



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

174650

Ecole de Sages-femmes Albert FRUHINSHOLZ
NANCY



**« Science sans conscience n'est que ruine de
l'âme »... et du porte-monnaie...
ou
de l'intérêt de l'accompagnement global de la
maternité en France**



2003

Mémoire présenté et soutenu
par
Karine TROXLER
née le 6 septembre 1973
Promotion 1999-2003

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 229516 9

A mes amis, Delphine, Manu et leurs enfants, Stéphanie, Greg et petit Thomas, Sarah, à ma sœur Cécile, mon beau-frère Samuel et la petite Evaëlle, aux filles de ma promotion, Anne-Sophie, Anne et les autres... qui ont été d'un grand soutien pour moi au cours de ces études, qui m'ont aidée à devenir ce que je suis aujourd'hui.

J'aimerais remercier Madame Martine Poutas, directrice de l'Ecole de Sages-femmes, pour son écoute, son empathie et sa disponibilité, Madame Cresson pour sa patience, toute l'équipe enseignante, Me Jeanvoine, Me Lavillonnière, Me Tiel ainsi que les nombreuses sages-femmes qui m'ont fait partager leur passion et apporté leur aide pour la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je veux remercier toute ma famille, ma mère, mon père, mon frère Eric et Catherine, ma grand-tante Annie, mon grand-père Sepele, ma grand-mère Yvette, mon grand-père Robert, François ainsi que sa famille, qui m'ont soutenue dans ce projet professionnel.

Merci à Cécile et Sam pour les photos de leur petit ange.

Sommaire

| | |
|---------------|-----|
| Remerciements | p.2 |
| Sommaire | p.3 |
| Préface | p.4 |
| Introduction | p.5 |

Première partie :

| | |
|---|-----|
| Qu'est-ce que l'Accompagnement Global de la Maternité ? | p.6 |
|---|-----|

- I. Histoire de la maternité, de la femme et de la profession sage-femme de l'Antiquité jusqu'à nos jours p.7
- II. L'expérience psychique de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches pour les femmes et les couples p.18
- III. L'A.G.M. : un accompagnement et un suivi médical p.25

Deuxième partie :

| | |
|---|------|
| L'étude du vécu des sages-femmes libérales et des couples | p.32 |
|---|------|

- I. Méthode de travail p.33
- II. Résultats et interprétations des résultats p.34
- III. Bilan de l'enquête p.61

Troisième partie :

| | |
|---|------|
| Quelques pistes de réflexion autour de la périnatalité pour une organisation et une pratique différente | p.64 |
|---|------|

- I. Réflexions autour du système français et celui de nos voisins européens p.65
- II. Une autre façon de travailler ? p.75
- III. Pour l'avenir, des aménagements nécessaires p.78

| | |
|----------------------------|------|
| <u>Conclusion</u> | p.80 |
| <u>Tables des matières</u> | p.81 |
| <u>Bibliographie</u> | p.84 |
| <u>Annexes</u> | p.88 |

Préface

L'histoire de ma naissance et celle de mes frères et sœurs a sans aucun doute influencé mon choix pour cette profession. De même que les mots et les maux de ma mère à l'évocation de ces souvenirs. Son vécu est empreint d'une grande douleur et de profonds regrets, livrée à elle-même par deux fois pendant plus de douze heures dans l'attente de l'enfant qui ne venait pas ... et césarisée à chaque fois pour stagnation de la dilatation. La deuxième fois, nous avons faillit mourir toutes les deux...

Ecouter cette douleur est très marquant. Il en émane beaucoup de solitude, un sentiment d'incomplétude, d'inachevé, une grande souffrance, une grande culpabilité. Mon héritage dans tout ça ? La volonté de bien faire, d'accompagner les couples, d'éviter ces vécus aux sentiments d'irréparable, de favoriser un déroulement physiologique autant physique que psychologique de la maternité, pour un accueil harmonieux et équilibré de l'enfant.

Introduction

Qu'est-ce que l'accompagnement global de la maternité ? C'est le suivi médical, doublé d'un accompagnement, par une sage-femme libérale, de la grossesse, de l'accouchement, et des suites de couches à domicile.

Si je me suis intéressée à l'accompagnement global de la maternité (A.G.M.), c'est parce que ses principes s'approchaient de l'idée que je me faisais du métier de sage-femme. C'est-à-dire, accompagner un couple sur le chemin de l'agrandissement d'une famille, à la faveur d'un équilibre de chacun trouvé progressivement dans cette étape de transformation. C'est un stage avec une sage-femme libérale qui pratiquait ce type de suivi qui m'a confirmé que là, on pouvait mener une action favorable à l'élaboration d'une famille en construction, au sein de laquelle, l'enfant à venir et les futurs parents se cherchent une place.

J'ai été surprise par ailleurs de constater que d'autres pays européens pratiquent ce type de suivi à grande échelle. Et de nombreuses questions se sont imposées à moi : pourquoi la France ne suit-elle pas ? Pourquoi les sages-femmes libérales ont-elles des difficultés à avoir accès aux plateaux techniques ? Comment se fait-il qu'en France, alors que la maternité est physiologique dans plus de 80% des cas, il y ait une volonté systématique de médicalisation de celle-ci ?

Le but de ce mémoire est donc de trouver des réponses à ces questions, de définir clairement l'A.G.M., d'en analyser les retombées pour les parents, pour la sage-femme, pour le plateau technique où elle exerce, et pour la collectivité, au niveau financier et organisationnel.

Nous aborderons donc, dans un premier temps, l'histoire de la maternité pour mieux comprendre la place de la maternité et des sages-femmes aujourd'hui, le vécu de la maternité par les couples au plan psychologique, puis les fondements et le rôle de la sage-femme dans le cadre de l'AGM, ainsi que l'accès aux plateaux techniques. Ensuite, nous présenterons une enquête réalisée auprès des couples et des sages-femmes s'étant dirigés vers l'AGM, ainsi que ses résultats. Pour finir, nous orienterons notre réflexion vers quelques études réalisées en France et chez nos voisins européens. Il semble qu'il y ait un enseignement à tirer de leurs expériences, qui pourrait peut-être nous permettre d'améliorer l'actuelle organisation de la prise en charge de la maternité et le vécu des couples autour de la naissance, tout en conservant et même en améliorant les indices de morbidité et de mortalité de la population française. Par ailleurs, nous pourrions y gagner une meilleure gestion des dépenses occasionnées par l'organisation actuelle autour de la naissance.

PREMIERE PARTIE :

Qu'est-ce que l'Accompagnement Global de la Maternité ?



Notre société est construite sur un modèle patriarcal. De ce fait, et l'histoire le montre, les droits des femmes se sont affirmés bien plus tard que pour leurs compagnons. Cela n'a été possible qu'à la suite de grands efforts et grandes batailles. La profession sage-femme, quant à elle, a évolué parallèlement à la condition féminine.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il nous semble important de retracer l'histoire de la maternité en Europe, de la profession de sage-femme, de la médicalisation de la maternité et de faire le point sur le vécu des femmes au cours de ce singulier épisode de leur vie. Nous aborderons donc dans un premier temps le versant historique de la profession et l'histoire de la maternité. Ensuite, nous rappellerons en quoi la période de la maternité constitue un passage, une transformation pour un couple qui va accueillir un enfant dans la naissance. Puis nous définirons l'Accompagnement Global de la Maternité (A.G.M.) ainsi que ses principes et possibilités de réalisation en France.

I. Histoire de la maternité, de la femme et de la profession sage-femme de l'Antiquité jusqu'à nos jours

L'accompagnement global de la maternité (A.G.M.) a toujours existé. Depuis la nuit des temps, des sages-femmes accompagnent des femmes et des couples dans la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Mais les conditions d'exercice de la profession et la place de la sage-femme au sein de la société civile et médicale ont subi de grandes mutations au fil des siècles, surtout au cours du dernier.

Aujourd'hui, l'A.G.M. n'est plus représenté par la majorité des sages-femmes. Elles sont peu nombreuses à le pratiquer. Quelle en est la cause ? Nous verrons que de multiples raisons peuvent être invoquées dont la politique française de périnatalité.

Faisons donc un retour en arrière afin de mieux comprendre l'actuelle prise en charge de la maternité et la place de la sage-femme dans ce processus.

A. De l'Antiquité jusqu'au XVIème Siècle

Traditionnellement, la maternité et l'accouchement sont une affaire de femmes, le père de l'enfant et l'homme-médecin en sont exclus et la profession de sage-femme est une des professions féminines les plus anciennes.

Comment expliquer l'apparition de ce métier ? Madame Farrida Hammani, sage-femme, en donne une interprétation dans l'article qu'elle fit publier dans Les Dossiers de l'Obstétrique en juin 2003 (1) : « Il était naturel que la mère qui avait enfanté alla porter ses conseils et son aide à la femme inexpérimentée. Ce secours, plusieurs fois répété, il était naturel aussi qu'on lui témoigna de la confiance et que l'on fit appel à elle. C'est ainsi que la première accoucheuse fut créée ou se créa »

Cette aide s'assimilait autrefois à un acte familial où la sage-femme représentait beaucoup pour la femme enceinte, la parturiente et la jeune mère. Elle avait un rôle de haute moralité, un « rôle social » et éducatif (2), en milieu rural comme en milieu urbain, mais la place de la sage-femme, sa liberté et la reconnaissance de ses compétences ont changé au fil du temps.

Ainsi « de l'Antiquité jusqu'au XIII^{ème} Siècle, les sages-femmes connurent leur apogée, elles avaient un rôle politique, technique et symbolique. Du XIII^{ème} Siècle au XIX^{ème} Siècle, elles subirent des revers sur le plan social, mais conservèrent leur rôle technique et symbolique ; et le XX^{ème} Siècle a vu la plus rapide et plus importante dégradation de notre beau métier. » (1) Me Hammani retrace, dans cet article des Dossiers de l'Obstétrique (D.O.), l'histoire des femmes et des sages-femmes dont les destins ont évolué parallèlement au fil du temps.

Dans l'Antiquité, la sage-femme a une place exceptionnelle, « auréolée de vertus divines », elle est respectée, elle « connaissait l'art des plantes et des positions favorables à l'accouchement ». Dans l'Egypte ancienne, les sages-femmes sont prêtresses « enseignant l'art sacré des accouchements aux médecins mais aussi accompagnant les parturientes par des massages, des onctions de plantes, des encouragements »... les racines de l'AGM... d'ailleurs, encore aujourd'hui les internes et externes en médecine apprennent l'art des accouchements des sages-femmes (homme ou femme).

Du VIII^{ème} au XIII^{ème} Siècle, l'art des sages-femmes évolue et s'épanouit et la France est pénétrée de ces avancées. Cependant, « l'accouchement, considéré comme un fait naturel, n'est pas isolé du contexte culturel et social dans lequel il a lieu ; et les connaissances des sages-femmes, leur complicité avec les femmes, le secret même de ce monde des femmes inquiète de plus en plus les pouvoirs en place, tant religieux que politiques, en tout cas masculins... ». Du XIV^{ème} au XVII^{ème} Siècle, les savoirs féminins sont disqualifiés, ils deviennent suspects. Ainsi au fil des siècles, des aléas religieux et politiques, à mesure que les prêtres étendent leur emprise sur la culture occidentale, la sage-femme française fut tour à tour brûlée comme sorcière sous l'Inquisition, puis récupérée par l'Eglise qui lui fit prêter serment avant de lui donner le pouvoir et le devoir de baptiser chaque enfant à la naissance. Car « tous les savoirs anciens étaient dénoncés comme criminels,

survivance des cultes païens de la nature » (36). Ainsi progressivement, seules les sages-femmes reconnues par le Clergé purent continuer d'exercer et le « savoir ancestral » se perdit. Progressivement, il se manifeste une « volonté de mise en tutelle des sages-femmes par les hommes-médecins » (37), raison pour laquelle les sages-femmes doivent s'organiser en corporation sous le contrôle des médecins, dès le XVIème Siècle.

B. Du XVIème Siècle à l'Entre-Deux-Guerres

A partir du XVIème et jusqu'au XVIIIème Siècle apparaissent alors les nouveaux médecins, ce qui va profondément modifier le panorama de la naissance.

Avant le XVIIème Siècle, dans tout l'Occident « l'accouchement est l'unique affaire des matrones et si, dès Hippocrate, l'observation clinique s'intéresse à l'enfantement, c'est dans le projet d'enseigner des techniques et de conseiller les sages-femmes, mais non de se substituer à elles » (3). Les obstétriciens jusqu'au XVIIème Siècle n'étaient pas praticiens de l'obstétrique, ils n'assistaient pas aux naissances. En somme, ils faisaient de l'obstétrique théorique.

A partir du XVIIème Siècle, la présence du médecin –obstétricien est tolérée, période où la médecine débute la conquête du champ de la naissance. Mais les sages-femmes n'abdiquent pas de leurs responsabilités.

A partir du XVIIIème Siècle (43), deux sages-femmes pionnières, Me Du Coudray et Me Lachapelle, vont se mobiliser pour leur corporation et les femmes en couches. A l'époque, on pouvait distinguer deux catégories de sages-femmes :

- les sages-femmes, instruites, formées à l'école de leur ville (Paris, Montpellier et Strasbourg) issues le plus souvent de la petite bourgeoisie,

- les matrones, aussi appelées ventrières ou « bonne mère », issues des classes pauvres ou ouvrières et illettrées. On les trouvait surtout en milieu rural, elles n'avaient pour expérience que celle d'avoir accouché elles-mêmes et leur attestation de compétence n'était qu'un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le curé de la paroisse. Cette classe de sages-femmes était destinée à disparaître sous l'effet de la vague de formation entreprise par Me Du Coudray.

Mesdames Du Coudray et Lachapelle vont modifier, grâce à leur remarquable investissement, le paysage français de la profession. Elles ont contribué à l'enseignement des sages-femmes et des médecins de Province, à faire évoluer les pratiques afin d'assurer un minimum de sécurité aux parturientes.

Me Angélique-Marie Du Coudray (1712-1789), originaire de Clermont-Ferrand, épouse du Marquis Du Coudray, était la première sage-femme à s'investir dans la prévention des risques en matière d'accouchement à l'échelle nationale.

Après avoir exercé à Paris pendant quinze ans et de retour dans sa région natale, elle prend conscience du manque de formation de ses consœurs et confrères.

Elle est nommée par le Roi Louis XV « professeur chargé d'enseigner l'art des accouchements dans toute l'étendue du Royaume », elle s'investit dans la formation des matrones, des sages-femmes, des médecins et des chirurgiens des milieux ruraux. Pendant vingt ans, à partir de 1760 et jusqu'à la Révolution Française, elle parcourut ainsi la France pour transmettre ses connaissances, avec l'aide du Ministre Chaptal.

Elle insistait sur le caractère indispensable d'une parfaite maîtrise des phénomènes mécaniques de l'accouchement, des techniques de l'obstétrique et s'aidait pour cela du mannequin de démonstration aujourd'hui encore utilisé.(43)

Me Marie-Louise Lachapelle (1769-1821) fut la fondatrice de la première école de sages-femmes en 1798 à l'Hôpital St Vincent de Paul à Paris que de nombreuses régions de France réclamaient à la suite de la campagne menée par Me Du Coudray. Elle en fut la première sage-femme en chef. Elle fit son apprentissage auprès de sa mère, Marie Dugès, Maîtresse sage-femme à l'Office des Accouchées de l'Hôtel-Dieu à Paris et fit son premier accouchement à l'âge de quinze ans.

Elle se distinguait par ses qualités humaines hors du commun pour l'époque : elle prenait grand soin d'expliquer les gestes qu'elle allait effectuer et la raison de ceux-ci aux femmes qu'elle allait accoucher. Ce sont les débuts de la psychoprophylaxie. Sa connaissance de la mécanique obstétricale était parfaite, elle maniait le forceps, en avait décrit avec précision les règles d'application et pratiquait les versions.

Malgré l'engagement de ces deux pionnières, il persistait une disparité dans la formation des sages-femmes françaises qui conduit à la persistance de deux classes de sages-femmes : les sages-femmes de première et de deuxième classe, ce qui revenait à la situation qu'avait combattue Me Du Coudray.

En 1806, la première chaire de spécialité médicale d'obstétrique est créée par Napoléon. Elle est confiée à Jean-Louis Baudelocque (1748-1810). Il était accoucheur de la Maternité Port-Royal à Paris où il donnait

des cours aux élèves sages-femmes. A cette époque, les études médicales ne sont pas encore accessibles aux femmes, elles ne le deviendront qu'autour de 1925. Progressivement, suite à la réforme ordonnée par Napoléon, les hommes éliminèrent les sages-femmes des fonctions enseignantes mais leur laissèrent la pratique quasi-exclusive jusqu'en 1882, car la pudeur des femmes les empêchait d'accéder à leur chevet.(2)

En 1882, la création d'un corps de médecins accoucheurs par l'Assistance Publique marque le début du déclin des sages-femmes.

L'initiative de la surveillance de la grossesse en milieu hospitalier par l'instauration des consultations prénatales revient à Adolphe Pinard (1844-1934) suite à une communication faite à l'Académie de Médecine en 1895. Le Docteur Pinard était un militant actif pour la protection des femmes en couches et pour le développement de la puériculture. Protéger la maternité, c'était une solution réaliste à la dénatalité mais à l'époque le milieu hospitalier est considéré comme le refuge des indigents, des pauvres.

« Pour Charrier, l'agglomération des nouvelles accouchées engendre fatalement le poison puerpéral [...], la maternité, véritable mouoir de femmes, n'est peuplée que de pauvres qui ne peuvent faire leurs couches à domicile ou chez une sage-femme, et elle offre une image terrifiante » (2).

Grâce aux recherches de Pasteur qui aboutissent en 1879, la fièvre puerpérale est mieux maîtrisée : d'une mortalité de 10 à 12%, nous passons à 1,1% entre 1860 et 1882, au sein des institutions hospitalières.(2) Malgré les progrès de l'asepsie, les maternités restent encore des lieux d'accouchement charitables, « pour les filles-mères et les femmes de besoin »(2).

Progressivement, le nombre de sages-femmes va diminuer, le nombre des docteurs en médecine augmente. « La médicalisation de la maternité et la démocratisation du système de santé ne lui sont pas favorables » (2). Bien qu'elles soient indispensables à la maternité, elles subissent « la concurrence masculine qui se traduit par la promotion de l'accoucheur [...] qui tend à exclure la sage-femme d'un travail qualifié et de l'exercice du pouvoir pour la cantonner dans des tâches secondaires. Cette exclusion est justifiée par un discours sur les rôles masculins et féminins » (2)

Les effectifs des sages-femmes diminuent, ceux des médecins augmentent, ils prennent progressivement le pas sur la profession sage-femme, ayant plus de moyens matériels de part leur statut social (voiture, téléphone...), ayant eux seuls le droit d'utiliser des ocytociques... alors que les sages-femmes font l'objet de restrictions : une loi de 1892 interdit aux sages-femmes d'utiliser des instruments et de prescrire des médicaments. On tolère leur apprentissage des sutures périnéales qui se

limitent à la commissure postérieure de la vulve. La rémunération d'une sage-femme libérale représente un très faible salaire.

Tout ceci explique l'effacement progressif de la sage-femme, d'autant que les places en maternité n'étaient pas très nombreuses, très prisées et que la natalité diminuait du fait des guerres.

L'article de Me Hammani nous rend attentifs au parallèle que l'on peut constater entre la place de la sage-femme et celle de la femme dans la société, autrement dit leur autonomie, leur indépendance, leurs libertés. Cent cinquante ans passent entre La Déclaration des Droits de l'Homme en 1789, où les droits de la femme ne sont pas évoqués, et 1945 où on lui accorde le droit de vote.

En effet, la classe féminine traîne derrière elle des années, des siècles de soumission au pouvoir masculin. Nous en voulons pour preuve que l'accès aux écoles pour les filles est interdit jusqu'en 1836 et elles ne peuvent passer le même baccalauréat que les garçons qu'à partir de 1924. Autre exemple, en 1810, l'adultère de la femme mariée est un délit, alors que l'homme n'est puni que d'une amende et ce, après qu'ait été faite la preuve de l'adultère et seulement si celui-ci a eu lieu plusieurs fois au domicile conjugal.

Pourquoi une telle différence entre homme et femme ? Sur quoi repose-t-elle ? La quête du pouvoir... alors qu'hommes et femmes sont indispensables l'un à l'autre, comme la sage-femme à l'obstétricien et inversement, spécialistes tous deux dans leurs domaines propres.

Les sages-femmes ont, elles aussi, dû payer un lourd tribut à leur féminité. D'une place centrale, au cœur de la maternité de la femme, elles furent évincées progressivement et privées de leur liberté d'exercice, privant ainsi les femmes et les couples d'un accompagnement global, c'est-à-dire médical et humain.

La période de l'Entre-deux-guerres n'arrangera rien à la situation.

C. De l'Entre-deux-guerres à nos jours.

Protéger la maternité de la femme et sa santé afin qu'elle procrée, tel est le credo des médecins de l'époque, les mesures de protection sociale vont participer à ce mouvement avec l'apparition en 1913 de l'Assistance médicale gratuite, de l'allocation journalière de 8 semaines et des Primes d'allaitement pour les nécessiteuses, et en 1928 la création des Assurances Sociales pour les salariés et de l'assurance maternité.

A partir de 1912, le nombre d'accouchement par sage-femme en ville, qui jusque là était satisfaisant, diminue beaucoup. Mais malgré les progrès de l'asepsie, les femmes continuaient à craindre les épidémies au

sein des Maternités. La fièvre puerpérale était encore responsable d'environ deux tiers des morts maternelles dans les années 1920.

La transformation de la Maternité amorcée avant la première guerre mondiale consiste à recevoir plus de parturientes d'origines sociales diverses. Dès 1931, les professions libérales, les cadres, des femmes de notables viennent accoucher à la Maternité mais ne représentent encore que six pour cent des accouchements.(2)

L'uniformisation du diplôme de sage-femme a enfin lieu le 5 août 1916, avec la disparition des sages-femmes de seconde classe. Mais la médicalisation de la maternité lui reste défavorable.

A la campagne, les sages-femmes sont encore reines mais en milieu hospitalier, la sage-femme est soumise à un discours sexiste : « Femme ne rime pas avec science mais avec pratique et dévouement, dans un rapport de soumission à l'homme médecin » (2). Couvelaire et Jeannin, accoucheurs en leur temps, n'envisageaient pas la disparition de la profession sage-femme et justifiaient même son existence par les mots suivants : « le psychisme du médecin ne se prête pas à ce que vous faites ...vous ne faites pas un homme attendre un accouchement...il y a des différences sexuelles dans les occupations » (2)

A la loi de 1892 régissant la profession de sage-femme (avec interdiction d'utiliser des instruments et des médicaments) s'ajoute en 1928 une loi des Assurances Sociales qui pénalise les sages-femmes en réservant les examens des femmes enceintes à des médecins (à côté des consultations agréées).

Au début des années trente, l'Association des Accoucheuses parle de propagande anti-accouchement à domicile menée par les Assistances Sociales ou des Caisses d'Assurance « qui envoient les futures mères dans les dispensaires et les maternités » (2) en précisant que les sages-femmes ont un champ d'action limité et qu'à la maternité elles bénéficieront « d'un personnel qualifié, de soins éclairés, la certitude qu'un médecin spécialisé sera prêt à intervenir si besoin est ». A l'époque le pourcentage de physiologie était-il moins important qu'aujourd'hui ?

Le 6 mai 1932, L'Eclaireur de l'Est écrit « la profession de sage-femme meurt d'être battue en brèche par les hommes » Et Mlle Mossé, sage-femme en chef de la Maternité de Paris s'exprime en ces termes dans son intervention au Comité National de l'Enfance: « le plus grave danger est la concurrence du médecin qui partage avec elle le monopole des accouchements ».

Ce n'est qu'en 1936, au Congrès International de Berlin que les attributions de la sage-femme seront élargies afin de rendre la concurrence avec le médecin plus loyale avec une autorisation d'utiliser des ocytociques et certains analgésiques...(2)

« La réorganisation des maternités qu'illustre Baudelocque montre [...] une pratique autoritaire »

A partir de 1923, L. Devraigne, gynécologue-obstétricien demande la création d'une maternité par ville de plus de dix mille habitants, suite à un rapport établi en 1919 sur les conditions d'accouchements en France qui révèle un nombre trop faible de maternités.

Françoise Thébaud fait constater dans sa thèse de Sociologie l'apparition d'entraves au déroulement physiologique de l'accouchement par des interventions médicales :

« A Strasbourg, on pratique « l'accouchement médical » : pour accélérer l'accouchement, Kreis rompt artificiellement la poche des eaux à un franc de dilatation et injecte de la spasmalgine, pour éviter les spasmes » (2)

Devraigne « considère que l'intervention ne doit pas être systématique. » Couvelaire, du même avis, précise que dans les cas normaux, le mécanisme naturel de la parturition ne doit pas être contrarié inutilement, « le fait de vouloir systématiquement, à titre préventif, dans la crainte de complications imprévisibles mais rares, entreprendre de diriger artificiellement tous les accouchements » n'est pas la solution. Et d'ajouter : « dans le siècle où nous vivons, où la vitesse est reine, des accoucheurs s'ingénient à accélérer la marche de l'accouchement » et cela est très regrettable.

Couvelaire et Devraigne qualifient l'accouchement « d'acte naturel comme la déglutition », dont l'évolution normale doit être respectée et dont il faut écarter les interventions périlleuses ou inutiles. Cependant, pour eux, la sage-femme est considérée comme « assistante, suppléante du médecin » alors qu'elle est à l'origine de l'obstétrique.(2)

Cette époque est ainsi marquée par une opposition entre modérés et modernes. Qu'en disent les femmes ?

« Elles ont rarement les moyens de choisir leur accoucheur en connaissance de cause et subissent des expériences parfois dangereuses » (2)

« On l'assiste en tant que reproductrice pour des raisons économiques et non pour des raisons d'humanité ; mais de la femme en tant qu'individu, de la mère, on ne prend nul souci » (2)

La Mère éducatrice (1920)

Madeleine Vernet

L'accouchement n'est pas préparé, il est « vécu dans l'angoisse de la mort, comme une agression violente qui fait perdre toute dignité humaine » (2). L'ignorance fait de l'accouchement « un moment redouté sans proportion avec la réalité des faits » d'après G.D. Read auteur anglais de L'accouchement sans crainte paru en 1933.

Les femmes souffrent à l'époque d'une très grande solitude, « leurs témoignages sont un appel à plus d'humanité dans les institutions hospitalières afin qu'elles tolèrent la présence du compagnon ou d'une amie ». La solitude est alors ressentie comme inhumaine et « elles subissent un dirigisme des institutions [...] leur personnalité est pour un temps niée, mise entre parenthèses » (2). Et les hommes ne vivent pas

cette période plus facilement que leurs compagnes, ils sont évincés, écartés et se sentent désarmés.(2)

Les médecins veulent imposer aux femmes des règles de vie, les placer sous surveillance médicale tout en soulignant que la grossesse n'est pas une maladie. Les comportements traduisent une soumission, une révolte et une autonomie par rapport aux règles imposées. Les femmes se sentent reléguées au rôle de mineures soumises du fait de l'emprise médicale sur la maternité et les soins aux petits enfants.(2)

Autre exemple d'un orgueil masculin déplacé, du peu d'humanisme et du manque de respect témoigné à l'égard des femmes et des sages-femmes : le Dr Jeannin qui reçoit la nouvelle chaire d'obstétrique en 1922 créée pour l'enseignement des sages-femmes s'exprime en ces termes aux futures sages-femmes : « c'est vous qui transformerez la mise bas de la Sauvage en accouchement de la Civilisée qui supporte la rançon de la difficulté née de son raffinement [...]. Il est donc essentiel qu'un homme savant et expérimenté féconde l'urne encore vide de votre cerveau de ses préceptes puissants » (2). A côté de cela, des témoignages évoquent que les sages-femmes ont appris à travailler à tous les accoucheurs et internes peu compétents et qu'elles gardent la surveillance et la responsabilité en salle de travail (Pr Lacomme).

