



Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités Fondamentaux

1. La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée.
2. La prise en charge de manière systématique de toute grossesse et de tout accouchement avec le même niveau d'intervention que celui requis par ceux qui présentent un risque comporte des effets négatifs tant pour les femmes que pour les équipes des maternités et la société.
3. Une évaluation initiale et continue de la « chance » ou de la potentialité de mener normalement une grossesse et un accouchement rend possible la prévention et le repérage des complications ainsi que les décisions de soins et d'accompagnement adaptés à son état.
4. L'efficacité d'un système d'évaluation des risques se mesure à sa capacité à distinguer entre les femmes à haut risque et à faible risque dans ses composantes médicales, sociales et psychoaffectives. Cette évaluation s'entend comme un processus global et continu pendant la grossesse, la naissance et le post-partum.
5. Un projet de suivi de grossesse personnalisé est élaboré à la lumière de cette évaluation. Dans la mesure du possible, la femme est accompagnée par un nombre limité de personnes qui travaillent de manière coordonnée. Le projet de suivi intègre un projet de naissance pour la femme et le nouveau-né.
6. Ce projet prend en compte, dans le cadre d'un échange avec la femme et/ou le couple, la problématique médicale et les besoins particuliers de chaque femme. Ses souhaits sont sollicités et entendus et, dans la mesure du possible, respectés. Le projet précise les intervenants et la maternité d'accouchement qui est celle où la femme se sent en confiance. L'entretien prénatal précoce est un des outils mis à la disposition des femmes et des professionnels pour réaliser cet échange.
7. La femme est libre de choisir le professionnel qui réalise le suivi de sa grossesse. Les sages-femmes sont des professionnelles dont les compétences sont pleinement appropriées pour assurer le suivi des grossesses et des accouchements physiologiques, y compris pour réaliser une première identification des risques et des complications.
8. Un soutien empathique et physique continu pendant l'accouchement a pour effet de diminuer le stress et présente de ce fait de nombreux avantages comme un travail plus court, une diminution du recours systématique aux moyens techniques et une réduction des extractions instrumentales.
9. Les maternités doivent être en mesure de proposer des suivis adaptés aux femmes présentant une grossesse et un accouchement physiologiques ainsi qu'à leurs nouveau-nés.

Ces suivis sont définis dans le cadre de protocoles élaborés par chaque maternité conformément aux données de la science et aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur. Ces protocoles sont souples et adaptés aux besoins et aux attentes.

La taille de la maternité n'est pas en soi un motif discriminant dans la qualité du suivi dès lors que l'organisation est adaptée au niveau d'activité.

10. Plusieurs modalités d'organisation des maternités pour le suivi et l'accompagnement des grossesses et des accouchements physiologiques existent actuellement. Ces modalités tiennent compte des projets locaux des maternités (impliquant l'équipe de la structure de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie) ou des réseaux de périnatalité et du contexte local (offre de soins, démographie et motivation des professionnels de santé, etc.). Elles peuvent être déclinées en deux types de projet:¹
 - a. La constitution d'un projet global de la maternité abordant la naissance sous une approche physiologique : ce projet repose sur une réflexion préalable concernant les pratiques professionnelles mises en œuvre pour toutes les femmes enceintes et privilégie la physiologie de la grossesse, met en avant leur capacité et leur propose des conditions d'accouchement diversifiées tels que définies au point 8.
 - b. 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.

Les maternités peuvent évoluer d'un mode d'organisation à l'autre.

Conditions du succès de la mise en oeuvre de ces projets :

- Une formalisation des modes d'organisation et une communication en direction des professionnels libéraux (gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, etc.) et des usagers ;
- Une collaboration avec l'environnement de la maternité (professionnels de santé libéraux, services de protection maternelle et infantile (PMI), association, etc.).

11. L'association des usagers et leur implication constante dans les projets des équipes des maternités et dans la démarche qualité, dès leur conception, permet une meilleure adéquation entre les attentes et les réponses apportées. Cette démarche reconnaît la légitimité et la capacité des femmes à participer à la définition et la mise en œuvre de ces projets.
12. L'évaluation de la satisfaction fait l'objet d'une réflexion avec les usagers afin de dégager des axes d'amélioration du suivi et de l'accompagnement des femmes enceintes et des couples. Cette évaluation peut recourir à plusieurs outils : questionnaire de satisfaction, définition et suivi d'indicateurs, recueil de témoignages, etc.
13. La sortie de la maternité d'une femme après une grossesse et un accouchement physiologiques est anticipée et organisée afin de favoriser l'accompagnement en post partum, et ce d'autant plus que sont proposées des « sorties précoces » (J2). Des outils d'information et des référents sont également donnés aux femmes à la sortie de la maternité. Cette organisation de la sortie de la maternité s'appuie sur l'environnement existant (réseau de périnatalité, professionnels libéraux et notamment les sages-femmes, les médecins généralistes et les pédiatres, services de PMI, aides à domicile, etc., à l'exclusion de l'hospitalisation à domicile).

