

& le Collectif des sages-femmes l'ANSFC, la CNEMA & l'ANESF.



regroupant l'ONSSF, le CNSF,

Contribution commune : La filière physiologique en obstétrique

Février – Juin 2015

Propos préliminaires :

À l'attention de l'ensemble des lecteurs,

Règles d'usage du document en vertu du Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4. Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10.

Le chapitre "Prise en charge de la douleur et « filières physiologiques » en France" a été rédigé par Maud ARNAL qui présente des résultats de son travail de recherche dans le cadre d'un mémoire de recherche de master 2 en sociologie, soutenu et validé en septembre 2014. Ce chapitre, comporte également des questions préliminaires aux mémoires de recherche qu'une thèse en cours d'élaboration se propose de prolonger. Des publications scientifiques sont en cours de parution. La version complète fera donc l'objet d'une diffusion contrôlée en respect de ce travail : au sein des Conseils d'Administration des associations et syndicats à l'origine de ce travail, aux services du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, à la Haute Autorité de Santé. La diffusion hors de ces services doit faire l'objet d'une demande préalable à l'auteure.

Toutefois, cette version publique synthétisant les principales conclusions et ne reprenant pas l'ensemble des éléments qui nous ont été transmis par Maud ARNAL a pour objectif d'être diffusé à un plus large public.

L'ensemble de ce document, et particulièrement le chapitre 'Prise en charge de la douleur et « filières physiologiques » en France' est donc soumis à la propriété intellectuelle. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation partielle ou intégrale de ce document dans son ensemble et tout particulièrement du chapitre 'Prise en charge de la douleur et « filières physiologiques » en France' qui devra présenter le nom de son auteure : Maud ARNAL.

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

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4 Code de la Propriété Intellectuelle.

Sommaire :

I.	INTRODUCTION :	4
1.	MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL PRESENTS	5
2		

2.	AMBIGUÏTÉ DU CONTEXTE FRANÇAIS :	6
3.	SCHEMA : INTEGRATION DES FILIERES PHYSIOLOGIQUES AUX PARCOURS DE SANTE PERINATAUX EXISTANT	12
II.	LE SYSTEME PERINATAL FRANÇAIS : UNE NECESSITE D'OUVRIRE LES OFFRES DE SOINS EN OBSTETRIQUE.	12
III.	LE SYSTÈME PÉRINATAL FRANÇAIS : UNE NÉCESSITE D'OUVRIRE LES OFFRES DE SOINS EN OBSTÉTRIQUE.	13
1.	QU'EN EST-IL EN FRANCE ?	13
2.	PLACE & ROLE DES SAGES-FEMMES :	14
IV.	PROPOSITION D'UN PARCOURS DE SANTE SPECIFIQUE : LA FILIERE PHYSIOLOGIQUE EN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE	16
V.	PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET « FILIERES PHYSIOLOGIQUES » EN FRANCE	20
VI.	PREMIER EXEMPLE : UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE : CH RENE DUBOS, PONTOISE :	25
1.	INTRODUCTION :	27
2.	DEFINITION :	27
3.	OBJECTIFS :	28
4.	ASPECT JURIDIQUE :	29
5.	PRESENTATION DES LOCAUX ET DE LEURS EQUIPEMENTS :	29
6.	LOGISTIQUE ET ENVIRONNEMENT :	31
7.	PRESENTATION DU PERSONNEL DE LA FILIERE PHYSIOLOGIQUE :	33
8.	LES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PARTURIENTE DANS LA FILIERE PHYSIOLOGIQUE ET SES MODALITES	35
9.	LES LIENS ORGANISATIONNELS :	42
10.	LE PARCOURS DE LA PARTURIENTE DANS LA FILIERE PHYSIOLOGIQUE DU CHR RENE DUBOS (PONTOISE)	44
VII.	SECOND EXEMPLE : UN ETABLISSEMENT FEHAP : LA SAGESSE, RENNES :	48

1.	ENJEUX DE CE PROJET :	49
2.	BORNES DE CE PROJET :	49
3.	PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT :	49
4.	ACTIVITE ENVISAGEE :	50
5.	ETUDE FINANCIERE ESTIMEE :	51
6.	MOYEN ARCHITECTURAL :	51
7.	EVALUATION DU DISPOSITIF :	51
VIII.	ANALYSE CONJONCTURELLE ET CONCLUSION :	52
IX.	GLOSSAIRE :	54
X.	BIBLIOGRAPHIE :	60

I. INTRODUCTION :

Sous l'égide du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), les associations représentatives des sages-femmes et étudiants sages-femmes ainsi que les usagers se sont réunis pour initier cette réflexion sur ce que devrait être une filière physiologique.

Les termes qui présentent un astérisque sont repris et définis dans le glossaire en fin de document.

1. Membres du groupe de travail présents

Composition du groupe de travail dirigé par **Isabelle CHEVALIER** (CH Pontoise) et **Sophie GUILLAUME** (présidente du CNSF) :

- CNSF : 5 représentants
 - **Maud ARNAL** (sage-femme, maternité Les Lilas, doctorante en sociologie à l'EHESS sur la douleur au cours de l'accouchement),
 - **Marie-Pierre COUETOUX** (sage-femme cadre, CHU Louis Mourier à Colombes),
 - **Marie COULON** (sage-femme, hôpital du Belvédère, Mont St Aignan),
 - **Christiane DAVID** (sage-femme, Clinique La Sagesse à Rennes),
 - **Fabienne GALLEY-RAULIN** (sage-femme cadre au CH de Verdun)

- Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) : 2 représentants
 - **Madeleine MOYROUD** (sage-femme libérale, présidente de l'ANSFL)
 - **Marie-Hélène NICQUEVERT** (sage-femme libérale, membre du CA de l'ANSFL)

- Association Nationale des Sages-Femmes Cadres (ANSFC) : 1 représentant
 - **Corinne RIOU** (SF coordinatrice au CH du Havre, type III – anciennement à Caen qui a ouvert le plateau technique aux SFL)

- Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMa) : 2 représentants
 - **Christine BUZENET** (sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes Foch de Suresnes)
 - **Christine MORIN** (sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Bordeaux, présidente de la CNEMa)

- Association nationale des étudiants sages-femmes : 1 représentant

- **Clémence DURAND TONNERRE** (étudiante sage-femme, présidente de l'ANESF)
- Collectif des sages-femmes regroupant l'Organisation Nationale Syndicale des Sages-Femmes (ONSSF, un syndicat professionnel), le CNSF, l'ANSFC, la CNEMa, l'ANESF) : 1 représentant
 - **Nicolas DUTRIAUX** (sage-femme libérale, secrétaire du CNSF)
- Collectif inter associatif autour de la naissance (CIANE) : 1 représentant
 - **Catherine BERNARD** (Administratrice)

Ce document a été présenté à Mme **Julie BARROIS**, DGOS, le lundi 08/06/2015.

2. Ambiguïté du contexte français :

a. Cadre légal :

En avril 2014, Mme Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, adressait une circulaire aux agences régionales de santé et aux directeurs d'hôpitaux pour rappeler le caractère médical de la profession de sage-femme [1]. Cette circulaire précisait notamment :

« **IV. Mise en place d'unités physiologiques** :

En fonction du projet médical de l'établissement et avec l'avis favorable des équipes concernées, des unités fonctionnelles consacrées au suivi des grossesses à bas risque et des accouchements eutociques peuvent être créées dans les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie, obstétrique. L'organisation de ces unités physiologiques, rattachées à un pôle, doit respecter, d'une part, le projet de naissance formulé, le cas échéant, par les couples et notamment le libre choix des femmes d'être suivies par une sage-femme ou un médecin et, d'autre part, la possibilité pour les médecins concernés (gynécologues, anesthésistes, pédiatres, ...) d'intervenir à tout moment en cas de besoin.

La responsabilité d'unités physiologiques entre dans le champ des compétences des sages-femmes. Dès lors, si une unité fonctionnelle de physiologie est mise en place, son responsable pourra être une sage-femme, nommée par le directeur de l'établissement sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Vous veillerez à ce que cette modalité d'organisation de la prise en charge puisse être discutée à l'occasion des prochaines révisions ou mises à jour des projets médicaux des établissements. Vous assurerez une information des chefs d'établissement et présidents de CME ».

Ce groupe a été mis en place à la suite de la publication des décrets concernant les évolutions statutaires des sages-femmes hospitalières publiques venus renforcer la circulaire [2]. Ce texte de référence précise ainsi dans son article 5 concernant les fonctions des sages-femmes des hôpitaux du second grade :

« Elles peuvent enfin être nommées responsables d'unités de physiologie conformément aux dispositions des articles R. 6146-4 et R. 6146-5 du code de la santé publique » (ces articles renvoyant aux modalités de nomination des responsables de structure interne, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique).

Le décret n° 2014-1586 du 23 décembre 2014 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de coordonnateur en maïeutique annonce que ce sont ces coordonnateurs en maïeutique qui pourront être nommés à ces postes de responsabilité d'unités de physiologie [3].

L'Arrêté du 23 décembre 2014 fixe le nombre d'emplois fonctionnels de coordonnateurs en maïeutique à 200 postes [4].

L'arrêté du 27 mai 2015 fixant la liste des emplois fonctionnels de coordonnateur en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions relatives à la Fonction Publique Hospitalière [5] fixe à :

- 40 postes au titre des missions d'assistance du praticien responsable d'un pôle qui comprend une activité d'obstétrique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences dans les établissements classés en fonction du nombre d'accouchements ;
- 110 postes au titre des missions d'assistance du praticien responsable d'un pôle qui comprend une activité d'obstétrique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent des compétences des sages-femmes dans les établissements classés en fonction du nombre d'accouchements ;
- 30 postes au titre des missions de direction de structures de formation en maïeutique.

Il semble donc que 20 postes seront dévolus aux postes de responsabilités d'unités physiologiques. Ce nombre de postes laisse donc présager du nombre de ces unités qui seront déployées dans toute la France.

Ces textes démontrent toutefois une forte ambiguïté. En effet, la circulaire d'avril 2014 [1] évoque des unités fonctionnelles dédiées au suivi des grossesses à bas risques et des accouchements eutociques. Or, un accouchement eutocique* (ou accouchement normal*, *vaginal delivery* pour les anglo-saxons) ne signifie pas un accouchement physiologique* (ou accouchement naturel, *normal birth* pour les anglo-saxons).

b. Définitions, de quoi parle-t-on ?

Des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens canadiens ont travaillé ensemble pour apporter des définitions communes à la physiologie en obstétrique [6]. Nous reprenons principalement et utilisons ces définitions qui se trouvent dans le glossaire en fin de document.

Accouchement naturel ou Accouchement physiologique (*normal birth*) :

Un accouchement est considéré comme « naturel » lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou même d'aucune intervention humaine et que, lorsque de telles interventions s'avèrent nécessaires, elles sont faites en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement. [6 ; 7].

Accouchement normal (\neq *normal birth*) :

Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques au début du travail (situation quant aux risques qui perdurent tout au long du travail et de l'accouchement). L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal comprend l'occasion de contact en peau à peau et d'allaitement au cours de la première heure suivant l'accouchement. [6 ; 7]

Accouchement spontané / voie basse spontanée – VBS - (= *vaginal delivery*) :

Accouchement par voie vaginale qui n'est pas assisté de forceps, par ventouse obstétricale ou par césarienne, et dans le cadre duquel la présentation n'est pas anormale. Ce terme ne décrit que le type d'accouchement. Il pourrait donc englober le déclenchement, l'accélération, le monitoring électronique fœtal, l'analgésie régionale, et les complications de la grossesse (hypertension, hémorragie antepartum, etc.). En bref, bien que le travail puisse présenter une complication ou une anomalie, l'accouchement est normal (spontané). [6]

Eutocie :

Le dictionnaire Larousse la définit comme le caractère normal d'un accouchement (par opposition à dystocie qui est une difficulté essentiellement mécanique).

Elle regroupe donc l'accouchement naturel et l'accouchement normal.

Ce groupe de travail estime qu'il est fondamental de lever toute ambiguïté sur les distinctions impératives entre ces définitions, pour donner un cadre précis et identifié aux filières physiologiques. Elles seront alors une véritable alternative au suivi classique dans les maternités. En effet, toutes les maternités ont à cœur et se doivent d'assurer aux femmes un accouchement eutocique* que leurs grossesses soient à bas ou à haut risque. L'objectif de préserver l'eutocie* de tout accouchement est majoritairement atteint selon des modalités organisationnelles qui sont définies dans chaque établissement.

Au décours d'un « accouchement normal* », le recours à des interventions médicales qui peuvent être qualifiées de mineures sont possibles (amniotomie* par exemple), ainsi qu'une prise en charge médicamenteuse de la douleur comme l'analgésie péridurale. L'accouchement dit « normal* » est donc à différencier de l'accouchement dit « naturel* » ou « physiologique* » comme le font les anglo-saxons. Ainsi le « normal birth » anglo-saxon désigne l'accouchement naturel ou physiologique*. Ce mode d'accouchement désigne dans la littérature que nous allons rapporter un parcours de santé qui lui est propre et qui a pour spécificité de préserver la physiologie. Le « vaginal delivery » désigne l'accouchement normal* par voie basse spontanée* (VBS) et peut s'accompagner de diverses interventions médicales.

Dans les maternités françaises, le respect et le maintien de la physiologie y sont évidemment possibles, tout comme l'accès au plateau technique pour les sages-femmes libérales (bien qu'encore trop insuffisamment réalisable). L'ensemble de ces organisations existantes ont pour objectif de permettre à une majorité de femmes de connaître une voie basse spontanée* (VBS). Il est donc admis qu'une grossesse à haut risque peut donc se conclure par une VBS tout comme une grossesse à bas risque pourra nécessiter une intervention tel un forceps, une ventouse obstétricale ou encore une césarienne.

c. Cadre de définition des filières physiologiques

Notre réflexion s'appuie sur les fondamentaux que la Commission Nationale de la Naissance (CNN désormais Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant ou CNNSE) avait donnés en 2009. [8]

« La mise en place d'une filière spécifique identifiée et intégrée, appelée « filière physiologique » par la maternité qui offre, pour les femmes concernées qui le souhaitent, un suivi de la grossesse et de l'accouchement par des sages-femmes et un accouchement dans des conditions non technicisées ; cette filière est fondée sur des critères d'accueil obstétricaux et pédiatriques et un protocole de prise en charge ; coexistent au sein de la maternité deux filières avec leur approche spécifique entre

lesquelles les passerelles sont possibles. La mise en place d'une « filière physiologique » peut aller jusqu'à l'identification d'un espace spécifique ».

Nous avons également réfléchi sur des définitions distinctes apportées par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) en 2012 par l'intermédiaire d'un communiqué de presse. [9]

« Reconnaître l'autonomie de chaque établissement pour s'organiser [...] préconiser un suivi global [...] Ces recommandations laissent la place à plusieurs approches possibles :

- *Des « espaces physiologiques », ou salles « nature » : leur fonctionnement est un fonctionnement traditionnel, mais sans direction du travail ni péridurale, avec des sages-femmes dédiées ou non*
- *Une « unité sage-femme » autonome dont la responsabilité est portée par des sages-femmes, attenantes à l'hôpital avec un statut public ou privé : il s'agit d'une « maison de naissance hospitalière » (établissement de santé)*
- *Une « maison de naissance » telle qu'elle est définie par la proposition d'expérimentation et dans les limites de cette expérimentation ».*

Dès 2013, le CIANE a alerté le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé qu'il n'existait pas, à l'heure actuelle, de réelles offres transversales aux maternités classiques. En outre, il n'y a pas, à ce jour, de définitions communes des « espaces physiologiques », « unités physiologiques », « pôle physiologique », ... qui ne sont parfois qu'une « vitrine ». Les prises en charge proposées sont bien souvent diverses et peu consensuelles (au sein même de l'équipe, entre les parents et l'équipe ou encore d'un établissement à l'autre). Il y a souvent une offre de soins mais qui n'est pas adéquate ou qui ne fonctionne pas faute d'une organisation efficace, d'adhésion des équipes, de formation des sages-femmes, etc. Cela conduit parfois à des prises en charge éloignées de la physiologie. C'est pourquoi, le CIANE a déposé une saisine auprès de la HAS qui associe 3 co-demandeurs, à savoir le CNSF, la Société Française de Maïeutique (SFMa) et le CNGOF : « Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge physiologique de l'accouchement à bas risque ». Ce texte devrait devenir une référence et est attendue pour 2016.

