



HAL
open science

Analyse des pratiques des sages-femmes effectuant des accouchements en plateau technique : étude descriptive observationnelle dans la région Grand Est

Coralie Munier

► To cite this version:

Coralie Munier. Analyse des pratiques des sages-femmes effectuant des accouchements en plateau technique : étude descriptive observationnelle dans la région Grand Est. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-03870463

HAL Id: hal-03870463

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870463>

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>

Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

*Analyse des pratiques des sages-femmes
effectuant des accouchements en plateau
technique : étude descriptive
observationnelle dans la région Grand Est.*

Mémoire présenté et soutenu par

MUNIER Coralie

Directeur de mémoire: Madame C. MACQUET, Coordonnateur en maïeutique.

Soutenu le 24 Juin 2020

Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

*Analyse des pratiques des sages-femmes
effectuant des accouchements en plateau
technique : étude descriptive
observationnelle dans la région Grand Est.*

Mémoire présenté et soutenu par

MUNIER Coralie

Directeur de mémoire: Madame C. MACQUET, Coordonnateur en maïeutique.

Soutenu le 24 Juin 2020

Remerciements

A Madame MACQUET, coordonnateur en maïeutique, pour ses conseils, sa relecture et son soutien.

A Madame NADJAFIZADEH, coordonnateur en maïeutique, pour sa relecture et son aide à la réalisation de ce travail.

A Madame TOUPET, docteure en sociologie, pour sa patience, sa disponibilité et son aide précieuse tout au long de ce travail.

A toutes les sages-femmes qui ont accepté de participer à la réalisation de ce mémoire, et en particulier Floriane et Marie pour m'avoir fait découvrir cette pratique.

A Emeline et Jennifer pour leurs encouragements, leurs conseils et leurs relectures.

A mes amies Laetitia, Jennifer, Juliette et Marie pour tous ces bons moments passés ensemble.

A mes parents et mes sœurs pour m'avoir toujours soutenue et encouragée dans mes projets.

A Matthieu, pour sa présence et son soutien sans faille.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAD : Accouchement Assisté à Domicile

AGN : Accompagnement Global à la Naissance

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

AP : Auxiliaire de Puériculture

ARCF : Anomalie du Rythme Cardio-Fœtal

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens en France

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CNSF : Collège National des Sages-femmes de France

CSP : Code de la Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du Post-Partum

HRP : Hématome Rétro Placentaire

HTA : HyperTension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRADO : Programme de Retour A Domicile

PT : Plateau Technique

RCF : Rythme Cardio Fœtal

RPAI : Réseau Périnatal Alpes Isère

SA : Semaines d'Aménorrhée

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	7
1.MATERIEL ET METHODE	9
1.1 PROTOCOLE D’ECHANTILLONAGE	9
1.2 MODE DE RECUEIL DES DONNEES	10
2.RESULTATS DE L’ETUDE	11
2.1. POPULATION ETUDIEE.....	11
2.2. RESULTATS DES ENTRETIENS ET DISCUSSION.....	13
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	35
TABLE DES MATIERES.....	38
ANNEXE 1 : TRAME DE L’ENTRETIEN.....	39
ANNEXE 2 : RETRANSCRIPTION D’UN ENTRETIEN	41
ANNEXE 3 : CARTE DES MATERNITES ET DES CENTRES PERINATAUX DE PROXIMITE : GRANDE REGION ALSACE – CHAMPAGNE ARDENNE - LORRAINE.....	44

INTRODUCTION

Tout au long du XX^{ème} siècle, les avancées technologiques ont été très nombreuses, essentiellement dans le domaine de la médecine. En obstétrique, cela a principalement permis une réduction de la mortalité maternelle et infantile. Cependant, toujours dans le but de réduire au maximum les risques potentiels pour la mère et l'enfant, nous assistons aujourd'hui à une hypermédicalisation des naissances, et cela au détriment des souhaits des femmes et des couples autour de cette période particulière [1].

En effet, en France chaque année près de 800 000 naissances ont lieu [2] et pour la majorité d'entre elles aucune complication ne survient durant la période perpartum. Malgré cela, les interventions lors de celle-ci sont multipliées par les équipes médicales sans réelle nécessité, mais plutôt de manière « systématique » [3].

Cependant, aujourd'hui chaque femme a le droit d'être actrice de son accouchement et de plus en plus d'entre elles souhaitent un accouchement le moins médicalisé possible afin de respecter la physiologie de celui-ci, pendant lequel elles peuvent participer à la prise de décision concernant la naissance de leur enfant. Mais ce que veulent surtout ces femmes c'est que la personne qui les accompagne, dans ce moment particulièrement intime, respecte autant que possible leurs souhaits, leurs demandes, afin d'avoir la chance de pouvoir vivre cette naissance comme elles le désirent à l'instant présent, et non pas selon une méthode systématisée qui leur est imposée [3].

Afin de comprendre chaque particularité des désirs de ces femmes, il paraît indispensable d'instaurer une relation de confiance entre le couple et la sage-femme qui les accompagne durant ce moment, afin de pouvoir répondre au mieux à leurs attentes.

De ce fait, certaines sages-femmes proposent à leur patiente un « accompagnement global à la naissance » qui est défini en 2002 par l'ANSFL de la manière suivante : « *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant* » [4].

Cette interaction avec un praticien unique correspond aux recommandations professionnelles émises par la HAS en 2007 concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées puisque celles-ci informent qu'il est recommandé que « *le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels,*

idéalement par une même personne [5]. De plus, cette relation permet d'apporter une sérénité aux couples concernant le jour de l'accouchement puisqu'ils connaissent à l'avance la personne qui les accompagne et que cette même personne connaît leurs attentes ainsi que leurs craintes.

Pour accompagner leur patiente le jour de l'accouchement, les sages-femmes proposant l'accompagnement global à la naissance ont la possibilité de réaliser celui-ci dans différents lieux : soit au domicile de la patiente, soit en maison de naissance, soit en plateau technique. Ce dernier est un ensemble de salles et d'équipements qui permettent de réaliser, généralement à l'hôpital, des actes curatifs et diagnostics. Il permet aux sages-femmes libérales d'accompagner l'accouchement de leurs patientes dans une structure hospitalière en totale autonomie, et de disposer de l'équipe médicale sur place en cas de nécessité. La sage-femme libérale est liée par une convention qui définit ses conditions d'exercice dans le centre hospitalier, où elle dispose lors de ses interventions des locaux et du matériel à titre locatif.

Dans un premier temps, l'objectif de cette étude a été d'analyser les pratiques de ces sages-femmes libérales qui ont réalisé des accouchements en plateau technique dans le cadre de l'accompagnement global dans la région Grand Est ces dix dernières années.

Secondairement, nous avons recherché les raisons qui ont motivé ces sages-femmes libérales à pratiquer les accouchements en plateau technique, les potentielles difficultés qu'elles ont pu rencontrer lors de la mise en place ou lors de leurs interventions au sein de celui-ci, ainsi que les éventuelles différences entre les plateaux techniques de la région Grand Est.

1. MATERIEL ET METHODE

1.1 PROTOCOLE D'ECHANTILLONAGE

Dans nos recherches n'avons retrouvé aucune liste référençant les maternités disposant d'un plateau technique ouvert aux sages-femmes dans le Grand Est.

De ce fait, grâce à la carte des maternités et des centres périnataux de proximité grande région Alsace – Champagne-Ardenne - Lorraine de Décembre 2012 disponible sur le site du Réseau Périnatal Lorrain (Annexe 2), comme le montre la figure 1 toutes les maternités référencées ont été contactées à l'exception de celles qui ont cessé leur activité avant le début de l'étude qui sont au nombre de 3 sur 47 (maternités à Altkirch, à Bar-le-Duc et à Thann).

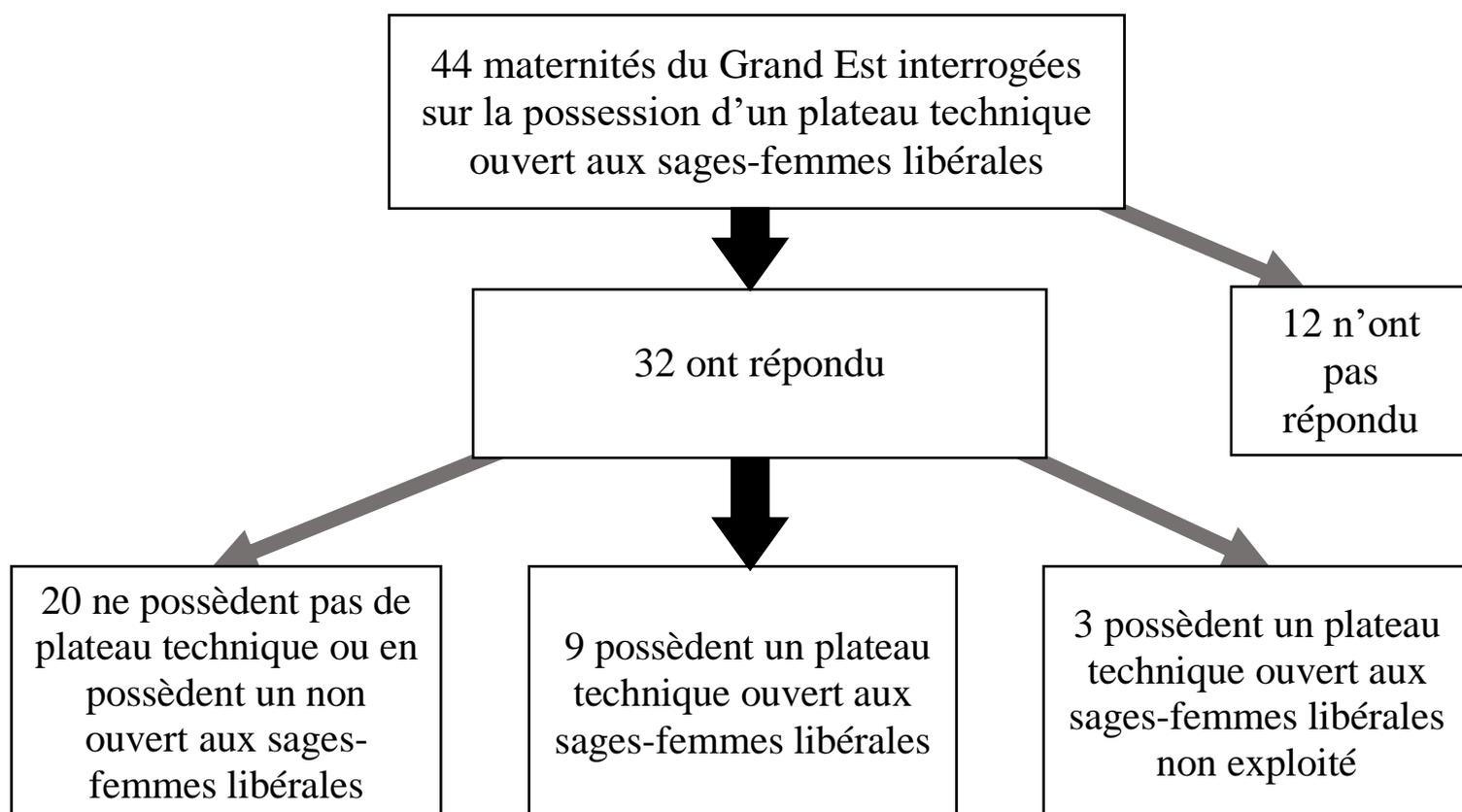


Figure 1 : recensement des plateaux techniques dans la région Grand Est

Suite à nos recherches, nous avons pu constater qu'il existait au minimum 12 maternités dans la région Grand Est qui possédaient un plateau technique ouvert aux sages-femmes libérales et qui étaient réparties dans la région de la façon suivante :

- 2 en Meurthe-et-Moselle,
- 1 en Meuse,
- 3 en Moselle,
- 4 dans le Bas-Rhin,
- 2 dans le Haut-Rhin.
- 0 en Ardennes
- 0 dans l'Aube
- 0 en Marne
- 0 en Haute Marne
- 0 dans les Vosges

Il a été demandé aux maternités possédant un plateau technique ouvert aux sages-femmes libérales de fournir les coordonnées de celles-ci afin de les contacter et leur proposer un entretien en face à face, ou par téléphone selon leur localisation et leurs disponibilités. Cette liste de sages-femmes a été enrichie par les sages-femmes elles-mêmes lors des entretiens lorsqu'elles ont accepté de nous fournir les coordonnées de leurs consœurs qui avaient pratiqué l'accompagnement global en plateau technique.