¹ N'ont pas été prises en compte dans le présent texte les maisons de naissance qui sont des structures autonomes des maternités

Points essentiels des projets pour le suivi et l'accompagnement de la grossesse et l'accouchement physiologiques

Il s'agit de présenter les éléments principaux permettant de soutenir le projet d'une maternité pour le suivi et l'accompagnement des grossesses et des accouchements physiologiques :

- la constitution d'un projet global abordant la naissance sous une approche physiologique ;
- la mise en place d'une filière physiologique.

Cette description est issue des expériences de certaines maternités (cf. annexe).

I- Points communs aux deux types de projet

Préliminaires :

Il est précisé que ces projets peuvent être mis en œuvre dans le respect des décrets de 1998 sur les conditions d'autorisation des maternités.

En outre, si des aménagements de la maternité peuvent être estimés nécessaires parce que liés à la réalisation de l'un ou de l'autre de ces projets, ils n'en conditionnent pas la mise en œuvre. Celle-ci repose davantage sur la construction d'une nouvelle culture des équipes, sur la définition de pratiques professionnelles adaptées et la mise en place d'une organisation qui rend possible l'approche physiologique.

Objectifs centraux :

- Proposer aux femmes qui présentent une grossesse et un accouchement qui se déroulent normalement un suivi et un accompagnement adapté permettant un meilleur respect de la physiologie ;
- Favoriser l'établissement des liens intra-familiaux par un accompagnement attentif.

Objectifs intermédiaires :

- Diversifier les modes de prise en charge au sein de la maternité incluant un mode d'accouchement non technicisé ;
- Mettre en place une organisation adaptée ;
- Faire évoluer les pratiques professionnelles en privilégiant celles appropriées à ce suivi ;
- Optimiser les compétences des professionnels intervenant dans la maternité ;
- Organiser la sortie de la maternité avec les professionnels de santé de proximité.

Conditions :

- Un projet inscrit dans la politique du service (projet médical) ;
- Un projet appuyé sur une motivation des équipes de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie de la maternité et une implication des usagers ;
- Une évaluation continue des risques au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum ;
- Une analyse et formalisation des modalités d'organisation retenues ;
- Une communication sur les modes de suivi proposés par la maternité ;
- Une intégration des professionnels de la communauté périnatale proche de la maternité faisant partie du réseau de santé périnatale ;
- Une évaluation régulière des pratiques professionnelles et de leur cohérence au sein des équipes (information, allaitement etc.), des organisations et de la satisfaction des femmes (définition d'indicateurs).

Définition du projet :

Eléments principaux à prendre en compte pour la définition et la mise en œuvre du projet :

1. Culture et pratiques professionnelles
2. Complémentarité et évolution des métiers
3. Formations
4. Organisation du travail permettant une diversification des prises en charge
5. Procédures
6. Aménagements et équipements
7. Evaluation et notamment des pratiques et de la satisfaction des usagères et/ou du couple et des professionnels.

II- Points spécifiques à chacun des projets

S'ils reposent sur les mêmes fondamentaux évoqués dans la première partie du document, des points spécifiques distinguent le projet d'un abord global de la physiologie au sein de la maternité et celui de la constitution d'une filière physiologique. Ces points relèvent principalement du niveau d'engagement de la maternité et du champ du public concernés.

1. La constitution d'un projet global abordant la naissance sous une approche physiologique

Objectifs spécifiques :

- Proposer à l'ensemble des femmes enceintes suivies par la maternité un environnement respectueux et chaleureux où la grossesse et l'accouchement sont considérés a priori comme normaux ;
- Faire évoluer les pratiques professionnelles pour respecter de la physiologie de la naissance et des premiers jours de vie et favoriser le lien mère-enfant.

Conditions générales

- Un projet à l'attention de toutes les femmes enceintes suivies par la maternité ;
- Un projet porté par et intégrant tous les personnels de la maternité (définition du projet, formation, mise en œuvre et évaluation) ;
- Une évaluation de la satisfaction des usagères et/ou du couple et des professionnels de la maternité sur la mise en œuvre du projet.