Nous nous proposons donc de créer un environnement et une filière spécifique clairement identifiée qui répondent à la demande des femmes de bénéficier d'un autre parcours de santé.

Après avoir présenté le système périnatal français tel qu'il existe aujourd'hui, nous développerons les fondements de ces filières physiologiques puis nous en présenterons deux exemples concrets. Nous confluons par une analyse démontrant qu'une réelle opportunité existe désormais. Le schéma ci-après résume la place de ces filières au sein du système actuel.

DOCUMENT PUBLIC

3. SCHEMA : Intégration des filières physiologiques aux parcours de santé périnataux existant

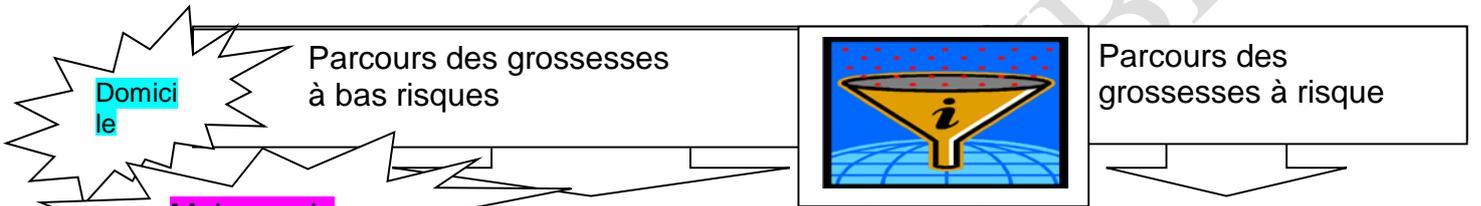
PROJET DE NAISSANCE

1^{ère} consultation de grossesse – consultation d'orientation, HAS, 2007 [10] :

- Suivi A
 - Suivi A1
 - Suivi A2
 - Suivi B
- orientations des femmes en fonction du risque de la grossesse

→ Réévaluation des risques à chaque consultation pré et post-natale et lors des examens échographiques :

- Suivi A / A1 / A2 / B



Domicile

Maisons de naissance

Maternités de type I, II ou III

Proposition d'une filière physiologique spécifique pour des femmes désireuses d'un accouchement moins technicisé au sein des maternités quel que soit leur type et leur statut public ou privé, sous critères médicaux d'éligibilité définis par la HAS. Filière intégrée dès le début de la grossesse

- Salle de naissances, bloc opératoire, SSPI, salle réanimation nouveau-né
- Une équipe médicale unique pour toutes les femmes quel que soit le risque.

Ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales

Organisation du suivi post-partum de la mère et de l'enfant, du retour à domicile:

- PRADO
- Sortie simple
- Sortie précoce
- HAD post-partum

III. LE SYSTÈME PÉRINATAL FRANÇAIS : UNE NÉCESSITÉ D'OUVRIRE LES OFFRES DE SOINS EN OBSTÉTRIQUE.

La grande étude publiée dans la revue internationalement reconnue The Lancet a démontré l'efficacité des modèles de soins périnataux sous la gestion des sages-femmes [11 - 20]. La Cochrane démontre elle aussi dans une revue de la littérature les bons résultats des soins périnataux lorsqu'ils sont prodigués tout au long de la grossesse, de l'accouchement et ses suites par un petit groupe de sages-femmes comparativement aux autres modèles [21]. Au Royaume-Uni, les unités sages-femmes sont plébiscitées et recommandées pour les grossesses à bas risque [22 ; 23].

1. Qu'en est-il en France ?

A ce jour, l'organisation des maternités est régie par les décrets de périnatalité de 1998, qui n'ont jamais été revus et ne sont plus adaptés à l'évolution des structures, suite à la vague de fermeture de la moitié d'entre elles. Contrairement aux modèles d'autres pays qui ont émis des recommandations sur la prise en charge de la physiologie (Royaume-Uni [24 - 27], Canada [6 ; 28 - 31], Belgique [32], ...), le modèle français repose sur un modèle unique de gestion du risque. La prise en charge des patientes est ainsi indifférenciée quel que soit leur niveau de risques.

L'utilisation de normes et de protocoles est nécessaire dans la gestion des grossesses quel que soit le niveau de risque identifié. Au cours de ces quarante dernières années, la politique périnatale française s'est appliquée à borner de manière nécessaire le haut risque. Néanmoins, elle l'a appliquée parallèlement et sans discernement à toutes les grossesses. Or, une systématisation des actes peut devenir iatrogène. Pour exemple, l'étude INSERM (U953) dans le cadre du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM) retrouve une sur-utilisation d'ocytocine de synthèse avec comme conséquence une augmentation des hémorragies du post-partum – première cause de décès maternel en France [33 ; 34]. En effet, selon l'enquête périnatale de 2010 [35], 64% des femmes reçoivent de l'ocytocine de synthèse alors que seulement 23% des femmes bénéficient d'un déclenchement – taux déjà relativement élevé. Ainsi près de la moitié des parturientes en travail spontané recevraient cette hormone de synthèse dont 90% des usages seraient sans indication médicale réelle (accélération du travail* ≠ direction du travail*). Par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que le taux de césarienne ne devrait pas être supérieur à 15% [36]. Il est de plus de 20% en France [35]. Le taux d'épisiotomie quant à lui devrait être inférieur à 5 ou 10% quand la France a baissé difficilement son taux en dessous des 30% [35].

Ces mésusages d'une thérapeutique comme d'autres interventions parfois réalisées trop systématiquement ne sont pas dénués de conséquences en termes de morbi-

mortalité maternelle, foetale et néonatale. Nous parlons alors d'effets iatrogènes de ces thérapeutiques et de ces interventions. Lorsque ces interventions ne sont pas justifiées, elles sont alors regroupées sous le terme de « pratiques obstétricales évitables* » [6].

La prise en compte de la physiologie avec ses variations possibles est donc un enjeu tant pour les femmes que pour les professionnels de santé qui les accompagnent. La France gagnerait à développer ses propres recherches fondamentales sur les processus physiologiques de la parturition pour être en adéquation avec des prises en charge s'adaptant à chaque niveau de risque identifié. Ces recherches permettraient une normalisation du bas risque pour répondre en toute sécurité aux attentes des femmes. En effet, un certain nombre de femmes, tant primipares que multipares, réparties sur tout le territoire, souhaitent un accompagnement moins médicalisé et individualisé. Ce souhait se traduit en particulier par des demandes telles que l'absence de péridurale et le recours à des formes non anesthésiantes de soulagement de la douleur, une liberté de postures et de mouvement, la possibilité de boire et manger pendant l'accouchement, le respect du rythme, et un accompagnement global à la naissance*.

Dans l'enquête menée en continu par le CIANE sur le vécu par les femmes de leur accouchement, il apparaît que celles qui ont été accompagnées dans leurs demandes (absence de péridurale, moins d'actes sauf nécessité médicale, liberté posturale) témoignent d'un grand niveau de satisfaction quant au vécu physique et psychologique de leur accouchement [37 ; 38].

2. Place & rôle des sages-femmes :

La demande d'un parcours périnatal différent émane aussi de certains professionnels de santé – notamment de sages-femmes. Au cours de la mobilisation menées par le Collectif des sages-femmes regroupant plusieurs associations et syndicats professionnels, deux contributions ont été rédigées pour argumenter la demande des sages-femmes d'être reconnues comme professionnels médicaux de premier recours dans l'accès aux soins primaires pour les femmes [39 ; 40]. Elles pourraient ainsi pleinement accomplir leur rôle de pivot entre les différents acteurs médicaux et sociaux, nécessaires au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites.

Tout en mettant l'accent sur les résultats périnataux français peu satisfaisants et les insuffisances retrouvées au cours de l'enquête périnatale en 2010 [35], les sages-femmes ont proposé des pistes d'amélioration. Le Collectif mettait en exergue certains constats faits par la Cour des Comptes dans un rapport datant de 2011 [41]. Elle reconnaissait au chapitre VI de ce rapport (le rôle des sages-femmes dans le système de soins, pages 173 – 198) que :

« Les sages-femmes peuvent assurer un suivi global, respectueux des usagers et de la physiologie, avec une médicalisation à bon escient et des prescriptions parcimonieuses (selon les statistiques de l'Union National des Caisses d'Assurance Maladie ou UNCAM) tout au long du suivi de la grossesse, de l'accouchement, de la période post-natale et lors du suivi gynécologique ». Dans ce même rapport, la Cour des Comptes préconise également que « l'utilisation optimale des compétences de chacun implique une redéfinition des pratiques et des responsabilités : compétence des sages-femmes pour la pratique de l'obstétrique physiologique, prise en charge des seules grossesses pathologiques par les obstétriciens ».

Le Collectif insiste sur la nécessité de penser les parcours de santé afin de permettre aux femmes d'être actrices de leur santé tout au long de leur vie – et particulièrement au décours de leurs grossesses et de leurs accouchements. Il se propose donc de valoriser **la maïeutique** (ou **midwifery** pour les anglo-saxons), la science médicale pratiquée par les sages-femmes.

La grande série tirée de la revue The Lancet propose une définition de la Maïeutique [17] :

« Dans cette série, nous définissons la pratique de sage-femme comme « les soins spécialisés, éclairés et attentionnés pour les femmes enceintes, nouveau-nés et familles pendant la période avant et pendant la grossesse, l'accouchement, la suite des couches et les premières semaines de vie. Les éléments clés comprennent l'optimisation des processus physiologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la reproduction et du début de la vie; la prévention précoce et la prise en charge des complications; la consultation et l'orientation des femmes vers d'autres services spécialisés; le respect de l'individualité et du point de vue des femmes; travaillant en partenariat avec elles pour renforcer leur capacité de prendre soin d'elles-mêmes et de leurs familles ».

La valeur de la pratique sage-femme est reconnue par l'Organisation des Nations Unies (ONU) et par l'OMS tant dans les pays sous-développés où l'accès aux structures de soins est difficile que dans les pays développés pour réduire les interventions obstétricales inutiles à l'origine de complications maternelles et néonatales par iatrogénie [6 ; 11 – 21 ; 42 ; 43].

→ **La circulaire d'avril 2014 [1] et les décrets et arrêté de décembre 2014 [2 ; 3 ; 4] démontrent une volonté politique de répondre à cette demande.**

→ **En nous appuyant sur ce décret, nous déclinons un concept de l'organisation de la filière physiologique en établissement public de santé. Les établissements privés de santé pourront s'en inspirer pour l'adapter à leur propre organisation.**

DOCUMENT PUBLIC

**IV. PROPOSITION D'UN PARCOURS DE SANTE SPECIFIQUE : LA
FILIERE PHYSIOLOGIQUE EN ETABLISSEMENT PUBLIC DE
SANTE**

La « filière physiologique » est donc un parcours de santé spécifique, identifié et intégré aux établissements de santé, destiné aux femmes enceintes qui présentent une grossesse reconnue à bas risque et qui font la demande d'un accompagnement personnalisé et d'une surveillance médicale moins technicisée du travail et de l'accouchement, dans le respect de la physiologie. En effet, dans le bas risque, il convient de discriminer le souhait des femmes à bénéficier d'un accouchement physiologique* du souhait d'un accouchement eutocique* qui est en soit le souhait de toute femme et l'objectif de toutes les maternités. Le premier se caractérise par le respect du processus physiologique de la parturition, en assurant la sécurité affective nécessaire, (« *normal birth* » dans la littérature anglo-saxonne). Il comprend notamment l'absence d'analgésie péridurale (APD). L'accouchement eutocique* peut avoir nécessité des interventions médicales diverses, ainsi qu'une gestion de la douleur obstétricale* par APD pour atteindre cet objectif.

Bien qu'actuellement, la majorité des femmes en France souhaitent être suivies dans un parcours de santé périnatal classique au sein duquel la gestion du travail et de l'accouchement pourra être plus standardisée et protocolisée (éventuellement sous APD), il est essentiel de proposer cette filière physiologique aux femmes qui le désirent.

Ces filières physiologiques s'inscriront dans une organisation spécifique au sein des maternités, définie localement en termes de personnels et / ou de lieux, afin d'offrir à ces patientes un suivi médical qui respecte l'ensemble du processus physiologique dès le début de la grossesse jusqu'au post-partum inclus et particulièrement au cours du travail et de l'accouchement. Cet accompagnement* assure une sécurité affective garantie par le suivi globalisé effectué par une sage-femme ou un nombre limité de sages-femmes (maximum trois). Ce concept répond donc à la notion d'accompagnement global* ou du moins globalisé. Le nombre de trois sages-femmes maximum est souhaité par les usagers (CIANE, Associations de parents comme PAMANA, l'association des parents de la maison de naissance de Pontoise, l'association MAISOUNAISON de Rennes qui soutient le projet de la Clinique Mutualiste de La Sagesse). Il est essentiel que ce groupe de sages-femmes exerce leur art dans une philosophie identique de l'accompagnement* des femmes dont elles assurent le suivi. Quelle que soit la sage-femme qui sera présente le jour de l'accouchement, elle doit pouvoir assurer le respect des choix ainsi que des souhaits de la femme et du couple.

La revue de la Cochrane [21] et les recommandations anglaises du NICE (équivalent de l'HAS) sur les Unités Sages-Femmes ou *Midwife Led Units* [24 – 27 ; 44] apportent des éléments de réflexion majeurs sur ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire au cours de cet accompagnement* afin d'assurer la sécurité médicale et affective des accouchements physiologiques*. Nous apporterons ces éléments à la HAS lors des

travaux à venir sur les « *Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge physiologique de l'accouchement à bas risque* » (parution probable en 2016).

Comme nous l'avons déjà évoqué en préambule, les textes ministériels de 2014 amalgament « accouchement eutocique* » et « accouchement physiologique* », en confondant les deux termes. Ce groupe de travail, sous l'égide du CNSF, tient donc à préciser ces définitions qui existent et que nous avons présentées dans le glossaire à la fin de ce document. Elles démontrent que ces termes ne recouvrent pas les mêmes notions. Il est donc nécessaire de bien différencier les deux filières au sein des maternités. Nous serons particulièrement vigilants lors des relectures des documents HAS sur cette confusion fréquente, ainsi que lors des prochaines publications législatives émanant du Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Une utilisation correcte des termes « eutocique », « normal » et « physiologique » est indispensable conformément à la littérature scientifique, médicale et maïeutique internationale.

Ces travaux ne devront pas être en contradiction avec les textes existant, comme celui sur le « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* » (HAS, 2007) [10] ou en ce qui concerne la « *Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance* » (HAS, 2014) [45]. Nous veillerons à ce que les nouveaux textes apportent les précisions nécessaires au respect de la physiologie dans le cadre sécurisé que propose le système hospitalier.