Critères d'inclusion :

- Sage-femme libérale proposant un accompagnement global et **ayant accès** à un plateau technique dans le Grand Est
- Sage-femme libérale ayant proposé l'accompagnement global et **ayant eu accès** à un plateau technique dans le Grand Est dans les dix dernières années

Critères de non-inclusion :

- Sage-femme n'ayant pas d'activité libérale
- Sage-femme libérale ne proposant pas l'accompagnement global
- Sage-femme libérale n'ayant pas accès à un plateau technique
- Sage-femme libérale ayant accès à un plateau technique hors du Grand Est
- Sage-femme refusant de participer à l'étude

1.2 MODE DE RECUEIL DES DONNEES

Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle à l'aide d'entretiens semi-directifs réalisés auprès de sages-femmes qui ont pratiqué l'accompagnement global et qui ont effectué les accouchements au sein d'un plateau technique qui leur était ouvert dans la région Grand Est ces dix dernières années.

Une trame d'entretien a été réalisée afin de nous assurer que chaque thème fut bien abordé dans chaque entretien afin de tous pouvoir les comparer (annexe 1).

Le choix de réaliser des entretiens semi-directifs a permis de laisser les sages-femmes interrogées s'exprimer librement sur le sujet et ainsi d'obtenir des réponses plus riches et plus précises que lors d'entretiens directifs ou avec un questionnaire.

Avant chaque entretien, les sages-femmes étaient informées de l'enregistrement de celui-ci afin de pouvoir le retranscrire intégralement et ainsi en exploiter chaque information. Un numéro était attribué à chaque entretien afin de garantir l'anonymat des participants.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

2.1. POPULATION ETUDIEE

Comme montré par la **figure 4**, 14 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des 14 sages-femmes répondant aux critères d'inclusion / non-inclusion et ayant accepté de participer à notre étude.

La durée des entretiens fut variable : entre 17 et 51 minutes en fonction des réponses données par les sages-femmes interrogées, avec une moyenne de 33 minutes.

La durée totale des 14 entretiens est de 611 minutes, ce qui représente 10 heures et 11 minutes d'enregistrement.

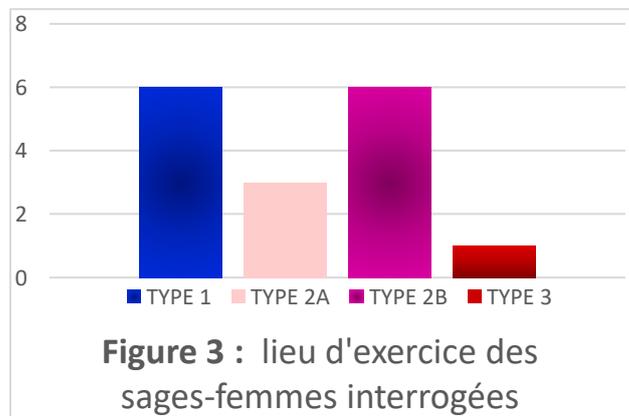
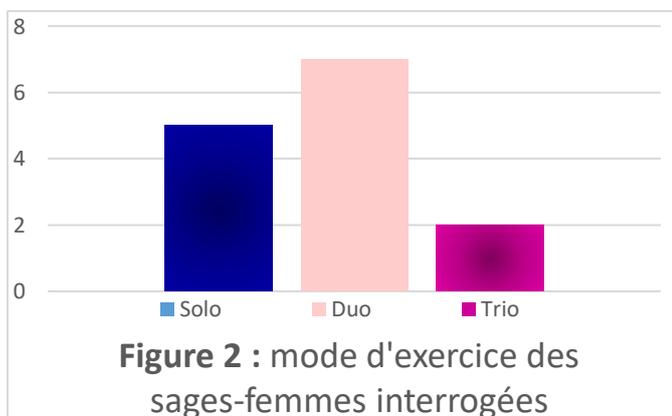
Une fois tous les entretiens retranscrits, l'analyse s'est faite en deux temps :

- 1^{er} temps : dégager l'ensemble des thèmes abordés lors des entretiens
- 2nd temps : analyse transversale de ces thèmes abordés.

Parmi les 14 sages-femmes interrogées :

- 11 avaient eu une activité hospitalière avant la pratique en plateau technique,
 - Dont 9 exerçaient en plateau technique dans un hôpital où elles avaient pratiqué en tant qu'hospitalière
- 3 n'avaient jamais exercé en hospitalier

Plusieurs d'entre elles exerçaient en association comme montré par la **figure 2**. Le type de maternité dans lequel se trouvaient les plateaux techniques exploités par les sages-femmes est représenté par la **figure 3**, l'effectif est différent du nombre de sages-femmes interrogées puisque certaines exerçaient dans deux maternités de niveaux différents simultanément.



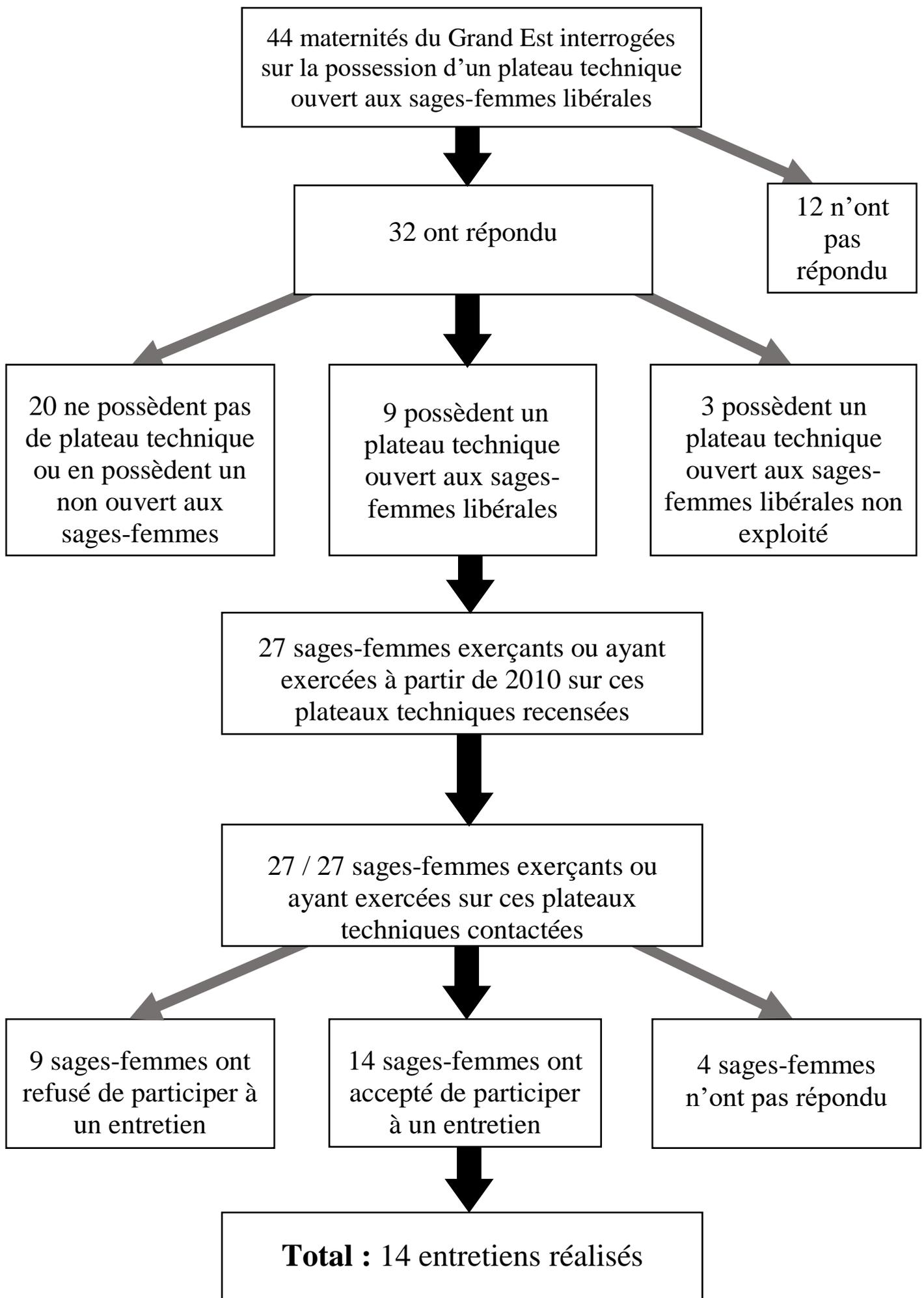


Figure 4 : participation des sages-femmes à l'étude

2.2. RESULTATS DES ENTRETIENS ET DISCUSSION

2.2.1. L'accès et la mise en place d'un plateau technique

Nous avons pu constater lors de nos entretiens que les démarches menant à l'accès à un plateau technique ouvert aux sages-femmes libérales au sein d'un établissement hospitalier étaient différentes en fonction des centres hospitaliers, comme le montre le **tableau 1**, mais aussi en fonction des sages-femmes.

En effet, les démarches pour les sages-femmes qui souhaitaient intégrer un plateau technique déjà existant et dans lequel une collaboratrice exerçait déjà, semblaient beaucoup plus simples et beaucoup plus rapides que lorsqu'il fallait ouvrir le plateau technique et donc ainsi définir toutes les modalités administratives et techniques relatives à celui-ci. Les sages-femmes qui ont eu l'occasion de participer à la mise en place de plateaux techniques ont rapporté de nombreuses réunions avant d'aboutir à un contrat satisfaisant les deux partis. S'ajoutait à cela le temps des démarches administratives. De ce fait, comme ce fut le cas pour certaines sages-femmes de l'étude, il a pu s'écouler plus de 6 mois, voire un an, entre les premières démarches concernant l'ouverture d'un plateau technique et leur aboutissement. Ces lourdeurs administratives ont aussi été évoquées dans les mémoires en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme de M BABIN [6] intitulé « L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales qui le pratiquent », dans celui de B LAFONT [7] concernant « Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques », ainsi que dans celui de C TOUCHARD [8] nommé « L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples ? ».

De plus, certains centres hospitaliers ont demandé aux sages-femmes de réaliser des gardes doublées dans l'établissement afin de se familiariser avec l'environnement, le matériel et le personnel. Cette pratique fut encouragée par certains hôpitaux « de façon à optimiser l'intervention des sages-femmes libérales au sein du plateau technique » ou « pour des raisons pratiques (familiarisation avec le personnel, les locaux et le matériel) » comme expliqué par l'article publié en 2015 dans la revue de gynécologie, obstétrique & fertilité n°43 intitulé « Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1 » [9].

