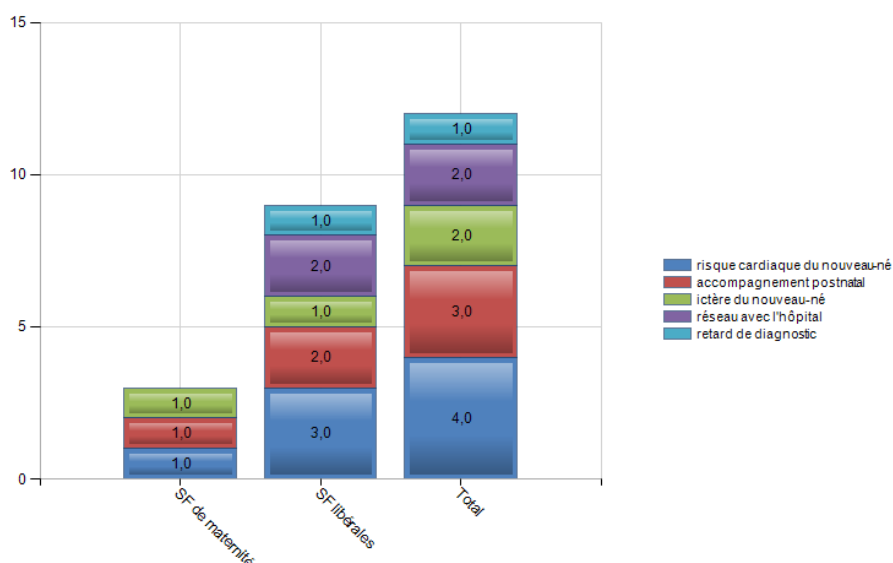


Figure 9: Principaux risques soulevés de l'accouchement ambulatoire par les sages-femmes des différents secteurs

Au total, 9 sages-femmes sur les 15 interrogées ont évoqué le sujet.

Les deux principaux risques, tous secteurs confondus étaient le risque cardiaque du nouveau-né (« moi je ne suis pas cardio-pédiatre, donc rien que dans l'auscultation cardiopulmonaire, on peut passer à côté de quelque chose, déjà les pédiatres eux-mêmes passent à côté de souffle, donc nous qui écoutons moins de cœurs, je pense que ça va être compliqué ») et la qualité de l'accompagnement post-natal.

Les sages-femmes hospitalières évoquaient l'ictère du nouveau-né comme risque équivalent aux deux premiers, pour les sages-femmes libérales, c'est le réseau avec l'hôpital qui inquiétait (2) (« je me pose de grandes questions sur la ré hospitalisation de la maman : comment ça va se passer si ça ne va pas bien aussi bien pour le bébé ou la maman »).

Le retard de diagnostic faisait aussi parti d'une des inquiétudes des sages-femmes libérales évoquée par 3 d'entre elles.

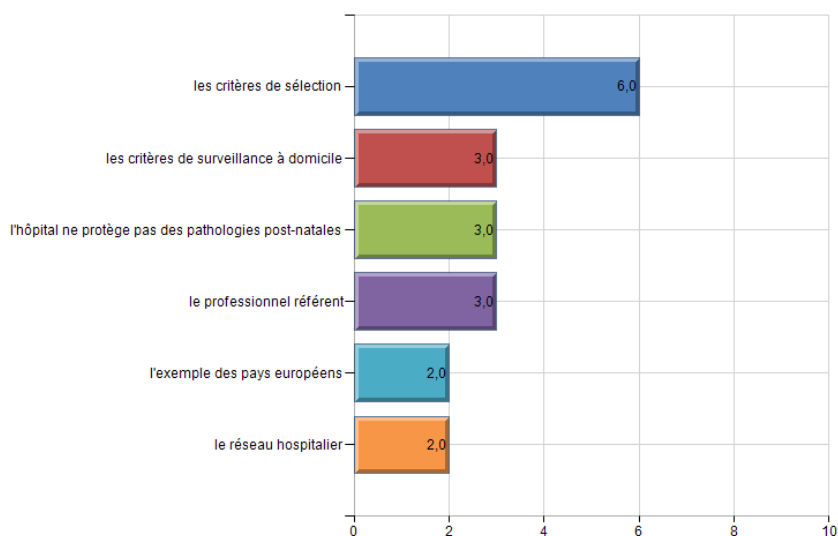


Figure 10: Critères de sécurité évoqués par les sages-femmes

Le fait qu'il existe des critères de sélection rassurait 40% soit 6 sages-femmes interrogées (« *si c'est fait dans un cadre bien spécifique pour être sûr d'être dans la physiologie, si on est bien consciencieux et que les bornes de la physiologie sont respectées, je pense que ce ne pourrait être qu'un plus pour certaines patientes* »).

Le fait que l'hôpital ne protège pas des pathologies post-natales confortait également 3 sages-femmes (« *Si elle fait une hémorragie le lendemain, oui c'est un risque. Mais pour moi, ce n'est pas le fait d'être à l'hôpital d'être protégée. Si le bébé doit faire un ictère, il en fera un, qu'il soit à la maternité ou à la maison* »). L'exemple des pays européens (« *il y a plein de pays où ça se fait avec moins de mortalité et morbidité que chez nous, donc je ne vois pas où est le problème* ») et le recours possible au réseau hospitalier (« *si on a un doute, il faut qu'on puisse avoir un avis* ») était aussi un critère de confiance pour 2 d'entre elles.

3.2. CRITERES D'ATTRACTIVITE ET DE NON-ATTRACTIVITE DES COUPLES

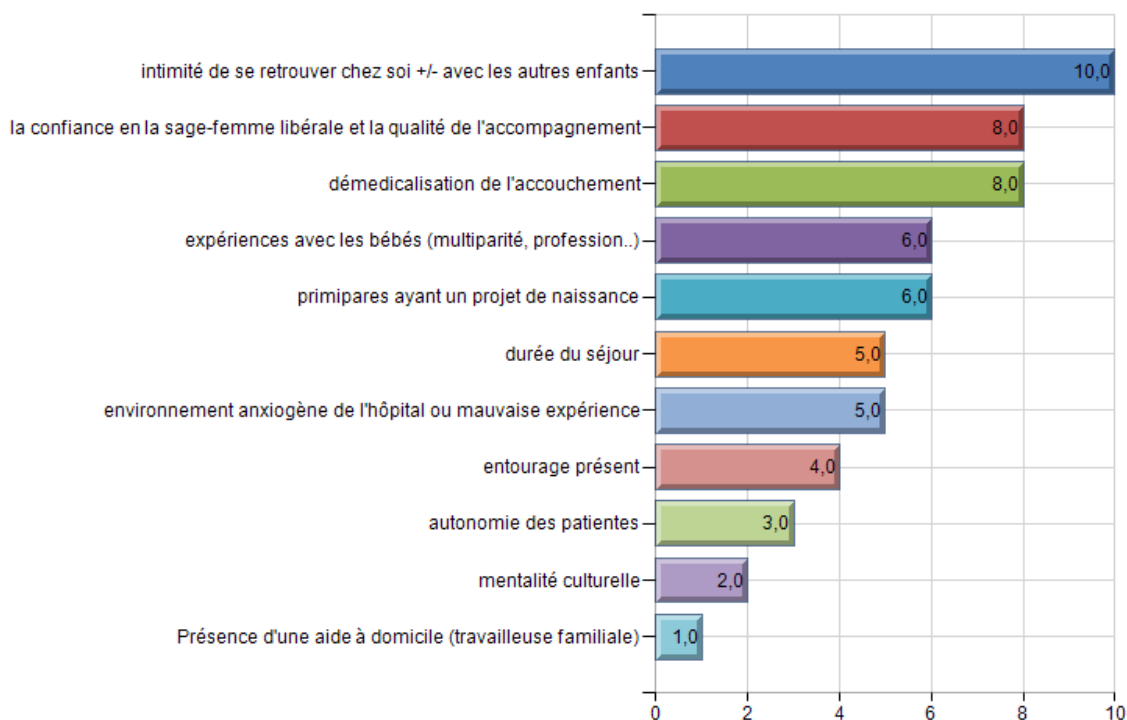


Figure 11: Critères d'attractivité des couples pour l'accouchement ambulatoire selon les sages-femmes

Les principaux critères rapportés par plus de la moitié des participantes étaient :

- L'intimité de se retrouver chez soi, notamment avec les autres enfants (« *les patientes disent souvent « je serais bien mieux à la maison* »)
- La confiance en la sage-femme et la qualité de l'accompagnement (« *Ce qui pourrait être appréciée sur l'accouchement ambulatoire est de voir qu'une ou deux sages-femmes* », « *une primipare rassurée dans son parcours et bien écoutée, bien encadrée* »)
- La démedicalisation de l'accouchement (« *ce sera aussi des gens qui seront plus attirés par des accouchements naturels* »)

D'autres facteurs apparaissaient moins fréquents mais tout aussi pertinents que les autres :

- L'environnement anxiogène de l'hôpital (« *il y des jeunes mamans qui ont peur de l'hôpital et qui ne souhaitent pas y séjourner pour le côté anxiogène. Ça les perturbe beaucoup et ça favorise le baby-blues et la sensation d'incompétence* »)

- L'autonomie des patientes (« *Ce sont des femmes qui prennent leurs responsabilités, qui se débrouillent, qui n'attendent pas tout de tout le monde* »)
- La présence d'une aide familiale (« *à partir du moment où on dirait aux mamans, il y aura une travailleuse familiale qui viendrait à la maison, là elles accepteraient. Là ça changerait tout !* »)

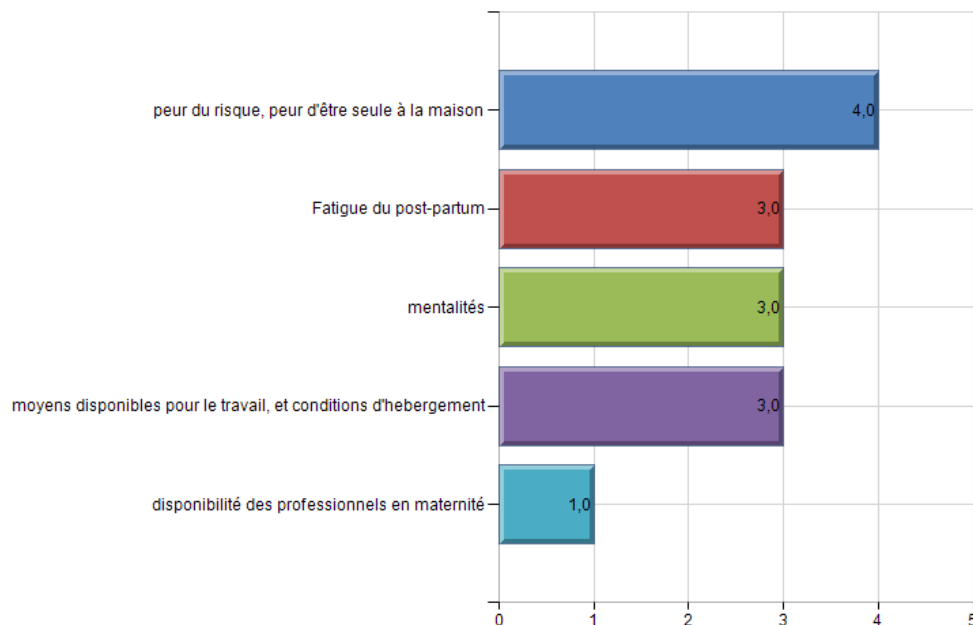


Figure 12: Critères de non-attractivité des couples pour l'accouchement ambulatoire selon les sages-femmes

La participation à cette question était différente puisqu'un peu moins de la moitié des sages-femmes interrogées ne s'était pas exprimées là-dessus.

La peur d'être seule à la maison pour les mères était un des critères les plus fréquemment évoqué (4) (« *ce qui va leur faire peur est de se sentir seules à la maison s'il se passe quoi que ce soit* »). Il était suivi de près (3) par la fatigue du post-partum, les mentalités, et les conditions matérielles de prise en charge à l'hôpital (« *actuellement, même avec la plus bonne volonté du monde, on a pas les locaux et les moyens. Les salles de pré-travail sont très bien mais quand les patientes veulent un accouchement physiologique, il n'y a pas de fenêtres, c'est juste pas possible, il n'y a pas non plus de baignoires...* »).

Enfin, il convient d'évoquer que la disponibilité immédiate des professionnels en maternité peut jouer un rôle dans le refus de l'accouchement ambulatoire (« *il y en a qui apprécie d'être entouré les 3 premiers jours et de pouvoir appeler à n'importe quelle heure la sage-femme ou la puéricultrice de la maternité* »).

3.3. ACCOMPAGNEMENT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

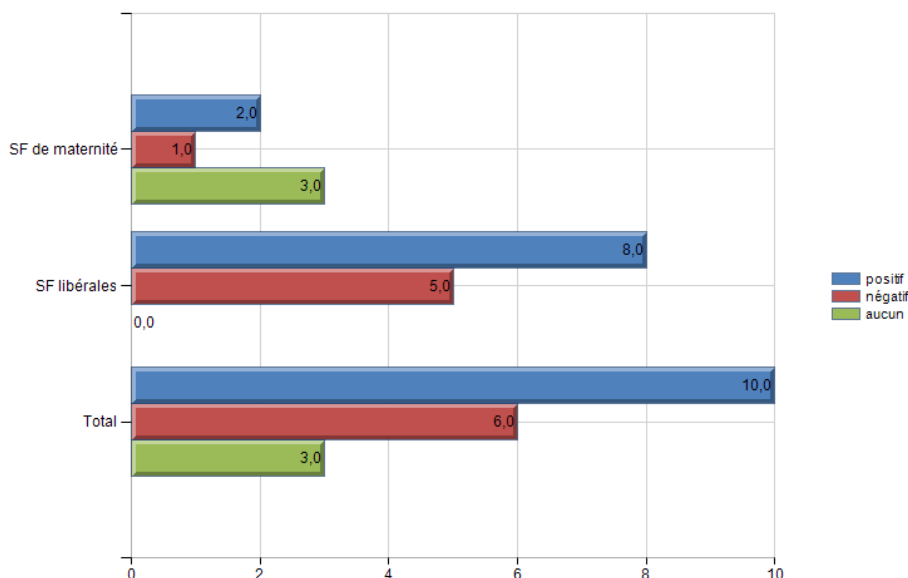


Figure 13: Impact de l'accouchement ambulatoire sur l'allaitement maternel selon des sages-femmes

La différence d'avis était bien marquée entre sages-femmes libérales et hospitalières. Les premières estimaient pour 8 d'entre elles que la sortie ultra-précoce influencerait positivement sur l'allaitement contre 2 seulement de leurs consœurs hospitalières. Les conséquences négatives ressortaient chez 5 libérales et seulement une hospitalière. De fait, la tendance pour les sages-femmes de maternité était que l'accouchement ambulatoire n'aurait aucun impact sur l'allaitement maternel.