Au vu de nos réflexions, les filières physiologiques s'inscrivent obligatoirement dans un projet médical de service et/ou un contrat de pôle et d'établissement afin de répondre à la demande des usagers et des professionnels en s'appuyant sur l'expertise et la pratique maïeutique – notamment en ce qui concerne l'accompagnement*. Ce parcours de santé périnatale spécifique, doit être une filière parallèle à celle du circuit classique. Ces deux filières fonctionneront avec des passerelles définies selon les organisations locales établies au préalable (consultation d'anesthésie obligatoire, transfert en suivi classique si diagnostic d'une pathologie gravidique contre-indiquant le suivi en filière physiologique, concordance des lieux de consultations et/ou des salles de naissance, ...).

Cette démarche est un enjeu de santé publique majeur. La mise en place de ces filières repose sur les pratiques respectueuses de la physiologie, dans le respect des données actuelles de la science. La mise en place de ces filières impactera les résultats périnataux en matière de prévention des complications obstétricales iatrogènes (réduction du nombre de complications obstétricales comme les hémorragies du post-partum – première cause de décès maternel en France – et amélioration globale des résultats périnataux) à l'échelle locale et nationale. [11 – 20 ; 42]

Le groupe a par ailleurs pointé certaines questions organisationnelles. Premièrement, les expériences locales montrent parfois une difficulté des articulations entre les équipes au moment des transferts extrahospitaliers vers un établissement. Nous parlerons ici de mutations d'une filière à l'autre comme il s'agit du passage d'une unité à une autre au sein d'un même établissement. Cette question est à poser et à réfléchir en amont avec les couples aussi, car c'est une question principale. Les sages-femmes de l'unité doivent-elles poursuivre leur prise en charge sur le plateau technique ? L'accord semble commun : non dans le cas d'un transfert depuis le domicile ou une maison de naissance. La situation semble plus ambiguë quand il s'agit d'un accès au plateau technique par une sage-femme libérale. Or, en ce qui concerne notre propos, la question est différente puisque la sage-femme appartient à l'équipe. C'est une décision qui devra être prise au cas par cas, en fonction des aménagements des lieux et des maternités.

Deuxièmement, les recommandations françaises sur la gestion et sur la surveillance du travail sont basées sur le suivi « classique » (enregistrement cardiotocographique continu, pose systématique d'une voie veineuse périphérique, limitation des efforts expulsifs à une durée de 30 minutes, délivrance dirigée, ...) [46 - 49]. Dans quelles mesures pourront-elles être adaptées comme d'autres pays ont su le faire [6 ; 7 ; 24 – 32 ; 44 ; 50]. Nous pouvons aussi nous appuyer sur les données de l'OMS qui a édité en 2009 un guide de pratiques essentielles sur la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (réédité en 2012) [51]. Cela renvoie cependant au problème toujours actuel du fonctionnariat des sages-femmes qui les placent sous une hiérarchie hospitalière à laquelle elles sont soumises en contradiction avec leur Code de Déontologie qui garantit pourtant l'autonomie et l'indépendance de leurs décisions. Dans quelles mesures, pourront-elles adapter ces données probantes dans le système périnatal français ?

La sécurité médicale est pourtant garantie par le travail rigoureux de la sage-femme référente, particulièrement au niveau de la prévention, permettant de rester dans le cadre de la physiologie. Dans ces structures, les sages-femmes accomplissent les accouchements physiologiques des femmes en bonne santé. Un accouchement physiologique peut aussi être qualifié de « naturel » : il s'agit donc de respecter le déroulement naturel du processus de l'accouchement, en évitant les interventions systématiques pouvant devenir iatrogènes lorsqu'elles sont utilisées à mauvais escient. Les critères médicaux d'inclusion pour un suivi dans ce cadre sont définis en fonction des antécédents familiaux et personnels, du déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Ces critères veillent à retenir uniquement les femmes enceintes à bas risque

obstétrical ET dont la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie.

Les critères définis par la HAS dans son document « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* » [10] est à la base de cette sélection rigoureuse des patientes.

Troisièmement, nous n'oublions pas que la prise en charge de la douleur est une priorité de Santé Publique. Les données actuelles par l'apport des neurosciences permettent de définir les mécanismes de la douleur, ainsi que sa prise en charge par des méthodes médicamenteuses (dans laquelle s'intègre les analgésies périmédullaires) et non médicamenteuses (thérapies complémentaires reconnues par l'Académie Nationale de Médecine) [52 ; 53]. La France se révèle là aussi très en retard quant au développement des prises en charge non médicamenteuses et des thérapies complémentaires, particulièrement sous-appliquées dans le domaine de l'obstétrique. La filière physiologique pourra répondre à cet impératif de combler ce retard en offrant un espace de recherche et d'évaluation des pratiques. L'unité physiologique se définit en effet par un espace dédié à ce suivi médical du travail* et à son accompagnement* par des méthodes de lutte contre la douleur non pharmacologiques, dans le respect des processus physiologiques de la grossesse et de l'accouchement dans leur globalité – et ce dès le début de la grossesse, pendant l'accouchement et dans ses suites. La filière physiologique peut toutefois conduire à réaliser la surveillance du travail et les accouchements sur le plateau technique de la salle de naissance à condition qu'au moins une salle dédiée soit aménagée pour répondre aux impératifs de cette filière et que les sages-femmes qui accompagnent ces femmes puissent assurer leur suivi exclusif sans aucune autre tâche concomitante tout au long du travail et de l'accouchement de leurs patientes.

Ce troisième point a soutenu l'ensemble de notre réflexion dès la première réunion.

L'APD est-elle la seule solution pour soulager de la douleur ?

→ C'est à cette question que nous allons désormais répondre.

V. Prise en charge de la douleur et « filières physiologiques » en France

Contribution Maud Arnal, pour le master 2 de recherche en sciences sociales à l'Ecoles des Hautes Études en Sciences Sociales à Paris.

La suite du document a été rédigée par Maud ARNAL qui présente les résultats de son travail de recherche dans le cadre d'un mémoire soutenu et validé de master 2 de sociologie et les questions préliminaires à la réalisation d'une thèse en cours. Des publications scientifiques sont en cours de parution. Ce document complet fait l'objet d'une diffusion contrôlée en respect de ce travail. Toutefois, nous vous proposons cette version destinée à un plus large public synthétisant les principales conclusions.

Cette partie du document est donc soumise à la propriété intellectuelle de l'auteur, Maud ARNAL. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce chapitre en particulier, tout comme ce document dans son ensemble. D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4 Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

La bibliographie dédiée à ce chapitre est reprise à la suite de cette partie et ne sera pas réintégrée dans la bibliographie générale de ce document.

1. Contexte français et ambivalences

Concernant la prise en charge de la douleur de l'accouchement, le contexte français montre une grande inadéquation entre les demandes des usagers, les pratiques des professionnels de santé et le contexte législatif et médical (Loi du code la santé publique 1995 et 2002). Dans ce contexte, la douleur est socialement devenue inadmissible (Baszanger, 1995) et l'analgésie péridurale une solution dont l'efficacité n'est plus à démontrer. En revanche, elle offre une solution qui s'avère être insuffisante au regard des attentes sociales, médicales et professionnelles (Vuille, 1998). Depuis que leur sort a été réglé par la péridurale, les douleurs de l'accouchement sont devenues politiquement invisibles alors que socialement, les attentes et les mentalités se transforment (Arnal, 2014). Aujourd'hui, plus de 80% des femmes accouchent avec une anesthésie analgésique périmédullaire or les recherches françaises les plus récentes montrent qu'il y a d'importantes discordances entre le choix des femmes concernant le mode de prise en charge des douleurs et son issue. Ces enquêtes montrent qu'une femme sur quatre estime que son choix initial n'a pas été respecté (CIANE, 2013 ; Kpea, 2013). La recherche sociologique réalisée par des entretiens et observations ethnographiques (Becker, 1985 ; Strauss, 1992) révèlent qu'à propos des douleurs de l'accouchement, les femmes distinguent la douleur acceptable de la souffrance inacceptable. Le travail des sages-femmes est alors de replacer l'expression des douleurs dans un univers de sens cohérent pour tous : équipe médicale, couples et sages-femmes entre elles. Néanmoins, ces représentations et vécus de la douleur lors de l'accouchement ne sont pas partagés par l'ensemble des individus, qu'ils soient professionnels de santé ou non. L'analyse des représentations de la douleur lors de la mise au monde, auprès de couple et de professionnels de santé, met en lumière deux processus de catégorisation. Une première catégorisation - portée essentiellement par les médecins, mais aussi par certaines sages-femmes -, classe la douleur au rang d'une pathologie à traiter. La gestion médicale des douleurs relève alors du traitement d'un danger, d'un risque pour les femmes et les fœtus. Cette représentation médicale dominante des douleurs de l'accouchement

s'oppose à une seconde catégorisation qui place les douleurs de la parturition dans un processus physiologique du travail des femmes lors de l'accouchement. La coexistence de ces deux catégories de représentations nous éclaire sur les enjeux de redéfinition des contours de la douleur entre le normal et le pathologique. À la marge d'une catégorisation des douleurs dangereuses et inutiles (SFAR, 2006 ; CNGOF, 2007), ces constats nous offrent la possibilité de nous rappeler qu'il est nécessaire de laisser aux femmes, la possibilité de donner à leur douleur le sens qui leur convient et bien souvent, aucune indication médicale n'est à même de justifier de leur inutilité.

2. Prendre en compte la douleur et ses complexités

Les recherches bibliographiques montrent que les douleurs de l'accouchement ne font aujourd'hui l'objet de quasiment aucune recherche fondamentale en France (Plans de périnatalités 1998-2007 ; INSERM, OMS, HAS, CNRD, SFETD). Les différents plans de périnatalité soulignent l'importance de prendre en charge les douleurs mais ne précisent, ni leur statut, ni les moyens qui pourraient être mis à disposition pour cela. Les modalités de prise en charge des douleurs de l'accouchement, au sens d'une offre diversifiée dont l'analgésie péridurale serait un outil parmi d'autre, reste donc lacunaire en France. Le ministère des affaires sociales et de la santé français souligne l'importance de l'évaluation et la prise en charge de la douleur en tant que véritable enjeu de santé publique et un « critère de qualité et d'évolution d'un système de santé »¹. En outre, au regard de la loi française, cette diversification ne peut se faire sans la recherche d'une ouverture interdisciplinaire sur les modes prises en charges de la douleur. Un des premiers obstacles sémantique qu'il convient de lever concerne l'état actuel des connaissances en matière de physiologie de la douleur des parturientes car la mise en place de pratiques professionnelles en adéquation avec les données actuelles de la science en dépend.

L'IASP (Association internationale pour l'étude de la douleur) définit la douleur comme « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage* »². Il s'agit donc d'une expérience subjective, colorée par les apprentissages antérieurs et les motivations actuelles. Une douleur psychogène, sans lésion objective, est aussi légitime qu'une douleur physique. La douleur étant polymorphe, son évaluation passe par l'examen de ses différentes facettes neurobiologiques, physiques et comportementales or l'efficacité de l'analgésie péridurale ne prend en compte que la seule dimension nociceptive. La douleur ne possède pas qu'une composante objective (composante neurosensorielle), mais il y a en plus la composante émotionnelle (celle du vécu) et la composante cognitive (les connaissances réelles et non théoriques). Cette définition, reconnue comme la définition internationale de référence de la douleur (OMS, HAS), souligne le caractère pluridimensionnel et plurifactoriel des douleurs.

¹ Site du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes : <http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html>

² Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain. Seattle: IASP; 1994.

Prendre en compte exclusivement la dimension nociceptive de la douleur n'est aujourd'hui pas en conformité avec les données actuelles de la science. Il semblerait donc nécessaire de développer une uniformisation nationale (information, formation et évaluation) des pratiques en maïeutique concernant la prise en charge pharmacologique et non pharmacologique des parturientes. L'ouverture des filières physiologiques offre, en ce sens, une opportunité intéressante pour réfléchir à l'adéquation de ces moyens et leur contexte d'application (obstétriciens, anesthésistes, femmes, sages-femmes, responsables des différents pôles obstétricaux).

3. L'importance d'ouvrir des filières physiologiques encadrées sur le plan de la douleur

Les composantes neurophysiologiques tridimensionnelles impliquées dans la douleur de l'accouchement (Marchand, 2009) ainsi que la nécessité de recommandation professionnelle en maïeutique sur l'adéquation de moyens pharmacologiques et non pharmacologiques efficace dans le soulagement des douleurs de l'accouchement nous invite à considérer la piste des techniques dites « complémentaires » en médecine. Ces dix dernières années ont vu l'émergence de ces techniques dites « complémentaires » ou « médecines douces » dans la prise en charge hospitalières des douleurs aiguës et chroniques (Académie nationale de médecine, 2013). Les soins palliatifs, l'oncologie, la pédiatrie, la chirurgie, et les soins postopératoires connaissent un usage croissant de l'hypnosédation et de l'acupuncture³ pour le traitement de la douleur. L'émergence de cette technique repose sur la reconnaissance des mécanismes neurophysiologiques et psychologiques conjointement impliqués dans l'intensité des douleurs perçue par les patients. Néanmoins, les douleurs de l'accouchement restent, en France, le parent pauvre de la mise en application de ces techniques alors que les effets secondaires sont reconnues comme négligeable pour la mère et le fœtus (Chaillot et als., 2013 ; Simkin, O'hara, 2002 ; Jones, Othman et als, 2012).

Au regard de ces données bibliographiques, des initiatives françaises ainsi que de la demande des usagers et des professionnel.le.s de la santé (essentiellement des sages-femmes) soutenus par de nouveaux textes et circulaires, relatives à l'organisation de la périnatalité, il nous semble pertinent de proposer de véritables organisations de filières physiologiques, notamment en matière de prise en charge de la douleur. Ces nouvelles offres de soins, dans le système hospitalier public ou privé permettraient à l'ensemble d'une population désireuse de se réappropriier la naissance de réaliser leur projet de naissance, véritable évènement de vie, garant d'un bon état de santé pour la mère, le couple et le nouveau-né.

Références bibliographiques:

³ L'Académie de médecine indique « dans l'état actuel des connaissances, l'acupuncture peut apporter un bénéfice (...) aux femmes enceintes éprouvant des douleurs des lombes et du bassin et lors des douleurs de l'accouchement », 2013.

ARNAL M., *Les ambivalences des « doux leurre de l'accouchement »*. Étude d'une gestion sociale des douleurs des femmes. Mémoire de master 2 en sociologie, EHESS, Paris, 2014.

BASZANGER I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, 1995.

BECKER H., *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Métailié, Paris, 1985 [1963].

BONAPACE J., CHAILLET N., et als., « Evaluation of the Bonapace Methods: a specific educational intervention to reduce pain during childbirth », *Journal of Pain Research*, 2013, n°6, p. 653-661.

BONTOUX D., COUTURIER D., MENKES C-J., *Thérapie complémentaires – acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai chi- leur place parmi les ressources de soins*, Rapport des Membres de l'Académie Nationale de Médecine, 5 mars 2013.

CNGOF - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, *Accouchement, délivrance et suites de couches normales, Item 22*, Masson, Issy-les-Moulineaux, 2006.

CNGOF- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, *Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique*, Tome XXXI, Trente et unièmes journées nationales, Paris, 2007.

HAS - Haute autorité de santé, *Données épidémiologiques générales liées à la grossesse*, Service des bonnes pratiques professionnelles, janvier 2012.

JAYR C., FLETCHER D., « La péridurale analgésique », *Conférence d'actualisation*, Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, Elsevier, 2006, p. 85-104.

JONES L., OTHMAN M., DOWSWELL T., ALFIREVIC Z., GATES S., NEWBURN M., et al., « Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012.