2. Points essentiels pour le projet d'une maternité souhaitant créer une filière physiologique

Objectifs spécifiques :

- Organisation par la maternité du suivi des femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque médico-psycho-social : proposition d'un suivi et d'un accompagnement distinct ouvert aux femmes qui le souhaitent et qui présentant une grossesse et/ou d'un accouchement sans contre-indication.

Conditions générales :

- Un projet à l'attention des femmes enceintes suivies par la maternité qui présentent une grossesse à bas risque et qui souhaitent bénéficier d'une approche différente ;
- Un projet défini par l'équipe de la maternité mais dont la mise en œuvre n'implique qu'une partie des professionnels ;
- Une analyse des pratiques centrée sur la prise en charge des grossesses qui se déroulent normalement ;
- Une définition d'un protocole de suivi et de l'accompagnement des femmes concernées ;
- Un suivi proposé par des sages-femmes de la maternité qui peuvent intervenir à tour de rôle mais dont le nombre minimal est identifié notamment en salle de naissance. Ce suivi peut aller jusqu'à un suivi personnalisé de la grossesse et de l'accouchement, ainsi qu'en post partum si possible (accompagnement global : une femme/une sage-femme) ;
- Une proposition faite aux sages-femmes libérales proches de la maternité d'intégrer ce suivi ;
- Une possibilité de définir une prise en charge adaptée pour les suites de couche en maternité ;
- Une organisation d'un passage d'une filière de prise en charge à une autre en cours de grossesse et d'accouchement en cas d'apparition d'un risque nécessitant une intervention médicale ou au contraire de la disparition de celui-ci.
- Une évaluation de la satisfaction des femmes ayant bénéficié du suivi et de l'accompagnement spécifique et/ou du couple ainsi que des professionnels.

1. Auditions d'expériences

- Maternité du CHI de Villeneuve St Georges (94) – Naître à Villeneuve : pour une nouvelle maternité – Dr Maria.
- Exposé du projet de la maternité du CHI de Poissy-St Germain (78) –Création d'une filière spécifique de soins pour la prise en charge des grossesses physiologiques – Mme Guillaume
- Maternité du CHU de Strasbourg – Pr Nisand
- Maternité du CH de Lons le Saunier – Expérience de Lons le Saunier : 1^{ère} maternité « Amie des bébés » Dr Schwetterlé ;
- Maternité du CH de Pontoise – Présentation d'une filière spécifique de soins pour la prise en charge des grossesses physiologiques Mme Lefèvre et Mme Chevalier ;

2. Bibliographie

Rapport :

- Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique – WHO/FRH/MSM/96.24-rapport d'un groupe de travail technique

Présentation :

- Quelle démarche pour réduire le risque en obstétrique ? Pr Benhamou -SFAR

Articles :

- Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, Marc Collet, DREES, Etudes et résultats n°660 Septembre 2008
- Accoucher en toute humanité et/ou en toute sécurité ? L. Marpeau Gynécologie-obstétrique et fertilité 37 (2009) 194
- Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? C. Colmant et R. Frydman - Gynécologie-obstétrique et fertilité 37 (2009) 195-199
- Contre la notion de grossesse et d'accouchement à bas risque ? B. langer, A. Gaudineau, A-S Weigertner, E. David, Gynécologie-obstétrique et fertilité 37 (2009) 200-203
- S'apprivoiser, se regarder, se nourrir...mutuellement, Ingrid Bayot, Symposium info allaitement, Namur 21 novembre 2008

Communications écrites sur d'autres expériences :

- Maternité de la clinique St Anne à Strasbourg « Accompagnement de la physiologie de l'accouchement et traitement des dystocies dynamiques »

Naître à Villeneuve Pour une nouvelle maternité

Une femme accouche et un enfant naît ...

L'accouchement est un moment unique qui n'appartient qu'aux femmes et que nous devrions mieux respecter. La naissance est la séparation des corps maternel et fœtal et la transformation d'un espoir d'enfant en un être humain, reconnu et investi par ses parents.

L'accouchement et les suites de couches comportent des aspects psychologiques de grande importance pour la mère et le nouveau-né. Il faut donc permettre à la mère et au père de se familiariser avec leur bébé, en salle d'accouchement et en maternité. La technicité, si elle est nécessaire, doit s'intégrer dans une pratique obstétricale respectueuse des désirs et besoins de la patiente.

Objectifs

La naissance doit être aussi douce, affectueuse et protectrice que possible. Elle doit être une expérience enrichissante pour les parents. La naissance et la parentalité initiale sont des périodes cruciales pour fonder la famille. Il est fondamental de respecter ces moments qui, en terme de santé publique, contribuent au bien-être familial et à l'épanouissement de la génération suivante (*The NCT birth policy, 12 principles. National Childbirth Trust. London, 2002*).