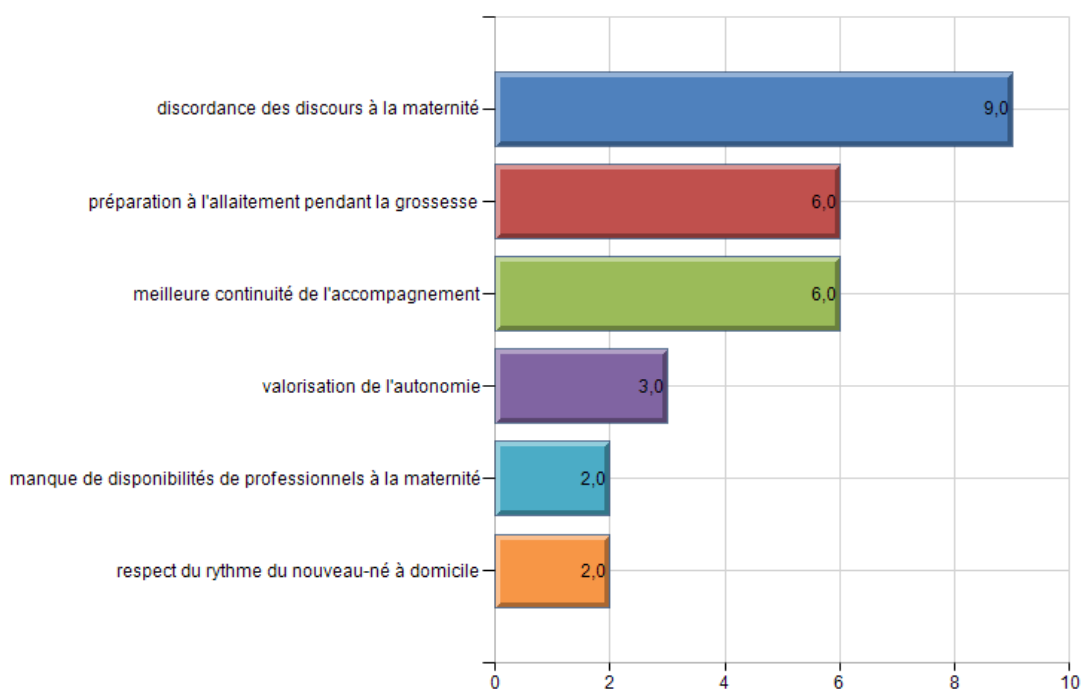


Figure 14: Facteurs favorisant la mise en route de l'allaitement en cas d'accouchement ambulatoire selon les sages-femmes

Les trois principaux critères abordés par les sages-femmes hospitalières et libérales, et qui selon elles, favoriseraient l'allaitement maternel pour les patientes qui sortent ultra-précocement étaient :

- La discordance des discours en maternité (« les dames se plaignent souvent d'avoir plusieurs avis en maternité et si elles sont avec leur sage-femme libérale, elles n'auront qu'un avis »)
- La préparation à l'allaitement pendant la grossesse (« je trouve juste qu'en séances de préparation à la naissance, on parle tellement de l'allaitement, des difficultés qu'elles peuvent rencontrer que les femmes sont bien armées »)
- La continuité de l'accompagnement par les sages-femmes libérales (« Si on les prépare bien, si elles ont confiance en leur sage-femme, qu'elles savent vers quoi elles vont, il n'y aura pas forcément plus d'angoisses »)

Ensuite, il était indéniable pour 3 sages-femmes que si la patiente se retrouve seule chez elle, elle retrouverait une autonomie rapidement (« Si une maman est seule avec son bébé, elle aura du bon sens, et va être obligé de se débrouiller. A la maternité, souvent les patientes sonnent pour une tétée alors que le bébé est dans le berceau et qu'elles n'ont pas essayé par elles-mêmes. A la maison, la patiente va rechercher les réponses spontanément elle-même »).

2 évoquaient le manque de disponibilité des professionnels en maternité pour accompagner l'allaitement (« Les sages-femmes hospitalières n'ont plus le temps de discuter de l'allaitement. Les femmes sont déroutées, elles voient beaucoup de personnes, chacun y va de son son de cloches »).

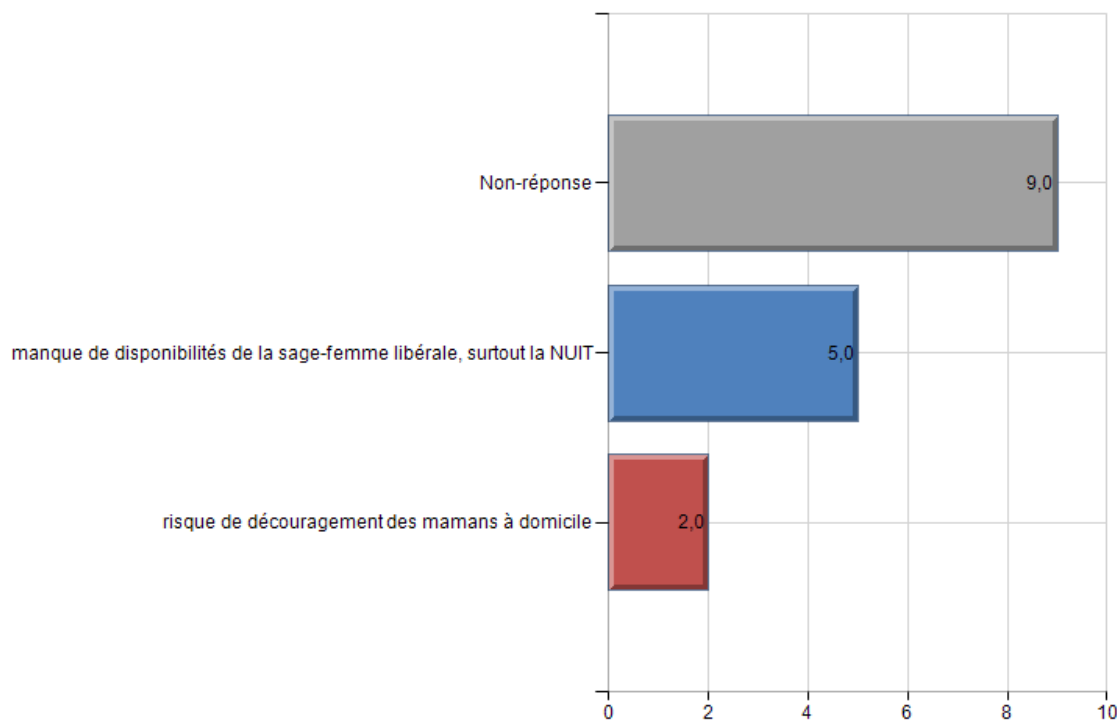


Figure 15: Obstacles à la mise en route de l'allaitement maternel en cas de sortie ultra-précoce selon les sages-femmes

9 sages-femmes ne s'étaient pas exprimées sur ce point. Les deux obstacles évoqués étaient l'indisponibilité des sages-femmes libérales 24 heures sur 24 (« faire une mise au sein par téléphone, je n'ai pas encore fait ! la sage-femme n'est pas là H24 à la maison » ; « il n'a aura pas d'accès à la sage-femme à la demande, ce n'est pas possible. Que se passe-t-il la nuit ? la sage-femme viendra à la maison ? »), et le risque de découragement des mamans seules à la maison (« elles ne vont pas avoir énormément de soutien. A la maternité elles n'ont plus qu'à appuyer sur la sonnette dès qu'elles ont un soucis (bébé qui pleure, difficultés à mettre au sein), il y a une meilleure disponibilité en maternité que ce qu'on pourra leur

offrir à domicile. Les femmes auront plus tendance à lâcher le morceau et passer à de l'allaitement artificiel, à faire du mixte »).

4. INTERET POUR LA SAGE-FEMME

4.1. RELATIONNEL

Tableau 3 : Principales réponses à la question de l'impact de l'accouchement ambulatoire sur la relation sage-femme/patientes illustrées par des citations

Bénéfices sur la relation SF/couple		Conséquences négatives ou neutres sur la relation SF/couple	
	Citation		Citation
Accompagnement global	« On sera d'autant plus présentes. On sera plus sollicitées. On sera un peu la référence. Ça sera une relation plus développée que ce qu'on a déjà »	Aucune modification sur la relation	« Il y a déjà un lien qui se crée entre sage-femme libérale et la patiente quand elle est suivie pour les cours de préparation, et encore plus pour le suivi de grossesse. Le fait qu'elle rentre tôt ne change pas beaucoup »
Meilleur rapport de confiance	« On sera plus proche. Ce sera beaucoup plus personnalisé. Il y aura un rapport de confiance complètement différent »	Relation plus courte	« En 12-24 heures, elles vont nous voir une ou 2 fois »
Accompagnement personnalisé		La charge de travail l'emporte sur le relationnel	« On va avoir l'impression que de faire plus que de la paperasserie. Ça ne va pas me donner spécialement envie de faire des suites de couches »

Par rapport aux avantages relationnels que pourrait apporter l'accouchement ambulatoire, les idées qui revenaient chez les sages-femmes interrogées étaient l'accompagnement global et personnalisé, et aussi, un meilleur rapport de confiance selon elles.

Au contraire, selon certaines sages-femmes, l'accouchement ambulatoire n'aurait aucun impact sur la relation avec le couple. Pour d'autres, notamment en service de suites de couches, la relation n'aurait pas le temps de se mettre en place plus courte. Enfin, quelques-unes d'entre elles, pensaient que la charge de travail en service l'emporterait sur le lien qui pourrait être établi avec la patiente.

4.2. PLACE DANS LA PRISE EN CHARGE

Tableau 4 : Principales réponses à la question de la place des sages-femmes dans l'accouchement ambulatoire illustrées par des citations et le nombre de récurrences

Valorisation de la SF et la profession		Réticences sur le devenir de la profession et l'intérêt pour la SF	
Citations	Récurrences	Citations	Récurrences
« Ça va nous replacer en plein cœur de la physiologie »	7	« Je me pose des questions sur le métier de sages-femmes de suites de	2

<i>« On aura plus de valeur du côté des femmes sans doute, parce qu'elles se rendront vraiment compte de notre métier »</i>		<i>couches [...] Donc elles vont avoir pas mal de pathologie, les pauvres, je pense qu'on ne fait pas sages-femmes pour uniquement la pathologie »</i>	
<i>« Pour les SF libérales oui, les activités seront plus variées »</i>	3	<i>« C'est revenir à des choses qu'on a connus »</i>	1
<i>« Elle est CENTRALE. C'est le lot de toute sage-femme : de l'indépendance, mais qu'est-ce qu'on a comme responsabilités !» « Sans sages-femmes libérales, ça ne peut pas fonctionner »</i>	6	<i>« Je pense que des responsabilités pas reconnues, on en a déjà suffisamment [...] Je ne vois pas en quoi c'est une bonne chose pour les sages-femmes libérales »</i>	3
		<i>« Le problème au jour d'aujourd'hui, c'est qu'on est obligé d'avancer avec ce qu'on nous propose. Ça commence à devenir tellement compliqué avec le nombre de sages-femmes et tout ça, et je pense que si on refuse de faire de l'accouchement ambulatoire, ou autre (suivi gynéco, ect...) les autres le feront à ta place [...]. Je pense qu'on n'a pas le choix »</i>	2

A la question de la place de la sage-femme dans l'accouchement ambulatoire, deux idées contradictoires émergeaient des entretiens.

La majorité des sages-femmes pensaient que la profession serait revalorisée, en se tenant au cœur de la physiologie, avec une activité qui évolue, et une place indispensable dans la prise en charge prévue. Par contre, pour une petite partie des participantes, on s'interrogeait sur le devenir de la profession de sages-femmes de maternité, et sur l'intérêt réel pour la sage-femme libérale. Il était aussi évoqué un retour à des pratiques déjà existantes, et une appréhension sur le choix d'accepter ou non l'accouchement ambulatoire pour les sages-femmes libérales.

5. REMARQUES SUR LA PRISE EN CHARGE PROPOSEE

5.1. AMENAGEMENTS ET BESOINS D'EQUIPEMENTS

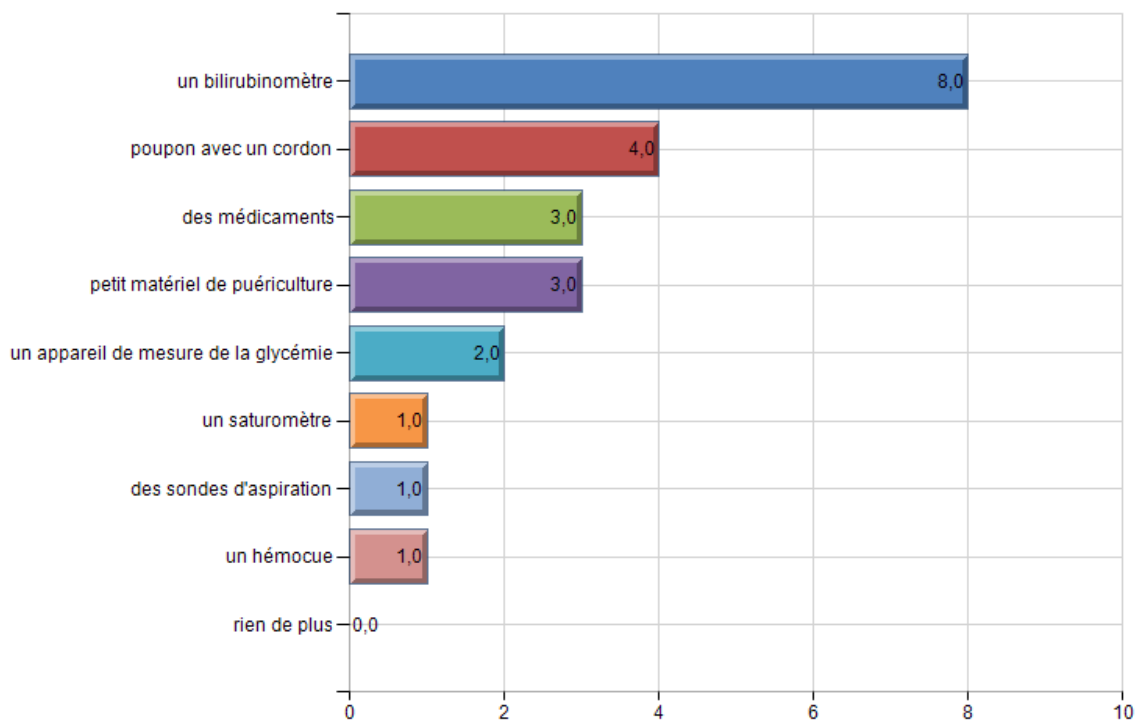


Figure 16: Outils nécessaires à la prise en charge en ambulatoire d'après les SF libérales

Toutes les sages-femmes libérales (9) se sont exprimées sur la question.

