



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1



*The access of independent midwives to maternity ward technical facilities:
The experimentation of a level-1 department*

E. Nohuz^{a,*}, A. Brunel^b, E. Tarraga^c, M. Albaut^a, C. Paganelli^a, V. Gillot^d,
G. Julien^e, N. Larregain^a, V. Tarrit^a, G. Allegre^f, L. Gerbaud^g

^aService de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de Thiers, route du Fau, 63300 Thiers, France

^bService de pédiatrie, centre hospitalier de Thiers, route du Fau, 63300 Thiers, France

^cCabinet de sages-femmes, 14, avenue Pierre-et-Marie-Curie, 63400 Chamalières, France

^dDirection des soins, centre hospitalier de Thiers, route du Fau, 63300 Thiers, France

^eService de pharmacie, centre hospitalier de Thiers, route du Fau, 63300 Thiers, France

^fDirection administrative, centre hospitalier de Thiers, route du Fau, 63300 Thiers, France

^gService de santé publique, CHU Gabriel-Montpied, 7, place Henri-Dunant, 63000 Clermont-Ferrand, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 23 novembre 2014

Accepté le 16 février 2015

Disponible sur Internet le 26 mars 2015

Mots clés :

Maternité

Plateau technique

Sage-femme libérale

Accompagnement global

Accouchement

Grossesse à bas risque

RÉSUMÉ

Objectifs. – Évaluation de l'ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales et du transfert de responsabilité, lorsqu'une parturiente cesse d'être prise en charge par leurs soins pour relever d'une prise en charge par l'équipe hospitalière, au sein d'une maternité de type 1, sur une période de 2 ans.

Patientes et méthodes. – Cette étude rétrospective a inclus 51 patientes. Les données maternelles et périnatales ont été analysées.

Résultats. – Cinquante et un enfants sont nés, dont 42 par voie basse sans intervention (82,35 %), 3 par extraction instrumentale (5,88 %) et 6 par césarienne (11,76 %). L'accompagnement global par une sage-femme a été mené à terme dans 70,59 % des cas. Le taux de transfert de responsabilité en cours de travail était de 25,49 %. Nous avons procédé à un transfert néonatal pour détresse respiratoire.

Discussion et conclusion. – L'accès au plateau technique apparaît comme une opportunité permettant à la sage-femme libérale de nouer une relation privilégiée avec sa patiente. Ce dispositif préserve toutefois la possibilité d'une prise en charge traditionnelle hospitalière en cas de nécessité. En ce sens, l'accès au plateau technique est une alternative sûre qui a l'assentiment des patientes, des sages-femmes comme de l'ensemble de notre équipe hospitalière. Ce dispositif a par ailleurs permis un surcroît d'activité obstétricale de 5 % par an pour notre service et laisse présager un gain de 10 %.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – The first aim of this study was to evaluate the access of independent midwives to the technical facilities of a level-1 maternity hospital, with a follow-up of 2 years. The second aim was to evaluate the transfer of clinical responsibility, when a patient stops being managed by the independent midwife to be taken care of by the hospital team.

Patients and methods. – A retrospective study including 51 patients. Analysis of maternal and perinatal data.

Results. – Of the 51 births, there were 42 vaginal deliveries without intervention (82.35%), 3 instrumental deliveries (5.88%), 6 caesarean sections (11.76%). The midwife-led care was completed in 70.59% of cases.

Keywords:

Maternity hospital

Technical support

Independent midwife

Global caring

Childbirth

Low-risk pregnancy

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : enohuz@yahoo.fr (E. Nohuz).

The rate of transfer of clinical responsibility during labor was 25.49%. We conducted a neonatal transfer due to a respiratory distress syndrome.

Discussion and conclusion. – The access to technical support appears as an opportunity for independent midwives to establish a special relationship with their patients. However, this device preserves the possibility of a traditional hospital care when needed. This way, access to the technical support is a safe alternative that has the consent of the users (patients and midwives) as well as of the entire hospital team. Moreover, such device allowed an increase of 5% per year of our obstetrical activity with an estimated increase of 10% per year.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