Là encore, le schéma culturel influence l'idée de l'accouchement pour les femmes ; il s'inscrit dans « un schéma doloriste faisant de la femme une mineure assistée : l'accouchement traditionnel des pays occidentaux est un fait culturel dont le dolorisme est l'axe central et la douleur le mode d'expression, en même temps que la passivité en est la référence fondamentale imposée à la femme » Le Mal Joli (1976), C.R. d'Allones (2).

En 1933, G.D. Read, Anglais, s'intéresse à la cause de la douleur : « elle résulte d'une interprétation fautive des sensations dues à l'état émotionnel des femmes en couches ; or les contingences émotionnelles peuvent se résumer d'un mot : la peur, peur provoquée par la solitude, l'ignorance, les récits terrifiants, le cadre des maternités » (2).

De l'avis de Me Couvreur, secrétaire du Comité d'Etudes pour le rôle social de la sage-femme « l'hôpital transforme en maladie un acte physiologique normal ; il est « froid » et « inamical » à la femme qui souffre pour enfanter » (2), le père de l'enfant ne peut être aux côtés de sa femme alors que c'est « dans l'ordre de la nature » (2). Elle défend par ailleurs l'accouchement à domicile et lui octroie des vertus d'unité familiale.

Mais l'Association des sages-femmes catholiques rapporte que les sages-femmes n'échappent pas, elles non plus, à « une relation sage-femme-parturiente qui reste dirigiste » lors d'un accouchement à domicile tout en soutenant qu' « il faut laisser la femme prendre la position qui lui plaît à l'expulsion » (2).

Les deux pratiques (interventionniste et non-interventionniste au sein des hôpitaux) coexistent donc à l'époque, avec leurs partisans et leurs adversaires.

L'accouchement à domicile est réalisé par des sages-femmes ou des médecins non spécialisés. Pour ces derniers, la formation en obstétrique est jugée trop sommaire par les femmes-médecins. Ces dernières, d'ailleurs, se mobilisent pour changer le schéma doloriste de l'accouchement pour les femmes et demandent la promotion des méthodes prophylactiques qui naissent Outre-Manche (2).

La profession sage-femme subit à cette époque une forte crise, elle perd son indépendance face aux médecins engagés dans la médicalisation de la maternité qui ne peut se faire selon eux qu'en institution hospitalière et sous leur responsabilité, la participation des sages-femmes étant secondaire. Elles perdent de la clientèle en milieu libéral, leur profession est sectorisée au sein des maternités, leurs études font l'objet de modifications largement proposées par les médecins. Mais la solution à cette crise passe sous silence au cours de la Deuxième Guerre Mondiale. Après 1945, les constats sont alarmants, il y a une très forte chute des effectifs, un fort développement des postes en maternité. L'accouchement à domicile a quasiment disparu, il ne permet plus à une sage-femme d'en vivre.

Dans les années cinquante, l'Accouchement Sans Douleur est introduit en France par le Dr Lamaze qui veut rendre à la femme la possibilité de vivre en toute conscience et sans passivité la naissance de son enfant. Sa reconnaissance est acquise en 1961 non sans mal, c'est « un progrès décisif, révolutionnaire dans la prise en charge physique et psychologique de la Maternité » (4).

Cette méthode tombe peu à peu en désuétude après 1970 qui apporte ses premiers décrets de périnatalité mettant l'accent sur la technologie avec l'entrée en scène de l'anesthésie péridurale. Pierre Vellay, proche collaborateur du Dr Lamaze, précise dans son intervention au Colloque des 50 ans de l'A.S.D. célébré les 28 et 29 septembre 2002, que sa méthode avait pourtant permis de « réduire le recours aux médicaments de façon considérable [...] et que la participation des pères dans la naissance a changé leur regard sur leur femme et modifié les rapports dans le couple ».

Daniel Lipszyc, secrétaire de la Société française de psychoprophylaxie obstétricale, quant à lui rappelle le bilan épidémiologique de l'application de la P.P.O. : « moins de césariennes, moins de retard de croissance intra-utérin, moins de prématurés et moins de retard cérébro-moteur » et d'ajouter : « La femme qui met au monde son enfant ne doit pas le faire toute seule. La solitude est source de désarroi. Il lui faut un environnement humain de soutien, d'accompagnement, avec aujourd'hui une pièce maîtresse : le mari, formé lui aussi. Il faut toute une équipe dynamisée par la volonté d'aider la

femme à mettre au monde » (5). Cependant, la technique de l'A.S.D. est tout de même teintée d'une image dirigiste.

Dans les années soixante-dix, des courants humanistes portés par des obstétriciens comme Frédérick Leboyer, Michel Odent, Serge Bizieau et Max Ploquin apparaissent. Ils veulent défendre le respect de la physiologie, de la volonté des femmes en tant que personne responsable de son accouchement, les premiers instants de l'enfant pour un accueil dans le calme, le droit à l'intimité, au respect de la femme, du couple et de l'enfant. (43 et 6)

Ces courants de pensée ne sont pas adoptés partout en France, la preuve en est qu'en 1974, une écrivaine, Annie Leclerc, dénonce encore dans Paroles de Femmes, l'inhumanité de la maternité : « quelles que soient les garanties d'hygiène et de sécurité apportées à l'hôpital ou la clinique, l'accouchement pratiqué en série est ramené à la dimension de l'extraction dentaire ... le mépris, la déconsidération de cet événement, qui représente pour la femme le moment d'une épreuve extrême et cruciale de la vie n'est autre que le mépris de la femme en général »(2). Or, à l'époque, la femme commence à peine à goûter à l'indépendance et à la reconnaissance de ses droits : en 1965, la femme peut travailler sans l'autorisation de son mari et garder son salaire ; en 1970, la notion de chef de famille est enfin partagée par les hommes et les femmes à égalité. Le féminisme apparaît et permet de telles avancées. Partageons une nouvelle définition de ce courant de pensée : « le féminisme, c'est toute action propre à valoriser la femme, à faire reconnaître et respecter sa spécificité » au sens large, « et la libre disposition de son corps, à protéger sa santé et la physiologie de ses compétences ». Autrement dit, c'est une « expression incontournable de l'Humanisme » (1).

Les femmes veulent être écoutées, elles ont conscience que « dans l'expérience de la maternité et de l'accouchement interfèrent de multiples éléments de la vie d'une femme : son rapport au corps et à la sexualité, ses relations avec la mère et son compagnon, sa vision du monde et de l'avenir » (2). Mais cet autre vécu de la grossesse et de l'accouchement, toujours d'actualité, que souhaitent les femmes, reste encore très largement une pratique minoritaire que des sages-femmes libérales essaient de promouvoir. En 1983, Marie-Françoise Olive crée l'ANSFL (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales). Cette association a pour but d'unifier les praticiens et praticiennes sages-femmes libéraux qui travaillent dans l'esprit de l'Accompagnement Global.

Françoise Thébaud termine sa thèse par les mots suivants : « Pour l'ensemble des femmes, donner la vie et être mère sont des expériences complexes et riches de contradiction [...] beaucoup témoignent et amorcent une réflexion collective sur la maternité »

L'accouchement à domicile n'est désormais plus la pratique la plus répandue, les femmes accouchent et sont suivies en majorité à la Maternité, la fonction symbolique d'accompagnatrice de la sage-femme a

reculé sous la pression d'une gestion du temps qui ne laisse plus aux femmes... le temps de devenir mère dans un équilibre intérieur. Mais la profession et quelques médecins ne baissent pas les bras et luttent pour une naissance plus cohérente.

Nous allons à présent nous pencher sur ce que vivent les couples dans la grossesse, l'accouchement et les suites de couches afin de comprendre ce tumulte, et parfois la détresse, évoqués par les femmes et les couples.

II. L'expérience de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches pour les femmes et les couples

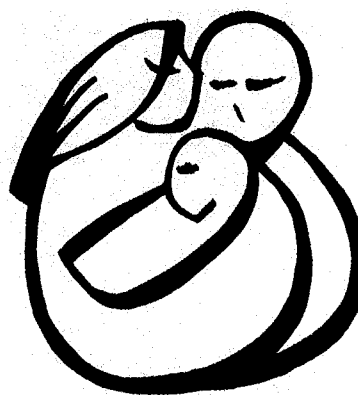


Illustration par Stéphanie Florion

« La sécurité psychologique des femmes enceintes est reconnue comme l'équivalent de leur sécurité physique ».

Rapport du Haut Comité de la Santé Publique sur la qualité de la grossesse et de la naissance, commandé par M. Kouchner en décembre 1996.

D.O. n°273 juin 1999

Au cours de mes stages, j'ai rencontré des couples qui souhaitent être plus acteurs, plus engagés dans la naissance que l'environnement médical ne le leur permettait. Il se dégageait d'eux une authentique volonté de participer plus activement, plus consciemment et plus indépendamment à la naissance de leur enfant. L'enfant ne venait plus par

et avec le personnel médical, il viendrait ... d'eux, par eux, dans un accueil très conscient.

Commençons par décrire ce que la grossesse suscite pour le couple.

A. La grossesse

La grossesse, c'est un enfant qui grandit dans le ventre de sa mère, un ventre qui grossit, une image corporelle qui change, un enfant que l'on se prépare à accueillir, des petits soucis de grossesse, la perception des mouvements fœtaux vers le 4^{ème} ou 5^{ème} mois de grossesse... mais que ressentent les futurs parents ?

La grossesse débute avec un désir d'enfant. Il peut susciter beaucoup de joie mais aussi des inquiétudes, des questionnements, des peurs. Certaines femmes vont vivre une grossesse épanouie, d'autres une crise plus ou moins difficile à vivre. C'est la crise de la maternalité, crise normale définie par l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité (Racamier) (3).

On y retrouve une crise identitaire, un amour ambivalent pour l'enfant et une régression qui, plus tard, au cours des suites de couches va permettre à la mère de prendre soin de son enfant. L'ambivalence de l'amour maternel va être à l'origine d'une profonde inquiétude de la femme vis-à-vis de ses sentiments pour son enfant. En parler résoudra le conflit qui sévit en elle. L'histoire de la femme, sa propre personnalité, son enfance et enfin ce qu'elle vit au moment de la grossesse vont influencer cette crise parfois inconsciente. Des sentiments complexes, ambivalents et ambigus où se mêlent amour et haine, investissement de l'enfant et repli sur soi vont envahir la future mère. « L'amour et l'abnégation le disputent à un héritage familial parfois lourd à porter » (7).

Marie-Hélène De Valors, sage-femme sophrologue à Orange nous parle des peurs de la femme enceinte dans un article paru dans les Dossiers de l'Obstétrique (8) :

- il y a la peur de ne pas être une bonne mère, de ne pas être capable de faire un enfant physiquement normal, de ne pas savoir donner les soins dont l'enfant aura besoin, de ne pas l'élever correctement afin qu'adulte il soit équilibré, heureux et libre : ce sont les peurs archaïques.
- cette future mère doit passer de l'état de fille de ses parents à celui de parent de son enfant, « c'est la bascule des générations », qui peut être génératrice d'angoisse car la future mère prend la place de sa propre mère, ce qui évoque sa fin de vie et peut être

culpabilisant pour elle. La future mère doit accepter de s'identifier à sa propre mère (pas toujours facile) et la future grand-mère doit donner à sa fille sa place de future mère, de femme (pas plus facile à faire).

- des souvenirs d'enfance enfouis, oubliés, des chocs anciens refoulés dans l'inconscient peuvent resurgir, « la maternité [...] s'inscrit dans une histoire parfois compliquée »,
- il y a aussi la peur de mourir, de ne pas y arriver, la peur d'accoucher et de faire passer cet enfant par les voies génitales, lieu réservé au plaisir et au compagnon qui sera distendu douloureusement et la peur de le laisser passer pour s'en séparer,
- enfin il y a les peurs actuelles que génère la prise en charge actuelle de la grossesse : « actuellement, en axant la surveillance de la grossesse sur la « normalité » du fœtus (clarté nuquale, échographie de la 22^è semaine,...), on oriente plutôt l'inconscient vers le doute ». Et les femmes de réagir : « je ne sais pas si je serais capable d'être mère, je suis très inquiète...alors j'ai peur d'accoucher ! » » (8). Et le Ministre de la Santé, Jean-François Mattéi affirme en 2001 que la surveillance de la femme enceinte est enfermée « dans une logique médicale comme si la grossesse était une maladie » (9) générant ainsi « un stress, diminuant ou augmentant au gré de l'échéancier serré des consultations spécialisées, des échographies, des examens biologiques » (10).

Au cours de la grossesse, la femme sera centrée sur « l'image irréprésentable » (Bydlowski) (3) du bébé imaginaire. Il correspond au bébé idéal qui répare et comble tout. Pour certaines femmes, le bébé imaginaire est mis à mal par l'échographie. Ce moment d'observation du fœtus devient angoissant car il le personnifie, le rend réel et donc rendent réels les risques de malformation, d'anomalie, de mort. Soulé parle même d' « interruption volontaire de fantasmes », car elle introduit un processus de réalisme dans la grossesse. Pour d'autres, ce sera l'occasion de lui donner une place plus précocement dans la famille, véritable support de projection maternelle.

Hippocrate, dont la théorie moniste unit le corps et l'esprit, est à l'origine d'une conception psychosomatique de la médecine. Les troubles sont alors indépendants de la volonté et trouvent leurs origines dans des sources psychologiques. Ce regard s'appuie aujourd'hui sur les travaux de la psychanalyse dont les nombreux cas cliniques ont permis de faire un lien entre l'organique et le psychologique.

Claude-Emile Tourné, comme Françoise Dolto, soutiennent cette thèse. Ainsi, « le corps exprime ce que la femme ne peut dire avec les mots, des choses peu conscientes ou inconscientes, par pudeur ou par manque de confiance » (11) envers son interlocuteur. Il faut cependant nous garder d'attribuer à la psyché tous les accidents de grossesse, mais tout conflits non parlé, non élaboré, cherchera à s'extérioriser par la voie

corporelle somatique. Nous devons donc être à l'écoute du discours conscient, mais aussi à ce que le corps exprime.

Catherine Bergeret-Amselek confirme que « on ne naît pas mère d'emblée » (7), on le devient. Et ce passage psychique d'enfant de ses parents, à parent de son enfant, se fera au cours de la gestation.

Les docteurs Bibring et Racamier (3) nous disent que la maternité est une période de crise maturative « à comprendre comme une crise qui se traverse en mobilisant de l'énergie, en réveillant de l'anxiété et des conflits latents, mais qui se présente aussi comme une recherche et comme un engagement » vers un nouvel équilibre. « Cette crise contient sa propre capacité évolutive et contribue au processus de formation d'une identité nouvelle ».

Monique Bydlowski, psychanalyste, définit l'état de la gestante par un « concept de transparence psychique » (3). Il va durer jusqu'à trois à quatre mois après l'accouchement. Il se manifeste comme suit : d'une part elle constate que la femme se trouve dans « une situation d'appel latent et quasi-permanent envers un référent », et d'autre part, elle constate « une corrélation entre la situation de gestation actuelle et les remémorations infantiles [...] le seuil de perméabilité à l'inconscient étant diminué » le refoulement est beaucoup moins efficace. Il s'agit là d'une manifestation régressive identitaire, dont « les représentations sont nostalgiques » le plus souvent, « et centrées sur l'enfant que la femme a été autrefois ». Ainsi, en évoquant le passé avec la femme, on pourra « réparer » l'enfant qu'elle a été et elle pourra alors, débarrassée de ses conflits internes, trouver sa place auprès de l'enfant et de son conjoint en tant que mère, disponible à son nouveau-né.

Cette crise est organisatrice pour le psychisme à condition que la femme soit accompagnée, soutenue, afin qu'elle puisse trouver en elle-même les réponses à ses interrogations, identifier ce qui l'entrave, pour accéder à plus de paix et de lucidité.

Ce passage psychique est de première importance car il constitue un préliminaire essentiel à l'installation de la fonction maternelle en terme de préoccupation maternelle primaire (Winnicott) (17). La femme s'interroge sur ses capacités à être une bonne mère pour son enfant. C'est donc également le bien-être de l'enfant à venir, et donc du futur adulte, qui est en jeu, d'où son caractère primordial.

Des études ont permis de constater qu'un passé difficile mettra la femme en grande difficulté (même si cela n'est pas systématique), ce qui justifie d'autant plus un accompagnement.

Les pères, dans cette période, vont également effectuer une mutation. Devenir père n'est pas anodin pour eux, ils ont parfois du mal à

trouver leur place spécifique. La paternité génère également des angoisses, des sentiments d'ambivalence mêlant fierté et sentiments négatifs. Bien qu'il n'y ait pas que deux modèles de futurs pères, nous les verrons, soit être très présents et accompagner leur femme tout au long de la grossesse, soit s'illustrer dans une fuite, véritable exutoire d'une crise difficile à vivre. Ils vont alors augmenter leur activité professionnelle, faire de nombreuses sorties avec des amis, ou encore avoir une relation adultérine...

De même que le père fait la mère, la future mère doit donner sa place au futur père, dans un respect de leur vécu respectif de la parentalité, sans rien lui imposer, mais plutôt en lui proposant de participer. Absent, la femme se sentira abandonnée, en détresse et ne comprendra pas le positionnement de son compagnon. Or le père a toute sa place dans le vécu de la grossesse, car avec la future mère, ils interagissent dans le devenir parental. Tous les couples ne feront pas un travail de conscientisation, mais lorsque le couple vit ces modifications et tente de les vivre le plus harmonieusement possible, chacun a sa place auprès de l'autre.

Intéressons-nous à présent à l'accouchement.

B. L'accouchement

Catherine Bergeret-Amselek, psychanalyste définit l'accouchement en ces termes : « L'accouchement contient en condensé toute la maternalité qui se met en acte [...] à travers le corps » (12).

La femme va devoir se séparer de son bébé et prendre définitivement une autre place, celle qui s'est préparée pendant neuf mois. C'est le moment d'une grande rupture.

Elle va devoir renoncer :

- à l'intimité corporelle, la fusion, au contact privilégié d'avec son fœtus,
- à l'enfant qu'elle a été pour devenir la mère responsable de son enfant,
- « à l'état gratifiant de la grossesse », la plus-value sociale que lui donnait la grossesse,
- « à son couple tel qu'il était » pour le reconstruire différemment,
- à l'enfant imaginaire et merveilleux pour accueillir l'enfant réel.

Elle va également passer par la douleur des contractions qui arrivent avec surprise et par l'angoisse de la distension du vagin, lieu réservé au compagnon et au plaisir.

Or les douleurs des contractions ne sont pas les mêmes pour toutes les femmes, certaines ne souffrent que peu et pour d'autres, ce sera un véritable martyr. La théorie moniste d'Hippocrate nous permettrait-elle d'expliquer cette variabilité par l'influence du psyché sur le soma ? Le Professeur Desprat, anesthésiste (12) affirme que la douleur est en rapport avec le ressenti : « Les facteurs psychologiques influencent l'intensité de la douleur [...], elle associe l'émotionnel et le sensoriel » Et d'après des études réalisées par M.H. De Valors, « ce qui majore la douleur des contractions » c'est « ce qui est subi et non accepté par manque de sens [...] et crée une rétention énergétique douloureuse au niveau de l'organisme » (Freud) (12).

Une parturiente ne peut faire face aux douleurs de l'enfantement toute seule, de nombreux témoignages le confirment.

Il reste cependant impossible d'uniformiser la perception de la douleur et nous ne remettons pas en cause l'utilité de la péridurale pour les femmes qui la souhaite.

Ainsi, «l'accouchement met en jeu pour la mère toute une élaboration psychique dont il est la somatisation », il va recouvrir une valeur pédagogique pour la femme : la bonne conduite de l'accouchement semble lui donner la preuve irréductible de sa capacité à être mère. D'autre part, l'auteur constate un « lien entre la satisfaction d'une femme vis-à-vis de son accouchement – reflet de sa capacité féminine à être mère – et l'investissement rapide de la fonction maternelle (présence psychique ou attachement et soins au bébé) ainsi que la réussite de l'allaitement maternel » (12).

Nous pouvons, par ces données, comprendre « l'importance capitale de l'accompagnement et de l'entourage sur lequel la mère va pouvoir s'appuyer ». Sans nous substituer au couple et donc les infantiliser, notre accompagnement peut les aider à se diriger vers ce passage psychique.

Accoucher, c'est accepter de s'ouvrir intérieurement, accepter de devenir la mère de l'enfant qui est là, accepter de se laisser traverser par la vie d'un autre être humain, de prendre une autre place dans la vie, dans son couple et repositionner ce dernier.

Le rôle du père dans tout cela ? S'il n'a pas fuit sa place pendant la grossesse, sa présence va aider la femme à se dépasser, il sera « celui qui accompagne le travail psychique et physique, qui soutient la technique respiratoire et concentrative, tout en étant conscient aussi des gestes médicaux...et de ses émotions » (12).

Cette union dans l'accouchement va « renforcer le couple dans son unité en lui donnant une nouvelle dimension ».

Mettre au monde un enfant, « c'est le mettre dans le Monde : c'est la mise en acte du rôle Parental » (12) L'enfant arrive ainsi au terme d'un travail physique et psychologique.

Abordons à présent la période postnatale.

C. Les suites de couches

L'enfant est là, la famille est agrandie (si le père est présent), la place de chacun va maintenant se construire dans ce trio nouvellement formé. Ils auront « besoin de plusieurs mois pour trouver une vitesse de croisière harmonieuse » (13).

Winnicott décrit la préoccupation maternelle primaire dans un de ses ouvrages (17) : la mère fait preuve « d'une étonnante capacité d'identification » et d'adaptation à son bébé, « ce qui lui permet de répondre à ses besoins fondamentaux ». C'est évidemment la situation idéale. Or l'entourage, suivant l'histoire personnelle du couple peut interférer dans le bon déroulement des événements : une grand-mère non soutenante, qui dénigre la nouvelle mère, un isolement, un entourage envahissant, des conseils nombreux et mal-venus, alors que le couple est en train d'installer, à son image et dans la découverte, les échanges avec l'enfant.

La femme est dans un état d'une grande sensibilité et elle a besoin d'image positive maternelle pour se construire. Elle est plus ou moins compétente pour son enfant, car elle est aussi fragile et dépendante de son entourage auprès duquel elle cherchera à se rassurer sur ses capacités maternantes (17).

« Cette période postnatale, pendant laquelle s'installe le mode relationnel avec le nouveau-venu, est l'occasion d'une particulière vulnérabilité pour la jeune mère » (13). La fin du stress de la grossesse, de l'accouchement, la présence de son nouveau-né et les conditions hormonales nouvelles vont exacerber sa sensibilité et son émotivité.

La moitié des accouchées va ainsi être touchée par le baby-blues, aussi appelé « Syndrome du troisième jour ou dépression transitoire », qui guérit spontanément en une dizaine de jours. C'est à ce moment aussi qu'elles vont avoir un grand besoin de soutien. Les écouter, les soutenir, les aider ne veut pas dire les remplacer auprès de l'enfant. C'est pour elles un « moment émotionnel incompréhensible, ces larmes, cette tristesse subite et transitoire », alors que leur enfant est né (13). La banalisation est souvent la réponse de l'entourage à cette « tristesse insolite », ce qui peut la culpabiliser. Pourtant, elle a besoin d'évacuer les tensions qu'elle peut ressentir en elle et le bébé a besoin de sa mère.

Pour Monique Bydlowski, le baby-blues est « la traduction émotionnelle d'une sorte de dénudation psychique permettant à la mère de se mettre en phase avec son nouveau-né », c'est « l'exacerbation de cette préparation de l'esprit maternel à saisir les indices en provenance de son enfant, ce qui expliquerait son universalité » (13).

« Une naissance fait revivre à chaque parent les moments conflictuels de sa petite enfance, les difficultés qui ont été celles de son propre attachement. La jeune mère est tout particulièrement engagée dans ces réactualisations, car elle est aussi touchée dans son corps par les remaniements hormonaux de l'après-naissance. Elle met ainsi un certain temps à se reconnaître ! Si, de plus, elle n'a pas la chance de bénéficier d'un environnement soutenant et chaleureux, son malaise risque de durer [...] Il faut intervenir au plus tôt, car le bébé n'attend pas ! C'est dans l'essor de son plein développement que le petit enfant risque d'être touché » (13).

Les nouveaux parents découvrant leur nouvelle place dans ce couple, vont s'appuyer l'un sur l'autre, dans le meilleur des cas, pour vivre ces changements et découvrir l'enfant.

Notre rôle consistera à aider la jeune mère à se détacher d'images maternelles internes trop rigides et idéalisées, à l'aider à prendre confiance en ses capacités maternelles.

Il y a, par ailleurs, toutes les autres pathologies psychiatriques ayant un rapport avec la maternité, que nous ne présenterons volontairement pas, mais dont le dépistage est également de notre responsabilité.

Nous avons vu que la grossesse, l'accouchement et les suites de couches sont des périodes qui doivent requérir toute notre attention, afin que la mère se sente le mieux possible, que le couple vive cette transformation au mieux et que l'accueil de l'enfant se fasse dans des conditions favorables à son épanouissement.

Conscients de ces bouleversements au cours de la maternité, les sages-femmes qui pratiquent l'Accompagnement Global de la Maternité tentent de répondre aux attentes des couples dans la sécurité intérieure et la confiance qui naît de leurs rapports.

III. L'A.G.M. : un accompagnement et un suivi médical

Il convient de préciser que dans cette étude, l'accouchement a lieu sur le plateau technique d'un centre hospitalier.

A. Les principes de l'A.G.M.

Un seul praticien, la sage-femme libérale, réalise un suivi médical. Elle accompagne le couple au cours de la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Mais ce suivi prend en compte le vécu de la patiente et du couple au cours de la grossesse et de l'accouchement en aménageant un espace de parole et de réflexion autour des préoccupations que cette étape physiologique de la vie d'une femme mobilise, tant au niveau psychique que physique. Chacun, le couple comme le praticien, est acteur et responsable au cours de ce suivi. Le praticien prend en compte l'histoire personnelle du couple et de la patiente afin de favoriser le déroulement physiologique de la maternité et de prévenir les risques.

La particularité de l'intervenant « unique » permet l'instauration d'une relation de confiance réciproque marquée de sérénité. C'est un suivi médical qui prend en compte la globalité de l'individu : le plan organique, psychique et socioculturel, en cela il se rapproche sans doute d'une médecine psychosomatique globale défendue par Hippocrate en son temps et par Claude-Emile Tourné, gynécologue-obstétricien exerçant à Perpignan. Et ce dernier précise cette démarche : « il n'est pas question, sous prétexte qu'on aborde la grossesse sous un angle psychosomatique global, de perdre de vue aujourd'hui des moyens de diagnostic et de traitements extrêmement élaborés et remarquablement efficaces [...] il faut faire en sorte que la mère se sente le mieux possible dans les processus de grossesse [...] si la pathologie apparaît, on mettra en route le traitement qui sera aussi complexe que nécessaire, médicamenteux s'il le faut, et éventuellement médicamenteux lourd » (15).

Le suivi médical de la grossesse correspond en tout point au suivi réalisé en maternité-institution. Il s'organise autour d'un partenariat cohérent et nécessaire pour assurer la sécurité médicale des couples et de l'enfant à venir. Ainsi la sage-femme est en lien avec les gynécologues à qui elle peut adresser ses patientes en cas de nécessité ou si le couple le souhaite. Spécialiste de la physiologie, elle fait partie d'un binôme dont l'autre acteur est le spécialiste de la pathologie : le gynécologue-obstétricien. Ses autres partenaires sont l'anesthésiste-réanimateur, l'échographiste et le pédiatre.

La grossesse n'est pas une maladie ... jusqu'à preuve du contraire.

B. Le suivi médical au cours de l'A.G.M.

Comme précisé plus haut, il correspond en tout point sur le plan de la surveillance médicale au suivi effectué en maternité-institution.