KPEA L., *Discordances entre souhait et réalisation d'une analgésie péridurale en cours de travail en France en 2010*, Master Recherche en Santé Publique et épidémiologie, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris VI, 2013.

MARCHAND, S., *Le phénomène de la douleur*, Chenelière Éducation, Montréal, 2009.

SIMKIN P., O'HARA M., « Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods », *American Journal of Obstetric and Gynecology*, May 2002, n°186, p.131-59.

STRAUSS A., *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan, Paris, 1992.

VUILLE M., *Accouchement et douleur, Une étude sociologique*, Antipodes, Existence et Société, Lausanne, 1998.

« Loi n° 95-116 du 4 février 1995 portant sur diverses dispositions d'ordre social », Code de la Santé Publique.

« Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », Code de la Santé Publique

VI. PREMIER EXEMPLE : UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE : CH RENE DUBOS, PONTOISE :

Présentation de la charte de la filière spécifique de soins pour les grossesses physiologiques au sein de la maternité du CHRD de Pontoise. Contribution d'Isabelle CHEVALIER & Isabelle GEORGEL, sages-femmes, CHRD, Pontoise.

Plan :

1. Introduction

2. Définition

3. Objectifs

4. Aspect juridique

5. Présentation des locaux et de leurs équipements :

- a. Situation
- b. Accès
- c. Ouverture des locaux
- d. Description des locaux et des équipements :
 - A/ Le secteur pré-partum
 - B/ Le secteur per et post-partum

6. Logistique et environnement :

- a. Pharmacie et dispositifs médicaux
- b. Circuit linge et circuit déchets
- c. Circuit des examens de laboratoire
- d. Sécurité des biens et des personnes
- e. Restauration
- f. Système d'information
- g. Reprographie, papeterie, fournitures hôtelières, biomédical etc...

7. Présentation du personnel de la filière physiologique :

- a. Médical : les sages-femmes
- b. Paramédical : les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture
- c. Administratif : l'assistante médico-administrative
- d. Autre : l'ostéopathe

8. Les étapes de la prise en charge de la parturiente dans la filière physiologique et ses modalités :

- a. Les critères d'inclusion et d'accueil obstétricaux et pédiatriques

- b. Le parcours patient : médical et administratif
- c. Le déroulement du suivi et ses modalités : le pré-partum, le per-partum et le post-partum

9. Les liens organisationnels :

a. Internes au CHP

A/ Liaisons directes avec le secteur de la maternité

B/ Protocole en cas de transfert de la mère :

- pendant la grossesse
- pendant l'accouchement
- pendant le post-partum immédiat

C/ Protocole en cas de transfert du bébé à la naissance

b. Externes au CHP

A/ RPVO

B/ Association (CIANE – PAMANA etc...)

C/ Mairie (état civil)

1. INTRODUCTION :

La présente charte a pour objectif de présenter la filière spécifique de soins pour les grossesses physiologiques du CHRD dans son organisation, dans ses modalités de fonctionnement et de prise en charge des parturientes ainsi que dans les liens organisationnels internes et externes. Il s'agit d'un document évolutif qui sera régulièrement actualisé et validé.

2. Définition :

La filière physiologique de soins pour les grossesses physiologiques est une filière spécifique identifiée et intégrée, située dans un espace dédié et qui offre aux couples concernés qui le souhaitent, dans le respect de l'équité des soins, un suivi de la

grossesse, de l'accouchement et du post partum dans des conditions non technicisées mais sécurisées par des sages-femmes référentes. Son concept répond à la notion d'accompagnement global par un nombre limité de sages-femmes.

Cette filière est fondée sur des critères d'accueil obstétricaux et pédiatriques et un protocole de prise en charge. Il s'agit d'une unité fonctionnelle du CHR René Dubos, incluse dans un pôle mère-enfant et dans un projet d'établissement, en lien fonctionnel et direct avec la maternité et l'ensemble de ses acteurs (gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, anesthésistes etc...)

Cette filière physiologique est actuellement sous la responsabilité du Docteur Muray (Responsable de l'Unité Gynéco-obstétrique) et sous l'entière responsabilité médicale des sages-femmes hospitalières qui y travaillent conformément à leurs compétences reconnues légalement. Actuellement, une sage-femme occupe le rôle de coordinatrice de la structure en étroite collaboration avec la Cadre supérieure sage-femme du pôle femme-enfant.

3. Objectifs :

- Proposer aux parturientes qui présentent une grossesse simple et en vue d'un accouchement qui se déroule normalement, un suivi et un accompagnement personnalisé par une sage-femme, permettant un meilleur respect de la physiologie en réponse à une demande existante des usagers de notre bassin de vie.
- Diversifier les modes de prise en charge au sien de la maternité du CHRD incluant un mode d'accouchement non technicisé en lien avec les recommandations sur le plan national.
- Favoriser l'établissement des liens intra- familiaux par un accompagnement attentif respectant la sécurité affective.
- Faire évoluer notre projet initial de Maison de Naissance, démarré en novembre 2006, non éligible à

l'expérimentation des MDN de France, afin d'assurer sa pérennité (cf. article 2 de la loi du 06/12/2013 « les maisons de naissance ne sont pas des établissements de santé »).

- Participer à la création d'un mouvement national sur la mise en place de filières de soins moins technicisées assurant la sécurité de la mère et de l'enfant.

- Optimiser la collaboration ville-hôpital avec les professionnels de santé de proximité faisant partie du Réseau Périnatal du Val d'Oise :
 - dans le cadre de la sortie précoce des maternités ;
 - en proposant dans l'avenir l'ouverture de plateau technique aux sages-femmes libérales souhaitant intégrer la filière physiologique.

4. Aspect juridique :

La filière physiologique faisant partie intégrante de l'établissement de santé, son statut juridique est celui du CHR René Dubos. Les locaux sont assurés par ce dernier ainsi que les professionnels, néanmoins, chaque professionnel est assuré ou dispose d'une assurance civile professionnelle couvrant son activité.

La filière physiologique et les sages-femmes adhèrent au Réseau Périnatal du Val d'Oise.

5. Présentation des locaux et de leurs équipements :

a. Situation :

La filière physiologique est située au 4^{ème} étage et dernier étage du bâtiment femme-enfant du Centre Hospitalier René Dubos de Pontoise (95).

b. Accès :

Deux accès sont possibles :

Un accès principal pour le public se situant à la sortie de l'ascenseur visiteurs du bâtiment femme-enfant au 4^{ème} étage, après franchissement d'un sas et d'une porte d'entrée spécifique verrouillée la nuit.

Un accès médical par l'intermédiaire d'un ascenseur dédié aux patients hospitalisés ainsi qu'à l'équipe médicale situé à l'extrémité de l'unité du côté des chambres de naissance. Cet accès est utilisé notamment dans le cas d'un transfert de la parturiente en travail vers le bloc d'accouchement (niveau -1) ou vers la maternité suites de couches (niveau 3) et/ou du bébé vers le service de néonatalogie (niveau -1) ou la maternité (niveau 3) ; cette porte sécurisée est munie d'un système de badge.

c. L'ouverture des locaux :

Les locaux sont ouverts du lundi au vendredi de 9 h à 19 h et fermés la nuit et le week-end s'il n'y a pas de présence de l'équipe ou de patiente. Les locaux sont disponibles en permanence mais ne possèdent pas de personnel 24h/24.

d. Description des locaux et des équipements :

Il s'agit d'un lieu dédié, adapté et équipé pour la prise en charge de la femme enceinte pour sa grossesse et son accouchement par une sage-femme. Il existe deux secteurs séparés par deux portes coupe-feu :

A/ le secteur pré-partum :

- Un accueil secrétariat informatisé avec logiciels institutionnels ainsi qu'un fax et une imprimante ;
- Un salon avec fauteuils et canapés servant également de salle d'attente avec documentations mises à disposition des parents.
- Une cuisine et une salle à manger équipées d'un réfrigérateur, d'un four à micro-ondes etc... à disposition des professionnels et des familles.
- Trois bureaux de consultation dont un équipé d'une table adaptée à la consultation d'ostéopathie du mardi. Chaque bureau est équipé d'un lit d'examen, d'un tensiomètre, d'un bureau, d'un chariot de soins avec le matériel adapté et d'un appareil de doppler à ultra-sons ;
- Une salle de préparation à la naissance avec des tapis de sol, des accessoires type ballons ergonomiques, un lavabo et un meuble de rangement.
- Une pièce d'accueil de la fratrie avec un canapé convertible et des jeux.
- Un bureau sage-femme informatisé avec meubles de rangements et une photocopieuse.
- Une station pneumatique fermée à clé pour l'acheminement des prélèvements de laboratoire.

- Un WC – douche personnel.
- Un WC – douche patient.
- Un local de ménage.
- Un sas à l'extrémité de la structure séparée par une porte coupe-feu donnant accès à un local déchet et aux combles ainsi qu'aux dispositifs permettant l'acheminement des containers vers la lingerie...

B/ le secteur per et post partum :

- Quatre chambres de naissance équipées chacune d'un lit de deux personnes avec une table de nuit, un plan d'accueil nouveau-né avec matelas, système d'aspiration (vide) et ventilation (O₂), une baignoire, un cabinet de toilette avec WC + lavabo, un système de suspension, un placard de rangement pour les patientes, des fluides médicaux.
- Deux chariots de soins équipés en matériel nécessaire à la sage-femme pour la pratique des accouchements sont disponibles pour l'ensemble des chambres ainsi qu'un moniteur foetal sans fil et deux tabourets d'accouchement.
- Un chariot d'urgence et d'équipement permettant la prise en charge de la patiente en cas d'urgence.
- Un brancard et un fauteuil roulant pour le transfert des patientes vers le bloc d'accouchement ou la maternité.
- Une salle de soins avec une pharmacie, un réfrigérateur contenant des médicaments (Syntocinon®), une table de réanimation pédiatrique avec fluides médicaux (en cours d'installation), un lavabo, un berceau.
- Une chambre sage-femme avec lit, vestiaire, douche, WC.
- Un local ménage avec vidoir, machine à laver, décontamination matériel et lave-bassin.
- Une réserve pour dispositifs médicaux, solutés, fournitures hôtelières et matériel biomédical.
- Un stockage linge.

6. Logistique et environnement :

a. Pharmacie et dispositifs médicaux :

Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est organisé et tracé. Les médicaments sont stockés dans un lieu non accessible au public. La traçabilité et le suivi des dates de péremption sont effectués.

La filière physiologique n'utilise que très peu de médicaments : essentiellement des antalgiques, et de l'homéopathie. En cas de nécessité d'utilisation par la sage-femme (**uniquement** après la naissance du nouveau-né), quelques ampoules de Syntocinon® en provenance du bloc d'accouchement sont stockées dans un réfrigérateur réservé aux médicaments.

Il n'y a pas de médicaments stupéfiants.

b. Circuit linge et circuits déchets :

Hygiène et bionettoyage : Conformément aux dispositions législatives et règlements applicables aux établissements de santé, l'hygiène et le bio nettoyage sont assurées par les aides-soignantes du bloc d'accouchement. Celui-ci est effectué après le départ de la mère et de son nouveau-né de l'unité, pour les chambres de naissances (sols, surfaces) et matériel et environnement proche de la patiente. Un prestataire externe (société GSF) assure au quotidien l'hygiène des couloirs et lieux communs (cuisine, bureau, salle d'attente, sanitaires...).

Il n'y a pas de dotation linge propre, celui-ci est fourni par le bloc d'accouchement.

Le linge sale est acheminé sur le bloc d'accouchement par l'aide-soignante pour y être évacué après le départ de la parturiente de la filière physiologique.

Les placentas sont mis dans des sacs jaunes (DASRI) étiquetés au nom de la patiente et acheminés sur le bloc d'accouchement pour élimination en accord avec le protocole de tri des déchets des unités de soins.

c. Circuits des examens de laboratoire :

Cela concerne essentiellement les examens biologiques et bactériologiques effectués durant l'accouchement à la mère et au nouveau-né par la sage-femme. Tous les examens de laboratoire prescrits par la sage-femme pendant la grossesse sont réalisés en laboratoire de ville, hormis le prélèvement vaginal (recherche de Streptocoque B) qui lui est réalisé par le laboratoire de bactériologie du CHRD.

Les demandes d'examens font l'objet d'une prescription médicale conforme, l'acheminement des prélèvements est effectué par pneumatique 24/24 h dans des cartouches de couleur rouge. Les résultats des examens sont consultables sur le logiciel DX Care et/ou reçus par le courrier interne ou le fax.

d. Sécurité des biens et des personnes :

Celle-ci est assurée par l'équipe de sécurité du CHRD qui se déplace en cas de nécessité sur appel.

e. La restauration :

Le personnel se restaure dans la cuisine ou au restaurant du personnel. Les parturientes bénéficient si besoin durant l'accouchement et en post-partum immédiat d'une collation (petite alimentation) ou d'un plateau repas préparé et acheminé par l'aide-soignante du bloc d'accouchement.

f. La filière physiologique dispose d'un système d'information :

Le serveur Citrix met à disposition les logiciels métiers du CHRD : intranet, internet, DX Care, DX Planning, Cerner (logiciel d'identité et de saisie des actes), messagerie Notes, logiciels d'archivage, de commandes hôtelière, d'interventions techniques et autres ; etc...

g. Commandes diverses :

Les commandes de papeterie sont faites conjointement avec l'UF du bloc d'accouchement, tandis que les commandes hôtelières, les bons de réparation, l'équipement biomédical, la reprographie sont réalisés sous l'UF de l'Unité Fonctionnelle 6022 de la filière physiologique.

7. Présentation du personnel de la filière physiologique :

a. Médical : les sages-femmes

Actuellement deux sages-femmes salariées hospitalières dont une à temps plein et l'autre à temps partiel à 80 % assurent le suivi global des parturientes inscrites dans la filière physiologique. Elles se remplacent mutuellement en cas d'absence ou de périodes de congés. Elles possèdent une grande expérience de la physiologie de par leur ancienneté et leur formation.

Le nombre de suivis est d'environ 90 par an (50 pour le temps plein et 40 pour le temps partiel). La SF à temps plein est présente 3 jours fixes en 10 heures par semaine (lundi, mardi et vendredi), la SF à temps partiel 2 jours fixes en 10 heures par semaine (mercredi et jeudi). La permanence sage-femme est assurée tous les jours où sont

réalisées également les consultations pré et post-natales et les séances de préparation à la parentalité.

Chaque sage-femme, joignable sur son portable personnel 24 h/24, se libère ensuite « au pied levé », y compris la nuit et le weekend pour les accouchements des patientes suivies.

La sage-femme à temps plein assure également le rôle de coordinatrice de la structure.

b. **Paramédical** : les aides-soignantes et auxiliaires de puériculture (AS/AP) :

Actuellement il n'y a pas de poste AS/AP dédié à la structure, présente 24 h/24. L'AS/AP est mutualisée avec le bloc d'accouchement de la maternité et elle se libère pour assister la sage-femme de la filière physiologique uniquement au moment précis où la parturiente est sur le point d'accoucher. Elle reste présente dans la structure jusqu'à la délivrance et regagne ensuite le bloc d'accouchement après accord avec la sage-femme et en l'absence de situation à risque concernant la mère et/ou le nouveau-né.

Elle revient ensuite vers la filière physiologique ultérieurement après appel de la sage-femme pour seconder cette dernière dans la prise en charge du nouveau-né (habillage, soins...) et également pour assurer le bio-nettoyage de la chambre de naissance après le départ du couple et de l'enfant.