Le mode actuel de fonctionnement de l'obstétrique ne satisfait pas tous les couples [1]. Le fractionnement du suivi de la grossesse, par de multiples intervenants, « l'hyper-technicité » de l'accouchement (réalisé par le professionnel de garde, parfois inconnu), source potentielle d'iatrogénicité, un fonctionnement souvent en flux tendu ne laissent que peu de place à la physiologie et à un accompagnement individuel et personnalisé. D'ailleurs, chez des patientes sélectionnées en début de grossesse, évaluées « à bas risque », il est démontré une diminution de la morbidité périnatale lorsque l'interventionnisme est limité (en termes de taux de césarienne ou de déclenchement par exemple) [2]. L'arsenal technique n'est pas en soi rejeté. Mais il contribue pour une part à reléguer les dimensions affective et émotionnelle au second plan. Est-il nécessaire de rappeler que la HAS recommande que « le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne » [3] ? La recherche d'un accompagnement personnalisé, moins médicalisé, avec un personnel ayant accompagné la femme pendant la grossesse et ayant préparé avec elle les conditions de la naissance (et notamment les modalités d'accouchement) représente ainsi une alternative actuellement souhaitée par un nombre croissant de couples ainsi que de sages-femmes (SF) libérales. Depuis la promulgation de la loi sur la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, l'accès au plateau technique d'une SF libérale est reconnu. Notre maternité proposait depuis 2005 le suivi personnalisé dans le cadre des projets de naissance, avec une SF hospitalière, qui effectuait environ 25 accouchements annuels. Ce dispositif, qui permettait déjà de recruter certaines patientes hors de notre bassin de population, a indéniablement contribué à l'ouverture du plateau technique aux SF libérales. Dans notre épopée, les discussions ont duré globalement deux ans. L'ouverture du plateau technique aux SF libérales a ainsi vu le jour le 1^{er} juillet 2012. Notre service a été, et demeure, le seul service auvergnat proposant actuellement ce dispositif particulier et innovant, qui reste relativement peu diffusé en France. Ce travail se propose de faire partager notre expérimentation, en analysant ses motivations, ses avantages ainsi que ses possibles inconvénients. Un des points intéressants à étudier était notamment le transfert de responsabilité, lorsqu'une parturiente cesse d'être prise en charge par la SF libérale pour relever d'une prise en charge par l'équipe hospitalière.

2. Patientes et méthodes

Le cadre législatif (Article L6146-2 modifié par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009) permet à un professionnel libéral (médecin, SF ou odontologiste autre que les praticiens statutaires de l'établissement) de venir exercer son art au sein d'un établissement public de santé. Le directeur, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale établit un contrat liant ce praticien à son établissement. Ce contrat est transmis au directeur général de l'ARS et est « réputé approuvé si

celui-ci n'a pas fait connaître son opposition dans le délai d'un mois à compter de sa réception » [4]. Un contrat liant les SF libérales à notre établissement a ainsi été signé pour une durée de 5 ans, afin de leur permettre de participer à l'exercice des missions de service public et aux activités de soins. Cette participation sous-tendait une utilisation de notre plateau technique pour les soins obstétricaux. Notre établissement percevait une redevance ainsi que la prestation en rapport avec le séjour de l'accouchée.

Les patientes, intégralement prises en charge par la SF libérale jusqu'à l'accouchement, devaient être vues par un obstétricien du service dans le cadre de leur consultation du 8^e mois. La consultation d'anesthésie avait lieu dans l'établissement. Ces deux consultations s'inscrivaient dans une démarche de coordination, démarche promue notamment par la HAS [5]. Au-delà de 41 SA, les patientes étaient revues par l'obstétricien et une échographie évaluant le profil biophysique était effectuée. Les patientes étaient revues à 41 SA + 2 jours et 41 SA + 4 jours par leur SF, au sein de leur cabinet et étaient hospitalisées à 41 SA + 5 jours si elles ne s'étaient pas mises en travail spontané en vue d'un déclenchement pour éviter un dépassement de terme. Lors du travail, le monitoring cardiotocographique était discontinu, un simple cathéter était mis en place (absence de perfusion), la mobilisation était encouragée, les postures d'accouchement autres que la position gynécologique étaient privilégiées, l'accueil du bébé en peau à peau sur un temps long était rendu possible par la présence vigilante de la SF libérale. Celle-ci prenait donc en charge l'accouchement et la surveillance du post-partum immédiat des parturientes suivies préalablement dans son cabinet ainsi que les suites de couches relatives aux soins prodigués à la mère et au nouveau-né en sortie de maternité. Un pédiatre du service assurait l'examen du nouveau-né au cours du séjour minimum fixé à 48 heures. Dans tous les cas, nous demandions à ce que l'enfant bénéficie d'une consultation médicale auprès d'un pédiatre ou d'un médecin généraliste ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né dans les 10 jours qui suivaient l'accouchement conformément aux préconisations de la HAS [6].

Du 1^{er} juillet 2012 au 31 août 2014, 51 parturientes ont ainsi bénéficié de ce dispositif, soit en partie, soit dans sa globalité. Étaient éligibles au plateau technique les patientes présentant un bas risque, quelle que soit leur parité :

- absence d'antécédent médical ou obstétrical relevant d'une surveillance particulière (prématurité, mort fœtale in utero, utérus multicatriciel) ;
- grossesse unique ;
- terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée (SA) et inférieur à 41 SA + 5 jours ;
- travail spontané ;
- présentation céphalique ;
- absence de pathologie au cours de la grossesse (hypertension artérielle, pré-éclampsie, petit poids pour l'âge gestationnel, macrosomie, diabète gestationnel déséquilibré ou insulino-requérant, placenta prævia, malformation relevant d'une prise en charge particulière). Ces critères ont été essentiellement

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949202>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949202>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)