Quelles sont officiellement les attributions de la sage-femme ? La loi du 19 mai 1982, article L.374 du Code de la Santé Publique en donne l'illustration :

« l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant [...] »

« l'exercice de la profession de sage femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale »

C'est-à-dire :

Avant la naissance :

Réaliser le diagnostic de grossesse, les consultations prénatales, prescrire et effectuer les examens nécessaires à la surveillance de la grossesse normale, détecter les facteurs de risque de complications gravidiques, diagnostiquer les pathologies gravidiques, orienter alors le couple vers les gynécologues-obstétriciens et les autres spécialistes, conseiller (hygiène alimentaire, éducation sanitaire...), assurer la préparation à la naissance et à l'accueil de l'enfant.

A la naissance :

Celle-ci a lieu en plateau technique afin de disposer si besoin des moyens techniques en cas de complication.

Le praticien accompagne le couple et la patiente pendant le déroulement du travail, dans la continuité de la préparation à la naissance effectuée au cours de la grossesse, en favorisant la physiologie du travail et de l'accouchement. Le travail est surveillé par les moyens cliniques et techniques en vigueur. Il « pratique » l'accouchement normal, accueille l'enfant avec les parents, assure la surveillance et réalise les soins immédiats au nouveau-né.

Après la naissance :

Le praticien assure la surveillance et les soins à la mère pendant 7 jours après l'accouchement et à l'enfant pendant un mois. Il a un rôle de soutien et de conseil à l'allaitement, aux soins maternels à l'enfant, répond aux préoccupations familiales. Il réalise la rééducation périnéo-

abdominale du post-partum, conseille et prescrit la contraception locale.
« En cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, elles doivent faire appeler un médecin » (art L.4151-4)

En annexe, figurent la liste des instruments que peuvent utiliser les sages-femmes, et la liste des examens et des médicaments qu'elles peuvent prescrire. (Annexes 6, 7 et 8)

La première consultation prénatale va être l'occasion pour le couple et la sage-femme de faire connaissance, de préciser les attentes du couple et les objectifs de chacun. La sage-femme réalisera ainsi le suivi de la grossesse en organisant sa surveillance autour des consultations prénatales, véritable moment d'échange, de partage et de parole au cours desquels le couple est invité à exprimer librement ce qu'ils vivent, ce qu'ils ressentent. La préparation à la naissance va être l'occasion de préparer la venue de l'enfant dans une prise de conscience globale de l'événement, avec leurs souhaits, leurs attentes et une invitation à définir leur place dans cette épreuve. L'accouchement sera donc préparé et se fera au plateau technique d'un centre hospitalier afin de disposer de moyens nécessaires en cas de complication.

Le dialogue qui s'installe entre le couple et le praticien va permettre aux futurs parents de se réapproprier une confiance en leurs capacités parentales. Car, comme nous l'avons décrit précédemment, la maternité est une période de crise identitaire où chacun cherche et recherche sa place dans cette étape de transformation et d'attente de l'enfant.

Après l'accouchement, le moment du retour à domicile est choisi par le couple, la sage-femme étant responsable du suivi des suites de couches. Elle assurera la visite médicale de la patiente à la maternité ou à domicile. A son retour à domicile, la surveillance de la mère et de l'enfant se poursuivent.

La sage-femme libérale travaille dans une logique de travail d'équipe, surveillant les processus physiologiques de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, dans le cadre d'une surveillance médicale doublée d'une approche globale de la patiente dans le vécu de sa grossesse.

Comment s'organise l'accès aux plateaux techniques ?

C. L'accès aux plateaux techniques pour les sages-femmes

1. Conditions générales

L'accès aux plateaux techniques n'est possible que dans les Centres Hospitaliers Généraux (C.H.G.) selon l'article 6146-10 du code la Santé Publique (C.S.P.) et « les femmes enceintes [...] peuvent faire appel aux sages-femmes de leur choix »¹

La sage-femme est autorisée à dispenser des soins à titre libéral dans la structure de soins, au sein du CHG, d'après l'article 714-29 du CSP.²

Les sages-femmes doivent conclure un contrat avec le CHG de leur choix, selon la loi 6112-4³, elles « peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation ». Ce contrat, présenté dans l'article R714-35⁴, contient la définition des obligations du praticien et celles du centre hospitalier. « Il précise notamment la nature et les caractéristiques tant quantitatives que qualitatives de l'activité du praticien et les dépenses que peut engendrer cette activité en matière de fournitures ou produits à caractère médical ou pharmaceutique ; le contrat indique également les conditions dans lesquelles le praticien participe à la continuité des soins au sein de ces structures. »

Ce contrat peut-il être compatible avec le Code de Déontologie des Sages-femmes ?

Article 48 : « le fait pour une sage-femme d'être liée dans son exercice professionnel par un contrat [...] à une administration, [...] n'enlève rien à [...] ses obligations concernant l'indépendance de ses décisions [...] »

Article 7 : « La sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit »

Ce n'est pas toujours le cas comme nous le verrons dans l'étude réalisée en deuxième partie de ce mémoire. Enfin, dernière condition, les praticiens doivent habiter à proximité de l'établissement, sans plus de précision d'après l'article R714-34 du CSP⁵.

¹ Annexe 10

² Annexe 11

³ Annexe 12

⁴ Annexe 13

⁵ Annexe 14

2. Constitution du dossier et autorisation d'accès

La décision de l'accès au plateau technique est donnée par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) après examen du dossier pour une durée de cinq ans renouvelable et après avis du Comité Régionale d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS), d'après l'article R714-30 du Code de la Santé Publique⁶. L'accord peut être notamment donné si cet accès permet une optimisation de l'utilisation du secteur d'hospitalisation ou du plateau technique. Une évaluation périodique du fonctionnement et des résultats financiers et médicaux devra être faite par le Centre Hospitalier, évaluation communiquée au Directeur de l'ARH.

Le contenu du dossier est décrit dans l'article R714-31 du Code de la Santé Publique⁷, dossier qui sera préparé conjointement par la sage-femme et la Commission Médicale d'Etablissement (CME). C'est l'instance consultative qui représente l'ensemble des composantes du corps médical de l'hôpital à laquelle la sage-femme adresse sa demande d'accès au plateau technique de l'établissement. Or le plus souvent elle est constituée, le plus souvent, exclusivement de médecins pour les Centres Hospitaliers Généraux, et les sages-femmes n'en font partie que sur décision du Conseil d'Administration⁸. Cette inégalité de représentation des professionnels au sein de la CME peut constituer un obstacle à l'accès aux plateaux techniques, si les médecins ne sont pas sensibilisés à l'AGM. De ce fait, l'accès aux plateaux techniques s'avère difficile dans la majorité des cas, mais il arrive heureusement que cela ne pose aucun problème et que les sages-femmes soient très bien accueillies et très attendues.

Le dossier doit contenir les données suivantes :

« 1. La délibération du conseil d'administration prévue au 18° de l'article L. 714-4 ;

2. La présentation de l'opération envisagée, notamment au regard des besoins de la population en ce qui concerne les disciplines ou spécialités en cause, la description de l'organisation retenue et des moyens utilisés, un état prévisionnel des dépenses de la structure comprenant notamment les dépenses en matière de fournitures ou produits à caractère médical ou pharmaceutique ainsi qu'une estimation des dépenses à la charge de l'assurance maladie ;

⁶ Annexe 15

⁷ Annexe 16

⁸ Annexe 17, articles R714-16-(1,6 et 11) du Code de la Santé Publique.

3. L'engagement prévu au 3 du II de l'article R. 714-30.

II. - Le dossier est réputé complet si, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'a pas fait connaître au centre hospitalier, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces manquantes ou incomplètes.

III. - Les documents mentionnés au I et leurs compléments éventuels sont adressés au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation par pli recommandé avec demande d'avis de réception. »

3. Rémunération de la sage-femme libérale

Elle est régie par l'article R714-37⁹ du CSP et la dernière grille de cotations des actes sages-femmes en vigueur depuis le 15 septembre 2002¹⁰.

Les consultations prénatales sont réglées directement par les patientes lors des consultations. Pour ce qui est des accouchements et du séjour à la maternité, la sage-femme perçoit ses honoraires après déduction de 30% des honoraires réglés par le patient. Cependant, la redevance est modulable et elle peut ne représenter que 10 % de la valeur des actes effectués sur le plateau technique.

En annexe, figure la grille de cotation officielle des actes sage-femme (annexe 9).

A présent, nous allons écouter la voix de ceux et celles qui ont vécu l'expérience irremplaçable, d'après eux, du suivi global.

⁹ Annexe18

¹⁰ Annexe 9

DEUXIEME PARTIE :

Le vécu des sages-femmes et des couples dans l'A.G.M.



Nous avons réalisé deux questionnaires, l'un pour les sages-femmes libérales pratiquant l'Accompagnement Global, l'autre pour les couples ayant été suivi dans ce cadre-là.

I. Méthode de travail

A. Prise de contact

1. Recherche des sages-femmes libérales

Nous avons eu accès à une liste de sages-femmes libérales dont certaines pratiquent l'A.G.M. par l'intermédiaire de l'ANSFL (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales). Dix-neuf d'entre elles ont pu être contactées par téléphone afin de nous assurer de la possibilité de réaliser cette enquête auprès d'elles et de leurs patientes. L'accueil a été très favorable à l'étude envisagée.

2. Choix des patientes

Dix à quinze questionnaires ont été envoyés aux sages-femmes qui se sont chargées de les envoyer à leurs patientes, soit un total de cent quinze questionnaires. Les patientes ont été choisies au hasard par les sages-femmes dans un souci d'objectivité de l'étude. Les patientes concernées sont celles de l'année écoulée.

B. Analyse des questionnaires

1. Pourcentage de réponses

En ce qui concerne les questionnaires pour les sages-femmes, nous avons eu 13 retours sur 19, soit 68,42 % de réponses.

En ce qui concerne les questionnaires pour les couples, nous avons eu 75 retours sur 115, soit 65,21 % de réponses.

2. Programme informatique utilisé

Nous avons utilisé le programme « Spad Question ».

3. Réalisation des questionnaires

Se reporter aux annexes 1, 2, 3 et 4

C. Les limites de l'étude

Il n'existe pas actuellement de fichier spécifique et rigoureusement à jour concernant les sages-femmes libérales pratiquant l'AGM, du fait que certaines d'entre elles n'adhèrent pas forcément à l'association ou ne la tiennent pas au courant des modifications concernant leur activité.

II. Résultats et interprétations des résultats

A. Résultats et interprétation des questionnaires envoyés aux couples

Q1. Age des patientes

Elles sont âgées en moyenne de 32 ans avec un minimum de 22 ans et un maximum de 41 ans.

Q2 . Nombre d'enfants des patientes

Les patientes ont en moyenne 2 enfants soit un peu plus que la moyenne nationale actuelle. Le nombre minimal d'enfant est de 1, le maximum est de 8.

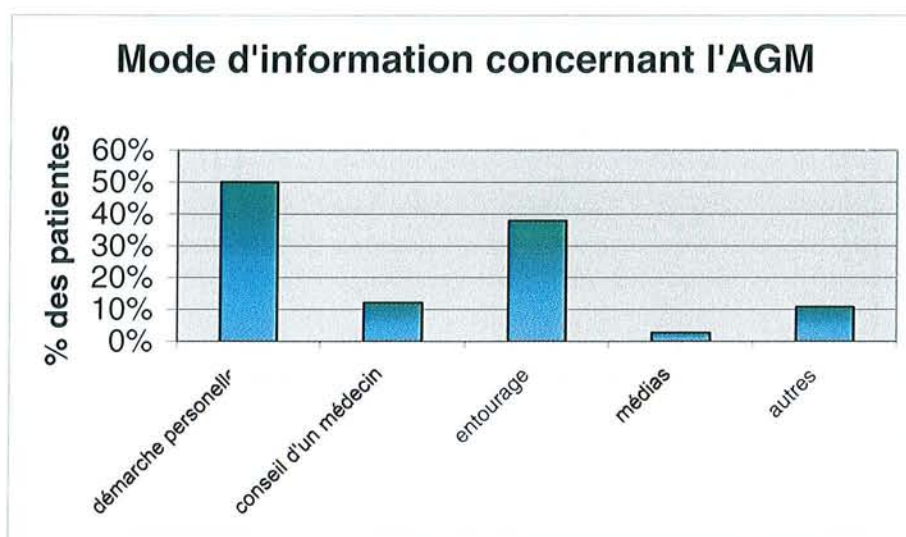
Q3. Nombre de grossesses suivies dans le cadre de l'AGM

En moyenne 1,25 enfants sont nés dans le cadre de l'AGM .

Q4. Les circonstances de découverte de l'Accompagnement Global

Pour avoir connaissance de cette alternative au suivi en maternité-institution, les couples ont du faire une démarche personnelle de recherche. Le bouche à oreille est également à l'origine de l'information.

10 % des couples en ont été informés par le biais d'un médecin, l'un d'entre eux avait vécu l'expérience personnellement.

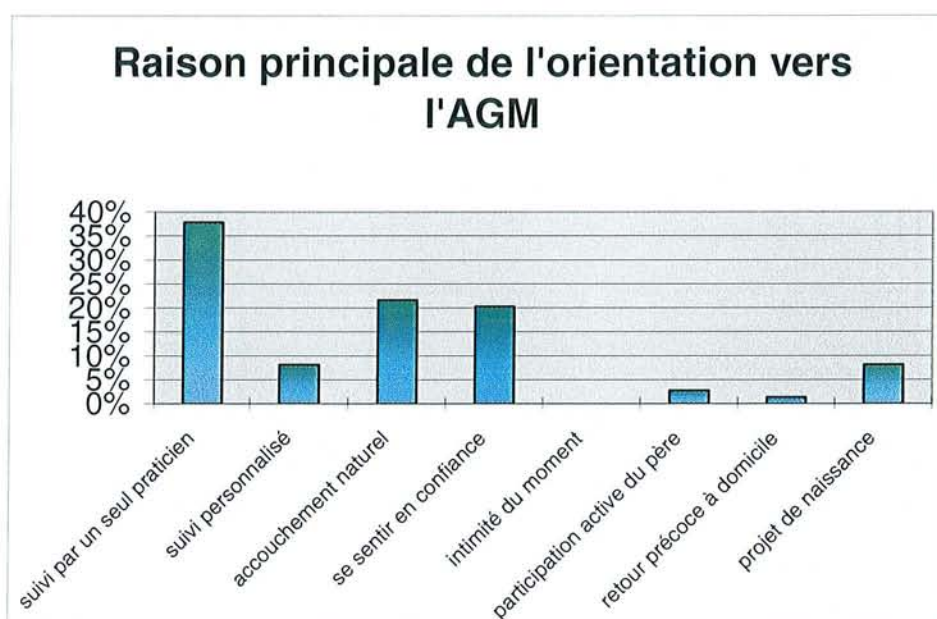


Graphique 1

Q5.a. La principale motivation des couples dans le choix de l'AGM

La majorité d'entre eux a le souhait expressé d'un suivi global, au cours duquel le praticien reste le même pour la durée de la grossesse, l'événement de la naissance et les suites de couches. Le souhait d'accoucher le plus naturellement possible et le besoin de se sentir en confiance sont ensuite les raisons principales.

L'item « projet de naissance » a fait l'objet de descriptions dans le détail de ce que les couples attendaient de l'AGM. Elles sont en rapport direct avec l'unique praticien, dans une écoute personnalisée, sur la durée, qui permet de mettre en confiance. La proposition « suivi personnalisé et moyens techniques utilisables en maternité » a, par contre, eu un peu moins de succès. Il semble qu'au vu des témoignages, la technicité n'ait pas été un facteur prépondérant pour le choix de l'AGM ; les couples étaient à la recherche d'une réappropriation de la naissance de leur enfant, dans un maximum de liberté consentie et de sécurité.



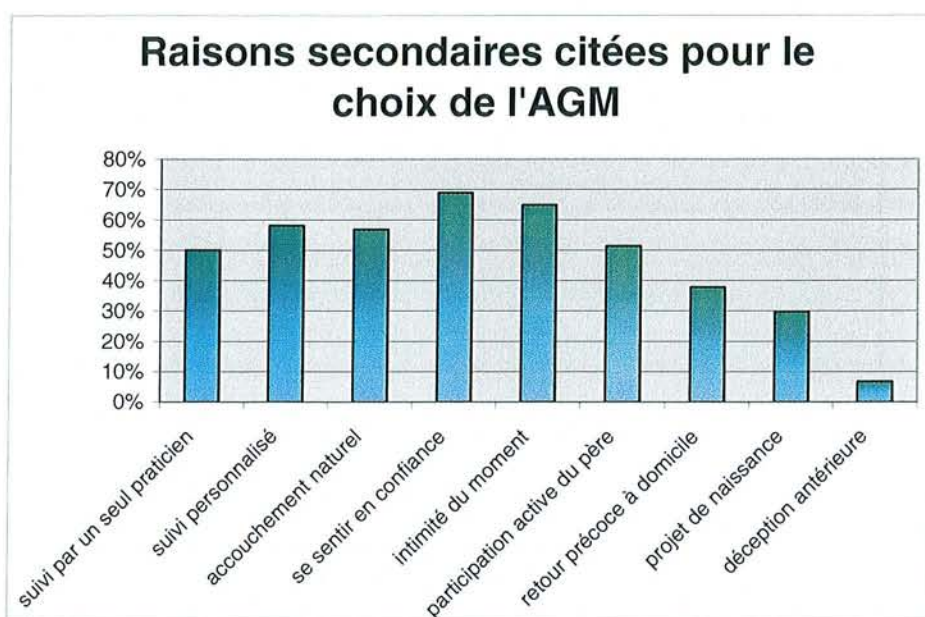
Graphique 2

Q5.b. Les autres raisons de ce choix

Le sentiment de confiance prévaut devant tous les autres choix pour cette question. En effet, les couples désiraient être entendus dans leurs désirs, établir un réel lien humain avec le praticien. Une mauvaise expérience telle que des déclenchements, une immobilité mal vécue ou le sentiment pour la femme d'être dépossédée de son corps (un corps objetisé) a poussé certains couples vers l'AGM. Pour d'autres, c'est « un grand besoin d'écoute, d'aide et de partage » qui les a guidés vers l'AGM et qui leur « a permis de prendre confiance » en eux.

Dans cette question tous les choix semblent avoir la même importance et se résument au projet de naissance dont nous allons dire quelques mots.

Les couples ont le désir de vivre la naissance de leur enfant dans « des conditions égales à leurs aspirations », « dans une relative autonomie », « conscients de leur rôle de père, de mère », « pour ne pas être un objet dans les mains du corps médical », « pour ne pas être ligotée sur une table d'accouchement », « pour accoucher dans la position où je me sens le plus à l'aise ». « Mettre au monde un enfant est un moment fort, nous voulions le vivre en toute confiance, en toute sécurité, sans médicalisation excessive, pour un accueil serein », « pour être acteur de notre histoire de famille », « pour me réconcilier avec moi-même car je ne me sentais plus du tout capable d'accoucher naturellement », dans le respect de leurs choix de vivre la physiologie, sans recourir trop vite et de façon superflue à une médicalisation, avec le soutien de leur praticien.



Q6. Satisfaction des couples concernant leurs attentes et leurs questions

Plus de 94 % d'entre eux sont satisfaits en ce qui concerne les informations données pour la grossesse, la préparation à la naissance et le soutien à l'allaitement. Et plus de 82 % sont satisfaits en ce qui concerne les soins aux nouveaux-nés, les suites de couches, les conseils alimentaires et d'hygiène, la rééducation périnéale et la vie sexuelle pendant la grossesse et après l'accouchement. Le deuxième taux est en rapport avec la multiparité des femmes, c'est-à-dire avec une expérience de ces dernières pour ce qui est des soins aux nouveau-nés et les suites de couches.

Les patientes sont très satisfaites de pouvoir joindre leur sage-femme par téléphone 24 h/24 lorsqu'elles en ont besoin.

Nous notons une grande satisfaction des multipares concernant les attentes pour la rééducation périnéale. Par ailleurs, les primipares se sentent bien entourées pour l'allaitement et ont moins d'exigences concernant la rééducation périnéale.

Q7. Les patientes ont-elles ressenti le besoin de consulter un obstétricien ?

11 femmes sur 75 ont consulté un obstétricien pour les raisons suivantes :

- 5 pour pathologie gravidique,
- 4 pour réaliser les échographies obstétricales,
- 1 pensait que cela était obligatoire,
- 1 pour connaître l'obstétricien au cas où il devrait intervenir au cours du travail ou de l'accouchement, en cas de pathologie.

Mais 85 % d'entre elles n'en ont pas ressenti le besoin. Les patientes se sont senties en confiance avec leur sage-femme ; « si cela avait été nécessaire, la sage-femme nous aurait dit » d'aller consulter un médecin. Pour les patientes, le suivi par leur sage-femme est complet, personnalisé, dans l'écoute. Elles citent également leur compétence professionnelle, une capacité d'empathie, la prévenance, autant d'éléments qui semble compter dans leur décision de consulter ou non un obstétricien. Certaines ont pensé que ne pas consulter un obstétricien leur éviterait de surmédicaliser leur grossesse.

Q8. Proportion de la physiologie au cours de la grossesse

9.6 % des patientes ont été hospitalisées soient :

- 3 patientes pour MAP au second trimestre de la grossesse,
- 1 patiente pour vomissements gravidiques au second trimestre,
- 1 patiente pour faux début de travail,

Aucune de ces patientes n'a accouché prématurément.

La physiologie est représentée donc par 90,4 % des couples de l'étude.

Q9. Durée moyenne du travail

Pour les primipares, la durée moyenne du travail est de 11 heures ; pour les multipares, elle est de 4,68 heures, soient des valeurs tout à fait physiologiques pour le déroulement des accouchements.

Q10. Terme des grossesses à l'accouchement et type de déclenchement du travail

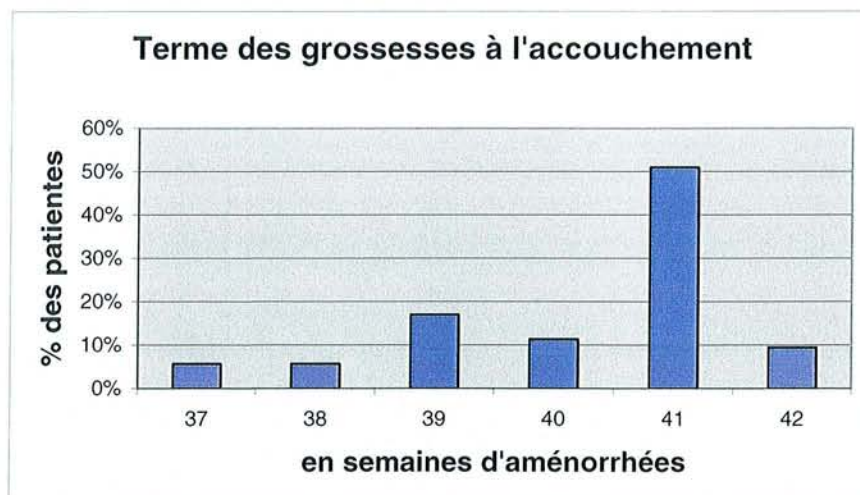
La majorité des accouchements ont eu lieu à terme. Les accouchements post-terme n'ont pas été l'objet de complications néonatales au cours du travail et à la naissance. Le pourcentage de prématurité est nul.

Quatre patientes ont fait l'objet d'un décollement des membranes.

Nous comptons deux déclenchements d'indication médicale.

Et dans 93 % des cas, le déclenchement du travail est spontané.

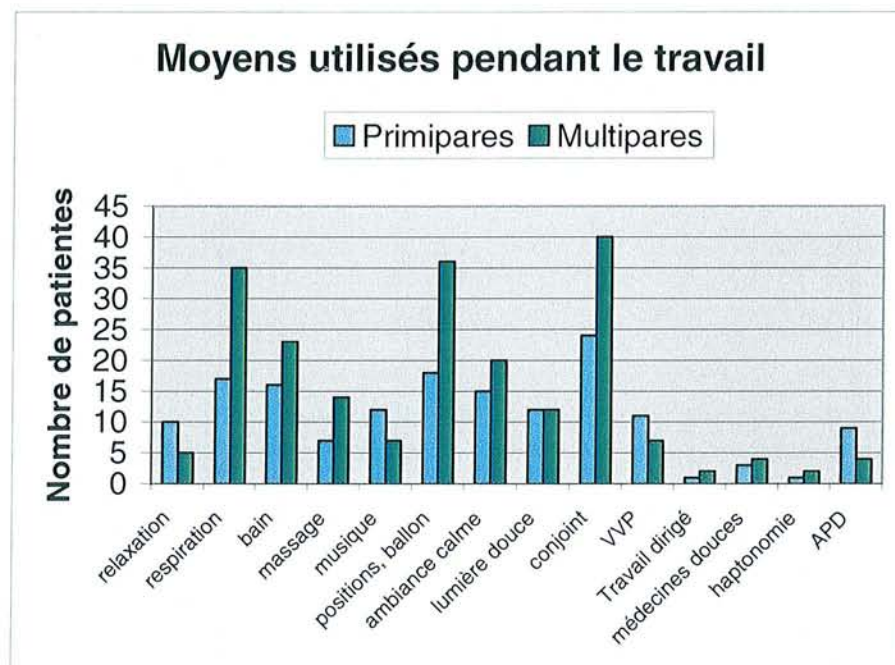
La physiologie domine et les déclenchements artificiels du travail pour convenance sont inexistant.



Q11. Les moyens utilisés au cours de l'accouchement pour en améliorer le vécu

86 % des femmes, primipares et multipares confondues, accordent la plus grande place au soutien et à la présence de leur conjoint au cours du travail et de l'accouchement. Il semble être celui qui saura les soulager et leur donner du courage et de la force, mieux que tout autre moyen.

Par ailleurs, les primipares utilisent de nombreux et divers moyens d'améliorer leur vécu du travail et de l'accouchement, avec une prédilection pour la concentration sur la respiration, la balnéothérapie, une ambiance calme et la liberté de postures. Cette diversité des besoins se rapproche de l'idée d'un cocon protecteur spécialement formé pour cette première expérience.



N.B. VVP= voie veineuse périphérique

Quant aux multipares, elles se concentrent principalement sur la liberté des postures et la respiration.

24 % des femmes ont eu une voie veineuse périphérique au cours du travail et de l'accouchement dont 17 % (soit 13 femmes) associée à une anesthésie péridurale, car elles étaient au bout de leurs capacités (travail long).

Q12. La participation du conjoint

71 hommes sur 75 ont accompagné leur femme au cours du travail et de l'accouchement. Sur les quatre autres hommes, deux d'entre eux étaient en déplacement professionnel, deux autres sont arrivés en retard à l'accouchement.

La présence du conjoint se manifeste dans 31 % des cas par une aide aux postures pour le travail et l'accouchement (accouchement en position accroupie soutenue par le conjoint). Dans 8 % des cas, il aide sa partenaire par des massages pendant le travail.

La présence du père se justifie par un désir commun de vivre la naissance de leur enfant ensemble. Pour la plupart, cela semble « évident », « naturel » et même « inconcevable de ne pas être là ». Il s'agit pour ces couples, de la naissance d'une famille où cet événement est partagé ensemble, « un enfant se fait à deux ». Les femmes ont trouvé en leur compagnon « un soutien », « un accompagnateur », « une aide physique, morale et affective ». Ils aident leurs femmes à se concentrer, ils leur donnent leur force, ils les encouragent, et sont « forts » pour deux lorsque leur compagne perd pied. C'est une véritable dynamique d'équipe où chacun a sa place auprès de l'autre dans une belle communion.

Q13.a. Quel est l'élément le plus important qui a contribué à instaurer un climat de confiance et de sécurité pour les femmes lors de l'accouchement ?

Pour 93 % des patientes, la confiance et la sécurité sont en rapport avec la présence de la sage-femme qui les ont suivies.

D'après les témoignages, ces femmes ont acquis une grande confiance en elles au cours de la grossesse et pour l'accouchement. Elles expriment la joie de la confiance en leurs possibilités qu'elles découvrent pleinement, la joie de vivre et de découvrir leurs capacités de concentration et de détente après les contractions, « la joie de laisser faire les choses naturellement ».