Cependant d'autres centres ne le demandaient pas comme ce fut le cas pour la majorité des sages-femmes interrogées (8/14). Mais ce résultat fut à nuancer avec le fait que parmi ces 8 sages-femmes certaines d'entre elles travaillaient dans le centre hospitalier en tant que professionnelle hospitalière juste avant de commencer leur activité libérale et l'accompagnement en plateau technique dans ce même centre hospitalier. Cela pouvait expliquer que le chef de service ou la sage-femme coordinatrice ne demandait pas à la sage-femme de réaliser de garde pour s'accommoder aux locaux et au matériel qu'elle connaissait déjà de par son activité hospitalière ; et ainsi justifiait la disparité entre les sages-femmes interrogées.

De plus, parmi les sages-femmes qui n'avaient pas d'obligation à refaire de garde en salle de naissance avant de démarrer en plateau technique certaines avaient pris de leur propre chef la décision de se faire doubler par leur binôme dans un premier temps.

Tableau 1 : modalité d'intégration d'un plateau technique par les sages-femmes interrogées après réunion avec l'équipe du centre hospitalier

Intégration au sein du plateau technique	Effectif (N = 14)	Propos recueillis par
Avec des gardes à effectuer	4	SF 1, 3, 8, 10
Sans garde à effectuer		
- Démarrage immédiat en autonomie	8	SF 2, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 14
- Doublage avec associée avant	2	SF 9, 11

2.2.1.1. Les conventions avec l'établissement hospitalier

Comme le rappelle l'article R6146-69 du CSP, la signature d'une convention entre le centre hospitalier et la sage-femme exerçant sur son plateau technique est obligatoire afin de définir les conditions d'exercice de la sage-femme, ses limites et ses obligations : mais aussi celles du centre hospitalier [10].

Parmi les sages-femmes interrogées trois situations ont été relevées concernant l'établissement de ces conventions que nous retrouvons dans le **tableau 2**.

Tableau 2 : mode d'établissement des conventions entre les sages-femmes et les centres hospitaliers

Mode d'établissement des conventions	Effectif (N= 14)	Propos recueillis par
Reprise d'une convention déjà existante	9	SF 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12
Participation à la rédaction de la convention	3	SF 1, 10, 13
Fourniture de la convention par la sage-femme	2	SF 2, 14

Aujourd'hui, le Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes propose un modèle de convention qui doit être adapté avec les professionnels des deux parties signataires, à savoir le directeur d'établissement et la sage-femme libérale. De ce fait, même si des textes de loi encadraient la pratique des accouchements en plateau technique par les sages-femmes les conventions signées par celles-ci pouvaient être différentes en fonction de l'établissement dans lequel elles exerçaient. Cela avait pour inconvénient une hétérogénéité des pratiques comme nous allons le voir par la suite, mais cela présentait aussi l'avantage aux sages-femmes de pouvoir « négocier » certaines conditions présentes dans leur convention comme par exemple le taux de leur redevance au centre hospitalier lors de leurs interventions dans celui-ci comme ce fut le cas pour certaines sages-femmes de notre étude qui pratiquaient sur plusieurs plateaux techniques différents en même temps.

a. Les conditions d'accès à un plateau technique

Dans les conventions, ont été définies les conditions d'exercice pour les sages-femmes et donc par conséquent les critères d'éligibilité des femmes souhaitant accoucher en plateau technique.

Pour qu'une patiente puisse accoucher en plateau technique, la sage-femme 9 expliquait que « *la grossesse doit répondre aux critères de suivi de grossesse physio de la HAS* » ; critères qui ont été détaillés dans les recommandations professionnelles de mai 2016 de la HAS concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [5]. Ces critères permettaient de juger du caractère physiologique de la grossesse et ainsi de définir si l'accouchement en plateau technique était possible.

La sage-femme 10 informait sur le fait que « *les conditions d'admission et d'exclusion sont discutées en staff selon les recommandations en vigueur* » ce qui signifiait qu'en plus de ces critères, dans certains centres hospitaliers ouvrant leur plateau technique aux sages-femmes

libérales, l'avis d'un staff de praticiens hospitaliers, le plus souvent composé de sages-femmes de gynécologues obstétriciens, et sages-femmes coordinatrices, était nécessaire afin de donner l'autorisation à la sage-femme libérale d'accompagner sa patiente lors de son accouchement.

Cependant cela était propre à chaque centre hospitalier ; puisque certaines sages-femmes comme la sage-femme 7 devait présenter toutes ses patientes au staff puisque « *tout passe par le staff* », alors que d'autres sages-femmes comme la sage-femme 5 ne « *discutait en staff que les dossiers qui posaient problème* ».

En revanche, certaines sages-femmes travaillant en clinique privée à but lucratif, n'ont rapporté aucune condition ou contre-indication concernant le suivi de leur patiente puisqu'elles faisaient « *partie des praticiens de l'hôpital en fait, donc comme c'est une clinique privée, chaque praticien peut emmener ses femmes* » (sage-femme 14), et qu'il « *suffisait d'être chapoté par un gynéco au moins, et le gynéco qui gérait ça il nous laissait carte blanche* » (sage-femme 12).

L'absence de structuration clairement définie pour cette pratique engendrait une hétérogénéité des pratiques des sages-femmes en fonction de l'établissement hospitalier dans lequel elles exerçaient.

b. Les contre-indications d'accès à un plateau technique.

En ce qui concerne les raisons qui contre-indiquaient l'accouchement en plateau technique on a retrouvé chez beaucoup de sages-femmes « *tout ce qui sortait de la physio* » (sage-femme 5) ce qui correspondait à l'article L4151-3 du CSP stipulant que « *en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin* » [11]. Dans cette partie nous verrons les contre-indications maternelles dans un premier temps, puis celles fœtales, qui ne permettaient donc pas l'accouchement en plateau technique par les sages-femmes libérales.

Contre-indications maternelles :

Dans certaines conventions, nous avons pu trouver comme contre-indications : le **déclenchement du travail** « *il ne faut pas qu'elles [les patientes] soient déclenchées* » comme l'expliquait la sage-femme 3, **l'IMC**: la sage-femme 6 précisait que « *si elle [la patiente] a un IMC > 35 elle est éliminée* », **l'HTA** (traitée ou mal gérée), le **diabète** puisque « *l'HTA et le diabète constituent des contre-indications au plateau technique pour nous* » évoquait la sage-femme 4. Toutes ces contre-indications ont en effet été retrouvées dans les situations à risque

nécessitant un suivi autre que le suivi A, sans forcément atteindre un niveau B de suivi dans les recommandations de la HAS de décembre 2017 pour la pratique clinique concernant l'accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [12].

Dans ces mêmes recommandations, dans les modalités de prise en charge de l'accouchement normal nous avons retrouvé un accompagnement de la physiologie de l'accouchement excluant « *les analgésies médicamenteuses telles que l'analgésie locorégionale* » or dans la quasi-totalité des centres où exerçaient les sages-femmes interrogées cette anesthésie, visant à soulager la douleur de la patiente, n'imposait pas l'arrêt du suivi du travail par la sage-femme « *Dans notre convention on peut continuer l'accompagnement en cas de péri* » précisait la sage-femme 4.

La poursuite du travail par la sage-femme malgré l'anesthésie fait partie des compétences de celle-ci comme ce fut précisé à l'article R4127-318 du CSP : « *la sage-femme est également autorisée, au cours du travail, à effectuer la demande d'analgésie locorégionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. [...] La sage-femme peut, sous réserve que ce médecin puisse intervenir immédiatement, pratiquer les réinjections par la voie du dispositif mis en place par le médecin anesthésiste-réanimateur et procéder au retrait de ce dispositif* » [13].

L'**utérus cicatriciel** était pour certains centres hospitaliers une contre-indication à l'accouchement en plateau technique par une sage-femme comme le précisait la sage-femme 6 : « *d'emblée elle est éliminée si elle a eu une césarienne* ». Alors que dans d'autres centres les « *utérus cicatriciels ça se discutait* » rapportait la sage-femme 4.

Lorsqu'on se référait aux recommandations de mai 2016 de la HAS concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [5] les utérus cicatriciels nécessitaient un suivi A2 c'est-à-dire que « *l'avis d'un gynécologue obstétricien est nécessaire* » et que « *en fonction de la situation à risque, à l'issue de la demande d'avis A1 ou bien A2, si le risque est infirmé ou si le pronostic est favorable, la grossesse est maintenue dans le suivi d'origine (suivi A). Dans le cas contraire, si le risque est confirmé ou si l'évolution est défavorable, la grossesse est considérée à haut risque et le suivi devient un suivi B. Cet état peut être transitoire et un retour à une situation de bas risque et à un suivi A est possible* ». Cela signifiait que les sages-femmes pouvaient, après accord d'un gynécologue obstétricien et en l'absence d'éléments pathologiques supplémentaires, suivre les femmes ayant un utérus unicatriciel dans le cadre d'un suivi A, et ainsi les accompagner en plateau technique.

Cela nécessitant l'accord du gynécologue-obstétricien, chaque prise en charge différait en fonction des protocoles en vigueur dans les établissements et donc des conditions fixées dans les conventions établies entre les sages-femmes et le centre hospitalier.

Contre-indications fœtales :

Toujours dans les recommandations de la HAS de décembre 2017 pour la pratique clinique concernant l'accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [12] nous avons retrouvé comme contre-indications fœtales : la **prématurité**, le **dépassement de terme**, les **grossesses gémellaires**, la **position fœtale** comme l'expliquait la sage-femme 1 : « *il fallait que les enfants soient à 37 semaines révolues, que ce soit des grossesses uniques, en tête* ». La **macrosomie** ainsi que les **retards de croissance** étaient aussi des contre-indications à l'accouchement en plateau technique pour certaines sages-femmes comme la sage-femme 8 qui déclarait que « *la macrosomie, les gémellaires, les retards de croissance, [...] les préma on ne pouvait pas les suivre* ».

c. Le cas des cliniques privées à but lucratif.

Il était important de noter que dans notre étude, pour certaines sages-femmes pratiquant les accouchements en plateau technique dans des cliniques privées à but lucratif il n'existait pour elles aucune contre-indication à l'accompagnement de leurs patientes puisque « *comme on peut réaliser conjointement des suivis avec les gynécologues avec qui on travaille il n'y a pas vraiment de condition. Ils nous laissent suivre toutes les grossesses et ils sont derrière pour seconder si besoin* » déclarait la sage-femme 12.

La sage-femme 14 expliquait qu'elle faisait « *partie des praticiens de l'hôpital en fait, donc comme c'est une clinique privée, chaque praticien peut emmener ses femmes. Je n'ai pas de truc particulier, je fais comme un gynéco extérieur qui accouche ses patientes* » ainsi ces sages-femmes pouvaient accompagner toutes leurs patientes quelques soient leurs antécédents ou les issues de l'accouchement.

De ce fait, lorsque les sages-femmes exploitaient un plateau technique dans une clinique privée à but lucratif, l'accompagnement de leurs patientes pouvait se faire quelles que soient les pathologies qu'elles présentaient, ou l'aboutissement du travail. En cas de pathologie ou problème survenant lors du travail, les gynécologues-obstétriciens de la clinique intervenaient comme dans n'importe quel établissement, mais une fois leur intervention terminée ils laissaient

de nouveau la place à la sage-femme afin que celle-ci puisse offrir à ses patientes un accompagnement global complet du début à la fin, peu importe le déroulement des évènements. Il était ici question d'un travail conjoint et non pas d'un transfert de responsabilité en cas de problème.