Pour 8 d'entre elles, le bilirubinomètre serait indispensable. Puis c'est le poupon qui serait nécessaire pour la démonstration du bain et du soin du cordon. Les médicaments au cabinet ont été évoqués chez 3 sages-femmes (« Pour l'instant, je n'ai pas d'ocytocine au cabinet. Je n'ai pas de médicaments au cabinet, peut-être qu'il en faudra »). Enfin, une d'entre elles avait pensé à un saturomètre, des sondes d'aspiration (« j'ai des sondes avec des grosses seringues en cas d'encombrement ; j'ai déjà des pipettes de sucres en cas d'hypoglycémie du nouveau-né ») et un hémocue (« pour les mères qui auraient saigné »).

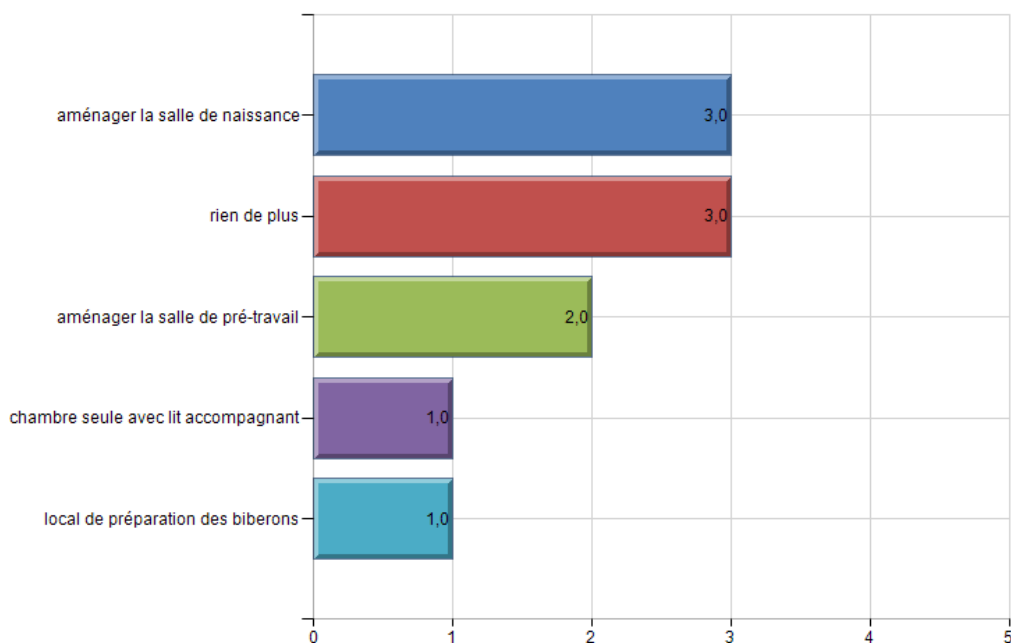


Figure 17: Outils nécessaires à la prise en charge en ambulatoire à l'hôpital d'après les sages-femmes

Au total, 7 réponses ont été recueillies sur la question d'un besoin d'aménagements. Il était essentiel pour près de la moitié des sages-femmes ayant répondues, d'aménager la salle de naissances (« *Il faut une salle physio, comme un petit appartement de naissance, avec baignoire, douche, WC, un coin détente, que le matériel d'urgence soit caché* »).

La même proportion estimait qu'il n'y aurait rien à faire de plus que l'aménagement actuel.

Une sage-femme évoquait de mettre en place un local de préparation des biberons en service (« *Il faudrait permettre aux parents qui ont un projet d'allaitement artificiel de pouvoir utiliser leur propre lait avec leurs biberons dès la maternité, parce que certains nouveau-nés n'acceptent plus les biberons une fois à la maison, avec une perte de poids en corrélation* »).

5.2. INQUIETUDES

Tableau 5 : Principales inquiétudes des sages-femmes interrogées illustrées par leurs citations

Inquiétudes	Citations	Effectif (%)
Nombre de demande des patientes	« <i>L'accouchement étant très médicalisé actuellement, je ne pense pas qu'il y en aura des milles et des cents des accouchements ambulatoires</i> »	8 (72,7)
Collaboration avec l'hôpital	« <i>C'est surtout qu'est-ce qu'on fait si jamais il y a quelque chose ? quel réseau va être mis en place ? quelle coordination il y aura ? D'un point de vue sécuritaire, qu'est ce qui va être mis en place pour prendre en charge rapidement la mère ou le nouveau-né ?</i> » « <i>A chaque fois qu'on appelle, on a l'impression de les embêter</i> »	5 (45,5)
Démédicalisation de l'accouchement ?	« <i>Je demande à voir si les femmes veulent venir à un accouchement plus naturel. Dès qu'elles passent la porte de l'UGO, c'est « je veux la péri ! ». Même si on dit que les femmes veulent venir à des choses plus naturelles, il n'y en pas beaucoup qui supportent la douleur. Je pense qu'on aura du mal à retourner à la physiologie, car les dames sont trop ancrées sur leur péri et des durées de travail courtes. Elles ne sont pas prêtes à supporter des contractions.</i> »	5 (45,5)
L'accouchement ambulatoire deviendra la norme ?	« <i>C'est une bonne offre de soins si la patiente n'est pas contrainte. On craint toujours que ça devienne la norme. Il faut que la patiente se sente à l'aise, qu'elle sache qu'elle peut changer d'avis à tout moment</i> »	2 (18,2)
Rémunération des SF libérales	« <i>Comment va se passer la rémunération au niveau de la sécurité sociale ?</i> »	1 (9,1)
Risque de retours négatifs liés aux moyens actuels en maternité	« <i>Si le protocole est mis en place dans les anciens locaux non adaptés, il peut y avoir un risque de décevoir les patients qui n'opteraient plus pour cette prise en charge et donneraient des avis négatifs</i> »	1 (9,1)

Les résultats correspondent aux sages-femmes ayant répondu à la question ; 4 ne se sont pas exprimées et ont été donc exclues des résultats. La principale inquiétude exprimée 8 fois par les sages-femmes était, selon elles, le faible nombre de patientes qui seraient intéressées par la prise en charge ambulatoire. Puis,

à 45,5%, c'était la qualité du réseau avec l'hôpital qui inquiétait ainsi que la réelle possibilité de démedicaliser l'accouchement dans notre culture. 2 sages-femmes exprimaient leur crainte que l'accouchement ambulatoire, au long terme, ne devienne la norme sans pouvoir laisser le choix aux patientes.

Enfin, beaucoup de questions se posait sur la rémunération des sages-femmes libérales. Une sage-femme pensait que si l'accouchement ambulatoire est mis en place avant la création de la nouvelle maternité le manque de moyens actuels en salle de naissances, notamment d'alternatives à la prise en charge de la douleur des patientes qui souhaiteraient accoucher sans péridurale, pourrait décourager les patientes et donner une mauvaise image de l'accouchement ambulatoire.

5.3. PISTES DE REFLEXION

Tableau 6 : Principales pistes de réflexions évoquées par les sages-femmes lors des entretiens illustrées par leurs citations

Pistes de réflexion	Citations	Effectif (%)
Travailler sur la mentalité des patientes	<i>Ce n'est pas comme en Suède, c'est dans la culture et les mentalités. Chez nous, ça étonne. Ça va être un sacré changement de mentalité »</i> <i>« J'ai déjà proposé à certaine de mes patientes de sortir au bout de 6 heures après l'accouchement, elles m'ont tiré des gros yeux ! A mon sens, la population française en Moselle n'est pas encore prête à entendre ça »</i>	5 (55,6)
Ouvrir l'accès aux auxiliaires et puéricultrices libérales	<i>« Ce qui serait l'idéal pour un accouchement ambulatoire est qu'il y ait des auxiliaires de puériculture libérales qui passent voir les dames pour la prise en charge des nouveau-nés. Que ce soit comme à la maternité, elles passeraient deux fois par jour, et que nous on s'en tienne à notre examen médical de la femme »</i>	3 (33,3)
Formation des SF libérales	<i>« En post-partum, moi j'aimerais bien me reformer sur l'examen et l'auscultation cardiopulmonaire chez le bébé. Depuis qu'on travaille plus à l'hôpital, on est moins habituée de voir des bébés de un jour et les complications ne sont plus les mêmes qu'à 3-4 jours. Donc j'aimerais bien me reformer pour être plus alerte »</i> <i>« Il faut se former, se former, se former dans les urgences obstétricales dans le post-partum et dans le suivi du nouveau-né. SE FORMER »</i>	2 (22,2)
Travailler sur la mentalité des sages-femmes	<i>« Déjà là, certaines sages-femmes ont du mal à faire sortir les patientes et nouveau-nés en sorties précoces. En accouchement ambulatoires, certaines pourraient avoir peur »</i> <i>« Moi j'ai connu les accouchements sans péridurale, il faut accepter de voir les gens souffrir et il faut accepter de les entendre crier. Même pour la sage-femme, je ne suis pas sûre que les jeunes qui sont en salle et qui ont des enfants sont prêtes à entendre les patientes. »</i>	2 (22,2)

Manque de flexibilité des laboratoires de ville	<i>« Ce qui sera important aussi, et ça bloque souvent en libéral, et la flexibilité avec les laboratoires en externe, parce qu'après 16 heures on peut plus apporter de bio, donc si la patiente chauffe à 18 heures. Pareil, les labos ne prennent pas en charge les micro-méthodes »</i>	1 (11,1)
Aides à proposer en post-partum	<i>« La travailleuse familiale, ici elles n'auront rien. Ces pays ont des moyens que nous on n'a pas. A partir du moment où on dirait aux mamans, il y aura une travailleuse familiale qui viendrait à la maison, là elles accepteraient. Là ça changerait tout ! »</i>	1 (11,1)
Création d'un site internet de présentation de la maternité	<i>« Il faudrait créer un site internet pour montrer aux couples les moyens disponibles pour accompagner leur accouchement »</i>	1 (11,1)

9 sages-femmes ont exprimé leurs réflexions sur la prise en charge prévue. Plus de la moitié de ces sages-femmes pensaient qu'il faudrait travailler sur les mentalités car les sorties ultra-précoces ne sont pas une habitude culturelle ; pour un quart ce serait aussi la mentalité des sages-femmes qu'il faudrait changer car la démedicalisation de l'accouchement n'est pas ancrée dans les mœurs.

Un tiers des sages-femmes estimaient qu'il faudrait ouvrir l'accès libéral aux puéricultrices pour la prise en charge néonatale de l'enfant, et qu'il faudrait proposer des aides familiales (11,1%). La volonté de se former sur la prise en charge de la mère et l'enfant en post-partum était une nécessité pour 2 sages-femmes interrogées.

Enfin, une sage-femme évoquait le manque de flexibilité des laboratoires en ville ; et que la création d'un site internet pouvait persuader les patientes d'opter pour la prise en charge ambulatoire.

QUATRIEME PARTIE : Discussion

1. PRINCIPAUX RESULTATS

Au total 15 sages-femmes hospitalières et libérales du secteur de Thionville ont participé à l'étude réalisée sous la forme d'entretiens semi-directifs permettant d'évaluer les différents impacts de l'accouchement ambulatoire sur leur profession. Les sages-femmes interrogées avaient en moyenne quinze ans d'expérience.

Les entretiens avec les sages-femmes libérales ont duré plus de 25 minutes en général contrairement aux entretiens réalisés auprès des sages-femmes hospitalières. On pourrait expliquer cette différence par le fait que les sages-femmes libérales ont la gestion de leur agenda donc elles ont pu bloquer un créneau nécessaire à l'entretien, mais aussi leur implication dans l'accouchement ambulatoire pour lequel elles vont être en première ligne.

Au contraire, les sages-femmes hospitalières avaient, quant à elles, moins de temps à m'accorder car je suis allée les rencontrer sur leur lieu de travail ; de plus certaines d'entre elles n'étaient pas bien informées sur les conséquences de l'accouchement ambulatoire, ou elles ne se sentaient pas impliquées dans leur pratique.

On note une différence de point de vue entre sages-femmes libérales et hospitalières. Les premières s'attendaient à une charge de travail plus importante, imprévisible, chronophage, et demandant une grande disponibilité. Tandis que leurs consœurs hospitalières n'envisageaient pas ou très peu, une organisation de travail différente, mais évoquaient tout de même la charge administrative.

Les sages-femmes ont également évoqué les changements qu'elles opéreraient en ce qui concerne l'organisation des séances de préparation à la naissance et à la parentalité dans le cadre de l'accouchement ambulatoire. Pour elles, le nombre de séances réglementaires était insuffisant, il serait nécessaire de rendre obligatoire la présence du papa ou d'un autre accompagnant, et les séances seraient désormais individuelles et personnalisées. Par rapport au contenu des séances, l'information serait plus axée sur la physiologie du nouveau-né et du post-partum, d'ailleurs il était souvent envisagé la création de guides destinés aux parents. Un volet plus important devrait être accordé aux soins pratiques.

En ce qui concerne l'entretien prénatal précoce, les sages-femmes s'étaient exprimées sur les éléments à prendre en compte dans le cadre de l'accouchement ambulatoire. La qualité du lieu de vie, dépistée par la visite à domicile prévue en prénatal, était jugée pertinente par la majorité des sages-femmes. L'environnement familial et l'entente des parents seraient importants à interroger. Le ressenti de la sage-femme jouerait également un rôle car la relation de confiance avec la patiente pourrait remettre en cause une sortie en ambulatoire. Enfin, la proximité de l'hôpital, surtout dans un contexte d'urgence, serait essentiel.