La sage-femme semble être pour ces couples un rempart, une protection vis-à-vis de l'hôpital et de ses pratiques. Ce qui est important pour elles, c'est d'« avoir un accouchement comme je le souhaite, sans surprise de la part du personnel médical », « je savais qu'avec elle tout irait bien », que la liberté de postures ne serait pas entravée, « que je pourrais agir sans subir la pression médicale » ou encore « savoir que mes désirs seraient respectés sans avoir à me battre pour ça ».

Reportons-nous à la question n° 4 : trois patientes ont clairement cité une grosse déception ou un vécu douloureux lors d'un accouchement

précédent, ce qui les a motivé dans leur choix pour l'AGM. Par ailleurs, pour la majorité des couples cette orientation vers l'AGM est une démarche personnelle. L'analyse de cette question n°13, faisant apparaître une fois de plus le projet de naissance, suggère donc que les multipares (qui représentent 65 % des patientes dans l'étude) n'ont pas voulu revivre ce qu'elles avaient vécu lors des accouchements précédents, autrement dit, une naissance à l'opposé de ce que leur propose l'AGM et que propose les institutions hospitalières dans leur prise en charge systématique.

Les patientes manifestent clairement le désir d'une indépendance, d'un droit sur leurs désirs et leurs corps (le leur et celui de leur fœtus).

La présence de leur sage-femme les tranquillise, elle semble être la garante de la réalisation de leurs désirs, les femmes ne se sentent pas pressées d'accoucher ou en marge de l'événement.

Q13.b . Les autres raisons de l'installation d'une confiance et d'un sentiment de sécurité

Dans 67,8 % des cas, accoucher au sein d'un Centre Hospitalier semble être rassurant pour les patientes. Mais dans 66,1 % des cas, la présence du conjoint confère le même bien-être.

Q14. Evaluation de la présence de la sage-femme au cours de l'accouchement

Pour tous les couples, la satisfaction est totale, le questionnaire proposait les mots « calme, rassurante, apaisante, silencieuse, peu intrusive, disponible » ; ils ont été complétés par :

- confiante dans ma capacité à accoucher,
- encourageant(e), confiant(e), motivant(e),
- instinctif(ve), attentif(ve) à tout,
- serein(e), affectueux(se), maternelle,
- énergique, efficace, fort(e),
- discret(e),
- de bon conseil,
- bienveillant(e),
- à l'écoute, compréhensif(ve), optimiste,
- indispensable.

Q15. Le mode d'accouchement

L'étude fait apparaître un pourcentage très faible d'accouchement dystocique :

- 4 % de césarienne soit trois femmes ayant été césarisées, l'une pour souffrance fœtale en début de travail, la seconde pour stagnation de la dilatation, la troisième pour siège,
- 2 extractions instrumentales,

93,24 % des femmes ont accouché physiologiquement par voie basse.

Q16. Délai du retour à domicile

10 % des femmes ont pu et souhaité rentrer à leur domicile après leur accouchement, suite aux deux heures de surveillance réglementaire.

91,18 % des femmes sont restées de un à trois jours à la maternité. Certains couples souhaitaient se reposer après l'événement avant le retour à domicile. En outre, certaines maternités permettent d'accueillir le conjoint avec la mère et l'enfant, ce qui évite à la nouvelle famille de se séparer.

Par ailleurs, quelques maternités exigent que les patientes restent hospitalisées 24 heures.

Q17. Les inquiétudes du conjoint concernant le retour précoce à domicile

Peu de couples sont rentrés deux heures après l'accouchement, certains en avaient le projet et il n'a pas pu se réaliser parfois.

84 % des conjoints n'étaient pas inquiets concernant l'éventualité d'un retour précoce à domicile. Il constitue pour ces couples une suite normale à l'accouchement, en effet la famille nouvellement formée a le souhait de se retrouver dans son intimité. La sage-femme a rassuré les inquiets, les a mis en confiance. Pour certains, le retour précoce à domicile est naturel (conjoint d'origine néerlandaise). Pour finir, savoir que la sage-femme était disponible 24h/24 sur son portable était très rassurant pour le couple.

16 % des conjoints craignaient que leur femme ne se repose pas assez.

Q18. Le type d'allaitement choisi

Le taux d'allaitement maternel excède les 96 %, taux bien supérieur au taux national d'allaitement maternel qui est de 40 %.

Q19. Le vécu des suites de couches

La présence de la sage-femme a-t-elle manquée aux femmes au cours des suites de couches à domicile ?

| | |
|---------------------------------|---------------|
| Pour le soutien à l'allaitement | Jamais à 75 % |
| Pour les soins au nouveau-né | Jamais à 86 % |
| Pour les soins maternels | Jamais à 90 % |
| Pour des conseils | Jamais à 85 % |

24 % des femmes disent que la sage-femme leur a « parfois » manquée pour le soutien à l'allaitement, mais il n'y a eu aucun échec d'allaitement et le taux d'allaitement est tout à fait satisfaisant.

Q20. Est-ce que les couples referaient cette expérience de l'AGM s'il attendaient un autre enfant ?

Oui pour 100 % d'entre eux, ils en sont pleinement satisfaits.

Q21. Conseilleraient-ils ce suivi à des proches ?

Oui pour 100 % d'entre eux.

Q22. Est-ce qu'ils en conserveront un bon souvenir ?

Oui pour 100 % d'entre eux.

Q23. Quelles sont les différences les plus notables avec la prise en charge de la maternité en institution hospitalière ?

Ce sont surtout les multipares qui se sont prononcées : avec une sage-femme libérale, il y a un « fil conducteur qui est suivi », il y a « l'avant, le pendant et l'après » accouchement, autrement dit, les

femmes parlent d'un suivi sur la durée, où les liens entre la sage-femme et le couple sont forts de la confiance qui s'est installée entre eux. Les consultations sont l'occasion pour elles de se « ressourcer » ; elles durent suffisamment longtemps pour que tout ce qu'elles souhaitent aborder puisse l'être. L'écoute y a une très grande place, ce qui ne semble pas être le cas en Maternité d'après elles. Elles se sentent écoutées, « reconnues individuellement, avec leur caractère propre, leur histoire, leurs attentes, leurs peurs aussi ». Une véritable « complicité » s'installe autour de laquelle, elles se construisent et préparent l'arrivée de l'enfant. L'écoute et « la clarté des réponses » engendrent « la sérénité » pour ces femmes.

La Maternité, quant à elle, véhicule une image assez négative avec « beaucoup d'attente dans les cabinets de consultation et peu de temps d'échange avec la sage-femme ou le médecin ». Elles dénoncent « un manque de transparence », « très peu d'écoute » donc « une impression d'aller vers l'inconnu », d'être en insécurité. Le suivi leur semble « moins attentif », moins personnalisé, « le manque d'écoute crée un stress ». « Nous ne sommes pas un numéro de dossier » ou encore « un col ouvert ou fermé » : elles ont le sentiment d'être réduites à une chose. Quand le nombre d'intervenant est trop élevé, elles ne s'y retrouvent pas et « se sentent morcelées ».

En ce qui concerne l'accouchement, les femmes ressentent une grande force dans le contexte de l'AGM. Elles ont « confiance » en elles, en leur capacité à donner naissance à leur enfant, « à maîtriser la douleur ». La préparation à l'accouchement est double : elle est psychologique par l'instauration d'un climat de confiance à force d'échanges et de contacts, et physique car « on apprend à prendre conscience de son corps, on prend confiance en soi, en apprenant à maîtriser la douleur, on accompagne l'enfant dans la progression de la naissance ». L'accouchement est vécu « dans l'intimité », « la liberté de mouvements » et elles découvrent en elles des ressources inconnues jusqu'alors : « une grande force », un lâcher-prise pour accompagner l'enfant qui doit naître, une grande conscience de soi, de leur responsabilité et leur engagement dans la naissance de l'enfant. La « totale disponibilité de la sage-femme » est aussi un facteur important pour les couples. Elles se sentent entourées, comprises et soutenues.

Les femmes qui ont accouché en Maternité avant de découvrir l'AGM ont eu le sentiment de s'être fait « voler » leur accouchement. « Le personnel médical fait tout » d'après les protocoles, il n'y a pas de « personnalisation ». L'accouchement n'est pas intime du tout, « il y a beaucoup de monde dans la pièce », « on n'est plus maître des choses », « par peur on se laisse entraîner dans un accouchement passif ». Ne pas connaître la sage-femme qui sera là lors de l'accouchement les « angoissent », du coup elles arrivent plus tendues à la Maternité, elles « se laissent moins aller ». Les femmes qui témoignent

ont l'impression que « leur corps ne leur appartient plus » lors d'un tel accouchement. Ensuite, seules dans leur chambre, elles éprouvent « un grand sentiment de solitude » puis « une grande détresse » au retour à domicile.

Dans le cas de l'AGM, le suivi continue après le retour à domicile, au-delà des 3 à 4 jours habituels pratiqués en institution hospitalière.

C'est un véritable accompagnement dans la durée qui satisfait énormément les couples.

Le bilan est donc assez positif pour l'Accompagnement Global et plutôt négatif pour les institutions hospitalières. Il y a pourtant des sages-femmes et des médecins qui sont très appréciés de leurs patientes pour leurs qualités relationnelles et leur ouverture d'esprit.

Q24. L'investissement financier de l'AGM pour les couples

Les couples ont pour la plupart conscience d'un manque de cohérence et de logique dans la gestion et la prise en charge du coût de la naissance par l'Etat.

Ils s'aperçoivent qu'un suivi global par une sage-femme, avec une naissance pas ou peu médicalisée, pas d'hospitalisation ou peu, représente environ trois à quatre mille francs, soit 450 à 600 euros. Et pour ce type de suivi, les couples doivent faire l'avance des frais et ne sont pas remboursés en totalité par la Sécurité Sociale.

Alors que dans le cadre d'un suivi classique en institution hospitalière, les frais sont, toujours d'après leur évaluation, bien supérieurs, il n'y a aucune avance de frais à faire et la Sécurité Sociale prend tout en charge.

Certaines sages-femmes pratiquent un dépassement d'honoraires, qui est relativement bien accepté par les couples. Il le trouve même justifié et passe parfois au second plan pour eux. Ils considèrent que ce coût reste dérisoire par rapport aux services rendus, au travail fourni, à la qualité des prestations professionnelles. Pour certains, une naissance de ce type est tellement important pour un enfant et pour eux-mêmes que cela n'a pas de prix.

Certaines mutuelles prennent en charge en globalité les frais, cependant si cela n'avait pas été le cas, les couples étaient prêts à participer personnellement.

L'un des couples a mentionné un échelonnement des paiements dans le temps, l'accès à ce type de suivi n'est donc pas une question d'argent.

Q25. L'idée qu'ils se faisaient du métier de sage-femme a-t-elle changée suite au vécu de l'AGM ?

4 couples ne savaient pas en quoi consistait le métier avant de faire la connaissance de leur sage-femme.

4 couples font une différence entre les sages-femmes libérales et les sages-femmes hospitalières, et attribuaient à cette dernière catégorie deux rôles : « brancher la péri » et « faire pousser ». Certains couples vont même jusqu'à dire que le métier de sage-femme libérale semble plus passionnant.

Pour 65 % des couples, l'idée qu'ils se faisaient du métier de sages-femmes a changé. Le métier est donc assez mal connu. Faut-il l'attribuer à la médicalisation de la naissance qui « noie » les sages-femmes dans des centres hospitaliers ?

Ils en ont découvert « les rôles, les champs d'activité, les compétences, l'investissement » auprès des couples. Une femme raconte : « la sage-femme nous a écoutés en tant que famille et ne m'a pas considérée uniquement comme un utérus ». La dimension humaine tient une grande place dans ce type de suivi pour les couples. Ils éprouvent une grande « gratitude » pour leur sage-femme, ont beaucoup de « reconnaissance », « d'admiration » pour elle, considèrent que leur rôle est « essentiel ». Ils ajoutent que « la sage-femme répond mieux que ses collègues gynécologues et obstétriciens aux attentes d'un couple », que « son rôle est en adéquation avec les besoins d'un couple qui attend un enfant ». Ce n'est « pas une infirmière, ni une conseillère », mais « une sage-femme », spécialiste de la physiologie de la maternité.

Une des patientes de l'étude, sage-femme, pense que c'est la voie d'avenir pour sortir de la voie dans laquelle s'est engagée l'obstétrique pratiquée actuellement.

Q26. D'après les couples, ce type de suivi est-il suffisamment médiatisé ?

Tous les couples interrogés regrettent que l'Accompagnement Global de la Maternité soit si peu médiatisé, connu. En faire la découverte procède, pour la majorité d'entre eux, d'une démarche personnelle convaincue. Ensuite, ce qui contribue à cette existence en marge de l'AGM est d'après eux, un manque de soutien par leurs collègues médecins qui ne diffusent que trop peu l'information. Par ailleurs, ils ont conscience d'une faible démographie de la profession libérale et de la faible proportion d'hôpitaux qui ouvrent leur portes aux sages-femmes libérales.

Conclusion de cette étude :

Au regard de ces témoignages, nous constatons que les couples sont pleinement satisfaits d'avoir vécu l'attente et la venue de leur enfant dans les conditions du suivi global proposé par les sages-femmes. Le respect de la physiologie, le respect de chacun, le respect des volontés, l'écoute de soi, l'écoute de l'autre, le soutien, sont pour les couples, autant de priorités à ne pas négliger pour vivre une maternité heureuse.

Trois couples de l'étude ont quelques regrets concernant l'accouchement : elles ont eu toutes les trois une césarienne. Le suivi n'est, quant à lui, absolument pas remis en cause.

Intéressons-nous à présent au vécu des sages-femmes.

B. Résultats et interprétations des questionnaires envoyés aux sages-femmes

Q1. Age des sages-femmes

La moyenne d'âge des sages-femmes est de 43 ans, avec un minimum de 33 ans et un maximum de 57 ans.

Q2. Année du diplôme

La question n'a pas été exploitée car elle ne présente pas d'intérêt pour l'étude.

Q3. Description de l'activité des sages -femmes depuis l'obtention de leur diplôme

En moyenne, les sages-femmes ont travaillé 6,85 années en secteur libérale avec un maximum de 35 années consécutives, 6 années en secteur public, 2 années en secteur privé, une sage-femme a exercé en PMI durant un an, une autre a exercé dans les DOM-TOM durant 2ans, aucunes d'entre elles n'a fait d'humanitaire.

Q4. D'après les sages-femmes, une expérience professionnelle en milieu hospitalier est-elle nécessaire avant de se lancer dans le suivi global de la maternité ?

Un tiers des sages-femmes pense qu'une expérience en milieu hospitalier n'est pas forcément la panacée. La moitié d'entre elles estiment que « l'on risque de perdre le contact avec la physiologie » et « de ne plus pouvoir se passer de la technique ». L'autre moitié pense que la « maturité » ainsi « qu'une bonne préparation par l'Ecole de Sages-femmes à la physiologie » sont des atouts bien plus grands pour la pratique du suivi global.

Et pour deux tiers des sages-femmes, elle semble être de bon aloi. Pour 89 % d'entre elles, cela permet d'acquérir de l'expérience, « de la bouteille », 66 % d'entre elles pensent que cela permet de prendre confiance et moins d'une sage-femme sur deux parmi elles, soit 44,5 % d'entre elles, considèrent que travailler en milieu hospitalier développe leur sens clinique.

Q5. Comment et pourquoi les sages-femmes se sont-elles orientées vers le suivi global ?

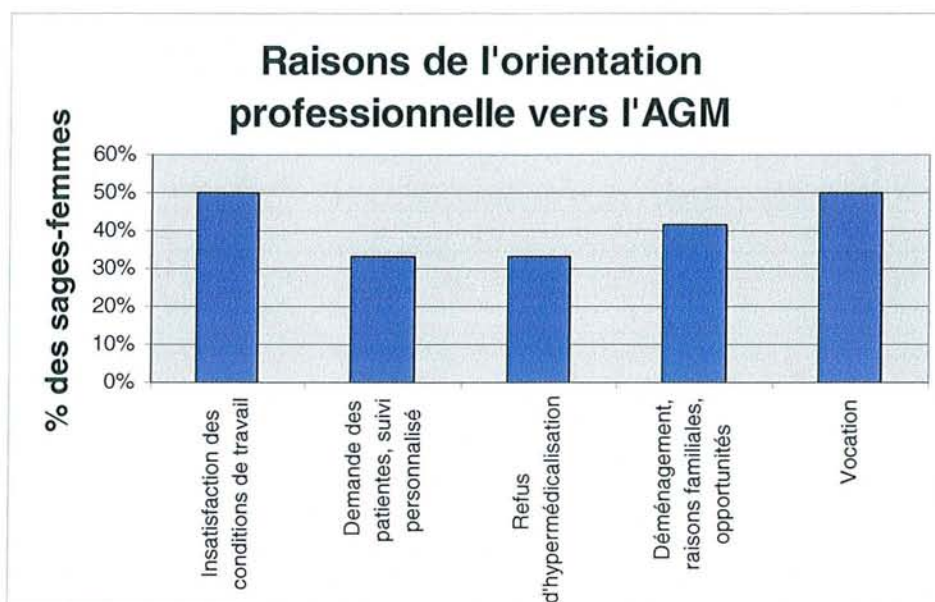
La moitié des sages-femmes s'est dirigée vers l'AGM à cause d'une grande insatisfaction des conditions de travail en institution hospitalière. Elles évoquent une dégradation de notre travail qui n'est plus supportable, la rigidité pesante du système, le refus d'adhérer plus longtemps au systématique induit par les protocoles. Elles s'aperçoivent que la peur du médico-légal envahit les professionnels médicaux, ce qui d'après elles les éloigne de leurs responsabilités vis-à-vis des patients et des patientes.

Pour elles un suivi plus complet, plus global de la grossesse est en rapport direct avec de meilleurs résultats. Elles ne veulent pas hypermédicaliser un événement qui ne le nécessite pas dans la grande majorité des cas. Mais elles ne sont pas pour autant dans le refus de la technique, au contraire. Elles veulent que la physiologie récupère sa place, « Ras-le-bol des déclenchements de convenance »

Parmi elles, certaines sages-femmes ont fait leurs études pour faire de l'Accompagnement Global.

Pour 42 % des sages-femmes, leur reconversion s'est faite suite à un déménagement dans une région où des médecins leur ont proposé d'avoir accès à leur plateau technique. Certaines d'entre elles pensaient que cette pratique ne serait pas compatible avec la vie de famille, mais sensibilisées personnellement à cette pratique au cours de la naissance d'un de leurs enfants, elles ont décidé de se lancer dans le suivi global.

Et 30 % des sages-femmes interrogées ont été sollicitées par des proches ou des patientes alors qu'elles envisageaient déjà, de loin en loin, de changer leur activité.



Q6. A quel type d'établissement appartient le plateau technique ?

A peu de choses près, la proportion des accouchements en structures publiques et privées est équivalente :

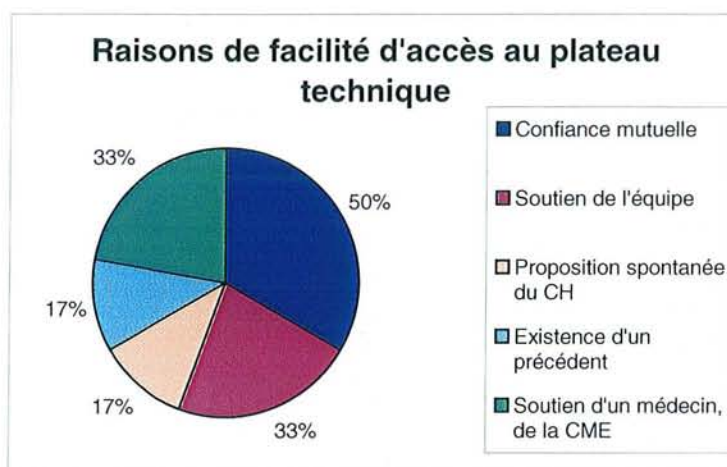
- 54,5 % en structure hospitalière privée,
- 45,5 % en structure publique.

Q7. Que disent les sages-femmes de l'accès aux plateaux techniques ?

Pour 60 % des sages-femmes, l'accès aux plateaux techniques s'est organisé sans difficultés : la confiance mutuelle (qui s'est installée suite à des vacances), le soutien de l'équipe médicale (les sages-femmes hospitalières et les sages-femmes cadres) représentent une aide conséquente dans la réalisation de ce projet. Les sages-femmes mentionnent aussi un soutien, une bonne acceptation de ce projet par les gynécologues, les obstétriciens ou encore la CME dans 33 % des cas.

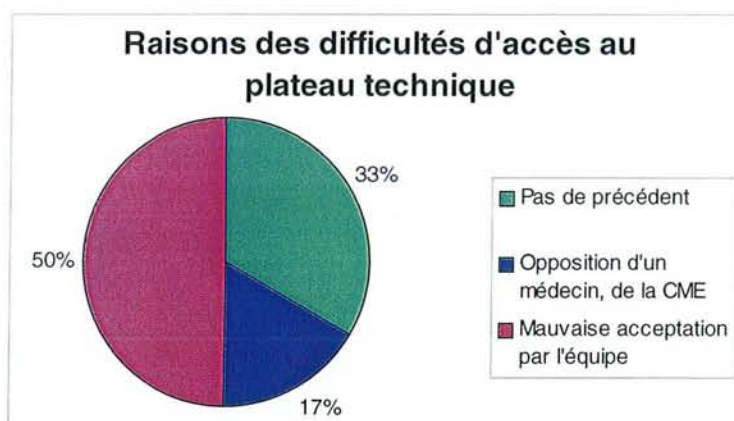
17 % des sages-femmes mettent en rapport la facilité d'accès au plateau technique avec un précédent ou une proposition spontanée des

Centres Hospitaliers. Il se trouve que cela permettait à ces derniers d'optimiser leur activité.



Par contre, 40 % d'entre elles font état de difficultés d'accès aux plateaux techniques. Cela s'explique par l'opposition parfois d'un unique médecin qui fait barrage et s'oppose à la réalisation du projet. Travailler différemment n'est pas toujours bien reçu par l'équipe médicale, même lorsque les sages-femmes ont travaillé auparavant ensemble dans le même Centre Hospitalier pendant un grand nombre d'années. Une sage-femme cite le caractère « expérimental », sans cadre législatif, de l'accès à un plateau technique ; les divergences étant trop importantes, aucune suite positive n'a été donnée à ce projet.

Pour 33 % des sages-femmes, l'absence de précédent, constitue un obstacle à l'accès au plateau technique. A cette occasion, un véritable climat de suspicion plane alors sur les pratiques de l'AGM.



Q8. Quels ont été les délais entre la demande d'accès au plateau technique et l'accord ?

Le délai est d'environ 6 mois.

Dans quelques cas il a été nul, l'accord a été immédiat, les centres hospitaliers se sont chargés de suivre la voie réglementaire pour obtenir l'accord du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Une sage-femme cite un délai de trois ans. Elle n'en explique pas la raison.

Une autre sage-femme, soutenue dans sa pratique par deux médecins, a attendu un an avant d'avoir une réponse favorable de toute l'équipe ; pendant ce temps elle travaillait sous la protection de ces deux médecins et l'année avait été l'occasion pour l'équipe médicale d'éplucher ses dossiers antérieurs (elle avait travaillé dix ans dans cette même maternité).

Q9. Lorsque la sage-femme doit passer la main, à qui s'adresse-t-elle ?

Dans 91 % des cas, la sage-femme fait appel à l'équipe de garde.
Un peu moins de 10 % d'entre elles font appel au même médecin.

Q10. La répartition de la responsabilité médicale pose-t-elle problème ?

Sages-femmes et médecins semblent partager assez harmonieusement leurs responsabilités médicales, chacun dans le champ de ses attributions, à condition que le médecin soit prévenu dans les temps en cas d'apparition d'une pathologie.

Les sages-femmes ne voient pas de différences dans ce domaine par rapport à un statut de fonctionnaire. La responsabilité médicale s'applique de la même façon, selon le Code de Déontologie de la profession sage-femme.

Une mauvaise expérience est cependant relatée par une sage-femme, au cours de laquelle la coopération sage-femme-médecin ne s'est pas faite de façon satisfaisante. Le travail en commun autour de la patiente est devenu à cette occasion une lutte de pouvoir entre le médecin et la sage-femme, ayant pour origine des divergences d'opinion trop importantes.

Q11. Les relations avec l'équipe médicale

Pour plus de la moitié des sages-femmes interrogées, soit 54,5 % d'entre elles, elles sont assez bonnes. Elles sont très satisfaisantes pour 45,5 % d'entre elles.

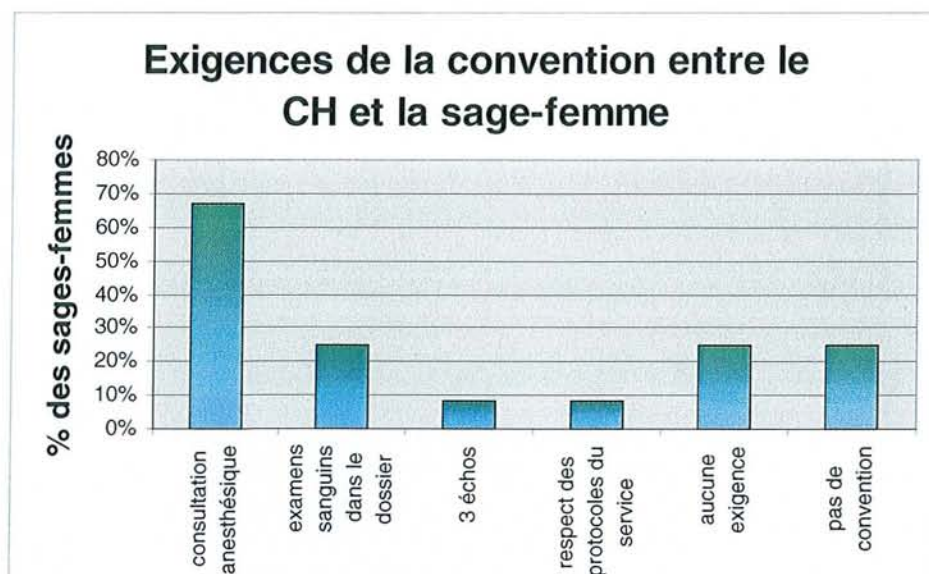
Q12. Leurs patientes sont-elles vues au moins une fois par un médecin du service ?

Dans 58 % des cas elles ne sont pas vues par un médecin.

42 % des patientes sont vues par un médecin de l'équipe médicale au moins une fois avant l'accouchement, le plus souvent autour du 8^{ème} mois de grossesse. Cette visite constitue dans certains cas une exigence écrite de la convention, mais il est possible qu'elle n'y figure pas ; elle procède alors d'un commun accord entre la sage-femme et les médecins, un « accord de courtoisie ».

Q13. Les exigences de la convention signée avec le Centre Hospitalier.

3 sages-femmes n'ont pas signé de convention, mais elles veillent à ce que la consultation anesthésique soit faite. Et lorsque cette dernière ne figure pas dans la convention, elle est également demandée par la sage-femme.



Ceci explique que seulement 67 % des sages-femmes interrogées déclarent que la consultation anesthésique est une exigence de la convention.

Pour une de ces sages-femmes, la convention stipule qu'elle doit se conformer aux protocoles du service.

Q14. Le statut obstétrical des patientes

Pour 77 % des sages-femmes la proportion de primipares et de multipares est équivalente.

Q15.a. D'après les sages-femmes, comment et pourquoi les couples se sont-ils orientés vers l'AGM ? (1^{er} choix)

Pour 61,5 % des sages-femmes, cette orientation des couples vers l'AGM s'explique par le désir d'un suivi individualisé, ce qui correspond au résultat de la même question posée aux couples.

23 % des sages-femmes considèrent que c'est le désir de réaliser un projet de naissance qui les a amenées à l'AGM.

15 % d'entre elles estiment que c'est le bouche à oreille, l'entourage, les témoignages de proches qui les y a amenées.

Q15.b. Quelles sont, toujours d'après elles, les autres raisons ?

Pour 84 % des sages-femmes, c'est le bouche à oreille qui favorise la découverte de l'AGM par les couples.