Comme certaines sages-femmes nous l'ont décrit, une ébauche de ce travail conjoint semblait commencer à voir le jour au sein de certains plateaux techniques du Grand Est dans les établissements autres que privés à but lucratif. En effet, dans certaines maternités accueillant un plateau technique, les sages-femmes étaient autorisées à poursuivre l'accompagnement de leurs patientes au-delà des limites définies par leur convention comme par exemple après une extraction instrumentale, ou encore une césarienne. Dans ces cas, le transfert de responsabilité était fait vers l'équipe hospitalière de garde mais la sage-femme libérale était autorisée à rester présente pour ses patientes puisque comme nous le rappelait l'article « Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1 » [9] publié en 2015 dans la revue de gynécologie, obstétrique & fertilité n°43, la sage-femme reste « *dans ces situations, [...]une interlocutrice privilégiée dans l'information du couple* ».

2.2.1.2. L'organisation autour de la naissance

a. La prise en charge par la sage-femme

Dans cette partie, nous avons voulu connaître l'organisation que nécessitait un accouchement en plateau technique et comment les sages-femmes interrogées se coordonnaient avec leurs patientes lorsque le moment était venu.

Lorsqu'une patiente contactait sa sage-femme en pensant être en travail, plusieurs choix s'offraient à celle-ci comme on peut le voir dans le **tableau 3** :

- Soit elle rejoignait sa patiente à domicile pour faire le point comme l'expliquait la sage-femme 3 : « *En général on se donne rendez-vous à domicile où on fait le point et puis on estime le bon moment pour partir à la mat avec la patiente* ».
- Soit elles se rejoignaient directement à l'hôpital, ce que faisait la sage-femme 5 : « *On allait directement à l'hôpital au moins on avait tout le matériel pour toutes les situations* ».

Ce choix s'effectuait selon plusieurs critères comme la localisation du domicile de la patiente par rapport au cabinet, à la résidence de la sage-femme et la maternité ; la parité de la patiente, le moment de la journée. La sage-femme 7 prévoyait en fin de grossesse chaque situation avec ses patientes : « *à la fin de la grossesse on définit avec le couple, en fonction de leur lieu géographique, de mon lieu géographique, du jour et de la nuit et de la parité de la patiente ce qu'on fait* ».

Tableau 3 : Lieu du rendez-vous avec la patiente en travail en fonction des sages-femmes interrogées

Lieu du rendez-vous	Effectif (N= 14)	Propos recueillis par
A domicile (adaptation en fonction de la situation)	8	SF 1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11
A la maternité directement	4	SF 2, 5, 12, 13,
Au cabinet (la journée)	1	SF 14
Absence de précision	1	SF 4

Comme le montrait les résultats, la majorité des sages-femmes rejoignaient les patientes à domicile quand cela était possible. En effet, le mode de fonctionnement de l'accompagnement global avec accouchement en plateau technique se rapprochait du modèle suisse dans lequel le début du travail était effectué à la maison puis la fin de celui-ci ainsi que la naissance et la délivrance étaient effectuées à la maternité comme l'expliquait I. SEMROUNI en 2017 dans son mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme intitulé « La sage-femme, au cœur du projet de l'accouchement ambulatoire » [14]. Ce mode de fonctionnement a été évoqué une fois par la sage-femme 9 durant les entretiens : « *nous on travaille en format ambulatoire comme les suisses càd on va au domicile de la femme sauf si d'emblée elle nous dit ça va très vite faut qu'on parte à la mat, on va d'abord au domicile, on fait le point. La phase de latence est à domicile on part vraiment que quand la phase active est bien activée* ». L'accompagnement global nécessitait une grande disponibilité de la part des sages-femmes lorsque leurs patientes entraient en travail, c'est pourquoi le lieu de rendez-vous était souvent adapté en fonction de si la sage-femme était à son cabinet ou à son domicile afin de faire au plus simple pour se rejoindre avec le couple dans les meilleures conditions au vu de la situation que décrivait la patiente et analysée par la sage-femme.

Une fois la patiente en travail, toutes les sages-femmes qui avaient rejointes leur patiente à domicile, contactaient la maternité afin de prévenir de leur arrivée, « *J'appelais sur le trajet pour dire que j'arrivais* » déclarait la sage-femme 4.

Comme montré dans le **tableau 4**, pendant le déroulement du travail la quasi-totalité des sages-femmes travaillaient seules puisque « *il était conclu que l'équipe de garde ne participait pas, on les tenait informé de l'avancée des choses mais à aucun moment elle entrain en jeu dans le suivi de la patiente* » expliquait la sage-femme 1. Cependant la sage-femme 7 travaillait systématiquement avec l'auxiliaire de puériculture présente dans l'établissement hospitalier : « *Elles sont toutes briefées avant qu'une fois à la mat l'AP est présente car c'est mon binôme et que je ne travaille pas sans* ».

L'accès au plateau technique est un dispositif qui « prévoit qu'elles [les sages-femmes] gèrent l'accouchement ainsi que les suites de couches de façon totalement autonome » comme rappelé par l'article publié en 2015 dans la revue de gynécologie, obstétrique & fertilité n°43 intitulé « Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1 » [9]. Ainsi les sages-femmes, en l'absence de complication, assuraient tout le déroulement du travail, de l'accouchement et des suites de couches immédiates seules afin d'être l'unique intervenant auprès du couple qu'elles accompagnaient comme le préconise la HAS dans ses recommandations de 2016 concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [5].

Tableau 4 : mode de travail des sages-femmes au sein d'un plateau technique

Mode de travail des sages-femmes	Effectif (N= 14)	Propos recueillis par
Seule		
Informe l'équipe de garde de l'évolution	7	SF 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9
Absence de précision	2	SF 13, 14
En binôme avec AP	1	SF 7
Absence d'information	4	SF 2, 10, 11, 12

b. Les transferts pendant le travail

Il arrivait parfois qu'après avoir suivi toute la grossesse, les sages-femmes devaient « passer la main » aux sages-femmes de garde dans la maternité voire même devaient faire appel au gynécologue-obstétricien. Cela correspondait à un transfert de responsabilité.

En effet la sage-femme 3 expliquait que « *tout ce qui sortait de la physio stricte nous obligeait à transférer [la patiente]* », cela correspond au référentiel métier et compétences des

sages-femmes de janvier 2010 stipulant que « la sage-femme adresse ses patientes à un médecin lorsqu'elle décèle une pathologie » [15].

Cela expliquait que les sages-femmes pratiquant les accouchements en plateau technique devaient transférer leurs patientes dès que la situation sortait de leur champ de compétence.

Les principales raisons retrouvées lors de la nécessité d'un transfert étaient : **la stagnation de la dilatation**, les **ARCF**, les **extractions instrumentales**, les **césariennes**. La majorité de ces actes requérant l'intervention d'un gynécologue-obstétricien, les sages-femmes passaient la main et la patiente était transférée à l'équipe de garde. Cependant certaines d'entre-elles « *même après un acte type ventouse, forceps etc on continue à suivre nos patientes* » précisait la sage-femme 12 ; « *Je ne transfère jamais je suis dans le privé ce sont mes patientes pas celles d'un autre* » cela grâce au travail conjoint avec les gynécologues expliquait la sage-femme 14.

La sage-femme 7 décrivait une situation particulière puisque même si certaines situations citées au-dessus nécessitaient l'intervention du gynécologue-obstétricien elle restait présente avec le médecin afin de poursuivre le suivi avec ses patientes malgré le transfert « *je suis toujours présente pour les extractions instrumentales et même les césarienne, je ne sais pas si c'est biaisé par le fait que je suis une ancienne sage-femme de l'équipe car je ne suis pas sûre que toutes les SF le fassent* ». Cet avantage, permettait à cette sage-femme de fournir aux couples un accompagnement global complet, quel que soit le déroulement du travail en plateau technique.

Cette pratique a aussi été retrouvée dans l'article publié en 2015 dans la revue de gynécologie, obstétrique & fertilité n°43 intitulé « Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1 » [9], dans lequel il est expliqué que « bien qu'il y ait eu un transfert de responsabilité, la SF libérale n'a pas pour autant été exclue, restant une interlocutrice privilégiée dans l'information du couple ». Ainsi cela permettait aux sages-femmes libérales de poursuivre l'accompagnement de leur patiente vers la naissance malgré un transfert de responsabilité pendant le travail dans le cadre d'un « accompagnement partagé ». Ce dispositif « octroie à la sage-femme la possibilité d'un accompagnement global garant de la relation privilégiée qui s'est tissée entre elle et sa patiente tout en préservant la possibilité d'une prise en charge traditionnelle hospitalière en cas de nécessité » [9].

c. Les transferts les plus difficiles selon les sages-femmes.

Nous avons demandé aux sages-femmes de raconter leur « transfert le plus difficile » lors de la prise en charge d'une patiente en plateau technique.

Comme montré dans le **tableau 5**, des sages-femmes ont déjà dû transférer « *mais pas en catastrophe* » expliquait la sage-femme 5. Les situations qui ont été retrouvées pour cette réponse étaient les principalement les extractions instrumentales pour **non progression de la présentation** ou pour **ARCF** sans complication par la suite. Les complications qui furent évoquées par les sages-femmes suite à un transfert sont la **réanimation néonatale** et les **hémorragies du post-partum immédiat**.

Tableau 5 : Motif des transferts rencontrés par les sages-femmes lors d'interventions en plateau technique

Mode de transfert	Effectif (N= 14)	Propos recueillis par
« Transfert mais jamais en catastrophe »		
Pour ARCF	3	SF 4, 6, 7
Pour non progression	1	SF 3
Transfert avec complications par la suite		
Nécessitant une réanimation néonatale	3	SF 1, 8, 9
Pour hémorragie du post-partum immédiat	1	SF 5
Transfert avant travail pour HRP	1	SF 11
« Jamais eu à transférer »	5	SF 2, 10, 12, 13, 14

Le fait d'avoir retrouvé des situations de transfert, malgré la vigilance à sélectionner des femmes dites « à bas risque » durant leur grossesse concordait avec les résultats de l'article « l'accouchement à bas risque existe-t-il ? » publié dans le Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 42, n°6 d'octobre 2013 (pages 557 à 563) [16]. En effet, les résultats présentés dans cet article montraient que dans le groupe bas risque le taux d'appel de l'obstétricien est de 37% et son taux d'intervention de 21%. Cela signifiait que même si selon les critères obstétricaux une grossesse était jugée à bas risque, l'accouchement étant un processus imprévisible, l'intervention d'un gynécologue-obstétricien était parfois nécessaire.

d. La sortie de maternité après un accouchement en plateau technique

Dans ses recommandations de bonne pratique de mars 2014 concernant la sortie de maternité après l'accouchement [17] la HAS définissait la durée de séjour standard en maternité comme étant de :

- 72 à 96 heures après un accouchement par voie basse,
- 96 à 120 heures après une césarienne.

Ainsi une sortie précoce était définie comme une sortie de la maternité au cours des :

- 72 premières heures après un accouchement par voie basse
- 96 premières heures pour une césarienne.