Le planning des AS/AP est consultable dans un classeur disponible au bloc d'accouchement. Elles connaissent les procédures institutionnelles et spécifiques de la filière physiologique ainsi que les protocoles d'hygiène en vigueur.

c. **Administratif** :

Une assistante médico-administrative (AMA) à mi-temps. Elle est présente du lundi au vendredi de 13 h 15 à 17 h, non remplacée pendant ses congés. Elle assure :

- L'accueil physique des couples fréquentant la structure,
- L'accueil téléphonique,
- Les demandes de renseignements et d'inscription,

- La prise des rendez-vous de consultations des sages-femmes et de l'ostéopathe,
- La saisie des actes de consultations et des cours de préparation à l'accouchement,
- Les commandes (papeterie, consommables, hôtelières etc..),
- Les demandes de dossiers aux archives et la tenue du DPU,
- L'archivage et le classement des examens vus par les sages-femmes,
- La frappe des documents de la filière physiologique (administratif, planning des cours de préparation, notes...),
- Le lien avec les différents partenaires du suivi de grossesse (intra-hospitaliers et professionnels de ville).

d. **Autres** : l'ostéopathe, elle est présente tous les mardis et assure :

L'encadrement de deux étudiants de fin de cursus en ostéopathie le mardi matin (partenariat avec l'Ecole Supérieure d'Ostéopathie de Champs-sur-Marne). Cette consultation est gratuite et ouverte à toutes les parturientes de la maternité et/ou suivies en ville.

Une consultation privée le mardi après-midi dans le cadre d'une convention de co-utilisation signée avec le CH René Dubos.

8. Les étapes de la prise en charge de la parturiente dans la filière physiologique et ses modalités

a. **Les critères d'inclusion et d'accueil obstétricaux et pédiatriques** :

Les patientes suivies dans la filière physiologique sont des patientes à « bas risque » pour la grossesse et l'accouchement et qui souhaitent accoucher dans ce type de structure. Une grossesse à bas risque est une grossesse qui ne présente pas de situations à risques a priori telles que définies dans la recommandation des bonnes pratiques de la HAS (septembre 2007 : « *suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* »).

b. **LE PARCOURS PATIENT** :

Le parcours médical : Cf. ci-après le déroulement du suivi.

Le parcours administratif :

Avant chaque consultation et chaque séance de préparation à la parentalité, la parturiente doit se présenter aux caisses afin de valider son passage dans la filière physiologique, un acte correspondant est saisi par la secrétaire sur le logiciel CERNER sous l'UF 6022.

A l'arrivée de la patiente le jour de l'accouchement, et après vérification de son identité selon la procédure (vérification de l'identité avant la réalisation d'un acte), un bracelet d'identification lui est posé.

La patiente est inscrite sur le registre des entrées urgences gynéco-obstétriques par la sage-femme et est admise dans CERNER sous l'UF 6034 - urgences-obstétriques. Après l'accouchement l'IPP de la patiente est muté sous l'UF 6020. Une feuille de codification d'actes d'accouchement est renseignée par la sage-femme pour en permettre la saisie.

A la naissance du bébé et après vérification par les parents, deux bracelets d'identification sont posés. L'identité du bébé est créée dans le logiciel CERNER sous l'UF 6031. Le lien administratif « mère-enfant » est créé.

c. Le déroulement du suivi et ses modalités :

Le pré-partum :

La prise de contact et le suivi des parturientes débutent le plus tôt possible très souvent dès l'annonce de la grossesse et pas après 28 SA. La demande d'information et/ou d'inscription se fait le plus souvent par appel téléphonique auprès de la secrétaire, celle-ci remplit une fiche de candidature élaborée par les sages-femmes comportant divers renseignements à savoir les coordonnées de la patiente, son âge, son adresse, sa parité, ses antécédents chirurgicaux et obstétricaux. Elle renseigne également les couples en première intention sur le fonctionnement de la filière physiologique.

Les candidatures sont rangées dans un classeur consultable tous les jours pas les sages-femmes. Actuellement, du fait des effectifs de sages-femmes, le nombre de candidatures retenues est d'environ 90 à l'année.

Après accord de la sage-femme, un premier rendez-vous sous forme d'un **entretien individuel** avec la patiente ou le couple sera ensuite proposé par la secrétaire. Il s'agit d'un temps de rencontre et de discussion afin que les couples puissent exprimer leurs attentes et exposer leur projet de naissance. Il permet également de présenter les acteurs, d'effectuer une visite des lieux et aussi d'informer :

- sur les critères d'éligibilité pour accoucher dans la filière physiologique ;
- sur le suivi de la grossesse (nombre et déroulement des consultations pré et post-natales et des séances de préparation à la parentalité ;
- sur les modalités d'accouchement ;
- sur la prise en charge de la douleur ;
- sur la prise en charge du post-partum ;
- sur les modalités de transfert de la parturiente vers la maternité dans le cas où surviendrait une complication en pré, per ou post-partum ;
- sur les modalités de transfert du nouveau-né ;
- sur les suites de couches et le retour à domicile.

La sage-femme évalue également les besoins, les dimensions non médicales, sociales, affectives et psycho-sociales et oriente si besoin.

Un document d'information écrit est remis à la patiente (en cours d'élaboration).

Au décours de ce premier entretien, un temps de réflexion est proposé qui permettra d'aboutir sur un consentement éclairé.

Les consultations prénatales débuteront ensuite au rythme d'une consultation mensuelle d'une durée de 45 minutes jusqu'à 37 SA puis une consultation à 39, 40 et 41 SA.

La surveillance du terme dépassé se fera par les sages-femmes de la filière physiologique en adéquation avec le protocole de la maternité.

Le suivi global et personnalisé en pré-partum est assuré par la sage-femme référente et/ou le binôme. Le nombre de consultations, leur organisation et les examens complémentaires s'inscrivent dans le cas de la réglementation en vigueur tels que prévu dans les articles R2122-1 et R2122-3 du code de la santé publique et suivant les recommandations de la HAS sur le suivi des femmes enceintes (septembre 2007). Le niveau de risque de la grossesse est évalué à chaque consultation afin de vérifier qu'il reste « à bas risque » ; en cas d'apparition de facteurs de risque, la sage-femme oriente la parturiente pour avis vers l'équipe de la maternité ou sollicite le staff obstétrical journalier. La poursuite de la prise en charge de la parturiente dans la filière physiologique ne se fera qu'en cas d'accord avec l'équipe de la maternité.

Un dossier médical écrit, partagé est créé pour chaque patiente et tenu à jour à chaque consultation. Il est mis à disposition de l'équipe médicale en cas d'avis, de transfert et de consultation d'anesthésie.

Toutes les patientes doivent bénéficier d'une **consultation obligatoire pré-anesthésique** conformément aux articles D 6124-92 et D 6124 – 35 du code de la santé publique. La filière physiologique doit organiser la réalisation de celle-ci au sein de la maternité. L'anesthésiste peut formuler une exclusion motivée à cette prise en charge en filière physiologique pour les pathologies relevant de ses compétences. D'autre part, il est conseillé aux parturientes d'assister à la réunion d'information organisée régulièrement par l'équipe d'anesthésie notamment pour les primipares et les multipares n'ayant pas reçu cette information pour une grossesse précédente. L'anesthésiste prescrit à la patiente un bilan biologique à faire dans les 15 jours précédents le terme. Le jour de l'accouchement, la patiente doit avoir en sa possession une carte de groupe sanguin conforme aux exigences du Centre de Transfusion Sanguine.

7 séances de préparation à la parentalité sont proposées aux couples. Elles débutent à partir du 6^{ème} mois de grossesse, au rythme d'une séance par semaine, en groupe limité de 4 ou 5 mamans et d'une durée de 2 h 30 environ. Une séance pour le papa se déroule en soirée. Ces séances sont assurées par le binôme de sages-femmes en alternance ce qui permet aux parturientes de connaître les deux sages-femmes en cas d'absence de la référente le jour de l'accouchement. Chaque séance comporte un thème (postures d'accouchement, allaitement...) et un temps de sophrologie.

Ces séances rentrent dans un processus éducatif, actif, d'acquisition de compétences renforçant la confiance en soi et qui permet d'aborder l'accouchement et l'après-naissance en toute sérénité et de replacer la naissance comme un événement familial avant tout.

Le per-partum :

L'accouchement dans la filière physiologique ne peut se faire qu'à partir de 37 SA révolues après mise en travail spontané, ce qui exclut les déclenchements ou les maturations cervicales médicamenteuses.

Le jour J, la patiente contacte directement la sage-femme sur son portable personnel et elles décident ensemble du départ pour la filière physiologique. En journée, les parturientes en travail, arrivent par l'entrée habituelle de l'unité, la nuit l'arrivée se fait par les urgences de la Maternité du fait de la fermeture de l'entrée du Bâtiment Femme-Enfant de 22 h à 6 h du matin.

Le suivi du travail et de l'accouchement est assuré par la sage-femme référente dans une des chambres de la maison de naissance, celle-ci reste présente auprès de la parturiente pendant tout le déroulement de l'accouchement. Pour des raisons de sécurité, après appel de la sage-femme, une aide-soignante du bloc d'accouchement assiste la sage-femme dans la filière physiologique au moment de l'accouchement et jusqu'à la délivrance.

Le déroulement de l'accouchement se fait dans le respect de la physiologie et de la sécurité de la mère et de l'enfant : la liberté de mouvements et de positions (baignoire, ballon, tabouret d'accouchement, suspensions...), les efforts expulsifs spontanés, le monitoring fœtal en discontinu à l'aide d'un dispositif sans fil, la perfusion non systématique. Durant le travail, les médicaments utilisés sont essentiellement homéopathiques. Il n'y a pas de travail dirigé par Syntocinon® ni d'utilisation de stupéfiants. Le matériel utilisé par la sage-femme est défini par la réglementation en vigueur et sont disponibles en permanence dans la structure ainsi qu'un chariot permettant d'effectuer les soins d'urgence.

Dès sa naissance, le nourrisson est placé sur sa maman en peau à peau avec la surveillance adaptée à cette pratique. Le clampage du cordon ne se fait que lorsque celui-ci ne bat plus et en absence de début d'hémorragie maternelle ; il n'y a donc pas de PH lactates effectués de façon systématique. La délivrance se fait de façon naturelle et physiologique, il n'y a pas de recours systématique à la délivrance dirigée.

En ce qui concerne **la prise en charge de la douleur**, la filière physiologique ne proposant pas d'analgésie péridurale, les moyens analgésiques de l'accouchement utilisés par la sage-femme sont ceux qui ne nécessitent pas de compétences anesthésiques. Ils peuvent être proposés à la parturiente en tenant compte des

impératifs d'une éventuelle anesthésie ultérieure. Au cas où des médicaments sont administrés, ils ne doivent en aucune manière être incompatibles avec une analgésie péridurale ultérieure. La surveillance des effets secondaires maternels, fœtaux et néonataux doit être assurée ainsi que la mise en place d'un protocole de réversion.

En cas de survenue de complication, la sage-femme organise le transfert sécuritaire de la parturiente vers le plateau technique, elle dispose d'un DECT pour prévenir l'équipe obstétricale. Un ascenseur dédié permet le transfert rapide de la parturiente au niveau – 1 (bloc d'accouchement et service de néonatalogie), en fauteuil roulant ou en brancard selon la situation. A l'arrivée sur le plateau technique, la sage-femme de la filière physiologique continue le suivi de la prise en charge de la patiente **conjointement** avec l'équipe obstétricale de garde et dans le respect des protocoles en vigueur du bloc d'accouchement.

Les documents transfusionnels sont dans le dossier de la patiente et compatibles avec la sécurité transfusionnelle.

Le post partum :

Immédiat :

Les deux heures suivant l'accouchement seront consacrées à la surveillance des saignements maternels et du globe utérin mais également à l'adaptation de l'enfant à la vie extra utérine (température, alimentation..). Le recours au Syntocinon® en post partum immédiat est non systématique mais peut être utilisé en cas de nécessité jugée par la sage-femme.

Après le délai de surveillance légal de 2 heures, la patiente sera descendue en fauteuil avec son bébé jusqu'à l'étage des suites de couches où débutera son séjour.

Les transmissions orales et écrites sont faites à l'équipe des suites de couches afin d'assurer la continuité de la prise en charge des patientes et des nouveau-nés. Les transmissions écrites sont consignées dans le dossier médical papier de la parturiente, celui-ci comprend le dossier de grossesse, le dossier d'accouchement avec le partogramme et l'enregistrement du RCF, le dossier du nouveau-né ainsi que le carnet de santé, le dossier fusion imprimé (mère et nouveau-né) la consultation d'anesthésie et les examens complémentaires.

La sage-femme est responsable de la bonne tenue en temps réel des registres : celui des accouchements et celui de l'état civil basés au bloc d'accouchement ainsi que celui de la filière physiologique

L'activité de la filière physiologique est comptabilisée avec celle du bloc d'accouchement.

Les suites de couches :

Plusieurs possibilités dans le respect du choix des couples et de la sécurité mère enfant :

- La prise en charge habituelle par l'équipe de la maternité dans son ensemble avec un retour à domicile possible à la demande de la parturiente soit à J2 en HAD avec un relai par une sage-femme libérale ou à J3 dans le cadre du PRADO. Durant le séjour à la maternité, la sage-femme de la filière physiologique rend visite à la parturiente et fait le lien avec l'équipe des SDC.
- Pour les parturientes ayant émis le souhait, durant la grossesse, d'un retour à domicile très précoce et en l'absence de contres indications maternelles et néo-natales, la sortie de l'unité physiologique peut être envisagée dans les 12 heures après l'accouchement avec un relai sage-femme libérale organisé par la sage-femme de l'unité physiologique et après consultation pédiatrique. Dans ce cas, le carnet de santé est remis à la maman avec les documents suivants : prescription type pour le dépistage de la surdité du nouveau-né, prescription du Guthrie et ordonnance pour les soins du bébé. Un compte-rendu de la grossesse et de l'accouchement est remis pour la sage-femme libérale. Cette dernière assurera les visites à domicile pour la surveillance de la maman et du nouveau-né et restera en liaison avec la sage-femme de l'unité physiologique.

Les paramètres de surveillance de la femme après le retour à domicile sont au moins ceux définis par la recommandation de la HAS « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » (mars 2014).

Visite post natale :

La visite post natale est réalisée 6 semaines après l'accouchement, par la sage-femme ayant assuré le suivi de la grossesse dans la filière physiologique. La rééducation périnéale est assurée par les professionnels de ville (sage-femme ou kinésithérapeute).

9. Les liens organisationnels :

a. Internes au CHP :

A/ Les liaisons directes au secteur maternité sont :

- la consultation d'anesthésie,
- la consultation des explorations fonctionnelles,
- l'unité de GHR,
- l'unité d'urgences obstétricales,
- le diagnostic anténatal,
- le bloc d'accouchement,
- les suites de couches,
- l'unité de néonatalogie.

B/ Protocole en cas de transfert de la parturiente :

→ en cours de grossesse :

En cas d'apparition d'une pathologie dépistée par la sage-femme durant la grossesse, celle-ci sollicite l'équipe de la maternité suivant la pathologie rencontrée (DAN, consultations, explorations fonctionnelles, anesthésiste etc...) soit sous forme d'un appel téléphonique, du staff journalier obstétrical ou spécialisé GHR, d'une consultation avec l'un des praticiens. Il sera ensuite décidé de façon collégiale si la parturiente peut ou ne peut pas poursuivre son suivi médical au sein de la filière physiologique. Son dossier médical sera transféré sur la maternité si nécessaire.