46 % des sages-femmes pensent que l'information est donnée par des médecins, alors que l'enquête réalisée auprès des patientes révèle que ce n'est le cas pour 10 % d'entre elles.

Q16. D'après les sages-femmes, est-ce plutôt la démarche du couple, de la mère ou du père ?

54 % des sages-femmes pensent que l'initiative en revient d'abord aux mères et 46 % d'entre elles pensent qu'il s'agit plutôt d'une démarche du couple.

Q17. Description de la présence et des actes des sages-femmes lors des accouchements.

Dans la majorité des cas, les patientes appellent leur sage-femme aux premiers signes avant-coureurs. Si la patiente présentait une pathologie au cours de la grossesse elle se rend directement à l'hôpital où elle est rejoint par la sage-femme.

Lorsque la grossesse a eu un déroulement physiologique, la sage-femme se rend, soit au domicile du couple pour une surveillance de la première partie du travail jusqu'à 3-4 cm voire 5-6 cm de dilatation si la patiente ne désire pas de péridurale plus tôt, avec une écoute discontinue ou continue des bruits du cœur fœtal, soit elle retrouve le couple à son cabinet ou au centre hospitalier et la surveillance du travail se fera au centre hospitalier avec une écoute le plus souvent discontinue du rythme cardiaque fœtal.

L'attitude des sages-femmes se résume au respect de la physiologie et à ce qui la favorise, c'est-à-dire l'intimité avec l'installation d'une ambiance calme et apaisante, l'absence de stimulation mentale et ne pas donner à la femme le sentiment d'être observée. Ainsi certaines sages-femmes ne parlent pas ou peu pendant le travail, elles observent discrètement, respectueusement, écoutent beaucoup, laissent faire, aident aux positions que les patientes souhaitent adopter, sont à l'écoute de leurs besoins, massent en relais avec le père, accompagnent les sons de la patiente (rapport avec le chant prénatal) . Les couples dirigent et vivent totalement le travail de l'accouchement dans une profonde intimité, la sage-femme surveille au bon déroulement de la physiologie et diagnostique la survenue de complications et de pathologies.

Les paramètres vitaux sont pris régulièrement, les touchers vaginaux sont peu fréquents, réalisés parfois à la demande de la patiente, ou sont plus nombreux quand le travail est long.

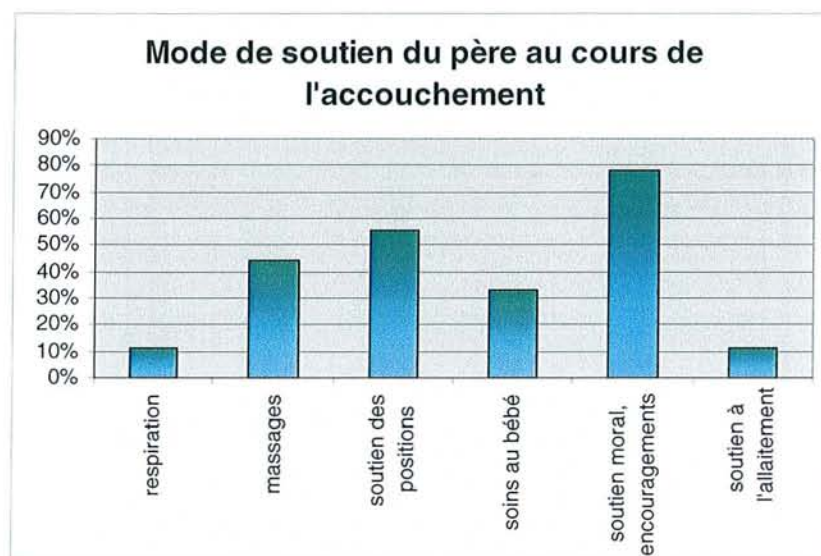
Après l'accouchement, qui a lieu dans 31 % des cas en position accroupie aidée par le père, elles s'occupent de la réfection du périnée si besoin, réalisent l'examen neurologique et morphologique du nouveau-né, aident à l'allaitement... Après la surveillance de deux heures, les patientes passent en chambre ou rentrent à domicile. Un temps d'intimité est aménagé pour que les couples puissent savourer l'instant de la naissance de leur enfant.

Certaines sages-femmes disent être aidées par une auxiliaire puéricultrice. Après l'accouchement, lorsque les femmes restent hospitalisées, elle remplissent les fiches de liaison et transmettent leurs prescriptions. Une sage-femme évoque une bonne entente avec les sages-femmes de garde qui se manifeste par une aide mutuelle.

Q18. La participation du père

67 % des sages-femmes estiment que le père participe très souvent à l'accouchement et 33 % parfois.

Pour les sages-femmes, les hommes de ces dames sont un grand soutien moral, « ils rappellent à leur femme les conseils entendus en préparation à la naissance », ils encouragent leur femme, sont totalement présents et disponibles. Le soutien des positions au cours du travail et lors de l'accouchement représente également une grande part de l'investissement du père. Ils massent également beaucoup leur femme.



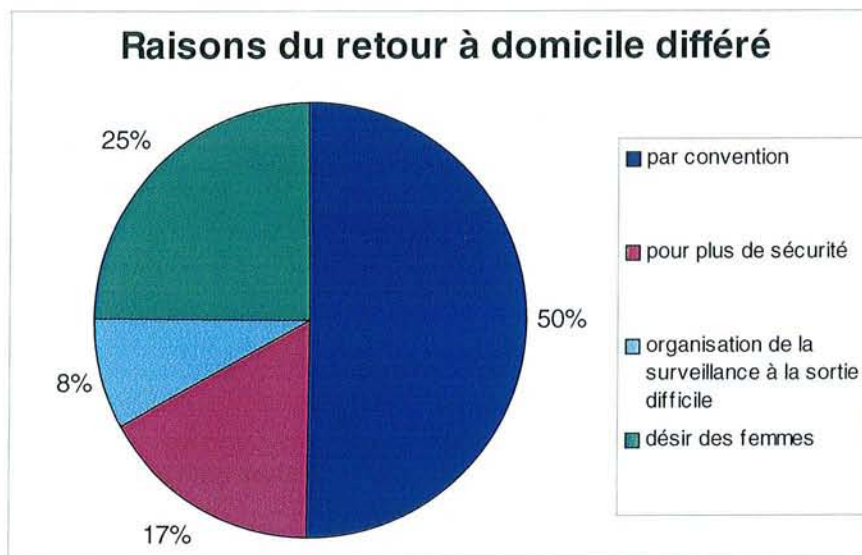
Q19. Dans quels délais la patiente peut-elle quitter l'établissement hospitalier ?

Dans 17 % des cas, le retour précoce à domicile, soit deux heures après l'accouchement, est possible. Mais dans 17 % des cas aussi, le retour précoce à domicile inquiète les pédiatres, qui tolèrent ou s'opposent à celui-ci.

Dans 50 % des cas, les femmes doivent rester au minimum 24 heures en hospitalisation et parfois jusqu'à trois jours, car les sages-femmes ne peuvent les hospitaliser pour une durée inférieure à 24 heures. Leur départ est ensuite soumis à l'accord du médecin de garde et du pédiatre de garde.

25 % des femmes désirent rester plus de deux heures après l'accouchement, soit de une à trois journées, pour se reposer, s'organiser pour le retour à la maison.

8 % des sages-femmes préfèrent que la femme reste en hospitalisation quelques jours pour des raisons organisationnelles, craignant de ne pouvoir assurer correctement la surveillance des suites de couches immédiates dans de bonnes conditions.



Q20. Comment la sage-femme organise-t-elle sa surveillance à domicile des suites de couches ?

Les sages-femmes s'adaptent aux besoins de leurs patientes, elles n'ont pas toutes les mêmes besoins et les mêmes attentes suivant leur parité, leur expérience et leur caractère (anxieuse, décontractée...)

Elles consacrent pour la majorité d'entre elles une à deux heures à leurs patientes et la visite est le plus souvent quotidienne, voire parfois biquotidienne.

Le premier jour après l'accouchement, les sages-femmes font deux visites (à domicile ou au centre hospitalier).

L'une d'entre elles précise qu'elle aimerait être plus disponible qu'elle ne l'est. Pour pallier à cela, elle est joignable 24 h/24 au téléphone.

Q21. Les sages-femmes sont-elles satisfaites de leurs conditions de travail ?

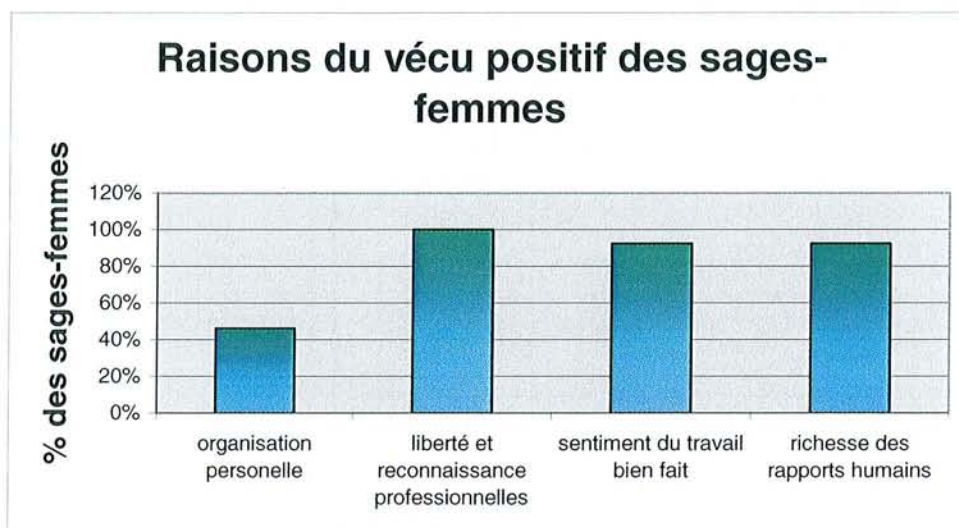
Toutes les sages-femmes interrogées sont satisfaites de leurs conditions de travail. Elles apprécient beaucoup de pouvoir organiser leur temps de travail. Elles se sentent libres et reconnues dans leur pratique professionnelle par les patientes et leurs confrères et consœurs. 92,3 %

d'entre elles ont le sentiment de mieux entourer les femmes en pratiquant l'AGM et les rapports avec les couples sont plus riches. Une sage-femme précise que le suivi global lui permet de faire son métier dans toute sa dimension.

Par contre, 78 % des sages-femmes se plaignent d'un manque de temps libre et auraient besoin d'une associée. Sans associées, « l'astreinte finit par peser lourd », mais le fait « d'avoir une associée n'arrange pas forcément les choses », car les couples ont choisi une sage-femme. Une sage-femme ajoute cependant que le suivi global est très enrichissant et que le temps des loisirs en devient moins primordial.

67 % des sages-femmes estiment que la rémunération est trop faible et notamment « le forfait accouchement »

Une des sages-femmes regrette une mauvaise définition de la responsabilité médicale avec l'établissement.



Q22. Combien d'accouchements les sages-femmes font-elles sur une année ?

Elles réalisent une moyenne de 30 accouchements par an pour l'année 2002, avec un minimum de 11 et un maximum de 70.

Une des sages-femmes précise qu'au début de son activité, elle suivait 100 à 120 grossesses dont elle réalisait les accouchements. Avec l'arrivée massive des gynécologues obstétriciens, ce nombre diminue pour arriver à 40 pour 2002.

Q23. La cotation actuelle des actes sages-femmes leur permet-elle actuellement d'avoir une rémunération satisfaisante ?

Toutes les sages-femmes répondent non à cette question. Pour elles, le forfait accouchement est sous-côté, sous-évalué par rapport à la prestation, au risque et au temps passé auprès des femmes. L'une des sages-femmes fait le calcul de la rémunération horaire qu'elle évalue à 2 à 3 euros l'heure.

Une consultation pouvant durer deux heures, « le C est trop faible », « le F1 trop léger quand le travail est long et les IK ne sont pas toujours remboursées ».

Q24. Quelle est la proportion d'eutocie dans leur activité ?

Pour l'année 2002, elle est de 91,27 %, ce qui correspond au résultat obtenu dans l'enquête faite auprès des patientes.

Q25. D'après les sages-femmes, quel est le degré d'autonomie de leurs patientes ?

84,6 % des sages-femmes estiment que leurs patientes se prennent en charge. Elles apprennent à mieux se connaître, à prendre confiance en elles, la relation se construisant idéalement vers l'autonomie.

Mais 31 % d'entre elles pense que parfois les patientes sont trop ou très dépendantes. Cela dépend de la raison de l'orientation vers l'AGM. « Le cordon est parfois un peu difficile à couper », mais les relations restent « très sympathiques ».

Q26. Que souhaiteraient-elles voir changer ou se réaliser concernant :

a. l'accès à ce type d'accompagnement

Les sages-femmes s'accordent à dire que « le nombre de sages-femmes pratiquant le suivi global doit augmenter », il faudrait plus de jeunes sages-femmes motivées, ce qui permettrait de « réduire le périmètre géographique » qu'elles doivent couvrir dans leur exercice. Cela permettrait également « d'alléger la disponibilité qu'exige le suivi global » par l'association de sages-femmes en cabinets.

Mais pour cela, les sages-femmes précisent que les études devraient être plus « appropriées et former davantage à la physiologie » ; trop souvent « l'école engendre un rôle de technicienne et d'assistante ».

Elles souhaitent que le métier de sage-femme retrouve son autonomie, l'indépendance des déclarations de grossesse, que les femmes soient informées de ce type de suivi.

« Les grossesses et les accouchements physiologiques devraient être pris en charge systématiquement par les sages-femmes, conformément au rôle de la sage-femme défini par le Code de Déontologie ». Il faudrait que la loi soit appliquée.

Pour finir, la rémunération mériterait d'être revue à la hausse, ce qui favoriserait peut-être par ailleurs l'arrivée d'autres sages-femmes.

b. l'accès aux plateaux techniques.

Les sages-femmes souhaitent :

- que la loi concernant l'accès aux plateaux techniques soit appliquée plus largement, que les centres hospitaliers ouvrent plus facilement leurs portes aux sages-femmes,
- une reconnaissance de leur statut professionnel par leurs pairs et l'État, pour exercer leur métier comme le Code de Déontologie l'entend,
- une plus grande tolérance des équipes, une sensibilisation des sages-femmes salariées à l'existence des sages-femmes libérales pouvant travailler différemment mais sérieusement et de façon sécuritaire afin qu'elles acceptent plus facilement leur consœur « extérieure », sans crainte de concurrence et d'insécurité. Cette sensibilisation est aussi souhaitable pour les médecins.
- plus de liberté vis-à-vis des protocoles.

Conclusion :

Les sages-femmes sont globalement satisfaites de pratiquer le suivi global, mais l'état actuel des mesures gouvernementales ne leur semble pas favoriser ce type de suivi et d'exercice de la profession, alors qu'il donne entière satisfaction aux professionnels comme aux usagers.

III. Bilan de l'enquête

L'enquête avait pour but de connaître l'avis des couples et des sages-femmes libérales au sujet du suivi global. Mais elle est insuffisante pour avoir une vision globale de la pratique car elle ne prend pas en compte l'avis des équipes de garde, autrement dit l'avis des obstétriciens, des sages-femmes salariées. Nous complétons donc notre enquête par celle que Sybille André, sage-femme, a réalisée en 2001 dans son mémoire de fin d'études de sage-femme, mémoire intitulé « Accompagnement Global et accès des sages-femmes aux plateaux techniques ».

Mais faisons tout d'abord le bilan de notre enquête.

Le bilan est tout à fait positif pour les couples, ils sont très satisfaits de ce qu'ils ont vécu au cours du suivi global, même lorsque l'accouchement se soldait par une césarienne. Les couples ont pu vivre une naissance à leur image, et nous ne reviendrons pas davantage sur ce qui a été décrit dans les détails au cours de l'analyse des résultats. Les résultats en terme de physiologie et d'eutocie sont très satisfaisants :

- 91 % de grossesses physiologiques,
- 93 % d'eutocie,
- aucune prématurité.

Tout semble se dérouler au rythme des parents et selon leurs souhaits, dans un esprit de respect du déroulement physiologique des événements.

L'institution hospitalière et son mode d'accompagnement des couples véhicule, d'après les témoignages, une image assez négative. A nous de la modifier ou de réorganiser le modèle de la prise en charge hospitalière des couples.

Nous nous apercevons que le métier de sage-femme possédait des zones d'ombre pour ces couples et ils découvrent un autre aspect du métier qui en est pourtant l'essence.

Les sages-femmes quant à elles se sont orientées vers le suivi global pour retrouver les racines de leur métier, ce qui fait la spécificité de leur métier, abusées qu'elles étaient par les conditions de travail en milieu hospitalier. Et bien que la charge de travail soit importante et la rémunération dérisoire par rapport à l'engagement pris dans l'exercice de leur art, elles sont convaincues que leur place est là auprès des couples.

40 % des sages-femmes se plaignent d'une difficulté d'accès aux plateaux techniques, il semble qu'il y ait une résistance des institutions face à ce qu'ils ne connaissent pas et qui, par conséquent, inquiète. L'inconnu fait peur, c'est un vieil adage.

D'après l'étude réalisée par Sybille André (14), les relations entre les patientes et le personnel soignant sont satisfaisantes voire très

satisfaisantes. Les problèmes éventuels concernent des divergences d'opinions et les patientes reprochent au personnel d'être peu présent ou encore trop directif.

Quel est le vécu des sages-femmes salariées avec les patientes, dans ces structures qui accueillent leurs collègues libérales ? Une minorité d'entre elles « se sent parfois gênée par le discours et les méthodes » utilisées et transmises aux femmes. Elles ont « l'impression de déranger dans la relation construite entre le couple et la sage-femme libérale ». Mais globalement les relations sont satisfaisantes.

Les rapports entre les sages-femmes libérales et les sages-femmes salariées sont satisfaisantes, d'après les sages-femmes libérales, mais il arrive qu'il n'y ait aucune collaboration entre elles. Le point de vue de leurs consœurs rejoint celui des sages-femmes libérales : elles évoquent « une tension » dans les débuts de l'ouverture du plateau technique qui peut aller en s'aggravant ou en s'améliorant. Les méthodes de travail sont différentes, certes, mais cela n'empêche pas un échange entre elles de leurs expériences dans 80 % des cas. Ces échanges concernent les positions d'accouchement, un plus grand respect de la physiologie, une approche différente de la douleur et les pratiques telle que l'acupuncture, l'homéopathie, les massages... Cet échange se fait dans les deux sens car en effectuant des vacations, les sages-femmes libérales restent au fait de nouvelles données de la médecine et des protocoles.

Dans son étude, Sybille André constate que 40 % des sages-femmes salariées aimeraient travailler comme leurs collègues libérales.

Pour ce qui est des rapports entre les obstétriciens et les sages-femmes, les sages-femmes sont satisfaites des rapports avec eux pour 80 % d'entre elles, bien que parfois les discordances sont trop importantes pour pouvoir travailler ensemble. Les obstétriciens, quant à eux, considèrent que les rapports sont satisfaisants aussi, le seul point d'accroc semble être des situations où l'appel des sages-femmes était trop tardif, chacun voyant midi à sa porte.

L'ouverture d'un plateau technique semble donc être une bonne expérience pour tous, à condition qu'il n'y ait pas de positionnements diamétralement opposés.

Sybille André a constaté dans son enquête que le milieu socio-professionnel des couples faisant appel aux sages-femmes libérales pour un suivi global, était de niveau moyen voire supérieur. Elle précise dans son analyse que ce choix pour le suivi global procède d'une réflexion des couples sur leurs désirs concernant la naissance de leur enfant et c'est d'ailleurs ce que notre étude a mis également en évidence. Pourquoi tous les couples ne pourraient-ils en bénéficier ? Pour un manque de démarche personnelle ?

A l'heure où le Ministère de la Santé crie à la faillite financière, pourquoi ne jetons-nous pas un regard sur ce que représente l'investissement financier de la collectivité dans la prise en charge hospitalière et libérale de la naissance ? Comment s'organisent nos voisins

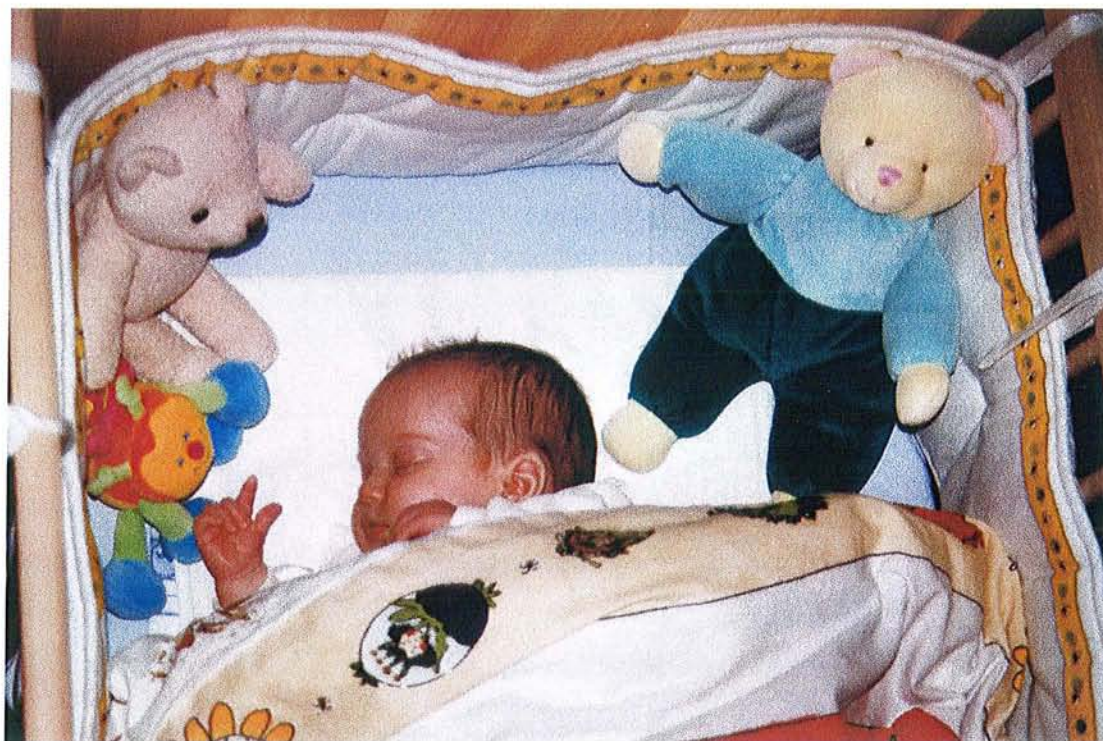
européens qui, pour certains d'entre eux, privilégient une vision plus optimiste et plus organisée de la périnatalité, où sages-femmes et obstétriciens sont tous deux spécialistes dans leurs domaines, collègues indispensables travaillant de concert dans l'intérêt des patientes ?

L'histoire de la maternité à travers les âges porte, certes, en elle d'amers regrets et frustrations. Mais sages-femmes et obstétriciens sont-ils obligés de se livrer une bataille où ni l'un ni l'autre n'y gagneront rien ? Les expériences vécues dans ces centres hospitaliers, qui ouvrent leurs portes aux sages-femmes libérales, prouvent que chacun peut avoir son autonomie et respecter l'autre dans sa pratique, bien qu'il y ait semble-t-il encore des progrès à faire.

Intéressons-nous donc à présent à nos voisins européens ainsi qu'à quelques études réalisées en France qui pourraient contribuer à sensibiliser les esprits vers une autre pratique, une autre organisation de la périnatalité.

TROISIEME PARTIE :

Quelques pistes de réflexion autour de la périnatalité pour une organisation et une pratique différente



Nous avons vu en deuxième partie, que le suivi global, alternative au suivi en milieu hospitalier, satisfait les praticiens comme les usagers. Alors faisons brièvement un constat concernant le suivi et la pratique de l'obstétrique en France, en nous basant sur des études françaises récentes. Les pays européens limitrophes de la France, semblent être plus en avance que nous sur le chemin d'une plus grande humanité dans la naissance. Prenons connaissance de ce qui nous différencie d'eux, et de ce qui pourrait constituer un exemple pour nous. Pour finir, la pratique obstétricale des sages-femmes libérales est différente, d'après les témoignages obtenus, voyons en quoi elle l'est et si elle justifie une telle inquiétude.

I. Réflexions sur la périnatalité en France et en Europe

A. Etat des lieux en France : un silencieux malaise de la profession sage-femme et des femmes

1. Introduction

« N'y a-t-il pas dans la médicalisation systématique des grossesses et de la naissance, un nouveau type de conditionnement qui renvoie la femme à la passivité et à une autre forme de solitude ? » (18).

Jean-François Mattéi, actuel Ministre de la Santé, professeur de pédiatrie, dénonçait, dans son ouvrage intitulé « Santé sociale : ces absurdités qui nous entourent » paru en 2001, le fait que « la grossesse et l'accouchement se trouvent désormais enfermés dans le pathologique ». Et il ajoute que « vouloir assurer la qualité de la naissance en ne misant que sur un aspect médicalisé va à l'encontre de ce qu'est la maternité » (19).

Claude-Emile Tourné, gynécologue, dénonce la médicalisation de la naissance, « l'obstétrique semble être le seul domaine de la santé où on veut imposer aux gens bien portants les techniques de soins destinés aux malades. [...] On les force à vivre le phénomène naturel de la mise au monde comme une maladie ou à tout le moins un moment périlleux » (20). Dans ces conditions, « les parents, et surtout la mère, abdiquent toute responsabilité et toute prise en charge par elle, par eux, de la naissance de leur enfant » (20). Or, « la naissance n'est-elle pas le lieu hautement symbolique où cette exigence humaniste doit être prioritaire et absolument protégée ? » (18).

Car enfin, « si la mission essentielle de l'institution hospitalière est de traiter les pathologies lourdes, elle assure dans le secteur périnatal majoritairement des soins de surveillance de phénomènes physiologiques : la grossesse et l'accouchement »

« L'accouchement est devenu [...] un acte médical comme un autre. Ses dimensions psycho-affectives et familiales s'effacent » (21). Or « en surmédicalisant, les connaissances actuelles montrent que nous faisons de la mère et de l'enfant des individus à risque psychique ». Claude-Emile Tourné pose la question suivante : « la mère est-elle à ce point incompétente pour assurer le bien-être de son bébé au cours du processus de naissance qu'il faille la remplacer » (20) en dirigeant le travail, en le déclenchant... « Tout se passe comme si l'homme ne savait plus laisser faire, comme s'il ne se laissait plus aller à voir, entendre, sentir. Il ne veut plus patienter ».

2. Le malaise de la profession sage-femme

Joëlle Micaud, sage-femme cadre, s'est intéressée au vécu des sages-femmes hospitalières et à celui des femmes qui accouchent en institution (22). Elle constate que les sages-femmes souffrent dans leur activité : « la souffrance des sages-femmes est très importante [...] il suffit d'écouter avec attention pour en avoir la preuve ». Quant aux femmes ce n'est guère mieux. Quels en sont les motifs ?

Les sages-femmes souffrent d'une absence d'engagement, d'une « indifférence profonde » des pouvoirs publics vis-à-vis de la santé périnatale. Lorsque des décisions gouvernementales sont prises, il y a « une absence totale de concertation avec les sages-femmes », « alors qu'elles représentent et par leur nombre et par l'importance de leurs missions et de leurs compétences un des pivots essentiels sur lequel repose toute politique de périnatalité » (23).

Ensuite il y a « la non reconnaissance de la profession avec des salaires inadaptés aux responsabilités, et, pour les libérales des cotations d'actes largement au-dessous de la qualité et de l'utilité de ces actes ».

Il y a ensuite « cette négation constante, appuyée, répétée de la dimension psychique de la naissance, malgré les connaissances, les études, les travaux, menés depuis 30 ans ». La place de la sage-femme n'est-elle pas auprès des couples « dans une dimension relationnelle », « passeuse de vie », « accompagnante », « à l'écoute des mères ».