En post-partum, un faible nombre de sages-femmes seulement ne s'attendait pas à un changement de pratique. Les autres envisageaient de montrer un bain au domicile de la patiente, de se rendre disponible la nuit pour les questions de mamans, de porter plus d'attention aux symptômes décrits.

Par rapport à la question du réseau entre la ville et l'hôpital, ce qui ressortait des entretiens, était que dans la lettre de sortie, qui fait actuellement le lien entre sage-femme hospitalière et libérale, il manquait le ressenti de la sage-femme hospitalière. Il était donc demandé un contact téléphonique entre les deux secteurs, mais aussi dans une moindre mesure, le contact mail, le dossier informatisé, et les réunions de concertations.

Globalement, la prise en charge prévue était perçue comme sécuritaire par les sages-femmes. Les risques concernaient surtout l'ictère et le risque cardiaque du nouveau-né, le retard de diagnostic des pathologies pouvant survenir en post-partum, la qualité de l'accompagnement post-natal mais ceux-ci étaient contrebalancés par la sécurité que renvoyaient les critères de sélection et de surveillance, l'existence d'un professionnel référent, l'exemple des pays européens.

D'après les sages-femmes, les principaux critères d'attractivité des couples étaient l'intimité de se retrouver chez soi avec les autres enfants, la confiance en la sage-femme et la qualité de l'accompagnement car une confiance insuffisante pourrait contre-indiquer l'accouchement ambulatoire, enfin la non-médicalisation de l'accouchement. Au contraire, les critères de non-attractivité retenus étaient la peur du risque de se retrouver seule à la maison, la fatigue du post-partum.

En ce qui concerne l'allaitement maternel, l'accouchement ambulatoire serait bénéfique pour la plupart des sages-femmes libérales mais en maternité, on pensait que l'impact serait neutre. Les facteurs favorisant l'allaitement dans le cadre ambulatoire seraient la discordance des discours à la maternité, la préparation à l'allaitement maternel, la continuité de l'accompagnement, et la valorisation de l'autonomie. Par contre les facteurs de difficultés seraient le manque de disponibilité de la sage-femme libérale, et le risque de découragement de la maman seule à la maison.

La relation sage-femme/patiente pourrait emprunter deux voies suivant le mode d'exercice : soit le rapport de confiance serait augmenté par l'accompagnement semi-global et personnalisé avec notamment la sage-femme libérale ; ou alors, la relation serait identique, trop courte ou peu investie, voire submergée par une charge de travail administrative en maternité.

Dans l'accouchement ambulatoire, la place de la sage-femme serait revalorisée, à sa juste valeur, indispensable, centrale pour les unes, mais pour les autres, ce serait une disparition progressive des sages-femmes de maternité, et une obligation de s'aligner à cette prise en charge.

Les outils indispensables à la prise en charge ambulatoire seraient en première ligne le bilirubinomètre, un poupon pour montrer les soins du nouveau-né aux parents, et des médicaments disponibles au cabinet. En maternité, il faudrait aménager la salle de naissances pour qu'elle soit compatible avec un accouchement non médicalisé, et un local de préparation des biberons pour les couples ayant un projet d'allaitement artificiel avec un choix de lait particulier.

Enfin, les sages-femmes ont exprimé leurs remarques sur la prise en charge prévue. Leurs principales interrogations portaient sur le faible nombre de patientes qui seraient intéressées par l'accouchement ambulatoire, et le risque d'avis négatifs liés au manque de moyens actuels en salle de naissance de Bel-Air.

Les sages-femmes craignaient que l'accouchement ambulatoire devienne la règle sans laisser le choix aux patientes et aux sages-femmes. On se demandait aussi si la démedicalisation de l'accouchement était possible dans notre société vue les mentalités médicales et sociales. Enfin, la rémunération des sages-femmes libérales participantes était aussi un sujet qui revenait souvent.

Les sages-femmes libérales soumettaient le besoin de se former sur le post-partum. Elles se demandaient si des aides familiales existaient et pouvaient être mises en place pour les couples, et la possibilité pour les auxiliaires et les puéricultrices de créer un statut libéral pour le suivi du nouveau-né.

Elles notaient le manque de flexibilité des laboratoires de ville pour déposer des biologies urgentes. Pour terminer, elles avaient l'idée de création d'un site internet de présentation de la maternité pour faire connaître l'accouchement ambulatoire.

2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

2.1. LES FORCES

La fiabilité des résultats [26] était assurée par :

- L'existence d'une étude pilote pour tester la compréhension des questions

L'entretien a été testé par des sages-femmes de la maternité de Bel-Air avant le début de l'étude, ce qui a permis de réaliser quelques réajustements dans la reformulation des questions.

- La neutralité de l'intervieweur

Les questions ne comprenaient pas de questions subjectives, les termes utilisés étaient neutres de façon à ne pas influencer les réponses des interlocuteurs et leur permettre de se livrer librement.

- La clarification des réponses ambiguës

L'attitude en face à face a permis de favoriser la parole, et d'adapter ou de reformuler la question aux participants. Il était également plus facile de rebondir à une remarque pertinente.

- Le respect d'une méthodologie systématique

Le guide d'entretien qualitatif semi structuré individuel a permis de définir le déroulement de chaque entretien tout en restant souple dans la chronologie des différentes questions. Pour que les entretiens puissent être confrontés les uns aux autres, il fallait aborder les mêmes thèmes, d'où la constitution d'un guide d'entretien qui comportait une trame de questions cohérentes et ouvertes, pour ne pas y répondre seulement par oui ou non.

- Le choix pertinent de l'échantillon théorique

L'échantillon théorique se voulait de sélectionner une population de sages-femmes cliniciennes hospitalières et libérales exerçant sur Thionville et alentours.

- L'obtention de la saturation d'idées

Le seuil de saturation a été atteint au terme du 13^{ème} entretien. Les deux suivants n'apportaient plus d'éléments nouveaux.

- La reproductibilité de l'analyse

Pour assurer la validité et la richesse des résultats, l'enregistrement des entretiens a été fondamental, de même que nécessaire pour le respect de l'expression des sujets. L'analyse est reproductible en utilisant l'analyse quantitative des données de la population et l'analyse textuelle des verbatims.

- Les mêmes conditions d'entretiens

Les entretiens ont été réalisés à des moments propices de mise en œuvre du protocole ACCAMBU à Bel-Air. Les sages-femmes hospitalières ont été interrogées après la réunion d'informations, pour que toute l'équipe puisse se projeter. De même, les sages-femmes libérales ont été contactées après une réunion semblable. Ces moments ont été choisis parce qu'ils rendent éventuellement propice la remise en question des pratiques. De même, les professionnels de santé sont engagés dans l'amélioration de leurs pratiques.

2.2. LES LIMITES

Les difficultés de l'étude concernaient d'abord la production des données. Bien que la neutralité soit importante dans une étude qualitative, des éléments subjectifs ont pu influencer la qualité de l'entretien, comme le temps, le lieu ou même l'humeur des participants.

Ensuite, l'exercice de l'entretien a demandé de la patience ; en effet, la réalisation de ceux-ci ont nécessité du temps, non seulement par rapport aux lieux d'étude qui étaient éloignés les uns des autres, mais aussi par rapport à l'aspect chronophage des discussions en elles-mêmes.

On peut se demander si le nombre de sages-femmes était assez varié et enrichissant pour rendre valide l'étude, mais on peut quand même le considérer par le fait d'avoir atteint le seuil de saturation.

Il a fallu aussi se confronter à l'indisponibilité des professionnelles. Il était compliqué de trouver un créneau disponible pour pouvoir s'entretenir avec les sages-femmes de l'hôpital, car il fallait les rencontrer au cours de leur garde. D'autres n'étaient simplement pas intéressés par le sujet, ou ne le connaissaient pas ; c'est-à-dire que les transmissions en ce qui concernent les modalités de mise en œuvre d'ACCAMBU n'avaient pas été faites, que ce soit pour les sages-femmes libérales ou hospitalières (mails d'informations non reçus, indisponibilité aux réunions, note d'informations non lue). Enfin, on peut également citer les durées d'entretien qui étaient assez courtes avec les sages-femmes hospitalières par rapport aux sages-femmes libérales : on pourrait penser qu'elles n'ont peut-être pas pris le temps de dire tout ce qu'elles auraient pu dire lié à la charge de travail.

3. COMPARAISON AUX OFFRES EXISTANTES DU MOMENT EN FRANCE ET A L'ETRANGER

3.1. EN FRANCE, ENTRE MAISON DE NAISSANCES ET ACCES AU PLATEAU TECHNIQUE

Le projet d'accouchement ambulatoire qui offre un accompagnement semi-global, peut être perçu dans une perspective progressive d'ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales avec la possibilité de réaliser l'accouchement des patientes en plus de leur suivi pré et post-natal. Toutes ces prises en charge sont fidèles au principe « une femme, une sage-femme » dans un contexte de grossesse et d'accouchement physiologiques dont les critères sont semblables (HAS).

L'accès au plateau technique offre un accès à l'équipe et au matériel médical à la sage-femme libérale pour prendre en charge l'accompagnement de l'accouchement de sa patiente. Dans le cadre de l'accompagnement semi-global proposé par l'accouchement ambulatoire, le moment de l'accouchement va « échapper » à la sage-femme référente du couple, mais cela permet à celle-ci de pallier à la nécessité de se rendre disponible 24 heures sur 24 et devoir déplacer les rendez-vous au cabinet de toute une journée en cas d'accouchement.

Les différences entre l'accouchement ambulatoire et la maison de naissances UN NID POUR NAITRE à Nancy (par exemple) résident dans la constitution de l'équipe médicale et dans les critères d'éligibilité. La maison de naissances est une annexe de l'hôpital gérée uniquement par des sages-femmes ; à la maternité, il s'y ajoute les médecins, aides-soignantes et auxiliaires puéricultrices.

En ce qui concerne les critères d'éligibilité, pour accoucher en maison de naissance, l'adhésion des couples est possible dès 28 SA, et pas forcément dès la 1^{ère} consultation prénatale; le couple doit résider à 30 minutes maximum de la maison de naissances ou du cabinet de leur sage-femme ; le couple rencontre un binôme de sages-femmes pour assurer la continuité des soins ; l'analgésie péridurale n'est pas proposée contrairement à l'accouchement ambulatoire qui permettra aux patientes d'y avoir recours;

l'examen neuro-morphologique du nouveau-né du 8^{ème} jour est réalisé par un médecin du choix des parents, alors que l'accouchement ambulatoire prévoit la visite pédiatrique à la maternité entre J4 et J10 [24].

L'éloignement géographique a aussi été évoqué par les sages-femmes interrogées, il est sans doute pertinent d'en faire un critère d'éligibilité. De même, la nécessité d'une disponibilité importante des libérales amenait beaucoup d'entre elles à envisager une association, ne faudrait-il pas nommer une sage-femme remplaçante de la sage-femme référente du couple, qui se seraient déjà rencontrées au préalable (cours de préparation à la naissance, ateliers, suivi de grossesse) ?

3.2. COMPARAISONS AVEC LES OFFRES A L'ETRANGER

D'abord, en ce qui concerne la période anténatale, une des particularités des maisons de naissances européennes voire américaines est le contrôle par la sage-femme de la salubrité du logement. Cela rend pertinent la visite prénatale au domicile de la patiente évoquée par les sages-femmes participantes à l'étude. La sage-femme interroge également les parents pour dépister une vulnérabilité psychologique, susceptible de favoriser une dépression périnatale [27].

Si une primigeste veut accoucher de façon le plus sécuritaire possible au Royaume-Uni, c'est au Birth Center qu'elle devrait choisir en premier choix et en deuxième choix pour les multipares (après l'accouchement à domicile), d'après les récentes recommandations de la Birth Place Study [26]. L'accompagnement est semi-global, puisque les patientes y sont adressées autour de 36 SA dès lors qu'elles remplissent les critères d'éligibilités issues des recommandations des National Institute for Health and Care Excellence guidelines [29] (cf. **annexe III**). Si l'accouchement, la délivrance et l'examen du nouveau-né sont physiologiques, le retour à domicile est possible dès 6 heures après la naissance, bien qu'il soit recommandé de rester 24 heures, surtout pour les primipares. Le nouveau-né ne verra de médecin qu'à son examen réalisé par le généraliste à 6 semaines de vie. La surveillance du post-partum est assurée par des community Midwifery Services qui sont des structures d'hospitalisation à domicile propres à chaque quartier [30].

Ce qui peut également être pertinent est la désignation d'une personne référente proche de la femme qui s'engage à l'accompagner pendant les dix jours qui suivent son accouchement. Cet accompagnant, qu'il soit le conjoint, un membre de sa famille ou un ami, permettra à la jeune maman se recentrer sur le repos et les soins du nouveau-né, évitant de se laisser distraire ou submerger par l'entretien de la maison ou le nursing des autres enfants.

C'est justement un point qui a beaucoup été soulevé par les sages-femmes, l'isolement de la maman serait même une contre-indication à l'adhésion à l'accouchement ambulatoire ; d'ailleurs celui-ci prévoit l'exclusion des patientes en situation de vulnérabilité sociale, et un accompagnement familial le jour de la sortie et au retour à domicile. La désignation d'une personne référente dans l'entourage et responsable de l'accompagnement de la femme présent au cours du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum ne devrait-elle pas être un critère de sélection ?

4. IMPLICATION DES RESULTATS

4.1. RESEAU AVEC DES PROFESSIONNELS

ACCAMBU veut identifier un parcours de santé mère enfant à bas risque médico-psycho-social dans lequel les sages-femmes sont positionnées comme professionnel de 1^{er} recours. De ce fait, la sage-femme est un interlocuteur privilégié en lien avec d'autres professionnels de santé. Dans le domaine de la périnatalité, l'équipe de la Protection Maternelle et Infantile est un acteur important en lien avec les sages-femmes libérales, évoqué d'autant plus dans la prise en charge ambulatoire. En ce qui concerne les soins du nouveau-né, pourquoi ne pas proposer un circuit spécifique entre la puéricultrice de PMI et la sage-femme libérale pour prendre en charge le plus rapidement après le retour à domicile, l'éducation aux soins du nouveau-né, sachant qu'une visite de la PMI est proposée systématiquement en cas de 1^{er} enfant ?