Tableau 6 : durée de séjour en maternité après un accouchement sans complication en plateau technique selon les établissements hospitaliers

Type de sortie en post-partum	Effectif (N= 14)	Propos recueillis par
Sortie à partir de H4 / H6 possible	5	SF 3, 6, 9, 10, 11
Sortie précoce possible	7	SF 2, 4, 5, 8, 12, 13, 14
Séjour classique obligatoire	2	SF 1, 7

Selon le centre hospitalier dans lequel la sage-femme accompagnait ses patientes, les pratiques concernant la sortie de maternité divergeaient comme nous le montre le **tableau 6**. En effet, dans certains établissements les femmes sortaient seulement au bout de 4 à 6 heures de post-partum comme c'était le cas en Suisse dans le cadre des accouchements ambulatoires [18] ; alors que d'autres devaient effectuer le séjour classique soit 72 heures après un accouchement voie basse dans la maternité où elles ont accouché avec leur sage-femme et cela quel que soit le déroulement du travail et sa finalité. Encore une fois, ici nous avons été face à une hétérogénéité des pratiques entre les différents centres hospitaliers. Cependant, cet aspect était négociable avec les pédiatres lors de l'établissement de la convention entre les sages-femmes et le centre hospitalier dans lequel elles souhaitaient exercer. De ce fait, la durée de séjour des femmes ayant accouché en plateau technique naturellement et dont les enfants allaient cliniquement bien, était dépendante des pédiatres qui avaient, ou pas, demandé l'inclusion de certaines conditions concernant la sortie de l'enfant dans la convention. Il était important de préciser que les sorties à 4 ou 6 heures de vie ou avant 72 heures étaient sous réserve que la mère et l'enfant se portaient bien et qu'ils furent tous les deux surveillés à domicile les jours suivants. Dans l'enquête réalisée par C MAHIEU [19] en 2017 dans le cadre

de son mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme intitulé « Accoucher en plateau technique : étude au CHU de Caen », les sorties après un accouchement physiologique en plateau technique étaient autorisées après visite et accord du pédiatre au minimum 12 heures après la naissance. Encore une fois, aucune loi ne régissant cet aspect de la pratique en plateau technique, chaque centre hospitalier était donc libre de faire ses propres choix.

2.2.2. Les problèmes rencontrés par les sages-femmes

Nous avons souhaité savoir si lors de leurs interventions en plateau technique, certaines sages-femmes avaient déjà rencontré des problèmes particuliers. Leurs réponses ont été rapportées dans le **tableau 7**.

Tableau 7 : les problèmes rencontrés par les sages-femmes

Type de problèmes rencontrés	Effectif (N= 14)	Propos recueillis par
Réticences par équipes hospitalières	4	SF 3, 6, 9, 13
Désaccord sur une prise en charge	1	SF 11
Jamais de problèmes rencontrés		
Sans justification	3	SF 4, 5, 10
Expliqué par la connaissance de et par les équipes	6	SF 1, 2, 7, 8, 12, 14

Nous avons pu constater que lorsque la sage-femme exerçant sur le plateau technique était connue par l'équipe hospitalière, soit parce que la sage-femme était une ancienne collègue, soit car les relations s'étaient établies au cours du temps, la majorité ne rencontrait pas de problème particulier.

Cependant, celles qui en rencontraient ont évoqué des mauvaises relations avec les équipes hospitalières « *On a parfois l'impression de ne pas être comprise dans notre façon de faire* » déclarait la sage-femme 9, tandis que la sage-femme 13 décrivait des réticences de la part des sages-femmes hospitalières « *la cadre était d'accord mais pas l'équipe [...] et ça se ressent quand on faisait un accouchement là-bas on sentait clairement une réticence* ». Ce sentiment d'incompréhension venait selon elles de la méconnaissance de leurs pratiques par les équipes

hospitalières qui étaient souvent réticentes à leur venue. En effet, même si certaines sages-femmes décrivaient le fait d'avoir appartenu à l'équipe hospitalière dans le centre où elles accompagnaient leurs patientes comme un réel avantage favorisant la bonne entente et la sérénité lors de leurs interventions ; d'autres au contraire se sentaient jugées d'avoir quitté le monde hospitalier pour « *faire ça* ». De cette tension qui s'installait donc entre les sages-femmes libérales et les hospitalières, naissait une méfiance de ces dernières à l'égard des pratiques des libérales et « *ce manque de confiance se fait clairement ressentir quand on vient accoucher nos dames* » rapportait la sage-femme 6. Dans son mémoire intitulé « Les sages-femmes libérales et l'accompagnement global ... Pourquoi pas ? » C MARTON [20] faisait part de la difficulté des sages-femmes exerçant en plateau technique face à « *l'irrespect, la suspicion, et les entraves que leur oppose la majorité du monde médical* ».

Enfin, la sage-femme 11 évoquait des pressions de la part de l'équipe hospitalière concernant une prise en charge face à une stagnation de la dilation mais ne décrivait aucun autre problème. D'après les entretiens réalisés, il était à noter une différence entre les établissements publics et privés dans lesquels les sages-femmes libérales accompagnaient leurs patientes en plateau technique puisque parmi celles qui exerçaient dans un établissement privé aucune ne percevait de réticence de la part des équipes médicales. Cela était sûrement dû au fait que les sages-femmes « *font partie des praticiens de l'hôpital* » comme le rappelait la sage-femme 14. De plus le mémoire de C. FREYCHET en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme en 2013 intitulé « Ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales. Quel est l'avis des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du RPAI ? » [21] soulignait le fait que « les sages-femmes étant salariées on pouvait penser qu'elles sont moins réticentes aux plateaux techniques » ce qui confirmait les propos de la sage-femme 14.

2.2.3. Les principales différences avec un accouchement « classique »

Nous avons interrogé les sages-femmes concernant les éventuelles différences entre un accouchement dit « classique » en maternité et un accouchement en plateau technique qu'elles proposaient. Ces réponses ont été classées dans le **tableau 8** ci-dessous.

Tableau 8 : différences entre un accouchement « classique » et un accouchement en plateau technique selon les sages-femmes interrogées

Différences rapportées	Effectif (N= 32*)	Propos recueillis par
Relation avec la patiente / le couple	8	SF 1, 3, 4, 6, 7, 8, 11, 12
Une seule sage-femme	7	SF 2, 5, 8, 9, 10, 11, 12
Confiance	6	SF 1, 3, 5, 6, 9, 10
Accompagnement	3	SF 8, 9, 13
Disponibilité	3	SF 2, 3, 10
Liberté de la patiente	3	SF 3, 5, 14
Préparation prénatale	2	SF 2, 4

* plusieurs réponses par sage-femme

Les résultats présentés dans le **tableau 8** montraient que, selon les sages-femmes interrogées, l'accouchement en plateau technique permettait à la patiente / au couple de se sentir en confiance puisqu'ils connaissaient déjà très bien leur interlocuteur qui avait été leur référent tout au long de la grossesse comme le préconisait la HAS dans ses recommandations de janvier 2007 concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [5].

De plus, la disponibilité de la sage-femme pour sa patiente et la liberté de celle-ci étaient deux points importants que recherchaient principalement les couples dans ce type d'accompagnement comme le corroboraient les résultats obtenus par C. TOUCHARD dans son mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme en mars 2011 intitulé « L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples » [8]. En effet, d'après son étude, les couples choisissaient un accompagnement global pour quatre principales raisons qui étaient : la relation de confiance, le suivi par une seule personne, la démedicalisation de l'accouchement et pour être libre de ses choix ; ce qui correspondait aux principales différences que relevaient les sages-femmes interrogées par rapport à un accouchement classique en maternité.

2.2.4. Pérennité des partenariats

Quand nous avons demandé aux sages-femmes si les partenariats établis avec les centres hospitaliers étaient pérennes dans le temps la majorité des réponses était affirmative, mais pas toutes pour les mêmes raisons comme nous pouvons le voir dans le **tableau 9**. De même, les raisons qui poussaient les sages-femmes à penser que ces partenariats ne dureraient pas différaient d'une sage-femme à l'autre.

Tableau 9 : réponses des sages-femmes à la question « selon vous, pensez-vous que les plateaux techniques vont perdurer dans le temps et pourquoi ? »

Avis et justifications des sages-femmes	Effectif (N= 14)	Propos recueillis par
Oui		
Demande grandissante des patientes	5	SF 1, 8, 10, 12, 14
Entre-deux entre hospitalier et maison de naissance	2	SF 3, 5
Tant que les sages-femmes sont jeunes et sans enfant	2	SF 2, 4
Cela rapporte des accouchements aux maternités	1	SF 7
Non		
A cause des soucis rencontrés	2	SF 6, 9
A cause du développement des maisons de naissance	2	SF 11, 13

La majorité des sages-femmes pensaient que ces partenariats allaient être amenés à perdurer dans le temps. Parmi celles-ci la moitié d'entre-elles jugeaient que cela était dû à une demande grandissante de la part des patientes. En effet, ce même résultat avait déjà été observé en 2005 par M. BABIN dans son mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme intitulé « l'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales qui le pratiquent » [6] ainsi qu'en 2009 dans celui de C. MARTON en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme intitulé « les sages-femmes libérales et l'accompagnement global ... : pourquoi pas ? » [20].

L'existence de deux maisons de naissance dans la région Grand Est, était un élément que nous avons retrouvé dans les deux catégories de réponses. En effet, certaines sages-femmes pensaient que les maisons de naissance allaient être amenées à se développer au vu des résultats présentés par l'INSERM en novembre 2019 dans son « rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France » [22] et donc que par conséquent « ça va être amené à disparaître [les plateaux techniques] » déclarait la sage-femme 11.

A contrario ; certaines sages-femmes pensaient que même si les maisons de naissances venaient à se développer les plateaux techniques continueraient d'exister car « c'est quelque chose qui

fait bien l'entre-deux et qui perdurera par rapport à toutes les contre-indications des maisons de naissance qui sont beaucoup plus restrictives » expliquait la sage-femme 3.

De plus, la sage-femme 7 évoquait le fait que ces partenariats seraient amenés à se pérenniser car « *cela rapporte des accouchements aux maternités* ». En effet, deux tiers des maternités ont fermé en France en quarante ans et cela au détriment des petites structures [23]. L'ouverture des plateaux techniques dans ces petites structures pouvait en effet inciter des femmes à venir chercher un accompagnement qu'elles ne pensaient pas pouvoir obtenir dans les grands centres comme le montraient les résultats du mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme en 2011 de C TOUCHARD intitulé « L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples ? » [8]. Ainsi, l'article publié en 2015 dans la revue de gynécologie, obstétrique & fertilité n°43 intitulé « Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1 » [9] rapportait que l'ouverture du plateau technique dans l'établissement situé à Thiers avait permis 21 naissances supplémentaires en 2013 et 23 sur les huit premiers mois de 2014 au sein de celui-ci. Cela leur permettrait d'obtenir une cinquantaine d'accouchements annuels qui n'auraient pas eu lieu dans leur établissement sans l'ouverture du plateau technique ce qui représentait environ 10% de leur effectif global de naissances.

Le nombre d'accouchements en plateau technique était très variable d'une sage-femme à l'autre, et en fonction de son association avec une deuxième voire une troisième sage-femme. Cela influençait donc aussi le nombre d'accouchements que chacune « rapportait » à l'hôpital et de ce fait sûrement la pérennité des partenariats pour les raisons exposées précédemment.

2.2.5. Raisons d'exercice et d'arrêt des accouchements en plateau technique

2.2.5.1. Les motivations des sages-femmes

Quand nous avons demandé aux sages-femmes comment elles en étaient venues à pratiquer les accouchements en plateau technique la majorité d'entre elles ont évoqué des choix personnels parmi lesquels nous avons retrouvé des décisions avant l'obtention du diplôme, des décisions qui allaient de pair avec l'installation en libéral, ou encore suite à une expérience personnelle. Par ailleurs comme l'indique le **tableau 10**, les autres motifs évoqués à la pratique des accouchements en plateau technique furent, en une moindre mesure, liés au choix d'un cabinet libéral ou encore la volonté de répondre aux demandes des patientes.