Parfois il peut exister un climat de « mépris, d'indifférence, de négation de leurs compétences » au sein même des équipes médicales. Et se battre a de fortes chances d'aboutir à « des prises de positions hiérarchiques » où il n'y a plus d'autre choix que « d'obéir » même si elles désapprouvent les ordres médicaux.

Un pouvoir masculin s'exerce sur les sages-femmes « dont la forme courante en est le paternalisme ou la séduction, et si cela ne marche pas, la menace ».

Travaillant dans de telles conditions, une naissance médicalisée, une non reconnaissance de leurs compétences et un manque de liberté dans l'exercice de leur profession, les sages-femmes sont exposées « à une érosion insidieuse de leurs propres certitudes sur la naissance pour celles qui sont les plus attachées à la physiologie ». Et si elle restent fidèles à leurs convictions, c'est à « de petites phrases assassines, des sous-entendus » qu'elles sont exposées.

Pour finir, « une question lancinante » se pose aux sages-femmes : « devant ce qui est fait aux femmes et aux enfants : suis-je complice ? Entre le respect de la déontologie qui nous oblige à nous taire (et jusqu'où ?) et la non-assistance à personne en danger, comment se situer ? »

Aussi, certains ethnologues, dont Françoise Héritier (22), essayent de comprendre pourquoi la naissance en France se manifeste par ce malaise, ce déséquilibre. Il y a une question de société, l'argent régit le monde et il est aux mains des technocrates. Mais par ailleurs, Françoise Héritier évoque un possible désir de pouvoir conscient et/ou inconscient, sur le corps des femmes . Car enfanter est une « banalité », mais c'est aussi une « toute-puissance créatrice ».

Tout cela évoque un profond malaise de la profession. Ces sages-femmes semblent souffrir quotidiennement d'une « baisse de l'estime de soi », d'un « sentiment d'impuissance » qui se sont construits sourdement en acceptant l'inacceptable : une place qui n'est pas digne de leurs fonctions et de leurs prérogatives.

Joëlle Micaud clôt son étude sur les sages-femmes en précisant que 15 % d'entre elles finissent par abandonner leur métier. Et Sybille André, sage-femme, dans son mémoire de fin d'étude réalisé en 2001, évoque que 40 % des sages-femmes hospitalières souhaiteraient travailler comme leurs consoeurs libérales qui pratiquent le suivi global (24). N'y a-t-il pas là une volonté, un besoin de retour aux sources de la profession ?

3. Et pour les femmes ?

Joëlle Micaud prend connaissance d'une grande détresse, d'un sentiment de maltraitance en rapport avec « des souvenirs plus ou moins mitigés » suite à un accouchement en institution, pour lesquelles les années ne peuvent effacer la douleur. Les femmes se soumettent au pouvoir médical et comment pourrait-on le leur reprocher ? Comment pourraient-elles « contester ce qu'elles subissent dans leur corps quand le

discours médical leur promet le risque proche de zéro » (1) , promesse illusoire selon certains philosophes.

Les femmes, pendant leur accouchement sont dans « une situation de très grande dépendance, physique et psychique, vis-à-vis de ceux qui les entourent » (25) et le rôle d'une sage-femme auprès des femmes est de « favoriser leur autonomie » (1), de les valoriser dans leurs capacités à enfanter.

Aussi, une enquête récente menée par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), trois ans après la mise en place du fonctionnement en réseau, au sujet des conditions de la naissance en France, révèle : « Malgré une satisfaction globale apparente des patientes, telle qu'elle ressort d'enquêtes rétrospectives, il se révèle de plus en plus que les possibilités d'écoute et d'accompagnement se réduisent au cours de la grossesse comme de l'accouchement... » (35). Cette présence et cette écoute sont justement ce que les femmes de l'enquête demandent.

De nombreuses sages-femmes « vivent et dénoncent les actes systématiques comme des violences inutiles et douloureuses auxquelles elles participent ». Et certaines élèvent la voix car elles veulent « de nouveau être auprès des femmes, dans le technique, certes, mais surtout dans le symbolique et l'affectif, redonner sens à l'événement naissance » (1). Les sages-femmes se battent ainsi pour une « pluralité des techniques », non pas dans l'opposition à la technique, mais pour une utilisation plus cohérente et humaine des moyens techniques, afin que la naissance retrouve le caractère sacré qui lui est inhérent et que les familles se construisent dans l'équilibre et la certitude de leurs capacités parentales. Et cela est d'autant plus important que les conditions de la naissance vont influencer les relations précoces mère-enfant et construire le futur adulte, de nombreuses études le démontre, sans contestation possible.

Pour finir, on nous parle de crise démographique du personnel médical pour les obstétriciens pour 2005 et pour les sages-femmes. Pour ces dernières, elle a été sous-estimée (23). Or, notre système périnatal ne se caractérise-t-il pas par « un défaut majeur d'organisation du suivi de la grossesse et de l'accouchement » ? La sécurité de la naissance ne relève-t-elle pas « beaucoup plus d'une capacité à organiser une véritable gestion des risques en amont et en aval de l'accouchement qu'au recours systématique aux technologies situées dans les maternités » ? Sylvie Laberibe, sage-femme, suggère qu' « il existe une répartition aberrante des tâches entre spécialistes de la pathologie (obstétriciens) et spécialistes de la physiologie (sages-femmes) avec une utilisation sous optimale de leurs compétences respectives ». Et « redonner aux sages-femmes françaises une autonomie complète sur la gestion de la grossesse et l'accouchement physiologique, ce qui oblige à mener une politique de gestion du risque périnatal », ne permettrait-il pas de « redéployer les

obstétriciens sur leur domaine d'expertise, réglant ainsi la problématique de leur démographie » ?

40 % des obstétriciens en France « gèrent des grossesses physiologiques, rôle dévolu aux sages-femmes ». Quelle logique, pour quels coûts évalués ? Et quels bénéfices quand on sait que 80 % des grossesses et des accouchements sont physiologiques ? Une telle réorganisation ne permettrait-elle pas une diminution de la médicalisation injustifiée de la naissance, « une amélioration de la prise en charge » dans le cadre d'un suivi global, et une diminution du coût de la prise en charge de la maternité et de la « morbidité par une gestion adaptée des risques périnataux » ?

Ce que Sylvie Laberibe décrit dans l'« Argumentaire pour une réorganisation de la périnatalité » rappelle l'organisation de la périnatalité des Pays-Bas ainsi que celle d'autres pays européens. Intéressons-nous donc à celles-ci.

B. Les pays limitrophes européens et la périnatalité¹¹

1. La Suisse Romande, l'Allemagne, l'Italie entre autres...

Ces pays promouvoient une action de démedicalisation de la naissance avec le développement de maisons de naissance ou d'autres structures permettant d'accueillir des sages-femmes et leurs patientes dans une démarche de suivi global. Les usagers se sont mobilisés pour en arriver à cela .

En Suisse Romande, divers systèmes sont proposés aux couples et aux sages-femmes :

- le statut de sage-femme agréée : ces sages-femmes pratiquent les accouchements sur le plateau technique d'un hôpital. Ce système évoque l'accès aux plateaux techniques des sages-femmes libérales en France,
- les maisons de naissance situées à une faible distance d'un hôpital,
- les salles de naissance, lieux d'accueil obstétrical ambulatoire, situées dans l'enceinte d'un hôpital, à proximité de la maternité, gérées par les sages-femmes.

¹¹ Annexe 22

En Allemagne, les maisons de naissance se développent. Elles sont gérées par les sages-femmes, la demande des couples favorise leur développement, elles sont situées à proximité d'un hôpital.

L'Italie met en place des projets pilotes.

Le suivi global est également possible en Suède, en Grande-Bretagne et en Belgique.

Voyons à présent un peu plus en détail l'organisation des Pays-Bas, qui a fait l'objet d'un mémoire de fin d'études de sage-femme en 2002.

2. Les Pays-Bas

Agnès Thépault, sage-femme, a réalisé en 2002, un mémoire de fin d'études à l'Ecole de sages-femmes de Nantes, intitulé « Gestion du risque obstétrical aux Pays-Bas et en France ». L'organisation de la périnatalité en Hollande se base sur la gestion du risque obstétrical. C'est la politique économique en 1941 qui influence la périnatalité : « le gouvernement décide que la Sécurité Sociale ne remboursera que les soins prodigués par une sage-femme, à l'exception des patientes trop éloignées ou lorsqu'une raison médicale impose l'intervention d'un spécialiste ».

Malgré des débuts aléatoires, l'engagement d'un obstétricien, le Pr Kloostermann, directeur entre autre de l'Ecole de Sages-femmes à Amsterdam, permet d'aboutir à l'organisation actuelle de la périnatalité, par l'établissement de la V.I.L.¹² C'est une liste des indications obstétricales qui a vu le jour dans les années 1960, elle a été réactualisée dernièrement en 1987. Elle organise la répartition des compétences obstétricales. Cette liste permet de subdiviser le risque obstétrical des grossesses et des accouchements en quatre catégories (A,B,C,D). Elle est cependant l'objet de contestations : une primipare de 35 ans qui relève de la catégorie B,...

Cette liste n'est pas reconnue par la Société des Gynécologues-Obstétriciens Hollandaise, qui souhaiterait ne plus avoir un rôle consultatif mais plutôt décisionnel en ce qui concerne l'orientation des patientes. Mais n'est-ce pas logique d'envisager, comme en médecine générale, un accès à un spécialiste (l'obstétricien) sur le conseil d'un généraliste (la sage-femme) ?

¹² Annexe 19 : VIL, Verloskundige Indicatie List

En Hollande, il existe trois niveaux de soins (38) pour les femmes enceintes :

- lorsque la grossesse et l'accouchement sont physiologiques, les femmes sont prises en charge par le 1^{er} niveau de soins (sages-femmes, médecins généralistes et aides maternelles),
- les pathologies légères de la grossesse sont prises en charge par le second niveau de soins (les obstétriciens),
- le troisième niveau est réservé aux pathologies lourdes et comprend des unités de soins en néonatalogie.

Lorsqu'une femme est enceinte, elle va consulter son médecin généraliste ou un cabinet de sages-femmes directement. Le médecin généraliste envoie sa patiente au cabinet de sage-femme le plus proche et s'il est trop éloigné, il assure le suivi de la grossesse et l'accouchement à domicile ou en milieu hospitalier, si il y a des facteurs de risque de complications obstétricales, définis par la VIL. Le taux d'accouchement à domicile en Hollande est de 30 %, avec des résultats en terme de mortalité maternelle et foeto-infantile bien meilleurs à ceux de la France¹³.

En Hollande, la grossesse et « l'accouchement sont considérés comme des processus physiologiques qui ne nécessitent pas à priori d'interventions médicales mais plutôt une surveillance et « la situation n'est pathologique qu'au vu d'arguments solides ».

Quelle est la position de la France ? Le plan de périnatalité de 1994 émanant du H.C.S.P. (Haut Comité de la Santé Publique) décrit la grossesse « comme un processus qui n'est pas dans la très grande majorité des cas de nature pathologique ». Mais pour la France, les complications et les risques de survenue de complications ne sont pas prévisibles. Du coup, la grossesse et l'accouchement « impliquent une médicalisation et une technicisation très forte ». (voir annexe 22)

En conclusion, en France, le risque n'est pas prévisible. Et deux frontières, et 250 km plus loin en direction du Nord-Est, il l'est.

Les sages-femmes hollandaises, en grande majorité libérales (70 % de sages-femmes libérales pour 15 % de sages-femmes travaillant en milieu hospitalier), travaillent associativement avec d'autres sages-femmes. Elles ont un statut reconnu de praticienne médicale à part entière. Elles sont en charge des grossesses physiologiques. Quelques rares généralistes en suivent également. Les obstétriciens exercent exclusivement en milieu hospitalier et prennent en charge les pathologies.

Les sages-femmes ont la responsabilité de la grossesse, organisent la prise en charge et le suivi de la grossesse en instaurant un climat de confiance avec la femme enceinte, « climat dans lequel la conscience du risque a sa place, sans hypothéquer la sensation de sécurité ». « Les

¹³ Annexe 22

risques sont perçus comme des éléments qui se préviennent, se prévoient, se dépistent, et peuvent tout-à-fait être gérés » dans une dynamique cohérente entre professionnels.

En France, en dehors des sages-femmes libérales et de quelques sages-femmes hospitalières qui pratiquent différemment, la grossesse est « un état border-line pour lequel il est nécessaire de rester sur ses gardes, et où finalement un climat de méfiance et d'inquiétude peut rapidement se substituer au sentiment de sécurité ».

La sage-femme est le pivot de l'organisation de la périnatalité en Hollande, « elle jouit d'ailleurs d'une reconnaissance particulière et apparaît un peu comme le garde-fou de la physiologie ». Les patientes sont vues douze fois au cours de consultations obligatoires entre 12 et 39 semaines d'aménorrhées. La sage-femme gère l'accès aux soins secondaires c'est-à-dire au médecin spécialiste, l'obstétricien, lorsque la pathologie le justifie ou que le suivi sort de ses compétences. Alors celui-ci prend le relais totalement.

Ainsi sages-femmes et obstétriciens entretiennent des rapports d'égalité, ce sont deux collègues qui ont des champs d'action distincts. Il n'y a pas de « rapport d'autorité » entre eux. « La sage-femme ne travaille à aucun moment sous ses ordres, ni pendant le suivi de la grossesse, ni au moment de l'accouchement ».

En ce qui concerne les frais occasionnés par le suivi, le remboursement n'est possible que lorsque les femmes ont consulté une sage-femme libérale (dans le cadre d'une grossesse normale bien sûr), l'accès aux spécialistes ne pouvant se faire que sur indication médicale.

N'émane-t-il pas de ce système une certaine cohérence ?

Parce que la prise en charge d'une maternité est aussi une question d'argent, comparons les frais occasionnés par le suivi global par une sage-femme libérale et en institution hospitalière en France.

C. Evaluation des frais engagés par la collectivité à l'occasion d'un suivi global et d'un suivi en institution hospitalière

Cette étude permet de mettre en avant un réel et important déséquilibre dans la gestion financière du suivi de la maternité, alors même que l'Etat se plaint de dépenses de santé trop importantes. Outre les nombreux avantages que présente l'AGM pour les couples, il se trouve que la collectivité y trouverait son compte.

En 1991, une étude intitulée « Coût d'une grossesse suivie par une sage-femme libérale » (26) a été réalisée par l'ANSFL (Association

Nationale des Sages-Femmes Libérales). Dans cette étude, la patiente est suivie à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à la fin des suites de couches. Le coût moyen évalué est : 2231,60 Francs soit 340,21 euros.

En septembre 1993, aux Entretiens de Bichat (27), une intervention concernait l'évaluation des coûts de la maternité en France en milieu hospitalier. Le coût moyen évalué en secteur public est : 13 472,55 Francs soit 2051,29 euros.

Nous avons réalisé une autre évaluation, actuelle, prenant en compte la revalorisation des actes sages-femmes, mais ne prenant pas en compte le coût des fournitures hospitalières.(page suivante)

| Actes | Tarifs Suivi AGM (en euros) | Tarifs Suivi en Maternité (en euros) |
|---|--|--|
| 7 consultations | 7*C=107,10 | 7*C=107,10 |
| Préparation à la naissance | 8* C2=214,20 parfois incluse lors de la consultation qui est alors notée C2 | 8*C (le plus souvent)=122,40 |
| Echographie 1 ^{er} trimestre | SF16=42,40 | SF16=42,40 |
| 2 ^{ème} trimestre | SF30=79,50 | SF30=79,50 |
| 3 ^{ème} trimestre | SF20=53,00 | SF20=53,00 |
| Examen fin grossesse +/- amnioscopie | SF12=31,80 | SF12=31,80 |
| Accouchement | Forfait 1= 152,40 | Forfait 1= 152,40 |
| SDC | à domicile de J1 à J7 : SF16 pour J1, J2, puis SF12 (+IFD) =243,80 | <u>578 euros par jour</u> , pour un séjour de 3 à 5 jours, soit 1734 à 2890 euros (frais d'hospitalisation) |
| Rééducation périnéale | SF7=18,55 | SF7=18,55 |
| TOTAL des frais engagés | 835,65 euros =5 481,65 FF | 2341,15 à 3497,15 euros =15 356,94 à 22 939,15 FF |

Les frais de la consultation pré anesthésique, de la consultation pédiatrique du 8^{ème} jour de vie de l'enfant, de la consultation de déclaration de grossesse et de la consultation postnatale par un médecin n'ont pas été cités car ils ne modifieraient en rien le résultat. L'évaluation du coût de l'accouchement se base sur une durée du travail inférieure à 5 heures et un monitoring d'une durée inférieure à 2 heures.

Les consultations en suivi global sont comptées C2, car la préparation à la naissance fait partie intégrante de la consultation.

Dans cette étude les échographies sont réalisées par des sages-femmes, de même que l'amnioscopie.

Les frais d'hospitalisation sont ceux d'une Maternité de niveau III, en Meurthe et Moselle.

A l'heure actuelle, les hôpitaux reçoivent de la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) une dotation globale qui paye les frais médicaux occasionnés. Les actes d'une sage-femme libérale sur un plateau technique, quant à eux, ne font pas partie de la dotation globale, le remboursement des actes est fait aux couples après envoi à la Sécurité Sociale de leur feuille de soins. Parallèlement, une redevance sur le montant de ces frais est ensuite prélevé par le centre hospitalier.

On voit donc avec ces chiffres que les frais du suivi d'une grossesse physiologique, la réalisation de l'accouchement physiologique et le suivi des suites de couches physiologiques, passent du simple au quadruple en cas de suivi en milieu hospitalier, suivi qui est le plus massivement proposé aux couples français.

Les alternatives au suivi en institution hospitalière existent donc un peu partout en Europe, et les Pays-Bas en sont un exemple éloquent. En alliant la gestion du risque, l'efficacité d'un suivi individualisé, la satisfaction des usagers, à une politique de gestion économique de la santé cohérente, chaque acteur de la naissance (les parents, les sages-femmes, les obstétriciens) trouve sa place dans le champ de ses compétences.

En France, l'alternative au suivi en institution est le suivi global avec l'accouchement à domicile, (acte pour lequel les sages-femmes ne sont plus assurées aujourd'hui en France) ou dans un hôpital qui donne accès à son plateau technique. Mais rares sont les couples qui souhaitent un accouchement à domicile (en Hollande, il y a un peu plus de 30 % d'accouchement à domicile, les patientes habitant à 15 min de trajet du Centre Hospitalier). Et parfois, comme nous l'avons vu, avoir accès au plateau technique n'est pas évident. Une étude réalisée en 1999 par Me Boucheron (28), sage-femme, révèle que ce qui pose problème pour l'accès aux plateaux techniques, sont les méthodes de travail des sages-femmes libérales qui sont différentes, ce qui génère pour les équipes médicales de l'inquiétude.

II. Une autre façon de travailler ?

En effet, une enquête menée par Mariette Baecher (29), sage-femme cadre, en 1993, nous fait constater que 76 % des sages-femmes hospitalières trouvent que les sages-femmes libérales travaillent différemment, mais les trois quart d'entre elles, au fil du temps, s'inspirent de leur façon de travailler, alors même que les débuts de la cohabitation sont parfois difficiles.

Quels sont les changements dans leurs pratiques ? Elles laissent une plus grande liberté de mouvement aux patientes et leur laisse choisir la position de l'accouchement. Les interventions du type rupture artificielle des membranes, perfusion et médication sont diminuées, pour moins interférer avec le rythme du travail. Par ailleurs, l'étude révèle que les interventions n'augmentent en suivant un tel schéma de prise en charge. En conclusion, les sages-femmes hospitalières adaptent davantage leur pratique au ressenti de la patiente suite à l'ouverture de leur plateau technique aux sages-femmes libérales.

Et les médecins interrogés estiment que la sécurité de la naissance est assurée.

L'expérience est donc très satisfaisante pour l'équipe. En quoi la pratique obstétricale des sages-femmes libérales diffère ? Nous avons vu dans notre évaluation que la liberté de mouvement et la surveillance discontinu font partie des façons de faire des sages-femmes libérales, ces façons de faire qui inquiète.

Intéressons-nous brièvement à ces situations.

A. Surveillance discontinu versus monitoring continu du rythme cardiaque foetal

La cardiotocographie a été développée dans les années 1960. Et avant qu'une étude approfondie sur ses bénéfices et ses désavantages soit faite, elle devenue la surveillance par excellence du rythme cardiaque foetal (RCF). En mars 2002, à la demande de l'ANSFL¹⁴, l'ANAES¹⁵ réalise une étude sur l'intérêt et les indications des divers modes de surveillance du RCF dans le cas de l'accouchement normal (30).

Deux types de surveillance ont ainsi été comparés : l'auscultation intermittente et l'enregistrement continu.

¹⁴ Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

¹⁵ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

Les résultats de l'étude sont qu' « aucune différence n'est montrée en condition expérimentale entre les deux techniques en terme de mortalité ou de séquelles neurologiques ». D'autres études du même type ont été réalisées à grande échelle en Angleterre, aux Etats-Unis et au Canada, ce qui aboutit à l'établissement de recommandations pour la surveillance du RCF en cours de travail : pour les femmes à risque faible, une auscultation intermittente, et pour les femmes à risque élevé de complications, un monitoring continu. En cas d'utilisation d'ocytociques et de travail prolongé, la pratique de l'auscultation intermittente devient contre-indiquée.

Quelles sont les positions de la FIGO (Fédération Internationale des Gynécologues-Obstétriciens) à ce sujet (31) ?

« Le monitoring continu (non nécessaire) peut interférer avec la mobilité de la patiente, entraîner une inquiétude non nécessaire, entraîner des décisions inappropriées (césariennes) et interférer avec l'expérience globale de la naissance ».

D'après les études de l'ANAES, études à compléter, le monitoring continu serait incriminé dans « une augmentation du risque de recours aux actes invasifs (césariennes, extractions instrumentales), [...] accroît le taux de faux positif et donc de gestes invasifs pour la mère, réalisés à tort ».

D'autres études réalisées en Angleterre par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists en 1993 (40), confirment ce même état de fait.

Ainsi, bien que la surveillance du RCF soit une nécessité, un aménagement des pratiques actuelles est non seulement possible, mais aussi, souhaitable d'après la FIGO. Elle en propose même un protocole de surveillance discontinu.

B. La liberté de mouvements pendant le travail

De l'Antiquité jusqu'au XVIIème Siècle, la position verticale était la plus utilisée pour accoucher (32). Au XVIIIème Siècle, Mauriceau impose le décubitus dorsal pour l'accouchement, utilisé à l'origine pour surveiller le périnée (33) et qui devient la position du travail. Mais certaines études ont montré « que la déambulation permettait d'accélérer le travail sans augmenter la fréquence des contractions, ce qui est appréciable pour le bébé et fondamental pour la mère » (34). La femme en travail adapte sa position en fonction de son ressenti, favorisant l'accommodation de la tête par ces mêmes positions asymétriques, en se penchant en avant etc... Bernadette De Gasquet, médecin généraliste, qui a effectué des recherches sur la mécanique obstétricale avec des collègues

gynécologues-obstétriciens, décrit dans le détail les positions adoptées par les femmes, lorsqu'elles peuvent être libres de leur mouvements, dans un article paru dans Profession Sage-Femme en octobre 2000 (34).

La position verticale présente, en outre, les avantages suivants :

- « - moins d'anomalies du RCF,
- moins d'Apgar inférieur à 7 à 1 minute de vie,
- moins de forceps,
- moins de déchirures périnéales graves, alors que la protection du périnée était la grande justification du décubitus dorsal » (32).

Nous avons donc là les moyens de penser une surveillance du travail différente de ce qu'elle est actuellement pour les accouchements normaux.

Mais modifier notre façon de faire au niveau national ne peut pas se faire en un tour de main.

C. Une présence continue de la sage-femme auprès de la patiente au cours du travail

Une étude sur le soutien attentionné des femmes pendant l'accouchement traduite dans les Dossiers de l'Obstétrique n°283 (41) donne les résultats suivants :

- un soutien continu diminue le pourcentage de médicalisation antalgique, le taux de problèmes pendant le travail, le taux d'extraction instrumentale, de césariennes, d'épisiotomies, d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie, une moindre augmentation de l'ocytocine, autrement dit un rapprochement vers l'eutocie sans médicalisation,
- les femmes avaient plus de facilités à allaiter complètement à 4-6 semaines de post-partum.
- on constate une diminution nette des dépressions du post-partum et une amélioration du tissage des liens mère-enfant.

Cette étude est corroborée par une évaluation anglaise de 1996 (40) : « un soutien continu durant le travail est associé à un plus faible recours à l'analgésie pharmacologique et à la péridurale ».

« Respecter la physiologie en étant au plus près de notre sens clinique demande du temps ; c'est la raison pour laquelle, à l'origine, la profession de sage-femme est entièrement autonome et responsable. L'avenir de l'accouchement normal est lié à l'avenir de notre profession ;

nous avons vivement à reconsidérer notre place au sein des structures d'accouchement » (16).

III. Pour l'avenir, des aménagements nécessaires

Nous avons vu que le suivi global satisfait les praticiens comme les usagers, bien qu'il y ait des améliorations à faire, pour le favoriser. D'après une étude réalisée en 1999 par l'Association Sages-Femmes et Recherches (SFER) au sujet de l'impact de la préparation à la naissance (42). En effet, les résultats obstétricaux sont éloquentes : la proportion de femmes ayant eu une menace d'accouchement prématuré, ayant été hospitalisée au cours de la grossesse, ayant eu une déchirure du périnée, ou encore, dont l'accouchement a nécessité l'utilisation d'une ventouse, et pour finir l'existence de problèmes médicaux du nouveau-né, diminue de 10 à 15 %. La préparation personnalisée que propose le suivi global ne peut qu'aller dans le même sens, et nous l'avons vu dans notre enquête, les résultats sont très bons.

Nous avons vu, par ailleurs, qu'il existe un certain malaise autour de la périnatalité, que la crise médicale inquiète beaucoup, que d'autres pays européens sont investis dans une réorganisation de la périnatalité, ou la mettent en œuvre depuis fort longtemps, que le coût du suivi global est bien moindre par rapport au coût de la prise en charge en maternité, sans que la sécurité lui fasse défaut, et pour finir, que les techniques utilisées par les sages-femmes libérales ne sont pas décriables.

Pour que ce type de suivi puisse prendre effet en France, un certain nombre d'aménagements sont, cependant, nécessaires.

A. Augmenter le numerus des sages-femmes, revaloriser ses honoraires, réorienter les études de sages-femmes vers plus de physiologie

Pour que plus de couples puissent bénéficier de ce type de suivi, il faudrait qu'il y ait plus de sages-femmes libérales le pratiquant. Mais pour cela, il faudrait que l'accès aux plateaux techniques soit plus facile, que les équipes médicales, les CME, les médecins soient moins réfractaires au suivi global. Par ailleurs, en l'état actuel des choses, une sage-femme libérale ne peut vivre d'une activité de suivi global uniquement, car la rémunération est sous-évaluée par rapport à l'investissement en temps que nécessite ce type de pratique. Ce sont la préparation à la naissance et la rééducation périnéale qui peuvent faire vivre une sage-femme. Mais ce

n'est, sauf pour celles qui l'ont choisi, qu'une petite part de l'activité d'une sage-femme libérale qui fait du suivi global.

Par ailleurs, travailler associativement avec d'autres sages-femmes permettrait une meilleure gestion du temps de vie personnel avec le temps de vie professionnel. Mais pour cela, il faut des sages-femmes libérales et l'assurance que les plateaux techniques soit disponibles.

En d'autres termes, ne faut-il pas augmenter le nombre des sages-femmes ? Cela a été fait à hauteur de 200 places. Est-ce suffisant ?

Les sages-femmes libérales de l'enquête regrettaient que l'Ecole de sages-femmes ne préparent pas suffisamment les jeunes diplômées à la physiologie. Le programme de rénovation de l'enseignement des sages-femmes proposé par l'ANFICSF (Association nationale de formation Initiale et Continue des Sages-Femmes) (39) y travaille, de même que l'actuel programme des études, mis en place depuis septembre 2002. Une des finalités du projet pédagogique est d'« enseigner selon les concepts de globalité » et de « développer le sens de l'humanisme ».