De même, la Caf propose le recours à une aide ponctuelle qui peut être apportée par une technicienne de l'intervention sociale et familiale (travailleuse familiale) ou par une auxiliaire de vie sociale (aide-ménagère) de l'une des deux associations agréées par la Caf de la Moselle [26]. En contrepartie des financements que la Caf verse à ces associations, celles-ci demandent une participation aux familles en fonction de ses revenus. La demande est à effectuer directement auprès de l'une ces deux associations d'aide à domicile conventionnées, qui interviennent sur toute la Moselle : **A'Domicile 57** et **Aide familiale à domicile (Afad)**. Peut-être qu'un réseau particulier peut être mis en place avec ces associations les 3-4 premiers jours du post-partum, notamment pour les multipares. (cf. annexe IV)

4.2. REMUNERATION DES ACTES

Actuellement, la CPAM propose du 6^{ème} mois de grossesse à la période du post-partum, la prise en charge à 100% et la dispense d'avance des frais chez les professionnels de santé exerçant en ville jusqu'au 12^e jour après la naissance, dans la limite des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie [32].

Les honoraires perçus dans le cadre de l'accouchement ambulatoire soulèvent des questions auprès des sages-femmes libérales. Du retour au domicile dans les 24 heures suivant l'accouchement jusque H 48 où le forfait PRADO précoce ne s'applique pas encore, la surveillance à domicile et la dispensation des soins de la mère et l'enfant sera d'une visite par jour soit 2 visites qui n'entrent pas dans le forfait PRADO précoce.

La rémunération expérimentale du forfait PRADO Précoce offre en complément du forfait PRADO Standard (cf. annexe V), 20€ par dossier pour la disponibilité de la sage-femme libérale sous 24 heures, le suivi de l'ictère du nouveau-né et les transmissions à la maternité ; avec un supplément de 5.60€ lorsque le test de dépistage des maladies métaboliques a été réalisé [28].

Pour les sages-femmes interrogées, la question qui se pose alors est la tarification proposée dans le cadre ambulatoire, sachant que deux visites systématiques non couvertes par le forfait PRADO sont prévues, en prenant en compte la durée éventuelle que nécessite un début de l'accompagnement à l'allaitement ou une démonstration du bain entre autres, la nécessaire disponibilité dans les 12-24 heures, la responsabilité de l'examen du bébé et de la surveillance du post-partum immédiat. Les sages-femmes ont également évoqué l'éventuel besoin pour les femmes de deux visites par jour le 1^{er} et 2^{ème} jour de la sortie, notamment pour la mise en place de l'allaitement maternel, l'éducation aux soins de nursing du nouveau-né, et l'examen approfondi de l'accouchée.

4.3. ADAPTATION DES PRATIQUES

Pour Anne-Marie Curat, trésorière de l'Ordre National des sages-femmes à la retraite, ce qui distingue les sages-femmes françaises des sages-femmes européennes ou canadiennes de maisons de naissances est leur très bonne formation clinique de ces dernières [27].

En France, les sages-femmes sont formées dans des maternités où la médicalisation est la norme. En fait, leur sens clinique s'est appauvri par l'usage systématique de produits médicamenteux pour prendre en charge le travail et des examens imposés par la standardisation des pratiques. La protocolisation des soins, surtout dans le domaine de la maternité, augmente le recours aux examens complémentaires utilisés en routine pour poser un diagnostic (échographie de présentation), alors qu'auparavant ces examens donnaient seulement une confirmation de la clinique [27].

On peut s'inspirer de la gestion du travail non-médicalisé en Birth Center par les sages-femmes.

Une grande partie de l'activité des sages-femmes consistent à accompagner le début du travail des patientes par téléphone. Essentiels dans la prise en charge, ces appels qui durent jusqu'à 15 minutes, permettent à la sage-femme d'évaluer la situation en écoutant le souffle et la respiration de la femme pendant une contraction et déterminer sa durée et sa fréquence [30].

Dans le contexte d'ACCAMBU, les sages-femmes libérales ou même hospitalières peuvent s'attendre à ce type d'accompagnement du pré-travail par téléphone (une sage-femme de salle de naissances a en effet rapporté « *on risque d'avoir plus de coups de téléphone en salle d'accouchement. On sera peut-être plus sollicitées en salle d'accouchement* »). Il est évident que l'accompagnement d'un travail naturel demande du temps et donc un personnel sages-femme dédié. **(cf. annexe VI)**

Au cours du travail proprement dit, les sages-femmes du Birth Center se focalisent beaucoup sur l'observation clinique de la patiente (mobilisation, respiration, comportement). Les positions d'accouchement sont multiples : dans l'eau, sur un matelas posé au sol ou sur le tabouret d'accouchement, debout, assise, à quatre pattes, accroupie, sur le côté, dans les toilettes, mais certainement pas en lithotomie ou avec des étriers.

Techniquement, les TV ne se font que toutes les quatre heures. En revanche, il n'y a pas de perfusion d'ocytocine, ni de péridurale, ni de monitoring fœtal continu, la surveillance du bien-être fœtal se fait par l'écoute des BCF toutes les 15 minutes pendant une minute après une contraction pour détecter les ralentissements tardifs. Toute dystocie ou complications détectées par les sages-femmes pendant le travail et l'accouchement entraînent le transfert rapide au bloc d'accouchement via un ascenseur d'urgence [30].

Une adaptation certaine des pratiques doit être pensée pour répondre aux demandes des patientes de non-médicalisation de l'accouchement, et pour celles qui optent pour la péridurale, être le moins iatrogène possible. D'ailleurs, la pratique des sages-femmes en salles de naissances va être reconsidérée puisque le CNSF a publié ses premières Recommandations pour la Pratique Clinique en décembre 2016 dans le but d'accompagner les sages-femmes dans l'administration raisonnée d'ocytocine et de respecter au mieux la physiologie de l'accouchement par une nouvelle définition des stades du travail [33]. Ces recommandations montrent l'implication des sages-femmes dans leur profession pour évaluer la moindre médicalisation de leur pratique, et tiennent leur part dans l'accouchement ambulatoire. **(cf. annexe VII)**

A côté de cette éventuelle nécessité de se reformer à la prise en charge de l'accouchement naturel, certaines sages-femmes libérales vont être demandeuses de se former à la surveillance néonatale du postpartum, pour remettre à jour leurs compétences avec l'examen neuro-morphologique et cardiaque d'un

nouveau-né au jour de sa naissance, et rendre la sage-femme plus alerte aux signes cliniques dans le dépistage des pathologies.

CONCLUSION

Le projet d'accouchement ambulatoire de la maternité Bel-Air a pour objectif l'évaluation d'un parcours de santé mère-enfant à bas risque médico-psycho-social dans le cadre d'une sortie de maternité dans les 24 premières heures suivant la naissance. Le cadre général a été posé par les recommandations de la HAS, repris par la CNAMTS dans le cadre de l'expérimentation du PRADO précoce. En fait, c'est une façon de réduire au minimum la durée de séjour limitée par l'expérimentation du PRADO, mais non restreinte par la HAS. Par ailleurs, le projet s'inscrit dans le contexte d'une part, d'un retour à la physiologie de la grossesse et de l'accouchement revendiqué à la fois par les professionnels et les couples, en s'appropriant des expériences européennes de prises en charge périnatales dont les résultats ne sont plus à prouver, d'autre part de contraintes économiques.

La principale caractéristique de ce projet concerne la place de la sage-femme, qui va être positionnée comme professionnel de 1^{er} recours, donc le principal acteur de santé publique dans les naissances à bas risques médico-psycho-sociaux.

De ce fait, il était intéressant d'interroger au moyen d'entretiens les sages-femmes hospitalières et libérales de Thionville, au cœur de ce nouveau concept, afin d'évaluer la façon dont elles l'abordent, dont elles se projettent, d'après leurs expériences cliniques et relationnelles auprès des patientes.

Les résultats les plus marquants de l'étude concernent surtout les sages-femmes libérales, qui sont les plus nombreuses à s'attendre à des modifications de leurs pratiques professionnelles dans la charge de travail et son imprévisibilité, tandis que dans le discours des sages-femmes hospitalières, deux avis émergent suivant le service d'activité : il n'y aura pas forcément d'impact ou peut être un peu plus chronophage dans la prise en charge des patientes pour les sages-femmes de SDN ; pour leurs collègues de maternité, ce sont les formalités administratives qu'elles craignent de voir être concentrées sur une très courte période.

Probablement, il faudrait revoir les modalités et le nombre de séances de préparation à la naissance et à la parentalité avec l'obligation pour la patiente d'avoir un accompagnant, et l'importance de réaliser des démonstrations pratiques des soins. Il ressort à plusieurs reprises la question de « montrer un bain du nouveau-né » au domicile de la patiente. Les critères de sélection psychosociaux pour les sages-femmes sont la qualité du lieu de vie, l'accord des parents, l'environnement familial, et un critère géographique de proximité de la maternité.

Pour les couples, les critères d'adhésion seraient le fait de se retrouver chez soi avec les autres enfants, la confiance en la sage-femme, et la non médicalisation de l'accouchement.

Dans la plupart des avis, l'allaitement maternel ne pourra être que valorisé sauf si la sage-femme libérale n'est pas assez disponible.

Ce qui ressort de la question des transmissions entre l'hospitalier et le libéral est qu'il y manque le ressenti de la sage-femme hospitalière pour avoir des indications sur l'instauration du lien parents-enfant.

Pour les sages-femmes libérales, l'accompagnement de la patiente sera semi-global donc la relation de confiance sera améliorée. La sage-femme est perçue à sa juste place dans l'accouchement ambulatoire, au cœur de la physiologie.

Pour permettre d'optimiser la prise en charge, le bilirubinomètre est indispensable, de même qu'une salle de naissances non médicalisée.

Les principales inquiétudes énoncées sont le risque cardiorespiratoire du nouveau-né et le retard de diagnostic en cas de survenue d'une pathologie postnatale pour la mère ou l'enfant.

Enfin, ce qui questionne beaucoup les sages-femmes est la crainte que l'accouchement ambulatoire ne devienne la règle sans laisser le choix aux patientes et aux sages-femmes, puisque dans leurs idées et leur patientèle, la prise en charge proposée n'est pas une demande réelle.

Cette étude nous a permis de répondre à la question : quel est l'impact perçu par les sages-femmes cliniciennes de Thionville de la mise en place de l'accouchement ambulatoire ?

En effet, les résultats montrent un impact sur le relationnel avec le suivi semi-global, au niveau de l'accompagnement de l'allaitement maternel ; sur l'organisationnel au niveau des SPNP et de la surveillance post-natale ; et enfin sur la charge de travail à peine augmentée en salle de naissances et administrative pour les sages-femmes de maternité.

Nous avons pu également répondre à des objectifs secondaires.

En premier lieu, des axes d'amélioration ont été identifiés : les transmissions hôpital-ville devront être téléphoniques car le ressenti des professionnels donne des indications de prise en charge, la rémunération des sages-femmes devra être discutée, les missions plus précoces de la sage-femme libérale sur la surveillance postnatale du nouveau-né implique une mise à jour de sa formation clinique.

La création d'un site internet de présentation de la maternité pourrait être un moyen publicitaire d'adhésion à l'accouchement ambulatoire.

En deuxième lieu, des informations sur certains dispositifs existants en lien avec la périnatalité ont été obtenues pour la réalisation du protocole « accouchement ambulatoire » : des aides familiales qui peuvent partiellement être prises en charge par la CAF en fonction des revenus, l'intervention plus précoce des puéricultrices de PMI peut pallier aux difficultés exprimées par les sages-femmes dans l'éducation et la dispensation des soins néonataux.

Les sages-femmes libérales, par expérience et retour du souhait des patientes, ont manifesté du scepticisme relatif à l'accouchement ambulatoire.

Mais cette offre est bien encadrée par les recommandations de la HAS. A ce jour, le CHR finalise un passeport de sortie délivré aux parents sur lequel figurent les signes cliniques d'alarme et les numéros d'urgences. De plus, un nouveau carnet de maternité de la région plus complet et permettant de faire le lien avec la PMI va être déployé prochainement.

Puis, nous avons pu identifier les points forts de l'accouchement ambulatoire : l'accompagnement semi-global se rapproche du concept « une sage-femme pour une femme » favorisant un suivi de qualité, la valorisation des sages-femmes progresse en devenant professionnel de 1^{er} recours pour les grossesses à bas risque, la continuité dans l'accompagnement de l'allaitement maternel améliore sa mise en place et son maintien dans la durée.

Enfin, nous avons pu nous faire une idée de la place de l'accouchement ambulatoire par rapport aux offres existantes : c'est un projet qui comble un manque entre le PRADO précoce et l'accouchement en maisons de naissances, tout en s'assimilant à l'accouchement en plateau technique (sans les problèmes, entre autres, de la rémunération, du risque médico-légal) et de la disponibilité de la sage-femme libérale pour assurer l'accouchement).

Une des retombées attendues était de favoriser un suivi global et personnalisé des couples, et de répondre au mieux à leur projet de naissances en cas d'accouchement ambulatoire : on a pu voir qu'en ciblant les critères de sélection psycho-sociaux à évaluer en EPI et en orientant le contenu des SPNP, on pouvait se rapprocher le plus possible des demandes des couples.

Pour terminer, l'intérêt réel des couples pour le projet d'accouchement ambulatoire reste encore incertain car c'est une offre qui n'existe pas encore, et il est évident que ce concept, bien qu'ancré dans les esprits de nos voisins européens, n'est pas encore bien admis dans notre culture. Mais dès qu'une offre est proposée, elle peut rencontrer son public. Il va pouvoir être possible d'offrir une prise en charge alternative aux maisons de naissances ; et pourquoi ne pas dans un second temps, réaliser à nouveau cette étude auprès des sages-femmes cliniciennes, pour évaluer leurs perceptions a posteriori de la mise en place de l'accouchement ambulatoire, afin de les comparer à nos résultats.