→ en cours d'accouchement ou de post partum immédiat :

Dans le cas d'apparition d'une pathologie materno-fœtale dans le per partum ou le post partum immédiat, le transfert de la parturiente se fera vers le bloc d'accouchement en fauteuil ou en brancard selon la situation d'urgence. La sage-femme prévient l'équipe obstétricale par DECT et assurera le transfert dans des conditions de sécurité pour la mère conjointement avec l'AS présente (patiente perfusée, arrêt de l'alimentation si non fait au préalable). La poursuite de la prise en

charge de la parturiente se fera en étroite collaboration avec l'équipe obstétricale et selon les protocoles en vigueur du bloc d'accouchement. Le dossier médical complet comportant en outre la consultation d'anesthésie, le bilan biologique maternel, la carte de groupe sanguin suivra la parturiente. Actuellement, l'équipe obstétricale n'intervient pas directement dans la filière physiologique.

C/ Protocole de transfert du nouveau-né à la naissance :

En cas d'apparition de pathologie nécessitant le transfert du nouveau-né vers le bloc d'accouchement pour une prise en charge pédiatrique, celui se fera de façon sécuritaire avec un moyen de transport adapté et après soins et gestes d'urgence effectués par la sage-femme dans la filière physiologique. Actuellement le pédiatre n'intervient pas directement dans la filière physiologique

b. Externes au CHP :

A/ Le Réseau Périnatal du Val d'Oise et l'ensemble de ses acteurs.

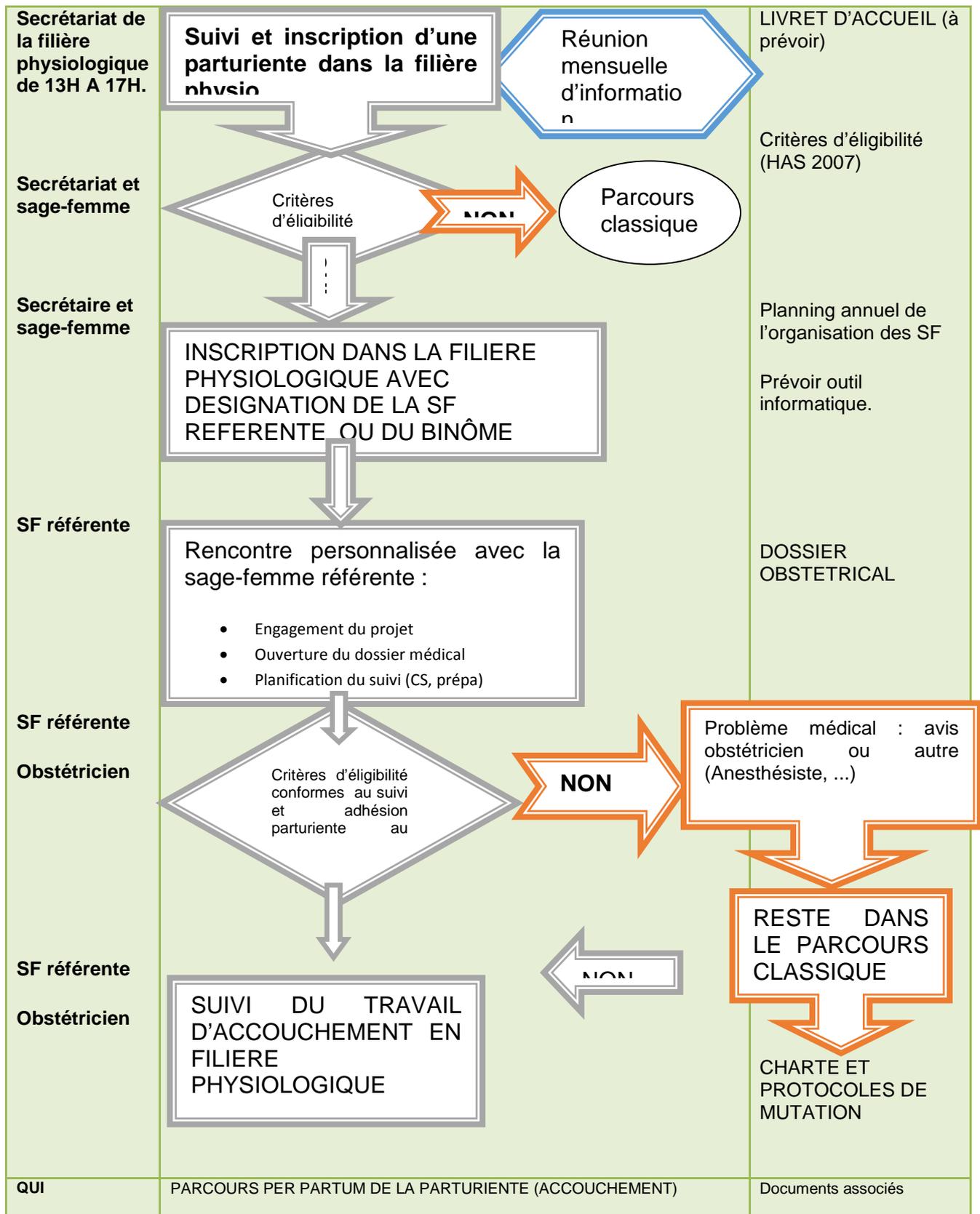
B/ Les associations de parents :

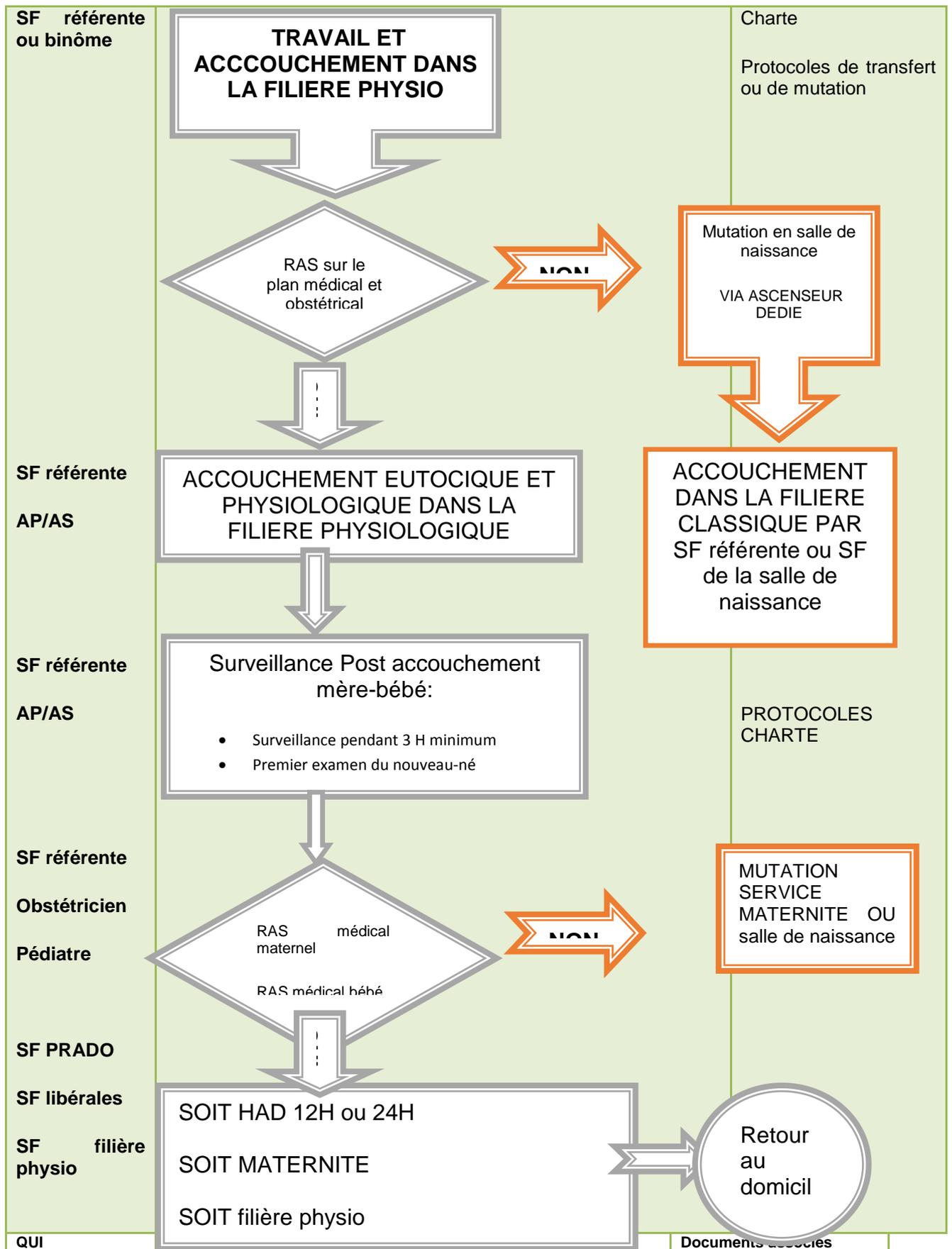
- PAMANA créée au printemps 2007 elle a pour objectif d'informer les parents de l'existence de la filière physiologique et de son fonctionnement, de promouvoir les activités au sein du lieu et d'organiser des rencontres, soirées et journées à thèmes.
- Le CIANE (Collectif Inter Associatif de la Naissance), etc....

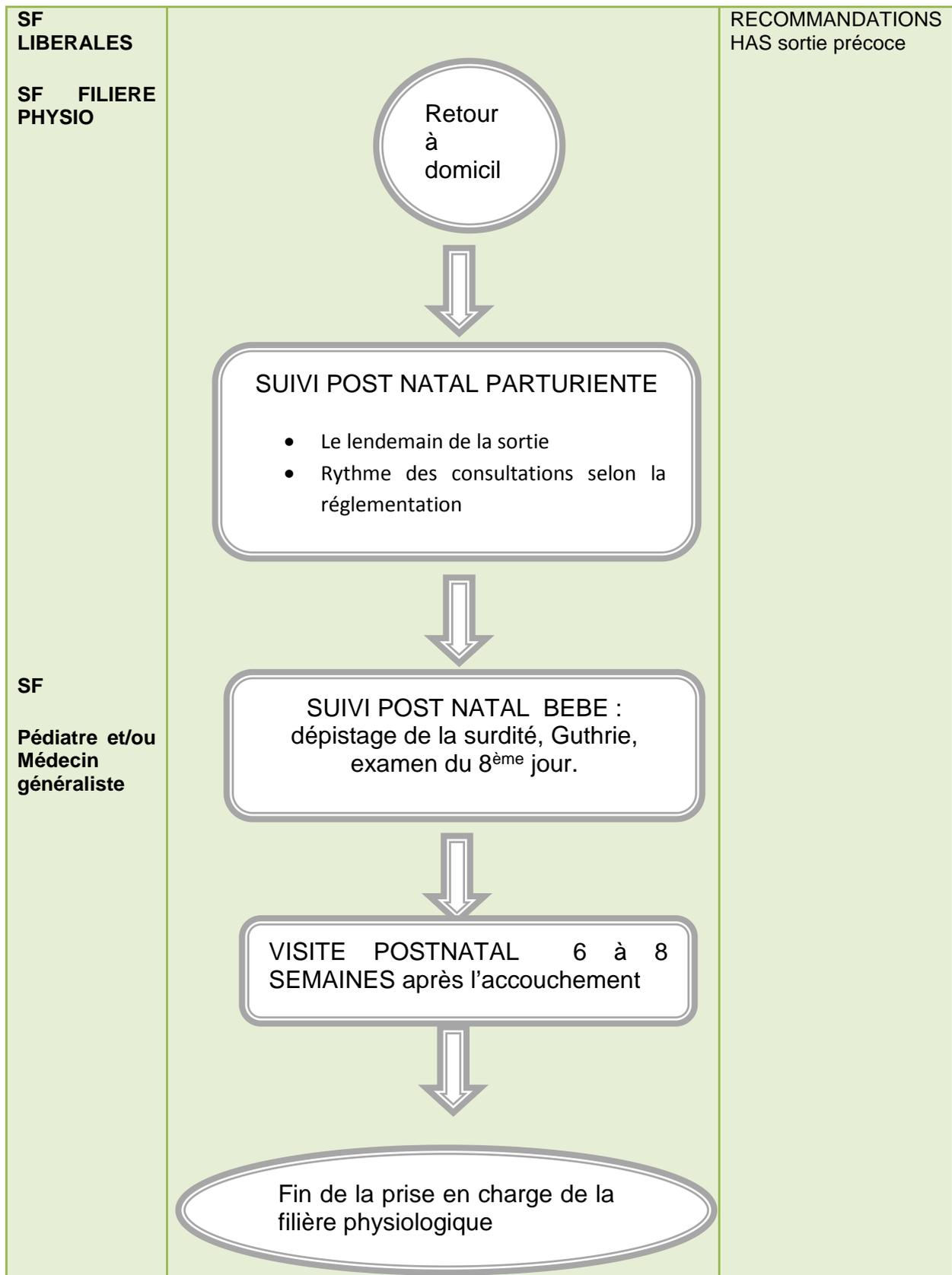
C/ La mairie : pour la gestion de l'Etat Civil conformément à l'organisation en vigueur au sein de la maternité.

**10.LE PARCOURS DE LA PARTURIENTE DANS LA FILIERE
PHYSIOLOGIQUE DU CHR RENE DUBOS (PONTOISE)**

QUI	PARCOURS PRENATAL DE LA PARTURIENTE	Documents associés
-----	-------------------------------------	--------------------







VII. SECOND EXEMPLE : UN ETABLISSEMENT FEHAP : LA SAGESSE, RENNES :

Contribution Christiane David, Rennes

Pour l'association MAISOUNAITON et la clinique mutualiste La Sagesse.

Depuis 2004 une association de parents et de sages-femmes de Rennes travaillent ensemble pour voir émerger cette nouvelle offre de soins. L'association MAISOUNAITON s'est mise en lien avec la clinique mutualiste La Sagesse que ce travail puisse aboutir. Ainsi, dans cette conjonction d'énergies, une modélisation de filière physiologique intégrant un accompagnement global a pu être réalisé.

Le texte de référence datant de 2012, les chiffres sont à réactualisés. Cette élaboration n'a actuellement pu voir le jour compte tenu de situations internes propres à l'établissement. D'autres priorités devant être honorées. De plus les dirigeants et responsables de cette structure attendent beaucoup de la production et de l'aboutissement de la démarche du groupe de travail du Collège National des Sages-Femmes. Existera-t-il un référentiel et une officialisation d'une filière physiologique pour les maternités en France ? Cela conforterait la mise en place locale de ce projet. En effet, l'éventualité de sa réalisation sous l'appellation « pôle physiologique » et telle que nous venons de le définir, n'en n'est pas pour autant évincée.

Ce projet fait en effet l'unanimité de la communauté médicale de cet établissement. La Commission Médicale d'Etablissement l'a fortement honorée. Ce travail inscrit dans une durée de 11 années nous a permis de développer avec l'équipe obstétricale (sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes et pédiatres) une réflexion et une pensée communes autour d'une telle démarche novatrice en France. Cet aspect est à nos yeux d'une réelle importance pour sa réussite future. C'en est véritablement l'un des socles sur lequel nous pourrions nous appuyer pour développer une telle activité qui méritera beaucoup d'attention de la part de chacun.

Par ailleurs, ce projet a reçu l'aval de l'A.R.S. Bretagne, que nous avons rencontré à plusieurs reprises. Le réseau périnatal d'Ille et Vilaine est également l'un de nos partenaires. Nous sommes par ailleurs en lien avec la PMI et le conseil général, la CAF ainsi que la municipalité de Rennes dans le cadre de l'élaboration d'une charte de santé-environnement pour la ville.

Ce pôle lorsqu'il verra le jour, ne sera pas seulement identifié comme un pôle physiologique, mais aussi comme la possibilité d'offrir aux couples un accompagnement global. Cette filière a d'ailleurs été nommée « Accompagnement Global Personnalisé » ou AGP.