B. Les droits de prescription.

Actuellement, la prescription des examens et des médicaments que peuvent faire les sages-femmes ne leur permet pas d'être indépendante dans leur pratique. Elles sont obligées d'envoyer les femmes chez un médecin pour la déclaration de grossesse, pour le test évaluant le risque pour l'enfant d'avoir une trisomie 21, pour prescrire du paracétamol etc...

Bienheureusement, ayant pris connaissance de cet état de fait, Le Ministre de la Santé, Jean-François Mattéi, a invité le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes à proposer les aménagements attendus, que l'on peut consulter sur son site internet.

C. Le coût de la maternité en France

Nous avons vu que le coût de la maternité est bien plus avantageux dans le cadre d'un suivi global qu'en institution hospitalière, et ce avec la plus-value d'une sécurité globale des patientes (physique et psychique), et une meilleure prévention des pathologies de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

Il s'agit donc d'une véritable révolution dans l'organisation de la périnatalité, alliant une qualité de l'offre des soins périnataux, à un redéploiement de tous les professionnels dans leur champ d'activité et à une gestion économique du coût de la prise en charge de la maternité.

Conclusion

Le suivi global offre aux praticiens comme aux usagers, une qualité globale de prise en charge. Et les équipes médicales (comprenant sages-femmes, médecins et auxiliaires puéricultrices) qui ont accepté de recevoir sur leur plateau technique des sages-femmes libérales ne l'ont pas ou peu regretté. Par ailleurs, les avantages financiers pour la collectivité sont indéniables. Cependant, le duo sage-femme-médecin ne fonctionne pas toujours sans heurts, dans une dynamique d'équipe et un climat de respect mutuel.

Les médecins auront toujours besoin des sages-femmes et les sages-femmes auront toujours besoin des médecins. Il n'y a pas lieu d'avoir un discours corporatiste, même si l'histoire peut susciter de l'amertume concernant les avatars qu'a subi la profession sage-femme, avatars injustifiés. Aujourd'hui, malheureusement, les comportements sont encore emprunts de ce jeu de pouvoir entre les uns et les autres.

La naissance est un enjeu important pour l'enfant à naître, et pour ses parents. Elle va influencer sa vie d'adulte et la vie de sa famille. Aussi, il serait judicieux que le système périnatal se réorganise afin de donner à chacun la place qu'il mérite : aux sages-femmes, la responsabilité et la prise en charge des maternités physiologiques, aux obstétriciens, les pathologies légères et lourdes, aux parents, leur place de sujet pensant et désirant, à l'enfant à naître, le droit de naître simplement. Une telle démarche semble par ailleurs promettre une amélioration de la prévention des pathologies de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches, de la mortalité et de la morbidité périnatale, ainsi qu'un rééquilibrage des finances de l'Etat.

Pour favoriser ce mouvement, la présence des sages-femmes dans les CME de tous les établissements hospitaliers devrait être la règle. Actuellement, elle ne l'est pas pour les hôpitaux locaux. Par ailleurs, l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales se mobilise en proposant une convention-type pour l'accès aux plateaux techniques¹⁶.

L'à venir est à construire.

¹⁶ Annexe 21

Table des matières

| | |
|---|------|
| Remerciements | p.2 |
| Sommaire | p.3 |
| Préface | p.4 |
| Introduction | p.5 |
| <u>Première partie :</u> | |
| Qu'est-ce que l'Accompagnement Global de la Maternité ? | p.6 |
| I. Histoire de la maternité, de la femme et de la profession sage-femme de l'Antiquité jusqu'à nos jours | |
| | p.7 |
| A. De l'Antiquité jusqu'au XVIème Siècle | p.7 |
| B. Du XVIème Siècle à l'Entre-Deux-Guerres. | p.9 |
| C. De l'Entre-deux-guerres à nos jours | p.12 |
| II. L'expérience psychique de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches pour les femmes et les couples | |
| | p.18 |
| A. La grossesse. | p.19 |
| B. L'accouchement | p.22 |
| C. Les suites de couches | p.24 |
| III. L'A.G.M. : un accompagnement et un suivi médical | |
| | p.26 |
| A. Les principes de l'A.G.M. | p.26 |
| B. Le suivi médical au cours de l'A.G.M. | p.27 |
| C. L'accès aux plateaux techniques pour les sages-femmes | p.29 |
| 1. Conditions générales | p.29 |
| 2. Constitution du dossier et autorisation d'accès | p.30 |
| 3. Rémunération de la sage-femme | p.31 |
| <u>Deuxième partie :</u> | |
| L'étude du vécu des sages-femmes libérales et des couples | p.32 |
| I. Méthode de travail | |
| | p.33 |
| A. Prise de contact | p.33 |
| 1. Recherches des sages-femmes libérales | |
| 2. Choix des patientes | |
| 3. Réalisation des questionnaires | |
| B. Analyse des questionnaires | p.33 |
| 1. Pourcentage de réponses | |
| 2. Programme informatique utilisé | |
| C. Les limites de l'étude | p.34 |

| | | |
|------|--|------|
| II. | Résultats et interprétations des résultats | p.34 |
| | A. Résultats et interprétation des questionnaires envoyés aux couples | p.34 |
| | B. Résultats et interprétation des questionnaires envoyés aux sages-femmes libérales | p.48 |
| III. | Bilan de l'enquête | p.61 |

Troisième partie :

Quelques pistes de réflexion autour de la périnatalité pour une organisation et une pratique différente p.64

| | | |
|------|---|------|
| I. | Réflexions autour du système français et celui de nos voisins européens | p.65 |
| | A. Etat des lieux en France : un silencieux malaise de la profession sage-femme et des femmes | p.65 |
| | 1. Introduction | |
| | 2. Le malaise de la profession sage-femme | |
| | 3. Et pour les femmes ? | |
| | B. Les pays limitrophes européens et la périnatalité | p.69 |
| | 1. La Suisse romande, l'Allemagne, l'Italie et les autres | |
| | 2. Les Pays-Bas | |
| | C. Evaluation des frais engagés par la collectivité à l'occasion d'un suivi global et d'un suivi en institution hospitalière | p.72 |
| II. | Une autre façon de travailler ? | p.75 |
| | A. Surveillance discontinue versus monitoring continu du rythme cardiaque fœtal | p.75 |
| | B. La liberté de mouvements pendant le travail | p.76 |
| | C. Une présence continue de la sage-femme auprès de la patiente au cours du travail | p.77 |
| III. | Pour l'avenir, des aménagements nécessaires | p.78 |
| | A. Augmenter le nombre des sages-femmes, revaloriser ses honoraires, réorienter les études de sage-femme vers plus de physiologie | p.78 |
| | B. Les droits de prescription | p.79 |
| | C. Le coût de la maternité en France | p.79 |

| | |
|----------------------------|------|
| <u>Conclusion</u> | p.80 |
| <u>Tables des matières</u> | p.81 |
| <u>Bibliographie</u> | p.84 |
| <u>Annexes</u> | p.88 |

Bibliographie

1. D.O. n° 317, *Le mouvement féministe français et la maternité*, Farrida Hammani, p.8-9-10.
2. *Quand nos grands-mères donnaient la vie : la maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Françoise Thébaud, Thèse de sociologie, p.55,63,111-113,161,170-174,176,188,207,246,255-256,264,268,270,275,284.
3. *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*, Monique Bydlowski, p.93,104-105.
4. D.O. n° 273, *Préparation à la naissance-Peau de chagrin*, p.49.
5. Profession sage-femme n° 90, *Les 50 ans de l'accouchement sans douleur, le passé peut aider à développer le présent*.
6. *Pour une naissance sans violence*, Frédérick Leboyer.
7. Profession sage-femme n° 71, *Pour une naissance sans violence... une journée militante*, p.5.
8. D.O. n° 287, *De la globalité de la naissance, le versant psychique de la grossesse*, Marie-Hélène De Valors.
9. *Santé sociale : ces absurdités qui nous entourent*, Jean-François Mattéi, professeur de pédiatrie, 2001.
10. D.O. N° 289, *Pour les femmes quels choix autour de la naissance*, Odile Montazeau, sage-femme enseignante à Tours, p.17-20.
11. *Tout est langage*, Françoise Dolto.
12. . D.O. n° 287, *De la globalité de la naissance, le versant psychique de l'accouchement*, Marie-Hélène De Valors.
13. *Je rêve un enfant, une expérience intérieure de la maternité*, Monique Bydlowski, p.135-139.
14. *Accompagnement global et accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques*, Mémoire de fin d'études à l'Ecole de sages-femmes de Nancy réalisé par Sybille André.
15. D.O. n° 248, *Approche psychosomatique globale en obstétrique*, Claude-Emile Tourné.

16. D.O. n° 255, *De l'importance fondamentale des sages-femmes dans l'accouchement normal*, Doris Nadel.
17. *Le bébé et sa mère* , Donald W. Winnicott, p.59,113.
18. D.O. n° 273, *Le testament du Dr Lamaze*, Caroline Guttman.
19. Article du journal « Le Monde » du 28 juillet 2003, *Vers une médicalisation raisonnée de la santé* , Sandrine Blanchard .
20. D.O. n° 317, *Programmation de l'accouchement, les sirènes de la toute-puissance*.
- 21.D.O. n° 317, *Pour les femmes, quels choix autour de la naissance ?* Odile Montazeau.
22. D.O. n° 317, *De la souffrance des élèves sages-femmes à la souffrance des femmes*, Joëlle Micaud.
- 23.D.O. n°316, *Argumentaire pour une réorganisation de la périnatalité*, Sylvie Laberibe.
24. *Accompagnement global et accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques*, Mémoire de fin d'études de sage-femme, 2001, Sybille André, Ecole de Sages-femmes Nancy.
25. D.O. n°317, *Les femmes emprisonnées ou libérées par les techniques*, Madeleine Akrich
26. *Coût d'une grossesse suivie par une sage-femme libérale*, ANSFL, 1991.
27. D.O. n°212, *Evaluation des coûts de la maternité en France et réflexions*.
28. *Accès des plateaux techniques aux sages-femmes libérales*, C. Boucheron, Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Clermont-Ferrand, p.105.
29. *Une autre conception de la naissance dans les services d'obstétrique*, Mariette Baecher, Mémoire de l'Ecole de Cadre Sage-Femme, 1993-1994, Dijon.
30. Profession sage-femme n° 90, *Intérêt et indications des divers modes de surveillance du RCF dans le cas d'un accouchement normal*.
31. D.O. n°255, *Le monitoring au cours du travail, sécurité ou esclavage ?*, p.56.

32. Dossier Xè cycle de formation théorique en médecin périnatale en jui 2002 à Dinan, *Faut-il toujours médicaliser la naissance ?*
33. D.O. n° 317, *Les mythes de l'accouchement*, Francine Dauphin.
34. Profession sage-femme n°71, *Installation de la parturiente et postures pendant le travail*, Bernadette De Gasquet.
35. *Gestion du risque obstétrical aux Pays-Bas et en France*, Mémoire de fin d'étude de sage-femme, Nantes, 2002.
36. D.O. n° 317, *Les femmes face aux soignants*, Yvonne Knibielher.
37. D.O. n°310, *Histoire de naître*, Fernand Leroy.
38. *Comment la naissance vient aux femmes, les techniques de l'accouchement en France et Pays-Bas*, Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, p.36.
39. D.O. n°315, *Programme de rénovation de l'enseignement des sages-femmes*, ANFICSF.
40. *Lignes directrices pour la pratique sage-femme pendant l'accouchement, fondées sur des données probantes*, The Central Sheffield University Hospitals.
41. D.O. n°283, *Soutien attentionné des femmes pendant l'accouchement*, E.D. Hodnett.
42. D.O. n°282, *Etude de l'impact de la préparation à la naissance sur la grossesse et l'accouchement*, SFER.

Sites internet

43. <http://www.medpict.com>
44. http://www.reseauproteus.net/therapies/mai_nais
45. <http://www.legifrance.com>
46. site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

Annexes

Annexe 1 :

TROXLER Karine
10, rue Jamerai Duval
54000 NANCY
Etudiante sage-femme 4^{ème} Année
Ecole de Sages-Femmes de NANCY

Nancy, le 30 octobre 2002

Madame,

Dans le cadre de la fin de mes études, je souhaite réaliser un mémoire au sujet de l'Accompagnement Global de la Maternité comprenant la réalisation de l'accouchement en plateau technique.

L'ANSFL m'a communiqué vos coordonnées afin que je puisse entrer en contact avec vous et recueillir votre témoignage et celui de vos patientes.

Vous trouverez ci-joint un questionnaire à votre attention, accompagné d'une enveloppe timbrée à mon adresse, ainsi que 10 questionnaires destinés à vos patientes, également accompagnés d'une enveloppe timbrée et mis sous pli afin que vous puissiez les leur envoyer. Il suffit d'y rajouter leur adresse.

En espérant que vous voudrez bien y consacrer un peu de temps (j'ai fait le maximum pour que vous en ayiez à faire le minimum), recevez mes très sincères remerciements ainsi que mes très respectueuses salutations.

Merci pour votre précieuse participation.

Karine TROXLER

Annexe 2 :

arine TROXLER, Etudiante sage-femme 4^{ème} Année
cole de Sages-Femmes NANCY

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX SAGES-FEMMES LIBERALES PRATIQUANT L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL

Pour la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je souhaite réaliser une enquête au sujet de **L'Accompagnement Global de la Maternité (AGM)**. C'est pourquoi je vous propose de répondre à ces quelques questions en espérant que vous aurez un peu de temps à y consacrer. Cette enquête se fait de façon anonyme bien sûr.

Je me doute que votre temps est précieux, aussi serais-je concise.

Un grand merci à vous tous et toutes pour votre très précieuse participation.

P.S. Pourriez-vous m'envoyer une copie de la convention que vous avez signée avec l'établissement ou vous exercez .

1°) Quel âge avez-vous ?.....

2°) En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?.....

3°) Décrivez votre activité au fil des années :

| ANNEE | DUREE | <u>DETAIL</u> DES SERVICES HOSPITALIERS , SECTEUR LIBERAL , AGM... |
|-------|-------|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

4°) Pensez-vous qu'une expérience professionnelle en milieu hospitalier avant de pratiquer l'accompagnement global soit nécessaire ?

Détaillez.....
.....
.....
.....

5°) Pourquoi et comment vous êtes-vous orienté(e) vers l'AGM ?

.....
.....
.....
.....
.....

6°) Dans quel type d'établissement réalisez-vous les accouchements ?

☐ public ☐ privé

7°) L'accès au plateau technique a-t-il été difficile ?

☐ oui , pourquoi ? Détaillez

.....
.....
.....
.....

☐ Non, pourquoi ? Détaillez

.....
.....
.....
.....

8°) Entre la demande d'autorisation et l'accord pour l'accès au plateau technique, combien de temps s'est-il écoulé

.....

9°) Si au cours d'un accouchement, une pathologie apparaît, vous faites appel :

☐ au même médecin (même s'il n'est pas de garde)
☐ à l'équipe médicale présente sur les lieux

10°) Comment se répartit la responsabilité médicale entre vous et le médecin en cas de pathologie au cours de l'accouchement ?

.....
.....
.....
.....
.....

11°) Les relations avec l'équipe médicale sont-elles :

- ☐ très satisfaisantes
- ☐ assez bonnes
- ☐ plutôt difficiles

12°) Vos patientes sont-elles vues au moins une fois par un médecin du service ?

- ☐ oui
- ☐ non

13°) La convention que vous avez signée exige-t-elle de vous :

- ☐ que la patiente ait eu une consultation d'anesthésie ?
- ☐ que tous les examens sanguins figurent dans le dossier de la patiente ?
- ☐ que la patiente ait fait 3 échographies, bien qu'elles soient facultatives ?
- ☐ autres propositions.....
-
-

14°) Vos patientes sont-elles en majorité :

- ☐ des primipares ?
- ☐ des multipares ?
- ☐ la proportion de chacune d'elles est équivalente ?

15°) D'après vous, qu'est-ce qui a amené vos patientes à ce choix de suivi global ?

(Numérotez par ordre d'importance)

- ☐ une connaissance ou une de vos anciennes patientes qui a vécu cette expérience
- ☐ le désir d'un suivi individualisé associé aux moyens techniques utilisables en maternité

- ☐ le souhait de réaliser un projet de naissance
- ☐ leur médecin traitant qui vous a recommandée
- ☐ une information donnée par leur gynécologue obstétricien
- ☐ autres propositions.....
-
-

16°) Etre suivie par une sage-femme libérale dans le cadre de l'accompagnement global de la maternité, c'est plutôt, selon vous : (Numérotez par ordre d'importance)

- ☐ la démarche de la patiente
- ☐ la démarche du père
- ☐ la démarche du couple

17°) Décrivez dans le détail votre présence et vos actes lors de l'accouchement de vos patientes :

.....

.....

.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

18°) Le père participe-t-il de façon active à l'accouchement ?

☐ très souvent

☐ parfois

☐ rarement

Et comment ?
.....
.....

19°) Dans quels délais votre patiente peut-elle quitter l'établissement hospitalier ou elle a accouché ?

☐ au bout de 2 heures

☐ bien après.....

Pourquoi ?.....
.....
.....

20°) Au cours des suites de couches, comment organisez-vous votre temps auprès de la patiente et du nouveau-né ?

→ Nombre de visites par jour :.....

→ Durée des visites :.....

Est-ce suffisant à votre avis ?

☐ oui

☐ non, pourquoi ?.....

.....
.....

21°) Etes-vous satisfaite des conditions dans lesquelles vous travaillez ?

→Oui, parce que :

☐ j'organise mon temps de travail et de loisirs

☐ je me sens libre et reconnue dans ma pratique professionnelle

☐ J'ai le sentiment de mieux entourer mes patientes

☐ les rapports humains sont plus riches

☐ autres propositions.....

.....
.....
.....

→Non, parce que :

☐ je n'ai pas assez de temps libre, j'aurais besoin d'une associée

☐ je ne me sens pas libre et reconnue dans ma pratique professionnelle et au sein de l'établissement hospitalier

☐ la responsabilité médicale avec l'établissement hospitalier est mal définie

(suite)

☐ les dépenses pour exercer en AGM sont trop importantes

☐ la rémunération est trop substantielle

☐ autres propositions.....

.....

.....

22°) Combien d'accouchements en moyenne faites-vous sur l'année depuis que vous avez débuté cette activité ? :.....

23°) Le respect de la grille de la nomenclature des actes sage-femme vous permet-il d'avoir une rémunération satisfaisante ?

☐ oui ☐ non. Pourquoi ? :

.....

.....

.....

24°) Quel est le pourcentage d'accouchements eutociques sur la totalité des accouchements que vous pratiquez au cours d' une année de votre activité ?.....

25°) De vos patientes qui optent pour le suivi global vous diriez :

→qu'elles se prennent en charge ☐ oui ☐ non

→qu'elles sont trop dépendantes de vous ☐ oui ☐ non

→autre propositions :.....

.....

26°) Que souhaiteriez-vous voir changer ou se réaliser pour améliorer :

→ l'accès à ce type d'accompagnement :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

→ l'accès aux plateaux techniques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Encore merci pour votre collaboration

K. TROXLER

Annexe 3 :

TROXLER Karine
10, rue Jamerai Duval
54000 NANCY
Etudiante sage-femme 4^{ème} Année
Ecole de Sage-Femme de NANCY

Nancy, le 30 octobre 2002

Madame, Monsieur,

Etudiante sage-femme en 4^{ème} Année, je réalise un mémoire au sujet du Suivi Global de la Maternité.

J'ai envoyé à votre sage-femme des questionnaires afin de recueillir le témoignage de ses patientes. C'est donc par son intermédiaire que vous recevez ce pli.

J'espère que vous pourrez y consacrer un peu de temps, votre participation est très précieuse.

Vous trouverez ci-joint une enveloppe timbrée à mon adresse pour me l'envoyer.

Recevez mes très sincères salutations et remerciements,

Karine TROXLER

Annexe 4 :

Karine TROXLER, Etudiante sage-femme 4^{ème} Année
Ecole de sages-femmes NANCY

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES PATIENTES

Pour la réalisation de mon mémoire de fin d'études, je souhaite réaliser une enquête au sujet de **l'Accompagnement Global de la Maternité (AGM)**. C'est pourquoi je vous propose de répondre à ces quelques questions dans l'espoir que vous aurez un peu de temps à y consacrer. Cette enquête se fait de façon anonyme bien évidemment et m'apportera, grâce à votre aimable participation, d'importantes informations.
Merci à vous toutes.

1°) Quel âge avez-vous ?

2°) Combien d'enfants avez-vous ?

3°) Est-ce que toutes vos grossesses ont été suivies par une sage-femme libérale dans le cadre de l'AGM ?

Oui ☐ Non ☐
Combien ?

4°) Comment et par qui avez-vous connu l'accompagnement global pratiqué par une sage-femme libérale ?

- ☐ démarche personnelle.
- ☐ conseil d'un médecin .
- ☐ expérience vécue par votre entourage.
- ☐ médias (TV, radio, journaux...).
- ☐ autres.

5°) Pourquoi souhaitez-vous être suivie et accoucher avec une sage-femme libérale ?
(Numérotez vos réponses par ordre de préférence)

- ☐ pour être suivie par la même personne pendant la grossesse et l'accouchement
 - ☐ pour allier suivi personnalisé et moyens techniques utilisables en maternité
 - ☐ pour accoucher naturellement
 - ☐ pour se sentir en confiance
 - ☐ pour préserver l'intimité de ces moments
 - ☐ pour permettre au père de participer activement à la grossesse et à l'accouchement
 - ☐ pour le retour précoce à domicile
 - ☐ pour pouvoir réaliser votre « projet de naissance ». Précisez :
-

.....

6°) La sage-femme libérale a-t-elle répondu à vos attentes concernant vos questions sur:

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| → sur la grossesse | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| → la préparation à la naissance | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| → les conseils alimentaires | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| → les suites de couches | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| → les soins aux nouveaux-nés | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| → l'allaitement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| → la vie sexuelle pendant la grossesse et après l'accouchement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| → la rééducation périnéale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

7°) Avez-vous ressenti le besoin de consulter un obstétricien ?

- ☐ Oui. Pourquoi ?.....
-
- ☐ Non. Pourquoi ?.....
-

8°) Avez-vous été hospitalisée au cours de votre (vos) grossesse(s) ?

- ☐ Non
- ☐ Oui : pourquoi ?

combien de temps ?

à quel terme de la grossesse ?

9°) Combien de temps a duré le travail de chacun de vos accouchements ?

- 1^{er} :
- 2^{ème} :
- 3^{ème} :

10°) Pour chacun de vos accouchements, le travail a-t-il été déclenché spontanément ou artificiellement ? Et à quel terme ?

- 1^{er} :
- 2^{ème} :
- 3^{ème} :

11°) Quels moyens avez-vous utilisés au cours du travail, afin d'en améliorer le vécu ?

- ☐ la relaxation
- ☐ la concentration sur la respiration
- ☐ le bain d'eau chaude
- ☐ les massages
- ☐ une musique apaisante
- ☐ des positions « antalgiques » (une liberté de mouvements et de posture)

- ☐ une ambiance calme
- ☐ une lumière tamisée
- ☐ la présence de votre conjoint
- ☐ des moyens médicaux : ☐ l'anesthésie péridurale
 - ☐ une perfusion simple
 - ☐ une perfusion avec des médicaments (ocytocine, antibiotiques...)
- ☐ autres propositions :.....
-
-

12°) Le père de votre (vos) enfant(s) a-t-il participé à l'accouchement ?

- ☐ Oui. Pourquoi et comment ?.....
-
-
- ☐ Non. Pourquoi ?.....
-
-

13°) Qu'est-ce qui a contribué à vous sentir en sécurité et en confiance au cours de votre (vos) accouchement(s) ?

(Numéroter par ordre de préférence)

- ☐ accoucher avec un(e) praticien(ne) qui vous a suivie tout au long de la grossesse et qui participe activement à la mise en œuvre de votre projet de naissance
- ☐ accoucher dans un établissement hospitalier
- ☐ un père bien préparé pour une participation active à l'accouchement
- ☐ autres propositions
-
-

14°) Comment qualifieriez-vous la présence de la sage-femme libérale au cours de votre accouchement ?

- ☐ inadaptée
- ☐ nerveuse
- ☐ calme, apaisante, rassurante
- ☐ silencieuse, peu intrusive, disponible
- ☐ autres propositions.....

15°) Vous avez accouché :

- ☐ par voie basse spontanée
- ☐ par voie basse non spontanée (forceps, spatules, ventouses)
- ☐ par césarienne programmée. Précisez-en l'indication.....
-
- ☐ par césarienne au cours du travail. Précisez-en l'indication.....
-

16°) Si vous avez accouché par voie basse spontanée :

- ☐ vous êtes rentrée à votre domicile après 2 heures de surveillance
☐ vous avez préféré rester à la maternité quelques jours
☐ votre enfant a dû rester à la Maternité . Pourquoi ?.....
.....
☐ autres propositions.....
.....

17°) Le père de votre (vos) enfant(s) était-il inquiet concernant le retour précoce à domicile ? (2 heures après l'accouchement)

- ☐ Oui .Pourquoi ?.....
.....
☐ Non. Pourquoi ?.....
.....
.....

18°) Quel type d'allaitement avez-vous choisi ?

- ☐ maternel
☐ artificiel

19°) Au cours des suites de couches, la présence de la sage-femme libérale vous a-t-elle manquée :

- pour votre allaitement ☐ jamais ☐ parfois ☐ toujours
→pour les soins aux nouveaux-nés ☐ jamais ☐ parfois ☐ toujours
→pour vos propres soins ☐ jamais ☐ parfois ☐ toujours
→pour vous conseiller ☐ jamais ☐ parfois ☐ toujours
→autres propositions.....
.....
.....

20°) Referiez-vous cette expérience, si vous attendiez un autre enfant ?

- ☐ Oui ☐ Non

21°) Conseilleriez-vous à une amie ce type de suivi de grossesse et accouchement ?

- ☐ Oui ☐ Non

22°) Conserverez-vous un bon souvenir de cette expérience ?

- ☐ Oui ☐ Non

23°) Si vous avez été suivie pour une de vos grossesses en Maternité (en dehors du cadre de l'AGM), quelles ont été pour vous les différences les plus notables avec l' AGM ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

24°) Qu'avez-vous à dire sur l'investissement financier de cette prise en charge ?

.....

.....

.....

25°) L'idée que vous aviez de la sage-femme a-t-elle changée suite à cette expérience ?

.....

.....

.....

.....

26°) Pensez-vous que l'accès à ce type de suivi de grossesse et d'accouchement soit assez médiatisé ?.....

.....

.....

.....

Encore merci pour votre bienveillante participation

K. TROXLER

Annexe 5 :

La prescription des arrêts de travail

CODE DE LA SECURITE SOCIALE (Partie Réglementaire - Décrets simples)

Livre 3 : Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général

Titre 3 : Assurance maternité

Chapitre 1er : Dispositions propres à l'assurance maternité

Section 3 : Prestations en espèces

Article D331-1

Les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail, conformément au 5° de l'article L. 321-1, à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique.

Nota : Décret 91-306 du 25 mars 1991 art. 4 : le présent article du code de la sécurité sociale est applicable aux assurés relevant de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article D331-2

La durée de l'arrêt de travail prescrit en application de l'article D. 331-1 ne saurait excéder quinze jours calendaires. La prescription d'un arrêt de travail par une sage-femme n'est pas susceptible de renouvellement ou de prolongation au-delà de ce délai.

Nota : Décret 91-306 du 25 mars 1991 art. 4 : le présent article du code de la sécurité sociale est applicable aux assurés relevant de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon.

Annexe 5 bis : CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
(Nouvelle partie Législative)

Chapitre 1 : Conditions d'exercice

Article L4151-1

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale.

Article L4151-2

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques et les soins prescrits ou conseillés par un médecin.

Article L4151-3

Les sages-femmes ne peuvent employer que les instruments dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Académie nationale de médecine.

En cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, elles doivent faire appeler un médecin.