Refaire une maternité (*Reconfiguring maternity services: views of user representatives. National Childbirth Trust, London, 2003*).

La rénovation d'une maternité est l'opportunité de créer un service centré sur la femme et la famille avec un environnement de la naissance «*home like*». Quand une maternité est reconstruite, les besoins des femmes et de leur famille doivent être intégrés dès la conception architecturale.

Les femmes en travail sont en bonne santé et demandent intimité, sécurité, paix et confort pour accoucher efficacement. Les femmes doivent rester dans la même salle pendant leur travail (*supprimer la distinction prétravail-travail*). Le conjoint doit pouvoir rester la nuit et dormir sur place et la réception des familles doit être prévue avec des espaces adaptés.

Le projet IHAB de la maternité du centre hospitalier intercommunal de Villeneuve St-Georges

Projet de service (Juin 2002) de la maternité de Villeneuve (maternité 2B): construction d'un pavillon femme-enfant (PFE) afin de mettre en application nos réflexions sur les pratiques périnatales : sécurité sans excès technique, respect de l'intimité des patientes et cohabitation mère-enfant. Un des objectifs du projet est de développer une politique d'allaitement maternel et de respecter la démarche de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé(s) (IHAB) pour que le service soit labellisé « Hôpital Ami des Bébé(s) ».

Objectifs de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé(s) (IHAB)

- Mettre en place des pratiques hospitalières respectant les besoins et les rythmes du nouveau-né, afin d'optimiser son accueil et de mieux accompagner l'allaitement maternel.
- Respecter la physiologie de la naissance et des premiers jours de vie pour favoriser le lien mère-enfant et encourager l'allaitement maternel.
- On assure, ainsi, à chaque bébé et à sa mère, le meilleur capital santé et le meilleur développement affectif possible.

Convaincre l'équipe du service :

Octobre 2002 : Présentation des Recommandations ANAES sur l'allaitement maternel² : décision de mettre en place une formation de tout le personnel.

Novembre 2002 : Réflexions sur les pratiques autour de la naissance : engagement de changer nos pratiques périnatales.

Décembre 2002 : Un programme de formation sur l'allaitement est accepté ; il concerne tout les personnels de Maternité et Néonatalogie, jour et nuit, y compris les médecins et sages-femmes.

Les formations

Avril 2003 – Avril 2007 : Formation Allaitement : associant l'ensemble du personnel de la maternité qui a permis une reconnaissance du savoir faire des puéricultrices et des auxiliaires de puériculture et a permis de développer la détermination des cadres sages-femmes.

² Allaitement maternel – Mise en œuvre dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant – ANAES- mai 2002

Février 2003 – Mars 2009 : Formation sur les positions d'accouchement. L'application a été immédiate, diffusée et enseignée.

Les objectifs 2005 concernant les pratiques de la maternité

- Supprimer les perfusions inutiles lors du travail spontané.
- Laisser les femmes déambuler et choisir leurs positions.
- Accompagner les femmes en travail le plus possible.
- Faire les péridurales à la demande des femmes (douleurs).
- N'utiliser la rupture artificielle des membranes et les ocytocines qu'en cas de dystocie avérée.
- Faire le moins d'épisiotomies : objectif < 30 %
- Limiter le taux de césariennes : objectif < 15 %
- Allaitement maternel : objectif > 70 %
- Évaluation par les patientes : objectif satisfaction > 95 %.

L'ouverture du service

Le plateau technique de la maternité a été ouvert aux sages-femmes libérales par le biais d'une convention qui définit les modalités indispensables (dossier commun, biologie et consultation d'anesthésie).

L'information aux femmes enceintes et parturientes

Les pratiques obstétricales et néonatales de l'équipe de la maternité, l'allaitement, la cohabitation mère-enfant ont fait l'objet d'informations diffusées.

Les résultats 2007 :

- Supprimer les perfusions inutiles lors du travail spontané : celles-ci ont diminué.
- Laisser les femmes déambuler et choisir leurs positions : les positions se sont diversifiées.
- Accompagner les femmes en travail le plus possible : difficulté de mise en œuvre.
- Faire les péridurales à la demande des femmes (douleurs) : le choix des femmes est respecté.
- N'utiliser rupture artificielle des membranes et ocytocine qu'en cas de dystocie avérée : leur pratique a diminué.
- Épisiotomies : le taux de 47 % en 2002 est passé à 22,9 % en 2007 avec des
- Césariennes (total) : le taux de 16,2 % en 2002 a en revanche augmenté en 2007 : 21,3 %
- Césariennes en travail : le taux de 9,9 % (2002) a légèrement progressé passant à 10,3 % en 2007
- Allaitement maternel : le taux 65 % en 2002 a fortement augmenté en 2007 atteignant 80,4 %.
- L'évaluation par les patientes a montré des résultats très positifs.