1. ENJEUX DE CE PROJET :

I - Créer une nouvelle filière distincte de prise en charge dédiée aux grossesses physiologiques (cf. HAS)

II - Créer une offre de soins spécifique et novatrice sur le bassin Rennais.

III - Nourrir et développer une dynamique institutionnelle mobilisante pour tous, et ce même si tous les professionnels n'y travaillerons pas.

2. BORNES DE CE PROJET :

I - Nécessité de bien délimiter les espaces de chacun : espace géographique et espace de travail différencié, interfaces et espaces de travail commun.

II - Inclusion de ce pôle dans le projet médical de la clinique. (Projet d'Etablissement 2012-2016)

3. PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT :

Ils sont basés sur :

- Le choix des couples demandeurs, et selon les critères d'éligibilité. Ceci sans discrimination de quelque nature que ce soit. Un contrat sera signé.
- Un accompagnement global avec une sage-femme référent travaillant dans le cadre d'une équipe réduite de sages-femmes (trinôme de sages-femmes).
- La définition consensuelle avec l'équipe médicale des critères d'éligibilité avec les modalités de transfert de la responsabilité médicale pour les situations devenant à risque en pré, per, et post-natal.
- Un dossier partagé.
- Des staffs réguliers en commun et une bonne connaissance des deux équipes.
- La participation des usagers à la vie de la structure.

En ce qui concerne les femmes suivies et les critères d'éligibilité, la définition de la grossesse sans situation à risque et leur suivi par les sages-femmes font l'objet de recommandations de la HAS sur lesquelles se fondent cette démarche.

En ce qui concerne l'information faite aux parents, une information écrite complète et détaillée des modalités de fonctionnement sera réalisée. Ce document comportera les conditions de prise en charge, les modalités des suivis pré, per et post partum, ainsi que les modalités de transfert.

Un consentement éclairé sera recueilli et signé par les parents et la sage-femme.

Un règlement intérieur propre à cette filière sera également réalisé.

Le parcours de l'utilisateur sera le suivant :

- Tableau synthétique du suivi.
- Tableau synthétique du parcours patient jusqu'à la fin du suivi post-natal au domicile avec les éventualités qui peuvent se rencontrer. (Demande d'avis – transfert).

4. ACTIVITE ENVISAGEE :

Une montée en charge de l'activité est prévue progressivement. Pour arriver à terme à une activité comptabilisant 300 naissances, avec 480 suivis. Il est estimé un taux de transfert sur la filière dite classique de 30%.

Les moyens humains seront constitués par une équipe de 8 sages-femmes dédiées entièrement à cette activité. Un poste à temps plein d'auxiliaire puéricultrice /aide-soignante est prévu également, ainsi qu'un temps plein de secrétariat. Une sage-femme coordinatrice à mi-temps assurera l'accompagnement de cette équipe.

5. ETUDE FINANCIERE ESTIMEE :

Si les comptes ne sont pas à l'équilibre financier avec une activité de 150 et 200 accouchements (-157586,88 et -40306,32) ils sont quasi à l'équilibre avec l'activité de « 300 naissances. (Plus 115196,53).

6. MOYEN ARCHITECTURAL :

Nous estimons avoir besoin d'une surface d'environ 300 m² qui se répartissent entre 2 chambres de naissance, deux bureaux de consultation, une salle d'attente, une salle polyvalente une à deux pièces de rangement, des sanitaires. Un espace dédié devrait donc aménagé et se situera à proximité des salles de naissance elles-mêmes contiguës au bloc de césarienne.

7. EVALUATION DU DISPOSITIF :

Une évaluation est bien entendu prévue. Il s'agira de mesurer la qualité et la sécurité du dispositif sur toutes les étapes du suivi. La qualité de la coopération entre le pôle physiologique et le service de maternité et le réseau périnatal sera également évaluée.

VIII. ANALYSE CONJONCTURELLE ET CONCLUSION :

La demande de la mise en place de filières physiologiques émane depuis de nombreuses années de la part des usagers et de quelques professionnels. En 2015, il y a une véritable conjonction entre les souhaits des femmes, les souhaits d'une pratique différente de la part des professionnels, et une politique de santé ouverte et décidée à mettre en place de nouveaux modèles de prises en charge, que ce soit par l'ouverture de maisons de naissances en dehors des établissements de santé ou des filières physiologiques sous la responsabilité des sages-femmes à l'intérieur des structures hospitalières publiques ou privées.

La mise en place de telles filières s'inscrit complètement dans la nouvelle loi de santé publique nommée « Stratégie Nationale de Santé » ou « SNS » et plus particulièrement dans son volet ambulatoire. Il est évident que ces modalités de prise en charge ne nécessitent pas forcément une nuit à la maternité suivant l'heure de la naissance. Tous les dispositifs de surveillance et de dépistage de la mère et du nouveau-né sont organisés en ville dans le cadre d'un réseau ville-hôpital bien structuré.

Une évaluation médico-économique a été établie par une étudiante en Master « management et pédagogie en périnatalité », les résultats sont probants à partir d'une masse critique [54].

L'apport théorique de la physiologie est enseigné tout au long des 5 années de formation initiale des sages-femmes (PACES + 4 années spécifiques de formation en sciences maïeutiques) sur l'Evidence Based Midwifery, sur l'Evidence Based Practice et les expériences étrangères. Cependant, l'accompagnement cognitif lors de l'enseignement clinique en stage est parfois lacunaire en la matière, faute de professionnels suffisamment disponibles. En effet, les sages-femmes françaises dont le niveau de formation (essentiellement hospitalo-centrée) est un des plus élevés au monde, sont ultra-compétentes pour la prise en charge médicalisée des accouchements et des naissances. Leur participation quotidienne à la gestion de la pathologie, en collaboration avec les médecins gynécologues obstétriciens, limite leur disponibilité pour accompagner des femmes enceintes désireuses d'un accouchement naturel avec une médicalisation réduite à la plus stricte nécessité. Le management médical, parfois rigide et très "protocollisé" des services de maternité limitent la personnalisation de l'accompagnement physiologique de la naissance et les initiatives individuelles des professionnels. Il serait donc pertinent d'adosser une unité de recherche dans les centres universitaires pour publier sur le champ de la maïeutique, peu exploité aujourd'hui en France au regard des pays anglo-saxons.

Enfin, nous notons qu'en 2015, le NICE recommande de réévaluer chaque semestre l'effectif des sages-femmes pour garantir à chaque femme, quel que soit son niveau de risque obstétricale un accompagnement* personnalisé et adapté par une sage-femme dans le respect de son projet de naissance* [55].

Pour conclure, nous avons déjà un modèle fiable, consolidé sur le CH de Pontoise et d'autres exemples en phase d'être déclinés sur le terrain. Par conséquent, au regard de l'ensemble de ces réflexions collectives et des données scientifiques probantes, il serait nécessaire d'offrir aux usagers une alternative aux modèles relativement figés dans les maternités françaises.

IX. Glossaire :

Accompagnement ou soutien continu au cours du travail (continuous labor support) :

L'accompagnement est défini selon les données probantes qui ont fourni le niveau de preuve sur ce type d'intervention, c'est-à-dire des soins sans visée diagnostique ou thérapeutique, donnés de façon continue aux femmes en travail et qui accouchent, qui incluent notamment le soutien moral et physique, le soutien du partenaire, l'information sur le processus du travail et de l'accouchement et la facilitation de la communication entre les professionnels de la santé et le couple. [6 ; 52]

Accompagnement global :

Il peut s'agir du suivi d'un couple par un même professionnel de santé, le plus souvent une sage-femme libérale, à chaque étape de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites. Tout comme il est possible que les différents intervenants accompagnateurs offrent une écoute attentive du couple par une disponibilité et une présence de chaque instant, notamment au moment de l'accouchement. Ces définitions s'appuient sur une base chronologique des événements. Cette globalité peut également être définie sur la base des multiples facettes de l'évènement que représente la naissance et non pas centrée sur la surveillance médicale exclusive. Toutes ces définitions impliquent une coordination complexe de ces professionnels. [56]

En ce qui concerne notre propos, il s'agit donc d'un seul praticien, la sage-femme libérale, qui assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, qui propose des séances de préparation à la naissance, qui surveille et qui est responsable de l'accouchement, de la naissance, qui effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant. L'accompagnement global permet une approche à la fois médicale, psychologique et humaine où cohérence et continuité s'allient avec le respect de la mère, du père et de l'enfant. Il est possible que plusieurs sages-femmes (2 ou 3 maximum), travaillant en équipe, assurent alternativement la disponibilité pour les accouchements, selon un calendrier et un mode de fonctionnement défini à l'avance. [57]

Accouchement naturel ou Accouchement physiologique (normal birth) :

Un accouchement est considéré comme « naturel » lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou même d'aucune intervention humaine et que, lorsque de telles interventions s'avèrent nécessaires, elles sont faites en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement. [6 ; 7]

Accouchement normal (≠ normal birth) :

Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques au début du travail (situation quant aux risques qui perdurent tout au long du travail et de l'accouchement). L'enfant naît spontanément en position du

sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal comprend l'occasion de contact en peau à peau et d'allaitement au cours de la première heure suivant l'accouchement. [6 ; 7]

Le recours à des interventions médicales mineures sont possibles (amniotomie par exemple), ainsi qu'une prise en charge médicamenteuse de la douleur comme l'analgésie péridurale. Il ne s'agit donc pas du « normal birth » anglo-saxon.

Accouchement spontané / voie basse spontanée – VBS - (= vaginal delivery) :

Accouchement par voie vaginale qui n'est pas assisté de forceps, par ventouse obstétricale ou par césarienne, et dans le cadre duquel la présentation n'est pas anormale. Ce terme ne décrit que le type d'accouchement. Il pourrait donc englober le déclenchement, l'accélération, le monitoring électronique fœtal, l'analgésie régionale, et les complications de la grossesse (hypertension, hémorragie antepartum, etc.). En bref, bien que le travail puisse présenter une complication ou une anomalie, l'accouchement est normal (spontané). [6]

Une grossesse à haut risque peut donc se conclure par une VBS. Une grossesse à bas risque peut nécessiter une intervention comme un forceps, une ventouse obstétricale ou une césarienne.

Un accouchement en présentation podalique (siège) peut être spontané mais nous parlerons alors de Manœuvre de Vermelin lorsqu'aucune intervention n'est réalisée puisque la présentation n'est pas normale (une intervention médicale est donc nécessaire – manœuvre médicale qui consiste à « ne rien faire » qui est donc dans ce cas valorisée !).

Amniotomie :

Il s'agit d'une rupture artificielle des membranes (RAM) pendant le travail.

Cardiotocographie // Auscultation intermittente :

Le cardiotocographe est un appareil qui enregistre simultanément le rythme cardiaque fœtal et l'activité utérine dont la courbe sert de référence pour analyser les variations du rythme selon les contractions utérines. [6]

Le CNGOF recommande un enregistrement d'au moins 20 minutes chez toute femme qui arrive en travail à l'admission en maternité. Nous ne retrouvons pas dans la littérature un bénéfice de cette pratique chez la patiente à bas risque. Chez ces patientes, l'auscultation intermittente a démontré sa sécurité si les conditions sont réunies : un professionnel de santé disponible qui assure une présence continue auprès de la parturiente. L'auscultation intermittente doit être réalisée pendant une minute, à la fin d'une contraction, toutes les 15 minutes en phase active (au-delà de 5cm de dilatation), puis toutes les 5 minutes en seconde phase du travail (phase d'expulsion). Elle n'est pas recommandée en routine en France par « inadéquation des effectifs de sages-femmes à l'activité » des établissements et de par leur formation insuffisante à sa pratique. [6 ; 46 ; 47 ; 50]

Césarienne primaire et itérative, Césarienne programmée – Césarienne en urgence ou en cours de travail :

La césarienne primaire est pratiquée sur les femmes qui n'ont pas d'antécédent de césarienne alors que la césarienne itérative est pratiquée sur celles qui ont un tel antécédent.

La césarienne est dite programmée lorsqu'une indication maternelle et / ou fœtale le nécessite et que sa date est fixée par avance, en général au terme de 39SA révolues.

La césarienne est dite en urgence lorsque le temps entre la décision et l'intervention est au plus court (de quelques minutes à quelques heures). On distinguera la césarienne en cours de travail (pour dystocie ou pour anomalies du RCF) à la césarienne pour extraction fœtale urgente dans le cadre de l'aggravation d'une pathologie gravidique nécessitant une prise en charge rapide la mère et/ou de l'enfant.

Déclenchement du travail :

Par opposition au travail spontané, le déclenchement du travail est dit artificiel en ayant recours à des moyens pharmacologiques locaux ou systémiques, ou à des moyens mécaniques, alors que la femme n'est pas en travail, quelle que soit la durée de la grossesse. [6]

Direction du travail ≠ Accélération du travail :

L'accélération du travail consiste à augmenter la puissance et la durée des contractions durant le travail afin d'accélérer la progression du travail. Elle consiste généralement à la réalisation d'une amniotomie et/ou à l'injection d'ocytocine de synthèse sans indication médicale.

La direction du travail est la correction d'une anomalie ou d'une dystocie par les mêmes techniques (ralentissement du travail, dystocie fœtopelvienne). L'utilisation de ces techniques est justifiée par une indication médicale. [6 ; 48 ; 49]

Des données récentes ont retrouvé qu'en France près de 2/3 des femmes en travail spontané ont reçu un ocytocique de synthèse et pour près de 90% d'entre elles sans indication médicale. Il s'agit donc bien d'une accélération du travail et non d'une direction du travail. Celle-ci est source d'une augmentation des hémorragies du post-partum, première cause de décès maternel en France. [34 ; 35]

Douleur / douleur obstétricale :

D'après Maud ARNAL (cf. chapitre dédiée) : « D'un point de vue médical et social, la douleur, qu'elle soit aigüe ou chronique correspond au signal corporel d'une défaillance qu'il devient nécessaire de traiter voir indigne de ne pas traiter. La douleur obstétricale correspond aux douleurs ressenties par la femme lors de la parturition. Depuis que leur sort a été réglé par la péridurale, les douleurs de l'accouchement sont devenues politiquement invisibles alors que socialement, les attentes et les mentalités se transforment. Il convient alors de différencier la douleur (qui peut être modulée de

manière éventuellement autonome) de la souffrance (qui nécessite une aide extérieure : technique, psychologique et / ou humaine). »

Dystocie fœtopelvienne :

Difficulté gênant ou empêchant le déroulement normal d'un accouchement causée par une disproportion entre la taille ou la présentation du fœtus et les dimensions du bassin maternel. [6]

Epreuve à l'ocytocine :

L'épreuve à l'ocytocine est une évaluation du bien-être fœtal qui a été décrite pour la première fois par Ray et ses collaborateurs en 1972. Elle évalue la réaction de la fréquence cardiaque fœtale à des contractions provoquées et a été conçue pour déceler les troubles de la fonction placentaire. [6]

Elle est de moins en moins utilisée en France grâce au développement de l'étude des dopplers en obstétrique. De plus, cette pratique n'a pas suffisamment démontré son intérêt par l'absence de niveau de preuve suffisant.

Eutocie :

Le dictionnaire Larousse la définit comme le caractère normal d'un accouchement (par opposition à dystocie qui est une difficulté essentiellement mécanique).

Elle regroupe donc l'accouchement naturel et l'accouchement normal.