Tableau 10 : Motifs de la pratique d'accouchements en plateau technique par les sages-femmes

Raisons des accouchements en PT par les sages-femmes	Effectif (N= 14)	Propos recueillis par
Choix personnel :		
- « Je savais avant le diplôme que je voulais faire ça »	3	SF 5, 6, 11
- « Offrir un autre mode d'accouchement »	2	SF 2, 14
- Aspect technique du plateau technique	2	SF 3, 8
- « C'était clair : si je fais du libéral je fais du PT toute suite »	1	SF 7
- « J'ai vécu l'accouchement de mon 2 ^{ème} en plateau technique »	1	SF 9
Choix de cabinet :		
- Création d'un cabinet d'accompagnement global	1	SF 10
- Association avec des SF pratiquant déjà l'AGN	1	SF 12
Autre :		
- « Pour répondre à une demande des patientes »	3	SF 1, 4, 13

Dans son mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme en 2005, intitulé « l'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales qui le pratiquent » M. BABIN [6] a retrouvé chez les sages-femmes interrogées les raisons suivantes concernant la pratique de l'accompagnement global : le libre choix maintenu, une approche différente de la parturition, un désir personnel d'autonomie et de réalisation complète en tant que sage-femme, un propre accouchement mal vécu, et une demande des patientes. Cette demande grandissante des patientes favorisant les sages-femmes libérales à pratiquer cette accompagnement global est aussi retrouvée dans les mémoires en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme de B LAFONT [7] intitulé « Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques » ainsi que dans celui de C TOUCHARD [8] intitulé « L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples ? ».

2.2.5.2. Aspect financier de cette pratique

Sur 14 sages-femmes interrogées, 12 estimaient que l'accompagnement global avec l'accouchement en plateau technique n'était pas une activité rentable financièrement pour elles. En effet, plusieurs causes étaient évoquées par celles-ci que nous retrouvons dans le **tableau**

11. Les sages-femmes interrogées dans notre études faisaient environ entre 1 et 5 accouchement(s) chacune par mois, qu'elles furent associées ou non.

Tableau 11 : avis des sages-femmes interrogées sur la rentabilité de l'accompagnement global avec accouchement en plateau technique

Avis et justification des sages-femmes	Effectif (N= 14)	Propos recueillis par
Rentable :		
« Si on compte le PRADO, les prépa, etc »	1	SF 7
Grâce aux dépassements d'honoraires	1	SF 12
Pas rentable :		
A cause de la rétroversion et des assurances	5	SF 3, 4, 6, 8, 9
A cause des assurances	2	SF 13, 14
« Rentre juste dans ses frais »	5	SF 1, 2, 5, 10, 11

Il était important de noter que les sages-femmes qui considéraient que cette pratique était rentable financièrement ne prenaient pas en compte uniquement le remboursement de l'accouchement par la sécurité sociale qui s'élevait 313,50€ pour un accouchement classique [24] mais ajoutaient à celui-ci soit le dépassement d'honoraires qu'elles demandaient à leurs patientes (entre 300 et 600€ selon les sages-femmes) soit toutes les activités que cela rapportait à savoir les consultations prénatales, les préparations à la naissance, le PRADO.

Les deux principales causes évoquées par les sages-femmes, les incitant à juger cette pratique non rentable pour elles, étaient les tarifs de leur assurance professionnelle qui pouvaient s'élever à plusieurs centaines d'euros par mois ainsi que la rétrocession qu'elles devaient effectuer à l'établissement hospitalier dans lequel elles pratiquaient à hauteur de 15 à 30% en fonction des conventions signées selon l'article R6146-21 du Code de Santé Publique, « *Le taux de cette redevance est fixé en considération de la nature de l'activité du professionnel intéressé. Un arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de la santé en fixe les modalités de calcul* » [25]. Cette faible rentabilité de cette pratique et le prix des assurances nécessaires à cette pratique sont évoqués par plusieurs mémoires en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme comme celui de M BABIN [6] intitulé « L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales qui le pratiquent », dans celui de C MARTON [20] nommé « Les sages-femmes libérales et l'accompagnement global ... Pourquoi pas ? » ainsi que dans l'article « Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1 » [9] publié en 2015 dans la revue de gynécologie,

obstétrique & fertilité n°43 qui qualifie la faible rentabilité et le tarifs des assurances comme « des freins et des paramètres dissuasifs à cette pratique ».

2.2.5.3. Les raisons d'arrêt de la pratique des accouchements en plateau technique

Parmi les 14 sages-femmes interrogées, 6 ont arrêté leur activité en plateau technique, une l'a suspendu temporairement et une l'a diminué, les raisons évoquées ont été détaillées dans le **tableau 12**.

Tableau 12 : raisons d'arrêt (ou de diminution) de l'activité en plateau technique des sages-femmes.

Raisons données par les sages-femmes	Effectif (N= 8) *	Propos recueillis par
Raisons professionnelles		
Chronophage / Pas de binôme	1	SF 4
Démarrage des AAD	1	SF 6
Pratique de l'échographie	1	SF 13
Travaille en maison de naissance	1	SF 5
Raisons personnelles		
Famille / enfants	3	SF 1, 2, 11
Congé maternité	1	SF 9

* Effectif \neq 14 car question posée uniquement aux sages-femmes ayant arrêté ou diminué leur activité

Concernant les raisons personnelles évoquées par les sages-femmes, nous retrouvons principalement la vie de famille et les enfants ; en effet l'accompagnement global avec accouchement en plateau technique demandait un investissement considérable de la part de celles qui le pratiquaient et « avec deux enfants à la maison ce n'était plus gérable » comme l'évoquait la sage-femme 2. Cette notion d'investissement très important lors de cette pratique particulièrement chronophage et difficilement conciliable avec une vie familiale a aussi été retrouvée en 2010 dans l'étude menée par B. LAFONT pour son mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme intitulé « Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques » [7].

Cependant, certaines d'entre-elles comme la sage-femme 1, déclaraient que « une fois que les enfants auront grandi, si l'occasion se présente je reprends le PT à 300% ».

CONCLUSION

L'accompagnement global à la naissance avec l'accès à un plateau technique permet à chaque sage-femme qui l'exploite d'exercer l'obstétrique dans sa globalité en participant à chaque étape de la grossesse et de la naissance, et même après.

Cette étude nous a permis de montrer que cette pratique est largement répandue au sein de la région Grand Est malgré une inégalité de la répartition des plateaux techniques ouverts aux sages-femmes libérales sur ce territoire.

L'élément important à retenir de cette étude fut l'observation d'une grande diversité des pratiques des sages-femmes lors de la réalisation des accouchements en plateau technique. En effet, c'est un élément qui a été retrouvé tout au long de nos entretiens, tant entre les différents établissements ouvrant leur plateau technique aux sages-femmes libérales mais aussi entre les sages-femmes exploitant un même plateau technique en fonction de leur expérience au sein de celui-ci.

L'absence de structuration concernant certains aspects de cette pratique est certainement responsable de cette hétérogénéité des pratiques en fonction du lieu d'exercice et de la tolérance des établissements hospitaliers concernés.

Les problèmes rencontrés lors d'intervention en plateau technique par les sages-femmes, bien que toutes n'en aient pas nécessairement rapporté, représentent des freins à cette pratique et incitent les sages-femmes à douter de la pérennité de leurs partenariats. De ce fait l'offre qu'elles proposent risque de diminuer sur notre territoire alors que la demande de la part des couples ne cesse d'augmenter. Ajouté à cela, la faible rentabilité de cette pratique due aux frais qu'elle engendre en plus de la grande disponibilité qu'elle nécessite sont aussi des freins à celle-ci. Une reconnaissance de leur travail, ainsi qu'une revalorisation de celui-ci et une diminution des tarifs des assurances n'inciterait-il pas des sages-femmes libérales à poursuivre cette activité, voire même peut-être à encourager de nouvelles sages-femmes à exercer cette pratique ? De plus, une simplification des démarches permettant l'accès à ces plateaux techniques aux sages-femmes libérales pourrait éventuellement favoriser la mise en place de ceux-ci dans des lieux où ils sont encore inexistantes.

L'étude réalisée a été menée auprès de 14 sages-femmes libérales de la région Grand Est, cela ne représente que 51,9% (14/27) des sages-femmes recensées lors de notre état des lieux. Ajouté à cela, l'étude a été réalisée uniquement dans le Grand Est et grâce aux données fournies par les maternités qui ont répondu (32/44). De ces faits, les résultats obtenus ne peuvent être représentatifs de l'ensemble des sages-femmes libérales pratiquant en plateau technique en France au vu du faible effectif de notre population et de sa localisation restreinte à la région Grand Est.

Une liste exhaustive recensant tous les plateaux techniques du Grand Est ainsi qu'une liste de toutes les sages-femmes qui y exercent, ou qui y ont exercé, auraient été nécessaire afin d'ajouter de la fiabilité à cette étude et ainsi limiter les biais rencontrés. Une seconde étude avec ces informations pourrait être envisagée afin d'obtenir des résultats plus fiables, sous réserve de la disponibilité des toutes les sages-femmes concernées ainsi que leur participation à l'étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS, Haute Autorité de Santé. Mieux accompagner les femmes lors d'un accouchement [En ligne]. 2018 [Consulté le 1er Mars 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2823161/fr/mieux-accompagner-les-femmes-lors-d-un-accouchement
2. INSEE, Institut National de la Statistique et des études économiques. Naissances et taux de natalité en 2018 [En ligne]. [Consulté le 28 Février 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380>
3. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Accouchement : l'OMS souhaite limiter la médicalisation des naissances [En ligne]. [Consulté le 15 Mars 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/fr>
4. ANSFL, Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. L'accompagnement global [En ligne]. [Consulté le 1er Mars 2019]. Disponible sur : <https://ansfl.org/document/laccompagnement-global>
5. HAS, Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [En ligne]. 2016 [Consulté le 17 Novembre 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
6. Babin M. L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales qui le pratiquent [Mémoire]. Caen : Ecole de sages-femmes ; 2005. 72 p.
7. Lafont B. Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques [Mémoire]. Lyon : Ecole de sages-femmes ; 2010. 83 p.
8. Touchard C. L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples ? [Mémoire]. Angers : Ecole de sages-femmes ; 2011. 70 p.
9. Nohuz E, Brunel A, Tarraga E, Albaut M, Paganelli C, Gillot V, et al. Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1. Gynécol Obstét Fertil. 2015 ; 43(4) : 271-277.
10. Legifrance. Code de Santé Publique - Article R6146-69, relatif à l'organisation interne des structures d'hospitalisation particulières [En ligne]. 2010 [Consulté le 17 Novembre 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006917889&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20080423&fastPos=1&fastReqId=1920148992&oldAction=rechCodeArticle>

11. Legifrance. Code de Santé Publique - Article L4151-3, relatif aux conditions d'exercice des sages-femmes [En ligne]. 2004 [Consulté le 3 Mars 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688930&dateTexte=&categorieLien=cid>
12. HAS, Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Méthode recommandations pour la pratique clinique [En ligne]. 2017 [Consulté le 3 Mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
13. Legifrance. Code de la santé publique - Article R4127-318 relatif aux devoirs généraux des sages-femmes [En ligne]. 2012 [Consulté le 17 Novembre 2019]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000026202949&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120720>
14. Semrouni I. La sage-femme, au cœur du projet de l'accouchement ambulatoire [Mémoire]. Metz : Ecole de sages-femmes ; 2017. 71 p.
15. CASSF, Collectif des Associations et de Syndicats de Sages-Femmes, Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [En ligne]. 2010 [Consulté le 9 Avril 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
16. Selvi Dogan F, Calmelet P, Cottenet J, Sagot P, Mace G. L'accouchement à bas risque : existe-t-il ? J Gynécol Obstét Biol Reprod [En ligne]. 2013 [Consulté le 9 Avril 2020] ; 42(6) : 557-563. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/showarticlefile/840398/main.pdf>
17. HAS, Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après l'accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [En ligne]. 2014 [Consulté le 9 Avril 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1728878/fr/recommandations-sortie-de-maternite-apres-accouchement
18. Arcade sages-femmes : association genevoise. [En ligne]. [Consulté le 23 Avril 2020]. Disponible sur : <http://www.arcade-sages-femmes.ch/asf>
19. Mahieu C. Accoucher en plateau technique : étude au CHU de Caen [Mémoire]. Caen : Ecole de sages-femmes ; 2017. 83 p.
20. Marton C. Les sages-femmes libérales et l'accompagnement global ... : pourquoi pas ? [Mémoire]. Metz : Ecole de sages-femmes ; 2009. 86p.
21. Freychet C. Ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales. Quel est l'avis des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du RPAI ? [Mémoire]. Grenoble : Ecole de sages-femmes ; 2013. 60 p.