La nouvelle Maternité (Projet Hôpital 2007)

L'objectif de la nouvelle maternité est d'accueillir annuellement 3000 naissances. Sa conception s'inspire des propositions précédentes : elle sera accueillante et chaleureuse, adaptée aux pratiques obstétricales et respectueuse des patientes et des nouveau-nés, attentive à la construction de la relation parentale. La place du père y fait l'objet d'une attention particulière. Le chantier de cette nouvelle maternité démarre ; elle devrait ouvrir en 2013 !

Conclusion : on peut...

- Écouter, informer et respecter les patientes
- Prendre en charge différemment les grossesses normales et changer les naissances.
- Modifier nos pratiques et n'appliquer que des soins efficaces.
- Se mobiliser pendant le travail et accoucher autrement qu'en position gynécologique.
- Se soucier de l'accueil des nouveau-nés et favoriser l'allaitement maternel.
- Former, encadrer et rassurer les personnels.
- Évaluer nos actions (dossier informatique).
- Connaître l'opinion des patientes (questionnaire).

Dr Bernard MARIA
Chef de service de Gynécologie-Obstétrique-
CHI de Villeneuve St-George

NAITRE A LONS LE SAUNIER

Accueillir les parents pour un événement aussi physiologique et naturel qu'est la naissance d'un enfant, c'est leur offrir un environnement chaleureux, confortable, où, convivialité et intimité s'alternent au gré de leurs besoins et des impératifs de sécurité, comme on le ferait avec ses amis. Tels sont les objectifs du projet de maternité amie des bébés de Lons le Saunier qui se décline en plusieurs volets : l'architecture, l'organisation du parcours de la patiente, la formation des professionnels et l'évaluation des pratiques.

Projet architectural :

Dès l'élaboration des plans, une réflexion a été menée pour favoriser l'établissement des liens intra-familiaux.

En chambre de naissance, le choix du mobilier et la décoration permettent de créer un environnement chaleureux où les équipements médicaux et techniques nécessaires aux situations pathologiques sont inclus dans des fresques représentant un paysage local évoquant les 4 éléments fondamentaux (eau, air, terre et feu). L'installation d'une centrale de monitoring permet aux sages-femmes et aux médecins de veiller sur les tracés en fonction du niveau de risque sans interrompre l'intimité souhaitée par les parents. Le papa peut trouver sa place dans un fauteuil confortable ou partager la méridienne avec la maman. Le bébé est accueilli en peau à peau avec sa maman pendant au moins les deux heures suivant la naissance pour 98 % des accouchements.

En suites de naissance, les bébés cohabitent avec leur maman 24h/24 et les papas sont accueillis jour et nuit avec des prestations accompagnant (repas et lit ou couchette) à la demande. Il n'y a pas d'horaires pour les visites. Le service d'hospitalisation comprend 4 secteurs (printemps, été, automne, hiver) où les patientes sont réparties en fonction du niveau de risque maternel et néonatal avec une répartition du personnel en adéquation.

Des espaces rencontres sont aménagés pour favoriser les échanges entre les familles (à l'occasion des repas en salle à manger ou d'ateliers animés par des associations d'usagers)

L'organisation du parcours de la patiente :

Le suivi médical est le plus souvent partagé entre les praticiens libéraux et la maternité. L'orientation des patientes est basée sur les critères de Kloosterman qui définissent le bas et le haut risque obstétrical. L'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance et la parentalité complètent ce dispositif et permettent l'accompagnement des parents dans la rédaction de leur projet de naissance. Le dossier médical informatisé est un outil précieux d'échange d'information entre les équipes (intra et extra hospitalières) sur les facteurs de risque notamment. Une procédure de prise en charge en collaboration avec le réseau de proximité permet l'organisation de sortie précoce quand les parents le souhaitent.

La formation des professionnels :

La mise en œuvre de notre politique de prise en charge, passe par la formation des différents intervenants. C'est pourquoi des formations ont été partagées avec les praticiens libéraux et la PMI (orientation des patientes selon le niveau de risque, accompagnement et promotion de l'allaitement maternel par exemple). Les formations portant sur les postures d'accouchement et la réalisation de l'entretien prénatal précoce favorisent l'accompagnement personnalisé des patientes, des couples.

L'évaluation :

L'évaluation des pratiques est réalisée régulièrement au cours des différents staffs et transmissions. Aussi des tableaux de bords sont établis à partir du dossier médical informatisé.