BIBLIOGRAPHIE

1. Servan-Schreiber E, Garabedian C, Deruelle P. Alternatives à l'hospitalisation en gynécologie/obstétrique. EMC - Obstétrique 2014;9(2):1-8 [Article 5-049-O-10]
2. Jean D. Séjours en maternité écourtés, une tendance européenne. Le Monde.fr [Internet]. 11 juil 2014 [cité 28 déc 2016]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2014/07/11/sejours-en-maternite-ecourtes-une-tendance-europeenne_4446088_4355770.html
3. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête nationale périnatale 2010. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Mai 2011. [Internet].
4. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Haute Autorité de Santé. Avril 2005. [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
5. L'épisiotomie. Recommandations pour la pratique clinique. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. 2005. [Internet]. [cité 16 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM
6. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Organisation Mondiale de la Santé. 2014. [Internet]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?ua=1
7. Health end Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. European Perinatal Health Report. 2013. [Internet]. [cité 21 déc 2016]. Disponible sur: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
8. Akrich M. Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas. Dossier « Périnatalité et parentalité: une révolution en marche? ». Sept-oct 2007. La santé de l'Homme; 391:45-47. Institut national de la santé et de la recherche médicale.
9. Puech F. Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de l'accouchement physiologique [Internet]. 5 dec 2012. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/position_acc_physio_121205.pdf
10. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Legifrance. [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
11. Plan périnatalité 2005-2007. Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. 10 nov 2004. [Internet]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
12. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. Etude CIANE. [Internet]. Aout 2012. [cité 27 nov 2016]. Disponible sur: <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
13. Favennec Y. Rapport sur la proposition de loi , adoptée par le Sénat, autorisant l'expérimentation des maisons de naissance [Internet]. Assemblée n°1157, nov 2013. [cité 22 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r1560.asp>
14. Dini M. Rapport sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance [Internet]. Assemblée n°368, 20 fév 2013 [cité 13 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l12-368/l12-3681.pdf>

15. Association genevoise « Arcade sage-femmes ». [Internet]. [cité 26 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.arcade-sages-femmes.ch/asf/>
16. Durand A-A. « Aux Pays-Bas, accoucher à domicile n'est pas un projet alternatif, c'est juste normal ». Le Monde.fr [Internet]. 22 août 2016 [cité 26 déc 2016]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/societe/article/2016/08/22/aux-pays-bas-accoucher-a-domicile-n-est-pas-un-projet-alternatif-c-est-juste-normal_4986309_3224.html
17. Nizard J. Accoucher aux Pays-Bas : un must ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 27 oct 2008 ; [cité 28 déc 2016]37 (7), 634—636 [Internet].
18. Derrien É, Sabouret M-M. Le Prado, un dispositif qui fait débat. Vocation Sage-femme. 21 jan 2013 [cité 28 déc 2016]; 12 (100):10-11. [Internet]. 21 janv 2013
19. Argumentaire scientifique : sortie de maternité après accouchement. Haute Autorité de Santé. Mars 2014. [Internet]. Disponible sur: http://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014_03/argumentaire_scientifique__sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
20. Tarraga É. Accès au plateau technique : un nouveau mode d'exercice ? Vocation sage-femme. 12 mar 2015[cité 28 déc 2016]; 14 (113): 15-19.
21. Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Legifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021868310&dateTexte=&categorieLien=id>
22. Viossat P. Pons J-C. Maisons de naissance : revue de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction[Internet]. Nov 2001[cité 28 déc 2016; 30 (7): 680-687.]
23. D Y-M. Maisons de naissance : accouchement moins médicalisé ? Option bio [Internet].5 npv 2015 [cité 28 déc 2016];26 (532):4.
24. Un nid pour naître. Maison de naissances Nancy [Internet]. [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: <http://unnidpournaitre.wixsite.com/maison-de-naissance>
25. Declic [Internet]. [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: <https://sphinxdeclic.com/d/login.aspx>
26. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. CHU Nice. Mar 2013. [Internet]. [cité 10 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
27. Cannasse S. La maison de naissance, avant tout un engagement de confiance entre la professionnelle et sa patiente. Vocation Sage-femme [Internet]. 11 oct 2010 [cité 1 avr 2017]; 9 (85): 8-9.
28. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. BMJ. 2011;343:d7400
29. Intrapartum care for healthy women and babies.National Institute for Health and Care Excellence. 2014 dec 3. [Internet]. Disponible sur: <http://nice.org.uk/guidance/cg19>
30. Freydier A. Un accouchement naturel en birth centre. Vocation Sage-femme [Internet]. Nov 2016; 15 (123): 15-19. 15 nov 2016 [cité 1 avr 2017]
31. L'aide à domicile. Caf.fr [Internet]. [cité le 15 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.caf.fr/ma-caf/caf-de-la-moselle/offre-de-service/solidarite-et-insertion/l-aide-a-domicile>

32. Vous êtes enceinte: votre grossesse. Ameli.fr [Internet]. [cité le 01 mai 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-grossesse/un-accompagnement-a-domicile-apres-l-accouchement_roubaix-tourcoing.php
33. Expérimentation Prado Sorties Précoces. Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. 10 mars 2015. Disponible sur: <http://www.unssf.org/index.php?mact=CGBlog,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=365&cntnt01returnid=16&cntnt01returnid=16>
34. Administration de l'ocytocine lors du travail spontané. Recommandations pour la pratique clinique. Collège National des Sage-Femmes de France. 6 dec 2016. [Internet]. Disponible sur: <http://cnsf.asso.fr/doc/4EF68404-00ED-06AF-ED98B63B2E8ABF32.pdf>
35. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Organisation mondiale de la santé. 1997. [Internet]
36. Vincent G, Arcos C, Prigent A. Les conséquences de la crise économique sur l'hôpital. Les Tribunes de la santé [Internet]. Mar 2012; 36: 47-54. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2012-3-page-47.htm>
37. Kranklader E. Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts. Dossier santé et solidarité [Internet]. 2012; 25.
38. Borel B, Burkhalter A, Fioretta G, Collectif des Sages-femmes d'Aquila, Fasnacht B. "L'accouchement en maison de naissance plus physiologique. Quatre fois moins de risques d'y accoucher par césarienne !". Sage-femme.ch. Mai 2011; 5. [Internet]
39. En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans péridurale. INSERM [Internet]. 24 aout 2015.. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/en-france-la-peridurale-est-frequence-chez-les-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans>
40. Séjourné N, Callahan S. Les motivations des femmes pour accoucher avec ou sans analgésie péridurale. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. Fev 2013; 42 (1):56-63.
41. Raynel F. Etude comparative de la prise en charge de la femme enceinte entre la France et le Royaume-Uni. Vocation Sage-femme [Internet]. Sep 2014; 13 (110): 31-33.
42. Service aux familles. AFAD de Moselle. [Internet]. Disponible sur: <http://www.afad.fr/nos-services/services-aux-familles/modes-de-prise-en-charge>
43. Mauffroy C. Quand la PMI se rend au domicile. Informations sociales. 1 avr 2008; (132): 92-98. [Internet]. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INSO_132_0092
44. Maria B, Dauptain G, Gaucherand P, Cohen H, and all. Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. Nov 2003; 32 (7).
45. Lenoir O. Maisons de naissance, l'exemple de la Suisse. Vocation Sage-femme [Internet]. Nov 2016 ; 15 (123) : 11-14.
46. Giraud A. Accoucher « naturellement » : profils, attentes et motivations des femmes enceintes. Vocation Sage-femme [Internet]. Nov 2015 ; 14 (117) : 14-17.

47. Rapport des travaux des missions d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le fonctionnement de l'hôpital. Assemblée Nationale de la Commission des Affaires sociales en conclusion [2556]. 2010. [Internet]. Disponible sur : <http://www.assemblee-nationale.fr>
48. Berkane N. Sorties précoces en maternité : avantages, inconvénients et méthodologie de mise en place. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. Fev 2015 ; 44 (2) : 119-125.
49. Hascoët J-M, Petitprez K. Sortie de maternité : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mise à jour des recommandations de la Haute Autorité de santé. Archives de Pédiatrie. Sept 2014 ; 21 (9) :1053-1059. [Internet
50. Benhamed N, Devos C, San Miguel L, Vinck I, and all. « Synthèse : l'organisation des soins après l'accouchement ». Centre fédéral d'expertise des soins de santé en Belgique. Octobre 2012.
51. Carbonne B. Vers une pratique ambulatoire de l'obstétrique. Cercle d'Etude des Gynécologues-Obstétriciens de l'Ile de France. Maternité-Hôpital Trousseau, Paris. Présentation powerpoint. 2013 avril 6. Disponible sur:
http://www.cegorif.fr/congres/federation_cercles_2013/PDF/Obstetrique%20ambulatoire.pdf
52. Bien naitre. Association de parents genevois. Une prestation. Disponible sur : <http://bien-naitre.ch/index.html>
53. Jacques B. De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? Dossier « Périnatalité et parentalité : une révolution en marche? ». Sept-oct 2007. La santé de l'Homme ; 391:20-22. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/391/02.htm>
54. Kivits J. Méthode qualitative : Principes

ANNEXES

Annexe I : Classification des pratiques utilisées dans un accouchement normal. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique, OMS 1997. Pages 40 à 43.

Annexe II : Guide d'entretien

Annexe III : Initial assessment. Intrapartum care for healthy women and babies, NICE 2014. Pages 21 à 24

Annexe IV : Aide au domicile des familles. Barème des participations familiales horaires 2014. CNAF.

Annexe V : NGAP des sages-femmes au 11 mars 2016. Union nationale et Syndicale des sages-femmes.

Annexe VI : « La gestion du temps en maison de naissances ». Etude Borel comparant maisons de naissance et maternité. Collectif des Sages-femmes de la maison de naissances Aquila. 2011.

Annexe VII : Les recommandations pour la pratique clinique : administration de l'ocytocine lors du travail spontanée. Collège National des Sages-Femmes de France. Décembre 2016. Pages 6 et 7

6 CLASSIFICATION DES PRATIQUES UTILISEES PENDANT UN ACCOUCHEMENT NORMAL

Le présent chapitre distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité. La classification reflète les vues du groupe de travail technique sur l'accouchement normal. Les raisons de cette classification ne sont pas exposées ici; le lecteur est renvoyé aux chapitres précédents qui sont le résultat de la réflexion et des débats du groupe de travail, et qui reposent sur les meilleures preuves actuellement disponibles (les numéros des chapitres sont indiqués entre parenthèses).

CATEGORIE A :

6.1 Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager

1. Plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille (1.3).
2. Evaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail (1.3).
3. Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance (2.1).
4. Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement (2.3).
5. Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance (2.4).
6. Fourniture de soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance (2.4, 2.5).
7. Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement (2.5).
8. Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement (2.5).
9. Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement (2.5).
10. Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent (2.5).

11. Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation (2.6).
12. Surveillance foetale avec auscultation intermittente (2.7).
13. Usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement (2.8).
14. Utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta (2.8).
15. Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail (3.2).
16. Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail (3.2, 4.6).
17. Surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS (3.4).
18. Administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger (5.2, 5.4).
19. Stérilité des instruments utilisés pour sectionner le cordon (5.6).
20. Prévention de l'hypothermie du bébé (5.6).
21. Contact dermique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein (5.6).
22. Examen systématique du placenta et des membranes (5.7).

CATEGORIE B :

6.2 Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer

1. Recours systématique au lavement (2.2).
2. Rasage systématique du pubis (2.2).
3. Infusion intraveineuse systématique pendant le travail (2.3).
4. Pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique (2.3).
5. Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail (3.2, 4.6).
6. Toucher rectal (3.3).

7. Utilisation de la radiopelvimétrie (3.4)
8. Administration d'ocytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés (3.5).
9. Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail (4.6).
10. Efforts de poussée soutenus et dirigés (manoeuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail (4.4).
11. Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail (4.7).
12. Utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie (5.2, 5.4).
13. Administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail (5.2).
14. svage utérin systématique après l'accouchement (5.7).
15. Révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement (5.7).

CATEGORIE C :

6.3 Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent

1. Méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse (2.6).
2. Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail (3.5).
3. Pression sur le fond utérin pendant le travail (4.4).
4. Manoeuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement (4.7).
5. Manipulation active du fœtus au moment de la naissance (4.7).
6. Administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon, ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail (5.2, 5.3, 5.4).
7. Clampage précoce du cordon ombilical (5.5).

7. Utilisation de la radiopelvimétrie (3.4)
8. Administration d'ocytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés (3.5).
9. Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail (4.6).
10. Efforts de poussée soutenus et dirigés (manoeuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail (4.4).
11. Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail (4.7).
12. Utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie (5.2, 5.4).
13. Administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail (5.2).
14. avage utérin systématique après l'accouchement (5.7).
15. Révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement (5.7).

CATEGORIE C :

6.3 Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent

1. Méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse (2.6).
2. Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail (3.5).
3. Pression sur le fond utérin pendant le travail (4.4).
4. Manoeuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement (4.7).
5. Manipulation active du fœtus au moment de la naissance (4.7).
6. Administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon, ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail (5.2, 5.3, 5.4).
7. Clampage précoce du cordon ombilical (5.5).

8. Stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le troisième stade du travail (5.6).

CATEGORIE D :

6.4 Pratiques fréquemment utilisées à tort

1. Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail (2.3).
2. Traitement de la douleur par des agents systémiques (2.6).
3. Traitement de la douleur par l'analgésie épidurale (2.6).
4. Monitoring électronique du fœtus (2.7).
5. Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement (2.8).
6. Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins (3.3).
7. Accélération par l'ocytocine (3.5).
8. Transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième stade (4.2).
9. Sondage de la vessie (4.3).
10. Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser (4.3).
11. Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse (4.5).
12. Extraction instrumentale (4.5).
13. Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie (4.7).
14. Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement (5.7).

Guide d'entretien

Depuis quand exercez-vous le métier de sage-femme ?

Quel type d'activité exercez-vous ? depuis quand ?

Thème 1 : pensez-vous que l'accouchement ambulatoire va avoir un impact sur votre organisation de travail ?

→ *Impact sur la quantité de travail ? impact sur la pénibilité du travail ? impact sur l'intérêt pour votre travail ?*

Thème 2 : que pensez-vous des sorties ultra-précoces par rapport aux sorties standards pour la prise en charge des parturientes ?

→ *Pour la qualité des soins ? pour la sécurité des soins ? pour les parents ? pour les nouveau-nés ?*

Thème 3 : Selon vous, qu'est ce qui va attirer (ou pas) les couples vers l'accouchement ambulatoire ?

→ *Au niveau du suivi prénatal ? du suivi per-natal ? du suivi post-natal ?*

Thème 4 : A votre avis, l'accouchement ambulatoire aura-t-il un impact sur la mise en route de l'allaitement maternel ? Si oui, le(les) quel(s) ?

→ *Moins d'accompagnement en maternité, mais plus en libérale*

Thème 5 : Que pensez-vous de la continuité de PEC entre la SF hospitalière et libérale ?

Thème 6 : Est-ce que l'accouchement ambulatoire va modifier votre contact aux patientes/aux couples ? Qu'est ce qui va changer pour vous dans la relation aux patientes/aux couples ?

Thème 7 : Pensez-vous que les sorties ultra-précoce vont impliquer une modification de vos pratiques professionnelles dans le secteur dans lequel vous exercez ?