22. Chantry A, Sauvegrain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Vendittelli F. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France [En ligne]. 2019 [Consulté le 23 Avril 2020]. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf
23. Durand A. Deux tiers des maternités ont fermé en France en quarante ans. Monde.fr [En ligne]. 2018 [Consulté le 23 Avril 2020]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/02/01/deux-tiers-des-maternites-ont-ferme-en-france-en-quarante-ans_5250322_4355770.html
24. Santiane. Accouchement : prévoir les coûts et remboursements [En ligne]. 2020 [Consulté le 23 Avril 2020]. Disponible sur : <https://www.santiane.fr/mutuelle-sante/guides/accouchement-prevoir-couts-et-remboursements>
25. Legifrance. Code de Santé Publique - Article L6146-21 relatif à la participation des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé [En ligne]. [Consulté le 23 Avril 2020]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000023785148&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110331&oldAction=rechCodeArticle>

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	7
1.MATERIEL ET METHODE	9
1.1 PROTOCOLE D’ECHANTILLONAGE	9
1.2 MODE DE RECUEIL DES DONNEES	10
2.RESULTATS DE L’ETUDE	11
2.1. POPULATION ETUDIEE.....	11
2.2. RESULTATS DES ENTRETIENS ET DISCUSSION.....	13
2.2.1. L’accès et la mise en place d’un plateau technique.....	13
2.2.1.1. Les convention avec l’établissement hospitalier.....	14
a. Les conditions d’accès à un plateau technique	15
b. Les contre-indications d’accès à un plateau technique.....	16
c. Le cas des cliniques privées à but lucratifs	18
2.2.1.2. L’organisation autour de la naissance.....	19
a. La prise en charge par la sage-femme.....	19
b. Les transferts pendant le travail.....	21
c. Les transferts les plus difficiles selon les sages-femmes.....	22
d. La sortie de maternité après un accouchement en plateau technique.....	24
2.2.2. Les problèmes rencontrés par les sages-femmes.....	25
2.2.3. Les principales différences avec un accouchement « classique ».....	26
2.2.4. Pérennité des partenariats.....	27
2.2.5. Raisons d’exercice et d’arrêt des accouchements en plateau technique.....	29
2.2.5.1. Les motivations des sages-femmes.....	29
2.2.5.2. Aspect financier de cette pratique.....	30
2.2.5.3. Les raisons d’arrêt de la pratique des accouchements en plateau technique.....	32
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	35
TABLE DES MATIERES.....	38
ANNEXE 1 : TRAME DE L’ENTRETIEN.....	39
ANNEXE 2 : RETRANSCRIPTION D’UN ENTRETIEN	41
ANNEXE 3 : CARTE DES MATERNITES ET DES CENTRES PERINATAUX DE PROXIMITE : GRANDE REGION ALSACE – CHAMPAGNE ARDENNE - LORRAINE.....	44

ANNEXE 1 : TRAME DE L'ENTRETIEN

Date de l'entretien : XX/XX/2020

PRESENTATION DE LA SAGE-FEMME
<p>NOM / PRENOM DE LA SAGE-FEMME :</p> <p>SF libérale depuis :</p> <p>Lieu du cabinet :</p> <p>Parcours professionnel :</p> <p>Pratique de l'accompagnement global et accouchement en plateau technique depuis :</p> <p>Lieu du plateau technique :</p>

QUESTIONNAIRE SUR LA PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE		
Thème	Question principales	Relances / réponses attendues

MISE EN PLACE DU PLATEAU TECHNIQUE	<p>Comment en êtes-vous venue à travailler en plateau technique ?</p> <p>Était-ce un choix personnel ou un choix collectif de votre cabinet ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Quel moment dans votre carrière ? ○ Inclusion dans plan de carrière ?
	<p>Comment se déroule la mise en place d'un plateau technique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Travail / temps investi ○ Montage financier ○ Demande des centres hospitaliers ou de la SF ?
	<p>Comment se passe l'établissement des conventions avec les établissements ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Qui les rédige ? ○ Participez-vous à l'élaboration des conventions ? ○ Oui : que demandez-vous ? ○ Non : pourquoi ? ○ Sur quoi se base la rédaction ? (HAS, CNGOF, CNSF ?) ○ Quelle relation entre SF et équipe hospitalière
	<p>Quelles sont les conditions pour qu'une patiente puisse accoucher en plateau technique avec vous ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Etablissement ○ SF ○ Maternelles ○ Fœtales
	<p>Quelles sont les situations / contre-indications qui empêchent une patiente d'accoucher avec vous en plateau technique ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Etablissement ○ SF ○ Raisons maternelles ○ Raisons fœtales

PENDANT LE PLATEAU TECHNIQUE	Comment se passe l'arrivée de la patiente en établissement ? Organisation globale autour de la naissance (avant / pendant / après)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Contact entre équipe de garde / patiente ○ Présentation du dossier avant (nécessité accord plateau technique ?)
	Existe-t-il une (des) différence(s) par rapport à un accouchement « classique » en maternité ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ PEC de la patiente ○ Situation d'urgence
	Dans quelle(s) situation(s) transférez-vous une patiente en travail ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Pour raisons maternelles ○ Pour raisons fœtales
	Pouvez-vous me raconter votre « pire transfert » en plateau technique ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestion, axes d'amélioration, suites du suivi
	Avez-vous déjà rencontré des problèmes lors de vos interventions en plateau technique ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Avec le personnel hospitalier ? (équipe de garde) ○ Sur le plan administratif ?

APRES LE PLATEAU TECHNIQUE	Les partenariats sont-ils pérennes ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Existence d'arrêt ? Pourquoi ?
	Combien cela représente-t-il d'accouchements pour vous dans l'année ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Si possible proportion par rapport au suivi anténatal classique.
	Sur le plan financier, cela représente-t-il une grosse partie de vos revenus ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Ordre de grandeur / pourcentage ○ Rentabilité par rapport à l'investissement / contraintes
	Est-ce une demande de vos patientes ou une proposition de votre part ?	

Pour les sages-femmes qui ont pratiqué les accouchements en plateau technique dans les 5 dernières années :

APRES LE PLATEAU TECHNIQUE	Pourquoi avez-vous arrêté ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Point de vue professionnel ○ Point de vue personnel
-------------------------------	-----------------------------	--

ANNEXE 2 : RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN AVEC UNE SAGE-FEMME (SF 10)

ESF : Bonjour c'est Coralie, l'étudiante sage-femme pour mon mémoire sur les PT

SF : Bonjour Coralie, je t'écoute pour tes questions

ESF : alors avant de commencer, est-ce que vous êtes d'accord pour que j'enregistre notre appel pour que je puisse le retranscrire après et m'en servir pour mon mémoire ?

SF : oui oui, évidemment il n'y a pas de souci.

ESF : d'accord, merci. Tout d'abord, pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel depuis votre sortie d'école ?

SF : alors j'ai commencé en libéral dès mon diplôme, j'ai effectué un remplacement d'été, puis de congé mat dans un cabinet, et je me suis finalement associée avec les sages-femmes de ce cabinet.

ESF : d'accord, et depuis quand pratiquez-vous les accouchements en plateau technique ?

SF : depuis mon association au cabinet, donc euh ... depuis 2018, janvier 2018.

ESF : et vous les faites dans quels centres les accouchements ?

SF : je les fais sur les deux centres de Colmar, donc Pasteur et Schweitzer

ESF : bien, comment en êtes-vous venue à travailler en plateau technique ?

SF : On était 2 SF dans le cabinet à avoir cette démarche de vouloir travailler en PT, du coup on a fait le nécessaire ensemble.

ESF : qu'est-ce que vous entendez par « le nécessaire » ?

SF : bah c'est nous qui avons sollicité le centre hospitalier. On avait contacté la cadre et le chef de service à l'époque, et c'était le chef de service qui avait lancé la démarche en collaboration avec la cadre, la cadre est assez ouverte au travail ville / hôpital, donc elle avait bien accentué la démarche. Euh ... On n'avait pas rencontré le directeur de l'hôpital mais du coup les liens se faisaient directement avec la cadre. On avait fourni le contrat de PT qui existait déjà avec Sélestat, ma collègue avait pris part à des sessions d'échanges avec l'équipe concernant les protocoles, quoi mettre dans la convention, quand passer le relai, etc... et à partir de ça la convention a été éditée, on y a ajouté les protocoles utilisés par les usagers, puis on a signé la convention.

On a aussi fait 2 gardes d'observation dans la mat avant de commencer. Voila. Ah ! Et on a aussi dû souscrire à une assurance de responsabilité civile aussi.

ESF : d'accord, qu'est-ce que pouvez-vous me dire sur ces conventions ?

SF : alors on les signe avec le centre hospitalier qui nous accueille, dedans y a plein de choses. Genre les recos de la HAS pour les conditions d'accès au plateau, les trucs qu'on n'a pas le droit de faire etc ...

ESF : vous pouvez me dire quelles sont ces conditions ?

SF : oui bah ... on se base sur la HAS si c'est du suivi A A1, A2, B. je dois présenter chaque dossier au staff quotidien de la mat et c'est soumis à approbation de l'équipe de staff. Les conditions d'admission et d'exclusion sont discutées en staff selon les recommandations en vigueur. Il n'y a pas de chose excluantes directement dans la convention. Tout se discute avec le staff.

ESF : d'accord, vous me parlez de conditions d'admission, ça insinue qu'il y en a d'exclusion ?

SF : oui, oui ! Par exemple le diabète sous insuline on pouvait pas l'accoucher, les sièges, les préma, pour le dépassement de terme ça dépend des fois et du contexte mais en gros tout ce qui sort de la physio c'est niet.

ESF : d'accord, euh ... comment ça se passe quand une de vos patiente vous contacte pour accoucher ?

SF : Ça dépend du contexte ça peut m'arriver d'aller les voir à la maison, ça m'est déjà arrivé de les rejoindre à la mat directement en général si c'est la nuit c'est direct à la mat et la journée des fois à la maison. Après l'accouchement c'est à leur convenance, nous avec la maternité on a décidé d'un délai minimum de 6h sans retour la nuit et après c'est selon les patientes.