En 2008, sur 1321 accouchements 78% ont eu lieu par voie basse spontanée après un travail spontané. Le taux d'initiation de l'allaitement maternel en chambres de naissance a été de 94% et le taux d'allaitement maternel à la sortie a été de 69 %. Près d'1/3 des naissances n'a fait l'objet d'aucune médicalisation et est conduit sous la responsabilité de la sage-femme sans interférence d'un médecin (travail et accouchement spontanés sans péridurale).

La satisfaction des patientes est mesurée par les questionnaires institutionnels remis en fin de séjour et lors de la séance du post-partum (dernière rencontre de préparation à la parentalité).

Si « le pôle femme et enfant de Lons le Saunier a à cœur de favoriser les liens parentaux au travers d'une charte de l'accompagnement et du respect des besoins des mères et des bébés », l'organisation de la prise en charge dans un même lieu du bas et du haut risque permet d'offrir à tous les couples le même environnement chaleureux et familial. Tour à tour la sécurité médicale se fera discrète pour laisser la place à l'environnement affectif intégré dans le lieu de vie, ou, prendra le pas sur le décor du lieu toujours présent et rassurant. Cette approche offre les mêmes chances à tous les couples d'être au bon endroit pour accueillir leur enfant les mettant à l'abri des imprévus de l'obstétrique tant dans le champ médical qu'affectif. De surcroît l'accueil de toutes les mamans dans la même structure évolutive optimise la sécurité économique de tous les acteurs bénéficiant d'une approche généreuse et efficace de la politique de santé à partir de l'outil existant sans surcoût en matériel ou en personnel.

V. GRANDIN Sage-Femme Cadre et Dr. F. SCHWETTERLE médecin chef du service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de LONS LE SAUNIER

Organisation d'un plateau technique en fonction du risque Projet du CHI Poissy St Germain

Cette réflexion et l'élaboration de ce projet ont pu être mené parce que les professionnels de la périnatalité se sont organisés en réseau inter-établissement d'une part et en communauté périnatale d'autre part. Elles reposent sur l'élaboration d'un référentiel commun de prise en charge de la grossesse et l'accouchement en fonction du risque et d'un dossier médical partagé.

La possibilité pour les femmes d'être suivies, puis accouchées dans des lieux plus ou moins technicisés selon leur niveau de risque, répond de manière générale à la fois à la demande des patientes mais également des sages-femmes garantes de la physiologie.

L'organisation de la prise en charge de la naissance définira l'organisation des plateaux techniques adaptés aux besoins des patientes-couples et aux professionnels réalisant l'acte d'accouchement.

L'entretien périnatal précoce a été défini comme l'élément structurant de la prise en charge. Au décours de cet entretien, le risque médico-psycho-social sera évalué et en fonction du projet de naissance de naissance, le projet a prévu la proposition d'un suivi adapté.

De cette manière, on pourra définir 2 filières :

- patientes à bas risque c'est-à-dire physiologique ayant besoin d'un professionnel spécialiste de la physiologie ;
- patientes à risque qui nécessite une prise en charge plus attentive dans un environnement médical plus lourd.

A l'issue de ces suivis de grossesses différenciés et réévalués à chaque consultation respectant la sécurité et le souhait des femmes, il semble important de pouvoir proposer à ces couples un accouchement dans un environnement adapté.

Le projet propose deux types de salles d'accouchement :

- Les salles classiques, permettant de réaliser tous les actes adaptés au profil des patientes, soit présentant une pathologie maternelle ou fœtale, soit pour celles sans pathologies identifiées préférant une péridurale.
- Un espace « naissance-naturelle » matériel médical nécessaire à la surveillance du travail et à une prise en charge sécuritaire du nouveau-né y sera présent. En plus, se trouveront un ensemble d'équipement permettant un déroulement plus agréable et serein du travail, tel que, baignoires, ballons, fauteuils de relaxation, ...
Cet espace fonctionnera soit avec des sages femmes libérales exerçant sous leurs propres responsabilités dans le cadre d'une convention entre le chef de service et le directeur d'établissement, soit avec des sages-femmes hospitalières positionnées dans ce lieu.

Une patiente admise dans l'espace naissance-naturelle pourra effectuer l'ensemble de son travail, son accouchement et ses suites sur ce lieu, mais elle peut à tout moment rejoindre les salles classiques. Parce qu'il existe des risques résiduels rares (procidence du cordon, embolie amiotique, SFA,) une procédure de transfert devra être formalisée et mise en œuvre soit devant des signes d'altération du bien être fœtal ou maternel.