Expectative :

Il s'agit d'un type d'intervention utilisée dans les études pour constituer un groupe de comparaison (groupe témoin) et qui consiste à suivre les femmes avec l'intention d'utiliser l'intervention à l'étude (par exemple le déclenchement ou l'accélération du travail) le plus tardivement possible ou pas du tout. [6]

En pratique clinique, elle consiste à la poursuite du travail sans intervention supplémentaire ou complémentaire. Elle est acceptée dans les évaluations médico-légales si elle est argumentée et justifiée.

Grossesses à faible risque ou à bas risque :

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), une grossesse à faible risque est définie empiriquement comme la réunion de conditions médicales, psychologiques et sociales favorables à un accouchement sans complication majeure pour la mère et le nouveau-né. Ces conditions peuvent changer en cours de grossesse et d'accouchement. C'est pourquoi les suivis ante-partum et intra-partum ont pour objectifs de prévenir, de dépister, de diagnostiquer, de suivre, d'orienter et de prendre en charge au mieux les situations qui présentent un risque pour la santé de la mère et du nouveau-né. La liste de ces situations est variable et parfois imprécise et il n'existe pas de consensus sur ce sujet.

La grossesse est dite « physiologique » (se dit du fonctionnement normal de l'organisme humain, selon le Larousse) lorsqu'elle se déroule normalement et qu'elle ne présente aucun trouble pathologique. Il n'est donc pas retrouvé de complications avérés chez une femme en bonne santé et qui le reste. Ce sont les grossesses pour lesquelles la probabilité d'accouchement normal et de naissance normale est la plus grande. [6 ; 10]

Grossesses à haut risque ou à risque élevé :

Se dit lorsque la grossesse survient chez une femme présentant des facteurs de risque de pathologie ou une pathologie antérieure à sa grossesse pouvant influencer le déroulement de sa grossesse et qui nécessite donc une surveillance spécifique. Se dit également lorsque des facteurs de risque de pathologie gravidique sont dépistés, ou lorsqu'une pathologie gravidique est diagnostiquée. Elles doivent donc être orientées et prises en charge spécifiquement.

Il convient de distinguer les risques médicaux et psycho-sociaux, ainsi que les risques maternels et fœtaux ou néonataux. [10]

Information et le consentement libre et éclairé :

L'information est une obligation légale et déontologique des médecins et des sages-femmes (cf. Code de Déontologie). Cette information doit être « loyale, claire et appropriée » à l'état du patient. La Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé précise le contenu de l'information due à toute personne, qu'elle soit majeure, mineure ou incapable majeure :

« L'information (selon l'article L. 1111-2 du Code de la Santé Publique) doit porter sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »

Textes de référence sur l'information du patient

- ▶ Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- ▶ Articles L.1111-2, L. 1112-1 et L. 1112-2 du Code de la santé publique
- ▶ Articles 35 et 64 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médical
- ▶ Décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des hôpitaux
- ▶ Point 3 de la Charte du patient hospitalisé (circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995)
- ▶ Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), Information des patients : recommandations destinées aux médecins, mars 2000.

Le principe d'inviolabilité du corps humain interdit à un médecin ou à une sage-femme de mettre en œuvre une thérapeutique ou de pratiquer une intervention chirurgicale sans l'accord du patient. Le consentement est dit « libre » dans le sens où la décision doit être prise par le patient sans contrainte ou pression de quelque nature que ce soit.

Concernant le caractère « éclairé » du consentement, le médecin ou la sage-femme se doit de fournir une information destinée à éclairer le consentement du patient en lui permettant de prendre sa décision à savoir accepter ou refuser l'acte thérapeutique ou diagnostic proposé en pleine connaissance de cause. Ce consentement peut être retiré à chaque instant.

Textes de référence sur le consentement du patient

- ▶ Loi n° 2002-305 relative à l'autorité parentale
- ▶ Articles 371-1, 371-2 et 373-2-1 du Code civil
- ▶ Articles L. 1111-1, L. 1111-2 et L. 1111-4 du Code de la santé publique.
- ▶ Articles 35 et 36 du Code de déontologie médicale.
- ▶ Article 32 du décret n° 93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers.
- ▶ Points 3 et 4 de la Charte du patient hospitalisé (circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995)
- ▶ Manuel d'accréditation de l'ANAES - actualisation juin 2003, Référentiel DIP « droits et information du patient »

Intervention obstétricale « évitable » :

Une intervention obstétricale pour laquelle il existe une alternative moins invasive, incluant l'absence d'intervention, et équivalente en termes de qualité des soins et de santé maternelle et périnatale. [6]

Cela préfigure comme l'ont reconnu les Québécois « qu'un certain nombre des interventions médico-chirurgicales pratiquées aujourd'hui [...] n'améliorent pas la santé et peuvent même être délétères pour le bien-être des mères et des nouveau-nés. Cette question soulève des enjeux scientifiques, professionnels, sociaux et éthiques d'une grande envergure. » [6]

Parturiente :

Terme technique utilisé pour désigner une femme en travail ou qui accouche.

Projet de naissance :

Le projet de naissance est un document écrit que les futurs parents transmettent à la maternité et dans lequel ils indiquent leurs souhaits pour l'accouchement, l'accueil du bébé, le séjour en maternité.

Surveillance médicale du travail :

La surveillance médicale du travail consiste à un ensemble d'actes diagnostics et éventuellement thérapeutiques (savoir-être et savoir-faire) confiée à un personnel de santé qualifiée (sage-femme ou médecin). Elle ne se résume pas à un toucher vaginal horaire et à une suite d'interventions systématiques et protocolaires. Le professionnel s'assure ainsi de la bonne santé de la mère et du fœtus en assurant à chaque instant

un accompagnement et un soutien continu pendant le travail et l'accouchement selon les données actualisées de la science.

La surveillance médicale peut s'appuyer sur une technologie mais celle-ci ne doit jamais s'y substituer !

Travail normal :

Début et évolution spontanée du travail (première phase) qui mène à un accouchement (deuxième phase) spontané ou normal entre 37 et 42SA + 0 jour de gestation, s'accompagnant d'une délivrance (troisième phase) normale se définissant par une expulsion spontanée du placenta. Il peut comprendre l'analgésie pharmacologique et non pharmacologique, ainsi que l'administration parentérale d'ocytociques de synthèse pour la troisième phase (délivrance dirigée, généralement 5UI de Syntocinon® par voie intraveineuse directe lors du dégagement des épaules).

[6]

X. Bibliographie :

[1] Circulaire n° DGOS/RH4/2014/92 du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l'application de certaines dispositions du décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux

transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé.

Disponible sur : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/04/cir_38189.pdf

[2] Décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière.

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029958604&categorieLien=id>

[3] Décret n° 2014-1586 du 23 décembre 2014 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de coordonnateur en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029958647>

[4] Arrêté du 23 décembre 2014 fixant le nombre d'emplois fonctionnels de coordonnateurs en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029958758>

[5] Arrêté du 27 mai 2015 fixant la liste des emplois fonctionnels de coordonnateur en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030703443>

[6] Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux du Québec, Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque, septembre 2012, ETMIS 2012, volume 8, NN°14, 134 pages.

[7] SOGC, Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal, N° 221, décembre 2008.

[8] CNN, Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités : fondamentaux, 2009, 14 pages.

Disponible sur :

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_physiologiques.pdf

[9] CNGOF, 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, 5 décembre 2012.

Disponible sur :

http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/position_acc_physio_121205.pdf

[10] HAS, Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, Argumentaire, Mai 2007, 147 pages.

[11] HORTON R., ASTUDILLO O., The power of midwifery, www.thelancet.com, Published online June 23, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)6085](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)6085).

[12] SAKALA C., NEWBURN M., Meeting needs of childbearing women and newborn infants through strengthened midwifery, www.thelancet.com, Published online June 23, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60856-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60856-4).

[13] STONES W., ARULKUMARAN S., Health-care professionals in midwifery care, www.thelancet.com, Published online June 23, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60857-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60857-6).

[14] SHAMIAN J., Interprofessional collaboration, the only way to Save Every Woman and Every Child, www.thelancet.com, Published online June 23, 2014, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60858-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60858-8).

[15] FREEDMAN L. P., KRUK M.E., Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas, www.thelancet.com, Published online June 23, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X).

[16] HOLMES D., Profile : Petra ten Hoop-Bender: a "midwife's midwife ", www.thelancet.com, Published online June 23, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61045-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61045-X).

[17] RENFREW M.J., MCFADDEN A., BASTOS M.H., and coll., Midwifery and quality care: findings from a new evidenceinformed framework for maternal and newborn care, www.thelancet.com, Vol 384 September 20, 2014.

[18] HOMER C.S.E., FRIBERG I.K., BASTOS DIAS M.A., and coll., The projected effect of scaling up midwifery, www.thelancet.com, Vol 384 September 20, 2014.

[19] VAN LERBERGHE W., MATTHEWS Z., ACHADI E., and coll., Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality, www.thelancet.com, Vol 384 September 27, 2014.

[20] HOOPE-BENDER P.T., DE BERNIS L., CAMPBELL J., and coll., Improvement of maternal and newborn health through midwifery, www.thelancet.com, Vol 384 September 27, 2014.

[21] SANDALL J., SOLTANI H., GATES S., and coll., Midwifery-led continuity models versus other models of care for childbearing women (review), The Cochrane Collaboration, 2013, issue 8, 61 pages.

[22] TANDAY S., Midwife-led units safest for straightforward births, 3 décembre 2014.

Disponible sur :

<https://www.nice.org.uk/news/article/midwife-led-units-safest-for-straightforward-births>

[23] DE LABRUSSE C., KIGER A., Midwife-led units : a place to work, a place to give birth, International journal of childbirth, Volume 3, Issue 2, 2013.

[24] Royal College of midwives, Standards for birth centers in England, août 2009, 19 pages.

[25] NHS, Home from home birth centre – operational and clinical guidelines, novembre 2012, 15 pages.

[26] NICE, Intrapartum care, Guideline 190, Décembre 2014, 839 pages.

[27] NICE, Postnatal care, Guideline 37, Décembre 2014, 85 pages.

[28] Comité provinciale des maisons de naissance, Les maisons de naissance au Québec : Cadre de référence, 2000, 37 pages.

[29] Ordre des sages-femmes du Québec, Les normes de pratique professionnelle des sages-femmes au Québec, mai 2003, 4 pages.

[30] Société des Obstétriciens et des Gynécologues du Canada, Association of women's health, Obstetric and neonatal nurses of Canada, Association canadienne des sages-femmes, Collège des médecins de famille du Canada, Société de la médecine rurale du Canada, Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal, J Obstet Gynaecol Can, vol. 30, n° 12, 2008, p. 1166–1168.

[31] Ordre des sages-femmes du Québec, Lignes directrices sur l'accouchement vaginal après césarienne, Décembre 2011, 31 pages.

[32] Centre Fédéral d'Expertise de Soins en Santé, Recommandations de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque, KCE reports 139B, 2010, 198 pages.

[33] Institut de Veille Sanitaire (INVS), Rapport du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle 2001 – 2006, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) N° 2-3, 19 janvier 2010, 102 pages.

[34] Belghiti et coll. "Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study" BMJ Open 2011 :

<http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/hemorragies-apres-l-accouchement-quel-role-pour-l-ocytocine>

<http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000514.full>

[35] BLONDEL B., KERMARREC M., Enquête Nationale Périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, Unité INSERM U953, Mai 2011, 132 pages.

[36] OMS, Conférence Interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement, Brésil, 1985.

[37] CIANE, Enquête sur les accouchements, respects des souhaits et vécu de l'accouchement, dossier N°3, 2012, 18 pages.

[38] CIANE, Communiqué de presse : une demande croissante pour des approches moins médicalisées, 2013.

<http://ciane.net/2013/05/une-demande-croissante-pour-des-approches-moins-medicalisees/>

[39] Collectif des Sages-Femmes, La nécessité d'un parcours de santé pour les femmes - Stratégie Nationale de Santé, PART. I : Approche éthique & économique, 2014.

Disponible sur :

http://onssf.odns.fr/wp-content/uploads/2015/03/SNS_CONTRIB_COLLECTIF_PART1.pdf

[40] Collectif des Sages-Femmes, La nécessité d'un parcours de santé pour les femmes - Stratégie Nationale de Santé, PART. II : Perspectives & propositions, 2014.

Disponible sur :

http://onssf.odns.fr/wp-content/uploads/2015/03/SNS_CONTRIB_COLLECTIF_PART2.pdf

[41] La Cour des Comptes, Sécurité sociale 2011 – Chapitre VI : Le rôle des sages-femmes dans le système de soins, septembre 2011.

&

La Cour des Comptes, La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation, Rapport public annuel, février 2012.

[42] OMS, Investir dans la pratique de sage-femme peut sauver des millions de vies de femmes et de nouveau-nés : Un nouveau rapport révèle que 73 pays sont lourdement affectés par un nombre insuffisant de sages-femmes, communiqué de presse du 3 juin 2014.

Disponible sur :

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/investment-midwifery/fr/>

[43] FNUAP, ICM, OMS, L'état de la pratique de sage-femme dans le monde - 2014 - Sur la voie de l'universalité. Le droit de la femme à la santé, 2014, 228 pages.

Disponible sur :

http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FRENCH_SOWMY2014_complete.pdf

[44] Royal College of Midwives, Evidenced based guidelines for midwifery-led care in labour – Birth environment, 2012, 8 pages.

[45] HAS, Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, Guide méthodologique, mars 2014, 35 pages.

[46] AGENCE NATIONALE d'ACCREDITATION et d'EVALUATION en SANTE (ANAES, désormais HAUTE AUTORITE de SANTE ou HAS), Intérêts et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtale au cours de l'accouchement normal, Paris, mars 2002, 105 pages.

[47] COLLEGE NATIONAL des GYNCOLOGUES - OBSTETRICIENS FRANÇAIS (CNGOF), Modalités de surveillance fœtale pendant le travail, Recommandations pour la pratique clinique présentées aux 31èmes Journées Nationales, Paris, 2007.

[48] MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J., Précis d'Obstétrique, 6ème édition, Masson, Paris, 2001, 597 pages.

[49] LANSAC J., BODY G., PERROTIN F., MARRET H., Pratique de l'Accouchement, 3ème édition, Masson, Paris, 2001, 525 pages.

[50] SOCIETE DES GYNECOLOGUES et OBSTETRICIENS du CANADA (SGOC), Surveillance du bien être fœtal : directive consensus d'ante-partum et intra-partum, Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada (JOGC), 29 (9), septembre 2007, Supplément N°4, 68 pages.

[51] OMS, Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles, 2^{nde} édition, 2009.

Disponible :
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75839/1/9789242590845_fre.pdf?ua=1

[52] SIMKIN PP1, O'HARA M., Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods, Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186 (5 Suppl Nature):S131-59.

[53] BONTOUX D., COUTURIER D., MENKES C.J., Rapport 717 13-04 : Thérapies complémentaires — acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi— leur place parmi les ressources de soins, Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, tome 197, n°3, mars 2013.

[54] THOMAS MERIADEC C., Maison de Naissance de Pontoise : Analyse budgétaire de l'activité 2013 et perspective de développement, Mémoire présenté à la Faculté de Médecine de Dijon pour l'obtention du Master Santé Publique et Environnement, Spécialité : PERINATALITE MANAGEMENT ET PEDAGOGIE, soutenu le 5 septembre 2014, 71 pages.

[55] NICE, Safe midwifery staffing for maternity settings, Guidelines, Février 2015.

[56] VUILLE M., Les sages-femmes face à l' « accompagnement global » : quels enjeux professionnels et sociaux ?, Perspective soignante, n°7, avril 2000, pages 125 à 143.

[57] ANSFL, L'accompagnement global, Définition, accessible sur <http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/definition/>, dernière consultation 6 avril 2015.