→ *Comment ?*

→ *Impact sur le déroulement et le contenu des PNP ?*

→ *Impact sur le suivi et le déroulement de la grossesse et l'accouchement ?*

→ *Impact sur le suivi du post-partum immédiat ?*

→ *Impact sur le suivi de la mère et le nouveau-né ?*

→ *Qu'attendra-t-on désormais (ou plus) de vous dans les sorties ultra-précoces par rapport aux sorties standards ?*

Thème 8 : Pensez-vous que l'accouchement ambulatoire a besoin d'un aménagement et/ou de matériels particuliers ?

→ *Aménagement des salles de PNP ? Aménagement des urgences ? Aménagement de la SDN ? Aménagement du secteur maternité ?*

→ *L'objectif est de renseigner l'ensemble des aménagements nécessaires pour les prendre en compte et mieux répartir dans le budget du protocole*

Thème 9 : Que pensez-vous de la place des sages-femmes dans l'accouchement ambulatoire ?

→ *Sur leurs responsabilités ? Plus d'indépendance ? Activités plus variées ? Nouvelle approche ?*

Thème 10 : Avez-vous des remarques ou des suggestions sur l'accouchement ambulatoire, qui pourront permettre d'optimiser la PEC des patientes ?

1.4 Initial assessment

- 1.4.1 When performing an initial assessment of a woman in labour, listen to her story and take into account her preferences and her emotional and psychological needs. [2014]
- 1.4.2 Carry out an initial assessment to determine if midwifery-led care in any setting is suitable for the woman, irrespective of any previous plan. The assessment should comprise the following:
- Observations of the woman:
 - Review the antenatal notes (including all antenatal screening results) and discuss these with the woman.
 - Ask her about the length, strength and frequency of her contractions.
 - Ask her about any pain she is experiencing and discuss her options for pain relief.
 - Record her pulse, blood pressure and temperature, and carry out urinalysis.
 - Record if she has had any vaginal loss.
 - Observations of the unborn baby:
 - Ask the woman about the baby's movements in the last 24 hours.
 - Palpate the woman's abdomen to determine the fundal height, the baby's lie, presentation, position, engagement of the presenting part, and frequency and duration of contractions.
 - Auscultate the fetal heart rate for a minimum of 1 minute immediately after a contraction. Palpate the woman's pulse to differentiate between the heartbeats of the woman and the baby.
- In addition (see also recommendation 1.4.5):
- If there is uncertainty about whether the woman is in established labour, a vaginal examination may be helpful after a period of assessment, but is not always necessary.
 - If the woman appears to be in established labour, offer a vaginal examination. [2014]

1.4.3 Transfer the woman to obstetric-led care, following the general principles for transfer of care described in [section 1.6](#), if any of the following are observed on initial assessment:

- Observations of the woman:
 - pulse over 120 beats/minute on 2 occasions 30 minutes apart
 - a single reading of either raised diastolic blood pressure of 110 mmHg or more or raised systolic blood pressure of 160 mmHg or more
 - either raised diastolic blood pressure of 90 mmHg or more or raised systolic blood pressure of 140 mmHg or more on 2 consecutive readings taken 30 minutes apart
 - a reading of 2+ of protein on urinalysis and a single reading of either raised diastolic blood pressure (90 mmHg or more) or raised systolic blood pressure (140 mmHg or more)
 - temperature of 38°C or above on a single reading, or 37.5°C or above on 2 consecutive readings 1 hour apart
 - any vaginal blood loss other than a show
 - rupture of membranes more than 24 hours before the onset of established labour (see [recommendation 1.15.25](#))
 - the presence of significant meconium (see [recommendation 1.5.2](#))
 - pain reported by the woman that differs from the pain normally associated with contractions
 - any risk factors recorded in the woman's notes that indicate the need for obstetric led care.
- Observations of the unborn baby:
 - any abnormal presentation, including cord presentation
 - transverse or oblique lie
 - high (4/5–5/5 palpable) or free-floating head in a nulliparous woman

- suspected fetal growth restriction or macrosomia
- suspected anhydramnios or polyhydramnios
- fetal heart rate below 110 or above 160 beats/minute
- a deceleration in fetal heart rate heard on intermittent auscultation
- reduced fetal movements in the last 24 hours reported by the woman.

If none of these are observed, continue with midwifery-led care unless the woman requests transfer (see also [recommendation 1.4.6](#)). [2014]

1.4.4 If any of the factors in recommendation 1.4.3 are observed but birth is imminent, assess whether birth in the current location is preferable to transferring the woman to an obstetric unit and discuss this with the coordinating midwife. [2014]

1.4.5 When conducting a vaginal examination:

- be sure that the examination is necessary and will add important information to the decision-making process
- recognise that a vaginal examination can be very distressing for a woman, especially if she is already in pain, highly anxious and in an unfamiliar environment
- explain the reason for the examination and what will be involved
- ensure the woman's informed consent, privacy, dignity and comfort
- explain sensitively the findings of the examination and any impact on the birth plan to the woman and her birth companion(s). [2014]

Measuring fetal heart rate as part of initial assessment

1.4.6 Offer auscultation of the fetal heart rate at first contact with a woman in suspected or established labour, and at each further assessment:

- Use either a Pinard stethoscope or doppler ultrasound.
- Carry out auscultation immediately after a contraction for at least 1 minute and record it as a single rate.

Cnaf

Aide au domicile des familles

Annexe 2

Barème des participations familiales horaires 2014

(Montant du Smic horaire :

9,53 € + charges patronales = 12,51 euros)

quotient familial en euros	Participation familiale en euros	quotient familial en euros	Participation familiale en euros	quotient familial en euros	Participation familiale en euros
≤ 152,00	0,30	de 548,01 à 564,00	2,86	de 960,01 à 976,00	7,22
de 152,01 à 167,00	0,36	de 564,01 à 579,00	2,78	de 976,01 à 991,00	7,43
de 167,01 à 182,00	0,40	de 579,01 à 594,00	2,81	de 991,01 à 1006,00	7,86
de 182,01 à 198,00	0,48	de 594,01 à 609,00	3,06	de 1006,01 à 1021,00	7,88
de 198,01 à 213,00	0,61	de 609,01 à 625,00	3,18	de 1021,01 à 1037,00	8,08
de 213,01 à 228,00	0,67	de 625,01 à 640,00	3,33	de 1037,01 à 1052,00	8,31
de 228,01 à 243,00	0,88	de 640,01 à 655,00	3,47	de 1052,01 à 1067,00	8,64
de 243,01 à 259,00	0,70	de 655,01 à 670,00	3,82	de 1067,01 à 1082,00	8,77
de 259,01 à 274,00	0,77	de 670,01 à 686,00	3,77	de 1082,01 à 1098,00	8,00
de 274,01 à 289,00	0,84	de 686,01 à 701,00	3,88	de 1098,01 à 1113,00	8,24
de 289,01 à 304,00	0,81	de 701,01 à 716,00	4,08	de 1113,01 à 1128,00	8,47
de 304,01 à 320,00	0,88	de 716,01 à 731,00	4,24	de 1128,01 à 1143,00	8,72
de 320,01 à 335,00	1,07	de 731,01 à 747,00	4,41	de 1143,01 à 1159,00	8,88
de 335,01 à 350,00	1,18	de 747,01 à 762,00	4,67	de 1159,01 à 1174,00	10,21
de 350,01 à 365,00	1,24	de 762,01 à 777,00	4,74	de 1174,01 à 1189,00	10,48
de 365,01 à 381,00	1,33	de 777,01 à 792,00	4,81	de 1189,01 à 1204,00	10,71
de 381,01 à 396,00	1,43	de 792,01 à 807,00	6,08	de 1204,01 à 1219,00	10,88
de 396,01 à 411,00	1,62	de 807,01 à 823,00	6,27	de 1219,01 à 1234,00	11,21
de 411,01 à 426,00	1,82	de 823,01 à 838,00	6,46	de 1234,01 à 1249,00	11,48
de 426,01 à 442,00	1,72	de 838,01 à 854,00	6,83	de 1249,01 à 1263,00	11,71
de 442,01 à 457,00	1,83	de 854,01 à 869,00	6,82	de 1263,01 à 1278,00	11,88
de 457,01 à 472,00	1,84	de 869,01 à 884,00	8,01	de 1278,01 à 1293,00	12,21
de 472,01 à 487,00	2,06	de 884,01 à 899,00	8,21	A partir de 1293,01	12,61
de 487,01 à 503,00	2,18	de 899,01 à 915,00	8,40		
de 503,01 à 518,00	2,28	de 915,01 à 930,00	8,80		
de 518,01 à 533,00	2,40	de 930,01 à 945,00	8,81		
de 533,01 à 548,00	2,62	de 945,01 à 960,00	7,01		

NGAP au 11 mars 2016



Construisons l'avenir ensemble !

Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes



Les libellés en gris et barrés sont ouverts dans la CCAM (cf. tableau CCAM)

ACTES	LETRE CLE	TARIF	Outre-Mer
CONSULTATION	C	23,00	25,3
VISITE	V	23,00	25,3

indemnité forfaitaire de déplacement	IF	4,00	4,4
indemnité kilométrique plaine	IK	0,45	0,59
montagne	IK	0,73	0,8
à pied ou à ski	IK	3,95	4,35
indemnité de nuit de 20h à 0h et de 6h à 8h (appel à partir de 19h)		35,00	
de 0h à 6h		40,00	
indemnité dimanche et jours fériés, en cas d'urgence dès samedi 12h		21,00	

ACTES en SF	SF	TARIF
PNP 1ère séance entretien individuel	SF 15	42,00
7 séances suivantes individuelles	SF 12	33,60
7 séances suivantes ≤ 3 femmes	SF 11,6	32,48
7 séances > 3 femmes (max = 6)	SF 6	16,80

sur prescription à domicile

surveillance grossesse sans monitoring	SF 9	25,20
grossesse unique avec monitoring à partir de 24 sem	SF 15	42,00
grossesse multiple avec monitoring à partir de 24 sem	SF 22	61,60

sur prescription au cabinet

grossesse unique avec monitoring à partir de 24 sem	SF 12	33,60
grossesse multiple avec monitoring à partir de 24 sem	SF 19	53,20

au cabinet sans prescription (avec max de 2)

monitoring dernier mois +/- amnioscopie	SF 12	33,60
monitoring gémellaire dernier mois +/- amnioscopie	SF 19	53,20

ACCOUCHEMENT simple	SF 124,8	349,44
accouchement gémellaire	SF 151,2	423,36
surveillance accouchement avec monito. +/- pH (+ 2h)	SF 40	112,00
prélèvements pour mesure du pH fœtal au cours de l'accouchement	SF 20	56,00
surveillance d'un enfant dans l'unité néonatale ou placément en incubateur ou dans celui de quatre berceaux par vingt-quatre heures	SF 9	25,20

Forfait journalier de SURVEILLANCE MERE-ENFANT à domicile de J1 à J7 (J0 étant le jour de l'accouchement)

un enfant, les 2 premiers forfaits	SF 16,5	46,20
un enfant, les forfaits suivants	SF 12	33,60
deux enfants et plus, les 2 premiers forfaits	SF 23	64,40
deux enfants et plus, les forfaits suivants	SF 17	47,60

séances post-natales (2 séances du 8e jour qui suit l'accouchement à la cs post-natale)	SP	18,55
---	----	-------

rééducation périnéo-sphinctérienne	SF 7	19,60
------------------------------------	------	-------

LA « GESTION DU TEMPS » EN MAISON DE NAISSANCE

L'objectif de cette étude est d'évaluer notre travail dans le but d'encourager les femmes et les sages-femmes vers la naissance physiologique. Il est aussi d'inciter le monde obstétrical à une réflexion pouvant aboutir vers une pratique plus respectueuse de la physiologie.

L'étude présentée reprend l'analyse faite par le Dr. Borel, pédiatre, sur les 788 accouchements de la Maternité d'Aigle en 2007, comparés aux 386 naissances de la Maison de Naissance Aquila. L'objectif de l'étude Borel était d'évaluer les résultats périnataux des deux lieux de naissance. L'étude n'a tenu compte que des femmes entrant en salle d'accouchement en vue d'une naissance physiologique. Les prématurés, les bébés de faible poids, les provocations et césariennes programmées, toutes les situations pathologiques connues avant le début du travail n'ont pas été comptées dans les deux collectifs (maison de naissance et maternité hospitalière).

Parallèlement en 2009, afin de marquer les 10 ans de l'ouverture des maisons de naissance d'Aquila, du Petit Prince et de Zoé, celles-ci ont réuni leurs statistiques selon les mêmes critères que lors de l'étude Borel.
 Aquila - VD - 2002 à 2010 - 502 patientes // Le Petit Prince - FR - 2005 à 2010 - 441 patientes
 Zoé - VD - 1999 à 2010 - 220 patientes //

En 2010, Dix Lunes - GE - 2009 à 2010 - 32 patientes, s'est jointe à nous.