Donc si elles voulaient rentrer (et qu'elles pouvaient) il n'y avait pas de souci, certaines restaient parfois la nuit et sortaient le lendemain et d'autres choisissaient de rester plusieurs nuits.

ESF : d'accord, et ça s'est toujours bien passé ? Vous avez déjà transféré une patiente à l'équipe de garde ?

SF : oui bah oui j'ai jamais eu de transfert quand je faisais du PT donc je peux pas te raconter grand-chose sur ça ... pourvu que ça dure (rires)...

ESF : tant mieux en effet. Vous connaissez les conditions qui potentiellement vous obligeraient à transférer ?

SF : oui bah par exemple une ventouse, une césarienne, fin tu vois tout ce qui sort de la physio. Genre si t'as des anomalies du rythme t'appelles le gynéco et tu lui laisses la main. Si le travail est hyper long et que ça commence à partir en sucette on doit passer la main aussi ça paraît évident.

ESF : d'accord, pour vous ça représente combien d'accouchements par an environ ?

SF : bah euh ça fait pas longtemps qu'on en fait avec ma collègue, du coup je pense ça doit faire une douzaine chacune on a à peu près 2 patientes par mois si on fait une moyenne et en général on en accouche une chacune, c'est pas volontaire mais ça tombe comme ça (rires).

ESF : et avec 12 accouchements chacune c'est rentable pour vous comme activité ?

SF : Pas vraiment euh ... C'est pas rentable, je rentre dans mes frais quand même hein mais je demande un dépassement de 500€ mais on adapte en fonction de la patiente, entre 300 et 500€ car il peut arriver que l'astreinte est réalisée mais pas l'accouchement malheureusement. Et en plus on a une rétrocession sur le forfait d'accouchement, au total 800€ : 30% de l'acte d'accouchement est dû à la mat donc ça nous pompe une bonne partie quand même.

ESF : malgré ça, vous pensez que c'est une activité qui va perdurer dans le temps ?

SF : Ah bah oui ! Carrément ! Les femmes sont de plus en plus demandeuses donc forcément on répond à leurs demandes et ça nous va très bien comme ça.

ESF : du coup c'est vos patientes qui vous le demandent ou c'est vous qui leur proposez ce mode d'accouchement ?

SF : bah en général une majorité viennent dans l'optique d'un AG et ont déjà entendu parler de ça. Il peut arriver, pour l'une ou l'autre, d'aborder lors de l'entretien prénatal cet aspect-là et qu'elles aient envie qu'on les accompagne lors du moment. La majorité des patientes qui se manifestent dans ce cadre-là c'est souvent un peu tard du coup à 36SA elles se disent « ah ça aurait été cool ». Certaines patientes viennent aussi, après avoir eu un parcours MDN et pour lesquelles les critères n'étaient plus bons et du coup ont basculé dans un 2^{ème} temps en PT.

ESF : ah oui je vois. Selon vous il existe des différences avec un accouchement on va dire « classique » en maternité ?

SF : La différence c'est qu'on connaît la patiente et qu'elle nous connaît nous, donc il y a le travail de confiance et de bien connaître le dossier médical. Avoir une disponibilité quasi exclusive pour être avec la patiente le jour J. Un meilleur respect du projet de naissance car on a pu en parler avant et que l'anticipation elle est plus facile quand on a pu le préparer. Y quand même moins de péri, un meilleur vécu, enfin je l'espère. La disponibilité pour la patiente aussi fait la grosse différence, de pouvoir vraiment se dédier à suivre le couple et de ne pas avoir à gérer 2 ou 3 accouchements en même temps et la confiance qu'elle peut nous accorder.

ESF : d'accord et vous avez déjà eu des problèmes quand vous étiez à la maternité ? avec l'équipe de garde je veux dire

SF : non jamais elles ont toujours été cool avec moi, et avec ma collègue aussi donc en soit y a pas de raison qu'il y ait des problèmes.

ESF : effectivement, du coup c'est tout bon j'ai toutes les réponses à mes questions l'entretien est terminé.

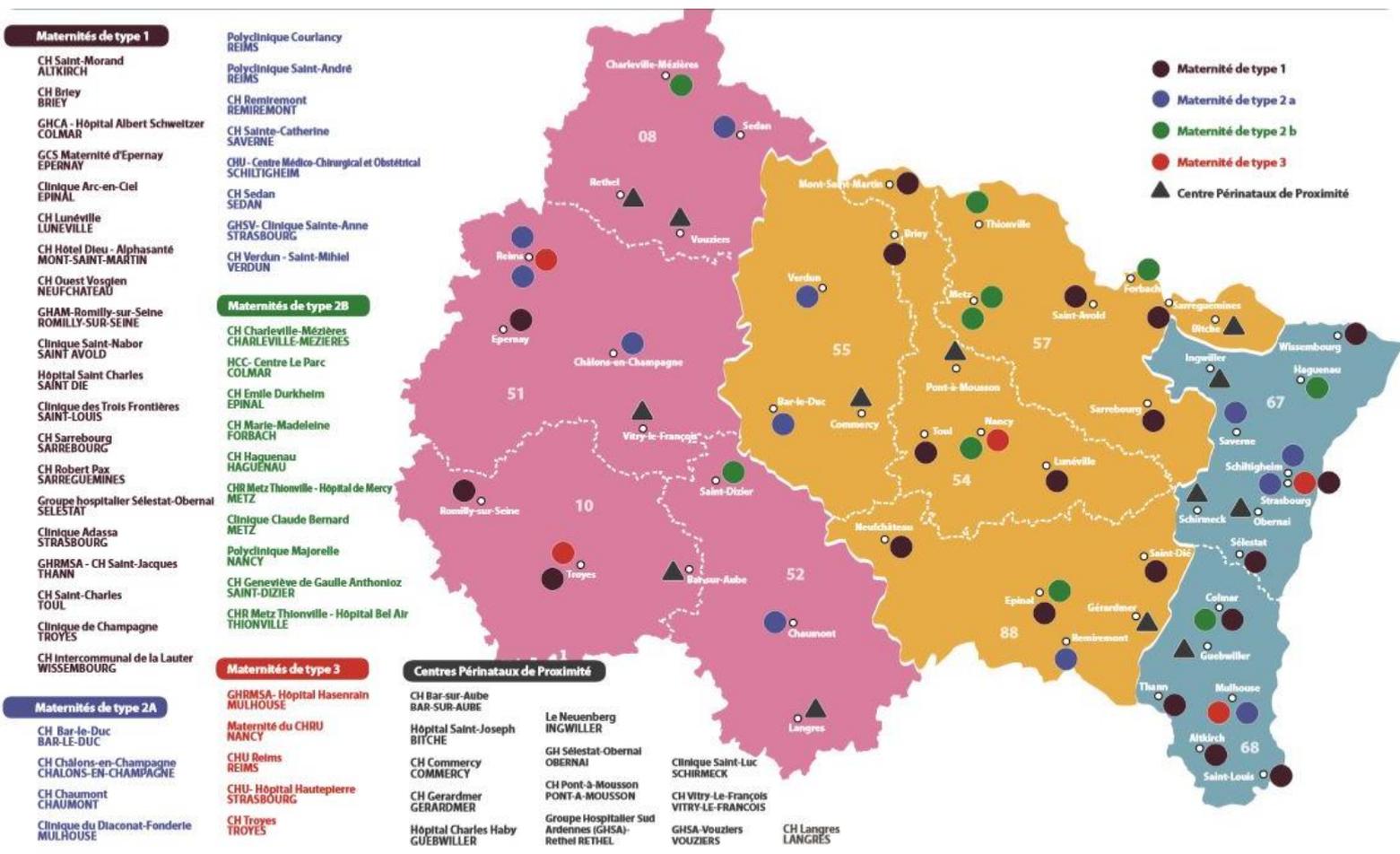
SF : D'accord bah tu me renvoies un SMS si t'as d'autres questions ou si t'as besoin de quelque chose.

ESF : c'est noté, merci.

SF : Au revoir, à bientôt et bonne continuation.

ESF : merci, au revoir, bonne journée.

ANNEXE 3 : CARTE DES MATERNITES ET DES CENTRES PERINATAUX DE PROXIMITE : GRANDE REGION ALSACE – CHAMPAGNE ARDENNE - LORRAINE



Source : réseau périnatal lorrain

Analyse des pratiques des sages-femmes effectuant des accouchements en plateau technique : étude descriptive observationnelle dans la région Grand Est.

Introduction : aujourd'hui les femmes ne veulent plus seulement accoucher mais veulent être actrices de leurs accouchements. Elles souhaitent être accompagnées par un professionnel de santé en qui elles ont confiance et qui connaît leurs désirs concernant ce moment intime qu'est la naissance. Pour répondre à cette demande, des sages-femmes proposent un « accompagnement global » qui leur permet d'accompagner ces femmes du début de la grossesse, jusqu'après la naissance de l'enfant en passant par le suivi du travail et la réalisation de l'accouchement. Parmi ces sages-femmes, certaines d'entre-elles ont accès à des « plateaux techniques » dans des maternités. L'objectif principal est d'évaluer les pratiques de ces sages-femmes qui ont accès à un plateau technique dans le Grand Est.

Matériel et méthode : un état des lieux des maternités du Grand Est disposant d'un plateau technique ouvert aux sages-femmes libérales a été réalisé afin de recenser celles qui l'exploitent ou l'ont exploité ces dix dernières années. Les sages-femmes incluses devaient avoir proposé l'accompagnement global et réalisé les accouchements sur un plateau technique du Grand Est. Des entretiens semi-directifs individuels ont été réalisés pour recueillir les expériences de ces sages-femmes.

Résultats : 14 sages-femmes ont été interrogées. Les résultats montraient des différences concernant :

- La mise en place des plateaux techniques,
- Les conditions d'éligibilité des patientes
- Les situations nécessitant un transfert pendant le travail,
- Les relations des sages-femmes avec le personnel des établissements.

Conclusion : l'étude montre une hétérogénéité des pratiques entre les différents établissements ouvrant leur plateau technique aux sages-femmes libérales mais aussi entre les sages-femmes exploitant un même plateau technique en fonction de leur expérience au sein de celui-ci.

Mots clés : plateau technique, accompagnement global, sages-femmes libérales

Analysis of the practices of midwives performing deliveries in technical facilities: observational descriptive study in the Grand Est region.

Introduction : Today women no longer just want to give birth, they want to be actresses in their own deliveries. They want to be accompanied by a health professional they trust and who knows their wishes regarding the intimate moment of birth. To meet this demand, midwives offer a "global accompaniment" that allows them to accompany these women from the beginning of pregnancy, until after the birth of the child, including monitoring of labour and delivery. Some of these midwives have access to "technical platforms" in maternity wards. The aim is to evaluate the practices of these midwives who have access to a technical platform in the Grand Est.

Material and method : An inventory of maternity hospitals in the Grand Est with a technical platform open to liberal midwives was carried out in order to identify those that exploit or have exploited it over the last ten years. The midwives included should have proposed the global accompaniment and carried out the deliveries on a technical platform in the Grand Est. Semi-directive individual interviews were carried out to collect the experiences of these midwives.

Results : 14 midwives were interviewed. The results showed differences regarding :

- The setting up of the technical platforms,
- Patient eligibility conditions
- Situations requiring transfer during labour,
- Midwives' relations with the staff of the institutions.

Conclusion : the study shows a heterogeneity of practices among the different establishments opening their technical platform to liberal midwives but also between midwives using the same technical platform according to their experience within it.

Keys words : technical platform, global accompaniment, liberal midwives