Le projet prévoit que l'hospitalisation des suites de couches ou les sorties précoces devra suivre le même raisonnement.

La structuration du plateau technique suivant une logique de gestion du risque a pour objectif une optimisation des activités en cohérence avec l'ensemble des acteurs de la périnatalité. Cette expérience repositionne la médecine de famille.

Ce modèle organisationnel permet de rationaliser l'utilisation des compétences professionnelles des différents acteurs de la périnatalité. Il s'agit pour des professionnels de concentrer leur activité là ou ils sont indispensables, compétents et apportent ainsi le plus de valeur ajoutée.

Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques Maternité du CHU de Strasbourg

La grande majorité des grossesses sont à bas risque y compris dans une maternité de niveau 3 et la demande des usagers souhaitant bénéficier d'un accouchement démedicalisé est croissante. La restructuration de la salle de naissance en 2005 a été l'occasion de la création d'un espace dédié à l'accouchement physiologique. Cet espace a été le point de départ d'une réflexion plus large de la part de l'ensemble de l'équipe médicale (médecins et sages-femmes) pour l'élaboration d'un suivi des femmes ayant une grossesse à bas risque. Car repenser la naissance, c'est envisager le suivi de grossesse, l'accouchement, les suites de naissance et le retour à domicile autrement sans perdre en sécurité physique et affective. Cette réflexion a été largement alimentée par les enquêtes de satisfaction réalisées auprès des femmes ayant accouché.

La grossesse est marquée par de multiples examens où les interlocuteurs sont nombreux (sages-femmes, obstétriciens, échographistes, préparation à la naissance, suivi de fin de grossesse, accouchement) Pour diminuer ce sentiment de morcellement, une réflexion de l'ensemble des professionnels a été menée afin de proposer un suivi personnalisé par un équipe limitée de professionnels.

Le suivi de grossesse :

Afin de permettre aux femmes le libre choix du professionnel, parallèlement aux consultations assurées par les obstétriciens, nous avons mis en place des consultations pré et post natales et des consultations d'acupuncture assurées par un groupe de sages-femmes. La durée des consultations est de 30 minutes afin de permettre à chaque visite le suivi médical proprement dit, mais aussi un temps de parole réservé au champ social et affectif.

Ces mêmes sages-femmes assurent l'entretien du premier trimestre, les séances de Préparation à la Naissance et les rencontres postnatales.

Elles sont également présentes en Salle de Naissance et en Suites de Naissance.

Les femmes sont accompagnées dans la réflexion et la rédaction d'un projet de naissance au cours des séances de Préparation à la Naissance. Les demandes particulières font l'objet d'une rencontre du couple avec la sage-femme cadre de Salle de Naissance.

L'accouchement :

Une Maison de la Naissance a été créée. Il n'y a pas de sages-femmes spécifiques pour cet espace, l'ensemble des sages-femmes de Salle de Naissance y assurent l'accompagnement dans sa globalité sans intervention de l'obstétricien.

Un protocole élaboré par les sages-femmes en concertation avec les obstétriciens et validé par l'ensemble de l'équipe médicale (sages-femmes et obstétriciens) en précise les modalités. Il définit l'équipement, le fonctionnement, les contre-indications à l'admission, les indications d'un transfert vers une salle médicalisée, les modalités de surveillance et les alternatives à la péridurale (postures, acupuncture, bain, massage, réflexothérapie...).

Un projet a permis de revoir l'ensemble des actes réalisés y compris pour les accouchements médicalisés :

Le jeûne du perpartum a été rediscuté avec l'équipe d'anesthésistes et assoupli.

Le nombre d'intervenants est diminué, les touchers vaginaux ne sont plus systématiques et l'épisiotomie est devenue exceptionnelle, lavement, rasage et sondage ne sont plus de mise.

Le peau à peau immédiat et prolongé est instauré, l'allaitement est débuté.

Les soins à l'enfant sont réalisés en présence des parents.

En concertation avec l'équipe pédiatrique, les gestes invasifs chez le nouveau-né (aspiration, vérification de la perméabilité des choanes, instillation oculaire) sont supprimés.

Lors des césariennes, les pères sont admis en salle d'opération, et un temps de peau à peau est proposé à la mère dès sa sortie de salle d'opération.

Les suites de naissance :

L'organisation a été entièrement repensée. L'objectif était de sortir du schéma d'hospitalisation classique avec soins à heures fixes et de répondre avec souplesse aux besoins de chaque femme en mettant l'accent sur la valorisation des compétences de la mère, l'accompagnement et l'éducation.

Des lieux de vie conviviaux comme la salle à manger, la pouponnière et la salle d'allaitement favorisent les temps de rencontre entre parents et professionnels.