Comparaison générale maison de naissance / maternité

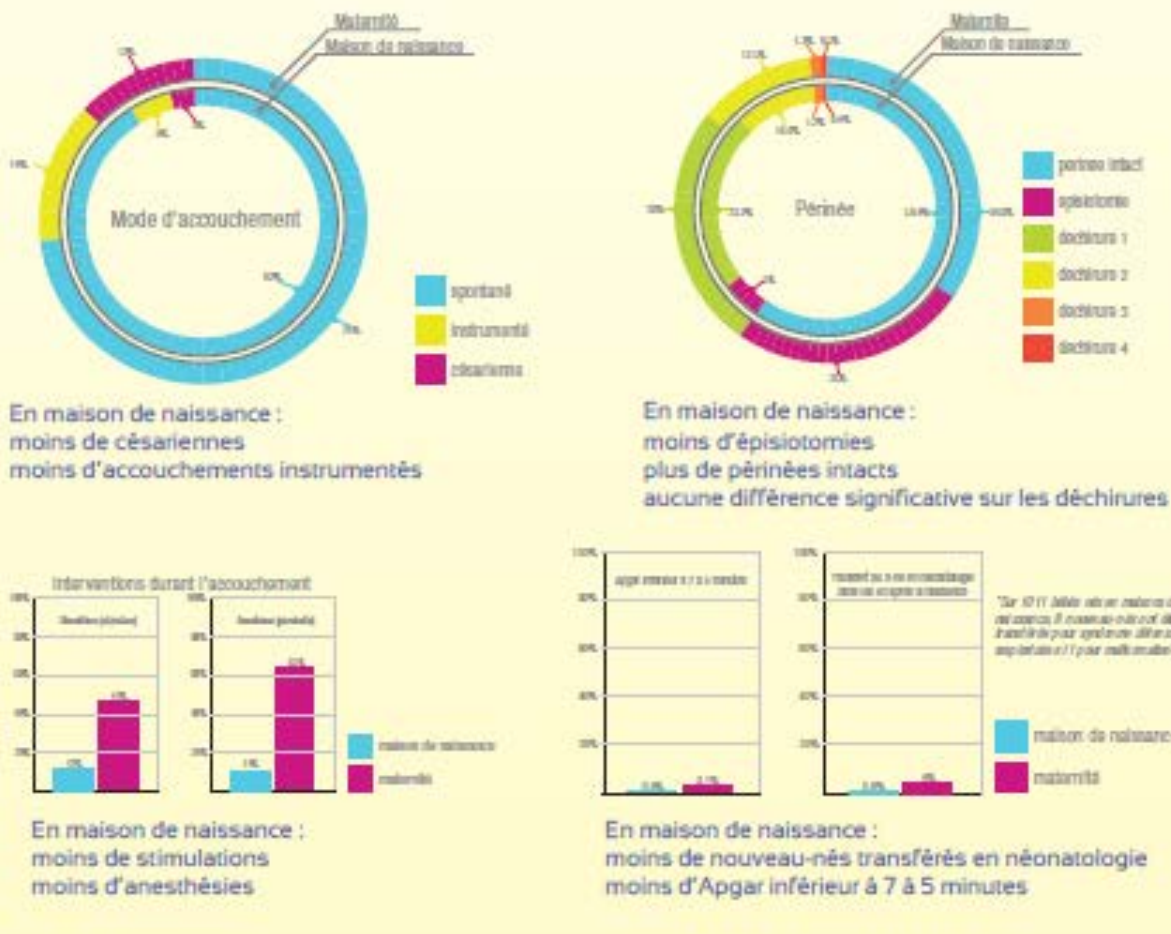
L'âge moyen des mères est significativement plus élevé en maison de naissance (32.1 ans / 30.4 ans)

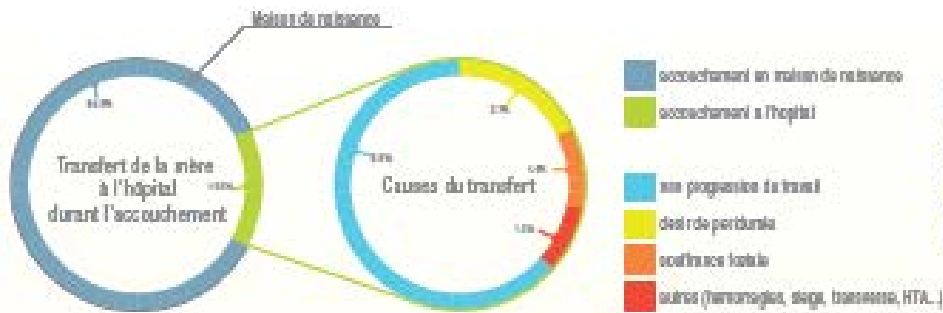
Il y a un peu moins de primipares en maison de naissance qu'à la maternité (41.1% / 48.4%)

La moyenne de poids des nouveau-nés n'est pas significativement différente (3420gr / 3385gr).

Le ratio fille/garçon est non significativement différent.

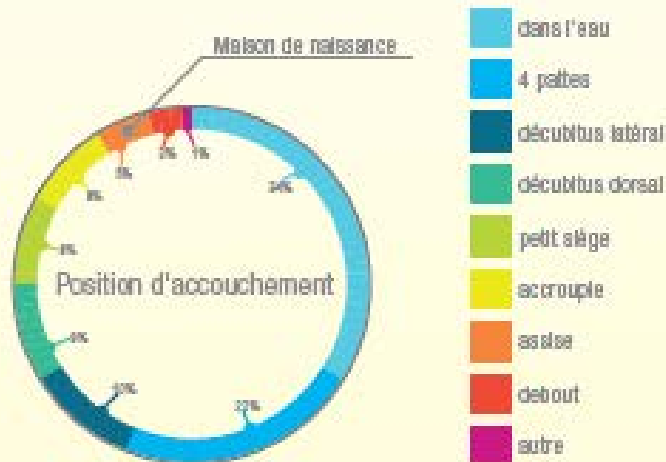
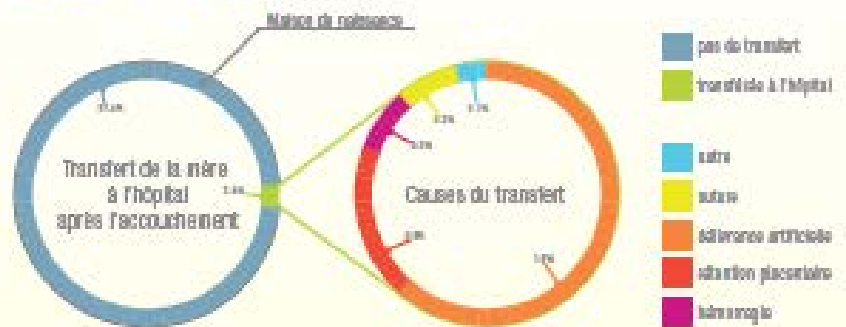
Dans les chiffres concernant les maisons de naissance, les femmes ayant eu un accouchement non physiologique (i.e pérurale, stimulation, accouchement instrumenté, césarienne,...) ont été transférées transférée à l'hôpital





En maison de naissance : la cause principale de transferts à l'hôpital durant l'accouchement est la non-progression du travail

En maison de naissance : la cause principale de transferts de la mère à l'hôpital après la naissance est la non délivrance du placenta



En maison de naissance : la liberté de mouvement et de position est garantie

Cette étude nous montre que les naissances physiologiques demandent une autre « gestion du temps ». L'accompagnement spécifique des sages-femmes en Maison de Naissance permet un travail de qualité au service de la mère, de l'enfant.

En outre, ces recherches ont fait abstraction des moyens utilisés pour obtenir ces résultats. Nous pourrions envisager une autre étude afin de mettre en valeur l'accompagnement spécifique des sages-femmes, la satisfaction des parents à moyen et long terme, sans oublier l'impact sur le développement des enfants.



« L'accouchement en maison de naissance plus physiologique. Quatre fois moins de caesariens d'y accoucher par naissance à la S. Barel, A. Bultshuis, G. Florenza, Collège des Sages-femmes d'Aquila, B. Farnochi

in: Sage-femmes.ch N° 5 - Mai 2011

AQUILA
MAISON DE NAISSANCE

LA PETITE MARQUE
des sages-femmes, sages-mères et sage-femmes

Maison de naissance 20e



LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC)

LES ENSEIGNEMENTS CLÉS DE CES RPC

Dans ce contexte il était important que les sages-femmes prennent position. Il a fallu 2 ans de travail pour produire les 200 pages de recommandations que le CNSF publie aujourd'hui.

Ces RPC s'appuient sur une **méthodologie éprouvée** (cf annexes). Différents groupes de travail regroupant des sages-femmes, des obstétriciens, des épidémiologistes, un pédiatre, et un anesthésiste ont procédé à une revue systématique de la littérature (Medline, Cochrane Library) ainsi que des recommandations des principales sociétés savantes, afin d'évaluer l'utilisation de l'ocytocine **dans le cadre du travail spontané**, ses modalités d'administration, ses bénéfices, ses possibles effets secondaires.



« Ces RPC concernent les accouchements de femmes à terme, portant un seul bébé, avec une présentation céphalique, et dans le cadre d'un travail spontané (non déclenché) » rappelle le Dr Camille Le Ray, gynécologue-obstétricienne à la maternité Port-Royal, Paris.

Les conclusions de ce travail ont permis de mettre en avant plusieurs points :

1. **L'importance de redéfinir les différents stades du travail.** Les définitions établies dans les années 50 par E. Friedman servent de référence depuis plus d'un demi-siècle. Des travaux récents remettent en question ces définitions.
 - o En pratique : la définition ancienne des phases de travail a conduit à un **interventionnisme excessif de la part des soignants**. Le premier stade du travail (du début de la dilatation jusqu'à dilatation complète) se divise en deux phases, la phase de latence et la phase active. Le début de la phase active est désormais repoussé à 5-6cm de dilatation contre 3-4cm autrefois. D'autre part la vitesse de dilatation est considérée comme anormale si elle est < 1cm/4h en début de phase active et 1cm/2h au-delà de 7 cm de dilatation.
2. **Le nécessaire respect de la phase de latence.** Cette phase qui dure jusqu'au début de la phase active (5-6cm) est cruciale. Il est essentiel de "**savoir attendre**" et de **respecter ce temps**. Les recommandations américaines vont dans le même sens.

« Dans un travail normal, non pathologique, il peut y avoir des phases de stagnation de la dilatation du col », rappelle le Dr Camille Le Ray. « Le recours à l'ocytocine pendant cette phase de latence doit donc être prudent ».

3. **La hiérarchie des actions à mettre en place.** L'amniotomie, rupture artificielle des membranes, entraîne une augmentation de la dynamique utérine. En cas de dystocie dynamique au cours de la phase active, il est recommandé de pratiquer une amniotomie avant l'administration d'ocytocine.
4. **La péridurale n'est pas une indication pour une administration systématique d'ocytocine.** La péridurale influe peu sur le déroulement du travail et ne diminue pas la synthèse de l'ocytocine endogène ou son efficacité sur l'activité utérine, contrairement à ce que l'on aurait pu croire.

Enfin le **2^e stade du travail**, qui se scinde lui aussi en deux phases (phase de descente et phase d'expulsion) a également été étudié en détail. L'analyse des études a permis de montrer, là encore, la pertinence d'une médicalisation raisonnée.

« Si au bout d'une heure le bébé n'est pas descendu, on peut encore attendre avant d'administrer de l'oxytocine », précise le Dr Le Ray. « En revanche, au bout de 2 heures il faut en administrer car on a montré qu'après la troisième heure à dilatation complète, on observait une augmentation des risques maternels, notamment hémorragique ».

Enfin, dans la continuité de cette démarche scientifique et afin de renforcer la rigueur du travail effectué dans le cadre de ces RPC, fin 2017, le CNSF va évaluer leur diffusion et leur impact sur les pratiques au sein de plusieurs réseaux de périnatalité.

La sage-femme, au cœur du projet d'accouchement ambulatoire
Etude qualitative de la place et la perception des sages-femmes hospitalières et libérales en vue de la
mise en place de l'accouchement ambulatoire – Thionville – 2017

Introduction – La nouvelle maternité de Thionville souhaite proposer une offre de soins repensée pour être en adéquation avec la tendance actuelle de lutte contre la surmédicalisation de la grossesse et l'accouchement, de besoin plus important des couples de réfléchir à un projet de naissances, dans un contexte budgétaire de raccourcissement du séjour hospitalier. Ce projet d'accouchement ambulatoire s'inscrit dans l'esprit des maisons de naissances avec une sortie de la maternité le jour suivant la naissance pour les couples mère-enfant à bas risque médico-psycho-social. L'objectif est d'évaluer l'impact perçu par les sages-femmes cliniciennes sur la mise en place de l'accouchement ambulatoire.

Méthode – Nous avons réalisé une étude qualitative observationnelle monocentrique de la place et la perception des sages-femmes dans ce projet à la maternité Bel-Air et aux libérales du secteur du 17 janvier au 23 février 2017. Les sages-femmes incluses étaient celles exerçant en salles de naissances, en consultations, en maternité, et les libérales ; à l'exclusion des étudiants, formatrices et cadres. Des entretiens semi-directifs individuels étaient réalisés pour recueillir les perceptions et expériences. L'analyse était réalisée par le logiciel SPHINXDECLIC.

Résultats – 15 sages-femmes ont été interrogées : 6 hospitalières et 9 libérales. Les libérales interrogées avaient moins de 10 ans de pratique contre 17 ans en moyenne pour les hospitalières. Les résultats montraient un impact :

- 1) Sur le relationnel avec le suivi semi global,
- 2) Sur l'accompagnement de l'allaitement maternel,
- 3) Sur la charge de travail : imprévisible pour les libérales et administrative pour les hospitalières,
- 4) Sur l'organisation des séances prénatales et de la surveillance postnatale.

Conclusion – L'étude montre les différentes conséquences de l'accouchement ambulatoire perçues par les sages-femmes cliniciennes. Les résultats permettront de mieux cibler les attentes des couples et des professionnels, de proposer une alternative entre Prado précoce et maison de naissances, et éventuellement de comparer les résultats à une étude similaire réalisée a posteriori de la mise en place du projet.

Mots clés : sages-femmes cliniciennes, suivi semi-global, accouchement ambulatoire

Title – Midwife in center of outpatient birth, qualitative observational monocentric study of the place and perceptions of hospital and private practice midwife anticipation of arranging of outpatient birth – Thionville – 2017

Background – The Thionville new maternity wants to propose a another type of healthcare to be in harmony with the current climate of combat against over medicated pregnancy and delivery, the couple needed to think about their birth project, and the economic reducing of hospital stay. The project of outpatient birth is part of the birth center, with the possibility to quit maternity a few hours after birth if the mother and her baby are not at risk of complications. The objective was to estimate the detected impact of outpatient birth on clinician midwives.

Methods – We carried out a qualitative observational monocentric study of the place and perceptions of hospitals and private practice midwifery centers about the maternity Bel-Air project between 17th January and 23rd February 2017. Selected midwives worked in birthing rooms, maternities, in consultation rooms, and in private practice midwiferies; without students, tutors and health executives. Semi-structured individual interviews realized were carried out to collect perceptions and experiences. The analysis was done using SPHINXDECLIC software.

Results – 15 midwives were interviewed : 6 hospital midwives and 9 private practices. Private midwives had less then 10 years of practice compared to 17 years for the hospital workers. The results showed an impact on :

- 1) The relation in semi- global aftercare,
- 2) Breast feeding care,
- 3) Workload : unpredictable for private workers and administrative for hospital midwives,
- 4) The organization of birthing session and postnatal surveillance.

Conclusions – The study showed different consequences of outpatient birth, which were detected by clinician midwives. The results should better aim at couples and professionals' expectations, offer an alternative between precipitate PRADO (allowed by The French national health insurance system) and birth centers, and to compare eventually our results with a similar study which will realise a posteriori.

Keywords : clinician midwife, semi-global care, outpatient birth