Le retour à domicile précoce est envisagé avec un relais par la structure d'hospitalisation à domicile ou avec un suivi par une sage-femme libérale, en collaboration avec les structures de protection maternelle et infantile (PMI), les associations et les médecins libéraux.

Des formations spécifiques ont été proposées au personnel de la maternité : l'entretien du premier trimestre, les thérapeutiques posturales, l'allaitement, l'acupuncture, les compétences du nouveau-né.

L'évaluation :

Depuis cinq ans, la fréquentation de la Maison de la Naissance est stable, elle représente 8% des accouchements à bas risque. L'évaluation annuelle de la morbidité périnatale ne montre pas de différence entre les accouchements réalisés dans l'espace physiologique et les accouchements à bas risque réalisés en Salle de naissance médicalisée.

Nous constatons une augmentation régulière du nombre de projets de naissance.

Une enquête de satisfaction est réalisée à la sortie de Maternité.

Une enquête de satisfaction spécifique à l'espace physiologique est en cours.

Pr Israël NISAND, médecin chef de la maternité du CHU de Strasbourg.

Mise en place de la filière spécifique de suivi des grossesses physiologiques au sein du service de gynéco-obstétrique du Centre Hospitalier René Dubos à Pontoise

- Inclusion de ce travail au sein du Réseau Périnatal du Val d'Oise structuré en association loi 1901 et financé (FICQS).
- Accompagnement de ce projet par une association d'usagers « PAMANA » (à ce jour 70 adhérents). Cette association organise des forums de travail autour de problématiques spécifiques à la périnatalité.

Objectif du projet :

L'admission des patientes se fait au détour de l'entretien du début de grossesse /critères d'inclusions et d'exclusions des suivis possibles dans ce cadre (cf. critères Haute Autorité de Santé).

Le projet de filière spécifique élargit l'offre de soin en proposant aux familles de la région une alternative de prise en charge.

Ce projet est inclus dans une architecture de bâtiment femme-enfant au sein de laquelle il possède un espace spécifique : salle de réunion des familles, salles de consultations et de préparation à la naissance, quatre chambres de naissance, un espace et accueil de la fratrie, cuisine, salle à manger et sanitaires à disposition.

Cette structure a permis dès le 15 novembre 2006 d'accueillir les familles pour un suivi globalisé par une sage-femme référente.

Mise en œuvre :

Inclusion à part entière (Contrat d'Objectifs et de Moyens 2004-2008) de deux équivalents temps plein sages-femmes, d'un mi-temps secrétariat dans l'équipe obstétricale du Dr Muray. De plus, six équivalents temps plein d'auxiliaire de puériculture sont mutualisés avec le plateau technique.

- Sécurisation de la prise en charge de ces suivis par un ascenseur dédié à l'accès au plateau technique.
- Consultation d'anesthésie comme pour toute femme enceinte.
- Participation au staff pluridisciplinaire médico-psycho-social.
- Si apparition d'une pathologie en cours de grossesse, accompagnement empathique par la sage-femme référente en coopération avec l'équipe obstétricale.
- De plus, le service de gynéco-obstétrique de Pontoise ouvre par convention son plateau technique aux sages-femmes libérales souhaitant accoucher leurs patientes.

Evaluation :

Sur 108 patientes suivies de septembre 2006 à décembre 2007 :

- 2 patientes réorientées (hypertension artérielle (HTA))
- 95 accouchements naturels
- 5 forceps
- 6 césariennes
- 2 déclanchements artificiels / 3 révisions utérines
- 8 épisiotomies
- 100 allaitements maternels

Sur une population âgée de 20 à 30 ans : 33
 31 à 39 ans : 49
 > Ou = à 40 ans : 4

Sur 100 patientes suivies en 2008 (30 patientes refusées par manque d'effectif) :

- 87 accouchements naturels
- 6 forceps ou spatules
- 5 césariennes dont 2 accompagnées sur le plateau technique pour présentation par le siège.

- 3 déclanchements artificiels / 4 R révisions utérines
- 12 épisiotomies
- 95 allaitements maternels

Sur une population âgée de 20 à 30 ans : 51
 31 à 39 ans : 48
 > Ou = à 40 ans : 1

Quant à la satisfaction des patientes, elle n'a pas été évaluée de façon structurée...mais en 6 mois de l'année 2009 autant de refus d'inscriptions que sur l'année 2008 pleine ! Nous constatons de plus que cette offre de soin supplémentaire intéresse tous les milieux sociaux économiques et culturels.

Isabelle Chevalier
Sage femme référente

Anne Lefebvre
Sage femme cadre supérieur