Article L.321-1, 5° du Code de la sécurité sociale

« Les sages-femmes peuvent prescrire des arrêts de travail à une femme enceinte en cas de grossesse non pathologique. »

Voir : articles D.331-1 et D.331-2 du Code de la sécurité sociale

Article L.5134-1 du Code de la santé publique

I. - (...)

II. –« Les contraceptifs intra-utérins ainsi que les diaphragmes et les capes ne peuvent être délivrés que sur prescription médicale et uniquement en pharmacie ou dans les centres de planification ou d'éducation familiale mentionnés à l'article L.2311-4 du Code de la santé publique. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme. L'insertion des contraceptifs intra-utérins ne peut être pratiquée que par un médecin. Elle est faite soit au lieu d'exercice du médecin, soit dans un établissement de santé ou dans un centre de soins agréé. »

Nota : Loi 2001-588 du 7 avril 2001, art. 28 - I : les présentes dispositions sont applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte.

Annexe 6 :

Arrêté du 17 octobre 1983 modifié fixant la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire

(J. O., N. C., 30 oct.)

Arrêté modifié,

arrêté du 10 octobre 1989, publié au Journal officiel du 7 novembre 1989

arrêté du 30 septembre 1997, publié au Journal officiel du 16 octobre 1997

Article Premier

Les sages-femmes peuvent prescrire les examens radiologiques, de laboratoire et de recherche ci-après:

I. - En ce qui concerne la mère :

1. Echographie.
2. Radiographie du contenu utérin dans les deux derniers mois de la grossesse
3. Radiopelvimétrie dans les deux derniers mois de la grossesse.
4. Diagnostic biologique de grossesse.
5. Glycémie.
6. Sérodiagnostic : rubéole, syphilis, toxoplasmose.
7. Groupe sanguin avec phénotype Rhésus complet et Kell.
8. Facteur Rhésus.
9. Agglutinines irrégulières.
10. Examen cytologique du sang (hémogramme).
11. Examen cyto bactériologique des urines.
12. Prélèvement vaginal et examen bactériologique des sécrétions vaginales.
13. Frottis cervico-vaginaux.
14. Dosage de l'uricémie;
15. Dosage de la créatinémie;
16. Recherche des marqueurs du virus, de l'hépatite B chez la femme enceinte;
17. Sérodiagnostic V.I.H. pendant la grossesse.
18. Hémoglobine glycosylée (dans le cadre de la surveillance, à l'exclusion du dépistage).

II. - En ce qui concerne l'enfant :

1. Groupe standard et Rhésus.
2. Numération globulaire.
3. Bilirubine dans le sang du cordon.
4. Test de Guthrie.
5. Test de Coombs.
6. Bilirubine chez l'enfant.
7. Examens bactériologiques cutané-muqueux, sanguins et urinaires chez le nouveau-né (dans le cadre de la prévention de l'infection néonatale).
8. Glycémie. Calcémie;
9. Phénotype Rhésus complet et Kell.
10. Sérodiagnostic de la toxoplasmose ; 11. C Réactive protéine (CRP).

Annexe 7 :

Liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes

Arrêté du 3 octobre 1988 fixant la liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes

Article Premier

Les instruments que les sages-femmes peuvent employer sont les suivants :

- Stéthoscope;
- Ciseaux droits et ciseaux courbes;
- Pince omphalotribe ;
- Sonde vésicale;
- Pincés hémostatiques;
- Sonde cannelée;
- Pince à disséquer à griffes;
- Aiguilles de Reverdin courbes;
- Agrafes;
- Pince porte-agrales;

- Pince à enlever les agrafes;
- Aiguilles et seringues à injections hypodermiques, intramusculaires et intra veineuses;
- Vaccinostyles;
- Tensiomètre;
- Valve vaginale;
- Spéculum vaginal;
- Aiguilles à suture;
- Porte-aiguilles;
- Matériel résorbable et non résorbable de suture;
- Amnioscope;
- Cardiotocographe;
- pH-mètre;
- Echographe.

Article 2

Le matériel de réanimation et la boîte d'instruments pour intubation trachéale que les sages-femmes peuvent employer sont les suivants:

- Une source d'oxygène comportant des dispositifs de mesure, de pression et de sécurité;
- Un appareil d'aspiration permettant une aspiration aseptique;
- Un appareil de ventilation avec un dispositif de raccordement et de contrôle pour le masque ou la sonde avec sécurité de pression;

Un nécessaire pour intubation comportant:

- un laryngoscope pour nouveau-nés avec lame droite;
- un masque facial type Rendell Baker n° O;
- une canule de Mayo taille 000;
- des sondes d'aspiration nos 10 et 12;
- quelques cathéters d'aspiration endotrachéale sous enveloppe individuelle stérile;
- des tubes endotrachéaux, type tube de Cole (nos 8, 10 et 12);

Un nécessaire à perfusion ombilicale comportant:

- des gants et des champs stériles ;
- une boîte de dénudation;
- du catgut monté sur aiguille courbe rb O;
- un cathéter veineux ombilical;
- aiguilles à biseau court et seringues;
- un matériel de fixation des cathéters.

Article 3

Les dispositions de l'arrêté du 30 novembre 1972 sont abrogées.

Annexe 8 :

Liste des médicaments susceptibles d'être prescrits par les sages-femmes

Arrêté du 17 octobre 1983 modifié fixant la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire et les conditions de leur délivrance par les pharmaciens (J. O., N. C., 30 oct.).

Article Premier

Est fixée dans les annexes I et II au présent arrêté la liste des médicaments renfermant ou non des substances vénéneuses des tableaux A ou C que peuvent prescrire les sages-femmes pour être utilisés par elles-mêmes dans l'exercice de leur profession ou par leurs patientes.

Article 2

Les pharmaciens délivrent lesdits médicaments :

Aux sages-femmes sur demande écrite, datée et signée comportant leurs nom, adresse, la désignation du médicament et sa qualité ainsi que la mention " Usage professionnel "; A leurs patientes sur ordonnance rédigée conformément aux dispositions réglementaires

Article 3

En ce qui concerne les préparations renfermant des stupéfiants, les pharmaciens ne peuvent délivrer aux sages-femmes et pour leur seul usage professionnel que les produits ci-après énumérés:

Ampoules injectables de chlorhydrate de morphine associé ou non à un antispasmodique et renfermant au plus un centigramme de chlorhydrate de morphine par ampoule;

Ampoules injectables de chlorhydrate de péthidine renfermant au plus dix centigrammes de chlorhydrate de péthidine par ampoule;

Ampoules injectables d'extrait d'opium associé ou non à un antispasmodique titrant au plus cinq milligrammes de morphine base par ampoule.

Il ne peut être délivré que vingt et une ampoules au maximum contre remise d'une demande établie par un médecin sur feuille extraite de son carnet à souches * pour prescription de stupéfiants. La demande comporte les indications de l'article R. 5210 du code de la santé publique, le nom et l'adresse du malade étant remplacés par le nom et l'adresse de la sage-femme suivis de la mention " Pour son usage professionnel ".

Conformément aux dispositions de l'article R. 5214 du code de la santé publique, les pharmaciens conservent ces demandes pendant trois ans pour les présenter à toute réquisition des autorités compétentes. Ils en établissent un relevé à la fin de chaque trimestre et l'adressent immédiatement à l'inspection régionale de la pharmacie.

Les sages-femmes peuvent administrer lesdits médicaments stupéfiants au cours d'un accouchement et dans la limite de deux ampoules par parturiente. Elles en tiennent comptabilité et doivent justifier de leur utilisation à toute réquisition des autorités compétentes.

Article 4

Sont abrogés les arrêtés des 4 et 5 octobre 1971, 15 janvier 1973 et 10 décembre 1974.

* sur ordonnance sécurisée

Nota 1 : Pour les médicaments soumis à prescription restreinte, voir article R.5143-2 et R.5143-3 du Code de la santé publique

Nota 2 : Pour les stupéfiants, voir article R.5171 et suivants du Code de la santé publique et leurs arrêtés d'application

ANNEXE I

LISTE DES MÉDICAMENTS NE RENFERMANT PAS DE SUBSTANCES VÉNÉNEUSES AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION.

Liste modifiée, arrêté du 10 octobre 1989, publié au Journal officiel du 7 novembre 1989

1. Analeptiques cardio-vasculaires.

Heptaminol et ses sels (formes orales).

Nicéthamide (formes orales).

2. Antiacides gastriques.

Aluminium (hydroxydes, phosphates ou silicates).

Diméticone.

Magnésium (trisilicate).

3. Antihémorragiques.

Etamsylate.

Vitamine K 1.

4. Antiseptiques.

Alcool à 70 degrés dans la limite de 250 ml par ordonnance.

Cetrimonium et dérivés.

Chlorhexidine au titre maximum de 5 p 100.

Nonoxinol.

Pommade à l'oxyde de zinc.

Soluté neutre dilué d'hypochlorite de soude (soluté dit de Dakin).

Solution aqueuse et alcoolique d'éosine.

Polyvidone iodée au titre maximum de 10 p.100;

Hexomidine présentée en solution ou en poudre.

Triclocarban.

5. Antispasmodiques

Phloroglucinol et dérivés.

Dipropyline.

Tiémonium.

6. Laxatifs.

7. Sels de fer (formes orales).

8. Solutés injectables.

Soluté de bicarbonate de sodium isotonique.

Soluté de bicarbonate de sodium, en solution semi-molaire, en ampoules de 10 ml, contenant 0,420 g du produit, soit 5mEq de tampon et 5mEq de sodium.

Soluté de chlorure de sodium isotonique.

Soluté de gluconate de calcium à 10 p. 100.

Soluté de glucose isotonique.

Soluté de glucose à 30 p. 100 en ampoules de 20 ml.

Soluté de sulfate de magnésie à 15 p. 100 dans la limite de 20 ml.

Solutés de remplissage vasculaire (gélatine modifiée uniquement) en cas d'urgence pour usage professionnel;

Immunoglobuline anti-D dans le post-partum des femmes Rhésus négatif.

9. Topiques à usage externe :

Solutions salines sursaturées; Cataplasme à base de kaolin.

ANNEXE II

LISTE DES MEDICAMENTS RENFERMANT DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES, A DOSES EXONÉREES OU NON, AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION.

Liste modifiée, arrêté du 10 octobre 1989, publié au Journal officiel du 7 novembre 1989

1. Anesthésiques locaux.

Médicaments renfermant un anesthésique local inscrit au tableau C des substances vénéneuses à une concentration ne dépassant pas 1 p. 100.

Métoclopramide (tableau C).

Métopimazine (tableau C).

2. Antiémétiques.

3. Anti-infectieux locaux.

Collyre au nitrate d'argent au titre maximum de 1 p. 100 (tableau C).

Médicaments à usage gynécologique à base de :

- Acétarsol (à doses exonérées);
- Econazole (à doses exonérées);
- Miconazole (à doses exonérées);
- Nystatine (tableau C).

Collyres contenant les substances suivantes inscrites au tableau A :

- Idoxuridine et ses sels à une teneur maximum de 0,12 p. 100;
- Trifluridine et ses sels à une teneur maximum de 1 p. 100.

4. Antiseptiques.

Mercurobutol (à doses exonérées).

Soluté alcoolique d'iode officinal (à doses exonérées).

5. Antispasmodiques

Aminopromazine et ses sels (tableau C).

Atropine, ses sels et ses esters (tableau A).

Bromure de N-butyhyoscine (tableau A).

Bromure de tropenziline (tableau A).
Bromure de propyromazine (tableau C).
Papavérine et ses sels (tableau A).
Scopolamine et ses sels (tableau A).

6. Hémostatiques utérins.

Méthylergométrine (tableau A).

Cette préparation ne peut être administrée par les sages-femmes qu'en cas d'hémorragie post-partum et après l'évacuation totale de la cavité utérine, (enfant et placenta).

7. Laxatifs.

(Médicaments laxatifs contenant des substances vénéneuses à doses exonérées.)

8. Ocytociques.

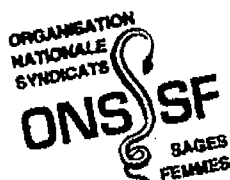
L'emploi des médicaments renfermant de l'oxytocine n'est autorisé que:

- a) Pendant le travail, sous perfusion à débit contrôlé et sous réserve d'une surveillance cardiotocographique permanente;
- b) En cas d'hémorragie post-partum et après l'évacuation totale de la cavité utérine (enfant et placenta).

9. Antiprolactine :

Bromocriptine (mesilate) à une teneur maximum de 2,5 mg (tableau A).

Annexe 9 :



7, rue Rougemont
75009 PARIS

COTATION DES ACTES SAGE-FEMME

Circulaire n° 2002 / 2LIB

paru au Journal Officiel du 13-09-02

Applicable le 15 Septembre 2002

| ACTES | Valeur en vigueur jusqu'au 14-09-2002 | Valeur en vigueur à partir du 15-09-2002 |
|---|---|--|
| Consultation (C) | 14,48 | 15,30 |
| Visite (V) | 14,48 | 15,30 |
| Préparation (de 1 à 3) (C2) | 28,96 | 30,60 |
| Préparation (de 4 à 12) (C) | 14,48 | 15,30 |
| Surveillance de grossesse à domicile (SF 9) + IFD | 27,12 | 27,66 |
| Surveillance de grossesse patho. au 3ème Trimestre+RCF (dom) (SF 15+IFD) | 42,66 | 43,56 |
| " idem avec grossesse multiple (SF22+IFD) | 60,79 | 62,11 |
| Surveillance de grossesse patho. au 3ème Trimestre+RCF (cab) (SF 12) | 31,08 | 31,80 |
| " idem avec grossesse multiple (SF19) | 49,21 | 50,35 |
| Ex. fin de grossesse (RCF+Amnio) SF12 (2 max) | 31,08 | 31,80 |
| " idem grossesse multiple (SF 19) | 49,21 | 50,35 |
| Surveillance du travail (≥5h) (SF 20) | 51,80 | 53,00 |
| Forfait Accouchement n°1 | 152,45 | 152,45 |
| Forfait Accouchement n°2 (jumeaux) | 167,69 | 167,69 |
| Suture Episiotomie (SF 10) | 25,90 | 26,50 |
| Monitoring (>2h pdt acc.) (SF16) | 41,44 | 42,40 |
| D.A. ou R.U. isolée (SF15) | 38,85 | 39,75 |
| Forfait sdc 1er et 2ème * (SF16+IFD) | 45,25 | 46,21 |
| " idem avec 2bbs ou plus (SF21+IFD) | 58,20 | 59,46 |
| Forfaits suivants (SF12+IFD) | 34,89 | 35,61 |
| " idem avec 2bbs ou plus (SF17+IFD) | 47,84 | 48,86 |
| Réanimation nouveau-né (SF40) | 103,60 | 106,00 |
| Surveillance prématuré (24 h) (SF9) | 23,31 | 23,85 |
| Rééducation périnée (SF7) | 18,13 | 18,55 |
| Echographie du 1er Tri. (SF16) | 41,44 | 42,40 |
| Echographie du 2ème Tri. (SF30) | 77,70 | 79,50 |
| si ≥2 fœtus (SF60) | 155,40 | 159,00 |
| Echographie du 3ème Tri. (SF20) | 51,80 | 53,00 |
| si ≥2 fœtus (SF40) | 103,60 | 106,00 |

(1 échographie par trimestre pour une grossesse normale)

* sdc à domicile, de la sortie à J7 (J1 étant le jour de l'accouchement)

| Rappel de la valeur des lettres-clés: | | |
|--|-------|--|
| SF | 2,59 | 2,65 |
| Indemnité forfaitaire de déplacement IFD | 3,81 | 3,81 |
| Majoration de nuit | 22,11 | 35,00 de 20h à 0h et de 6h à 8h 40,00 de 0h à 6h |
| Majoration de Dimanche et Fériés | 16,77 | 21,00 |
| IK plaine | 0,38 | 0,38 |
| IK montagne | 0,61 | 0,61 |
| IK à pied à ski | 3,35 | 3,35 (3,66 DOM) |

Annexe 10

Article L 6146-10 du Code de la Santé Publique :

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 38 15° Journal Officiel du 5 mars 2002 en vigueur le 5 septembre 2002)

« Dans le respect des dispositions relatives au service public hospitalier édictées au chapitre II du titre Ier du présent livre, et dans les conditions et sous les garanties fixées par voie réglementaire, les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement(...) »

Annexe 11

Article R714-29 :

(Décret n° 97-371 du 18 avril 1997 art. 1 Journal Officiel du 20 avril 1997)

(Décret n° 2001-367 du 25 avril 2001 art. 1 Journal Officiel du 28 avril 2001)

« Les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés, dans les conditions prévues à l'article L. 714-36 et à la présente sous-section, à créer dans les disciplines énumérées au I de l'article R. 712-2 des structures d'hospitalisation spécifiques permettant aux médecins et sages-femmes répondant aux conditions fixées à l'article R. 714-34 de dispenser, à titre libéral, dans ces structures, des soins à leurs patients dont l'état requiert une hospitalisation avec ou sans hébergement.

L'autorisation est délivrée dans la limite du nombre de lits ou places pour lequel l'établissement a reçu, dans la discipline en cause, l'autorisation prévue à l'article L. 712-8 ; la capacité de la structure ne peut, conformément au dernier alinéa de l'article L. 714-36, excéder le tiers des lits ou places dont dispose l'établissement pour la discipline ou spécialité en cause. »

Annexe 12

Article L6112-4 :

« Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 2° de l'article L. 6112-2 peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités fixées à l'article L. 6161-10.

Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation. Toutefois, lorsque ce plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès aux médecins et sages-femmes non hospitaliers s'effectue dans les conditions définies à l'article L. 6146-10.

En outre, les établissements mentionnés à l'article L. 6112-2 coopèrent avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 2° dudit article ainsi qu'avec les médecins et autres professionnels de santé.

Ils peuvent participer, en collaboration avec les médecins traitants et avec les services sociaux et médico-sociaux, à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade. »

Annexe 13

Article R714-35 :

(Décret n° 97-371 du 18 avril 1997 art. 1 Journal Officiel du 20 avril 1997)

(Décret n° 2001-367 du 25 avril 2001 art. 1 Journal Officiel du 28 avril 2001)

« Les médecins et sages-femmes autorisés à intervenir dans les structures d'hospitalisation concluent avec le centre hospitalier un contrat définissant leurs obligations et celles du centre hospitalier. Ce contrat contient l'engagement pris par le praticien de respecter le règlement intérieur de l'établissement ; il précise notamment la nature et les caractéristiques tant quantitatives que qualitatives de l'activité du praticien et les dépenses que peut engendrer cette activité en matière de fournitures ou produits à caractère médical ou pharmaceutique ; le contrat indique également les conditions dans lesquelles le praticien participe à la continuité des soins au sein de ces structures.

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander communication du contrat du praticien. »

Annexe 14

Article R714-34

(Décret n° 97-371 du 18 avril 1997 art. 1 Journal Officiel du 20 avril 1997)

(Décret n° 2001-367 du 25 avril 2001 art. 1 Journal Officiel du 28 avril 2001)

« Peuvent être admis sur leur demande, par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à dispenser des soins dans une structure régie par la présente sous-section les médecins ou sages-femmes exerçant à titre libéral qui résident effectivement à une distance du centre hospitalier leur permettant de satisfaire à l'obligation qui leur est faite de participer à la continuité des soins au sein de cette structure (...) »

Annexe 15

Article R714-30 :

(Décret n° 97-371 du 18 avril 1997 art. 1 Journal Officiel du 20 avril 1997)

(Décret n° 2001-367 du 25 avril 2001 art. 1 Journal Officiel du 28 avril 2001)

« I. - L'autorisation de création ou d'extension des structures d'hospitalisation mentionnées à l'article R. 714-29 peut être accordée ou renouvelée pour une durée de cinq ans par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, après avis du comité régional d'organisation sanitaire et sociale :

1. Soit en cas de cessation totale ou partielle de l'activité d'un établissement de santé privé soumis aux dispositions de l'article L. 710-16-2, situé dans une zone dont la population est susceptible de recourir au centre hospitalier demandeur de l'autorisation, que cette cessation d'activité soit ou non accompagnée du transfert de lits ou places au centre hospitalier ;

2. Soit lorsque la création ou l'extension de la structure d'hospitalisation permet d'optimiser l'utilisation des capacités en lits ou places ou du plateau technique existant.

II. - L'autorisation est subordonnée, en outre, à la condition :

1. Que la création ou l'extension projetée soit compatible avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 712-3 ainsi qu'avec l'annexe du schéma mentionnée à l'article L. 712-3-1 ;

2. Que le centre hospitalier soit en mesure d'accueillir par priorité dans les conditions normales d'hospitalisation, pour les mêmes disciplines ou spécialités, les patients dont l'état requiert une hospitalisation ;

3. Que le centre hospitalier s'engage à évaluer périodiquement le fonctionnement de la structure et ses résultats tant financiers que médicaux et à communiquer les résultats de cette évaluation au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

Annexe 16

Article R714-31 :

(Décret n° 97-371 du 18 avril 1997 art. 1 Journal Officiel du 20 avril 1997)

(Décret n° 2001-367 du 25 avril 2001 art. 1 Journal Officiel du 28 avril 2001)

« I. - La demande de création ou d'extension d'une structure d'hospitalisation régie par la présente sous-section ne peut être examinée que si elle est accompagnée d'un dossier comportant :

1. La délibération du conseil d'administration prévue au 18° de l'article L. 714-4 ;
2. La présentation de l'opération envisagée, notamment au regard des besoins de la population en ce qui concerne les disciplines ou spécialités en cause, la description de l'organisation retenue et des moyens utilisés, un état prévisionnel des dépenses de la structure comprenant notamment les dépenses en matière de fournitures ou produits à caractère médical ou pharmaceutique ainsi qu'une estimation des dépenses à la charge de l'assurance maladie ;
3. L'engagement prévu au 3 du II de l'article R. 714-30.

II. - Le dossier est réputé complet si, dans le délai d'un mois à compter de sa réception, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'a pas fait connaître au centre hospitalier, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la liste des pièces manquantes ou incomplètes.

III. - Les documents mentionnés au I et leurs compléments éventuels sont adressés au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation par pli recommandé avec demande d'avis de réception. »

Annexe 17

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (Partie Réglementaire - Décrets en Conseil d'Etat)

Sous-section 1 : Commissions médicales d'établissement

Paragraphe 1 : Composition de commissions médicales d'établissement

I : Centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers universitaires

Article R714-16-1

(Décret n° 92-443 du 15 mai 1992 art. 1 Journal Officiel du 20 mai 1992)

(Décret n° 2002-1475 du 16 décembre 2002 art. 1 I, art. 9 Journal Officiel du 21 décembre 2002)

La commission médicale des centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers universitaires est composée comme suit :

1° L'ensemble des chefs de service ou de département et des coordonnateurs des fédérations mentionnées à l'article L. 6146-4, ou, le cas échéant, l'ensemble des responsables des structures médicales, pharmaceutiques et odontologiques mentionnées à l'article R. 714-16-5 ;

2° En nombre égal à celui des praticiens mentionnés au 1°, des représentants des praticiens hospitaliers titulaires régis par le décret n° 84-131 du 24 février 1984 susvisé ou par le décret du 29 mars 1985 susvisé et, le cas échéant, des représentants des pharmaciens régis par les dispositions du décret n° 72-361 du 20 avril 1972 susvisé élus par l'ensemble des praticiens hospitaliers et pharmaciens autres que ceux mentionnés au 1°, relevant des décrets précités, à l'exception de ceux qui ont été nommés en application de l'article 20 du décret n° 84-131 du 24 février 1984 et de l'article 15 du décret du 29 mars 1985 ;

3° Trois représentants au total, élus par et parmi les assistants mentionnés à l'article 2 du décret n° 87-788 du 28 septembre 1987, par et parmi les praticiens adjoints contractuels mentionnés à l'article 1er du décret n° 95-569 du 6 mai 1995, ainsi que par les praticiens contractuels mentionnés au I de l'article 2 du décret n° 93-701 du 27 mars 1993 parmi les praticiens contractuels mentionnés au 6° ;

4° Le cas échéant, le pharmacien gérant mentionné à l'article 258 du décret du 17 avril 1943 ;

5° Un représentant des attachés mentionnés à l'article 1er (1°) du décret du 30 mars 1981 susvisé, ou un médecin mentionné à l'article 14 de la loi du 31 décembre 1985 susvisée et effectuant au moins trois vacations par semaine, élu par l'ensemble de ces attachés et médecins remplissant les mêmes conditions d'activité ;

6° Deux représentants des internes et des résidents, élus par l'ensemble des internes en médecine, des internes en pharmacie, des internes en odontologie et des résidents affectés dans l'établissement ;

7° Une sage-femme élue par l'ensemble des sages-femmes, siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie-obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions ;

Toutefois, le nombre de représentants des personnels mentionnés aux 3° à 7° ci-dessus ne peut être supérieur à la moitié du nombre des représentants des personnels siégeant au titre du 1°. Au cas où

ce nombre excéderait la moitié desdits représentants, il sera réduit dans l'ordre inverse d'énumération des collèges visés aux 3° à 6°.

II : Centres hospitaliers universitaires

Article R714-16-6

(Décret n° 92-443 du 15 mai 1992 art. 1 Journal Officiel du 20 mai 1992)

(Décret n° 94-979 du 14 novembre 1994 art. 1 Journal Officiel du 15 novembre 1994)

(Décret n° 2002-1475 du 16 décembre 2002 art. 2 I Journal Officiel du 21 décembre 2002)

Dans les centres hospitaliers universitaires, à l'exception de ceux de Paris, Lyon, Marseille, Pointe-à-Pitre et Fort-de-France, la commission médicale d'établissement comprend :

1° Quinze représentants des médecins exerçant leur activité dans les spécialités de la médecine, à l'exception de celle d'anesthésiologie réanimation, de la psychiatrie ainsi que de la radiologie et imagerie médicale dont :

a) Neuf professeurs des universités-praticiens hospitaliers mentionnés au 1° a de l'article 1er du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;

b) Un maître de conférences des universités-praticien hospitalier mentionné au 1° b de l'article 1er du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ou un chef de travaux des universités-praticien hospitalier mentionné à l'article 73 du même décret ;

c) Cinq praticiens titulaires mentionnés au 2° de l'article 1er du décret n° 84-131 du 24 février 1984 et au 2° de l'article 1er du décret du 29 mars 1985 ;

2° Dix représentants des chirurgiens exerçant leur activité en chirurgie générale et digestive, en spécialités chirurgicales, en gynécologie obstétrique et des odontologistes des hôpitaux, à savoir :

a) Six professeurs des universités-praticiens hospitaliers mentionnés au 1° a de l'article 1er du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;

b) Un maître de conférences des universités - praticien hospitalier mentionné au 1° b de l'article 1er du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ou un chef de travaux des universités - praticien hospitalier mentionné à l'article 73 du même décret ;

c) Trois praticiens titulaires mentionnés au 2° de l'article 1er du décret n° 84-131 du 24 février 1984 et au 2° de l'article 1er du décret du 29 mars 1985 ;

3° Huit représentants des biologistes, dont :

a) Quatre professeurs des universités - praticiens hospitaliers mentionnés au 1° a de l'article 1er du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;

b) Trois maîtres de conférences des universités - praticiens hospitaliers mentionnés au 1° b de l'article 1er du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ou chefs de travaux des universités - praticiens hospitaliers mentionnés à l'article 73 du même décret ;

c) Un praticien titulaire mentionné au 2° de l'article 1er du décret n° 84-131 du 24 février 1984 et au 2° de l'article 1er du décret du 29 mars 1985 ;

4° Six représentants des anesthésistes-réanimateurs, dont :

a) Un professeur des universités - praticien hospitalier mentionné au 1° a de l'article 1er du

décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;

b) Un maître de conférences des universités - praticien hospitalier mentionné au 1° b de l'article 1er du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ou un chef de travaux des universités - praticien hospitalier mentionné à l'article 73 du même décret ;

c) Quatre praticiens titulaires mentionnés au 2° de l'article 1er du décret n° 84-131 du 24 février 1984 et au 2° de l'article 1er du décret du 29 mars 1985 ;

Les représentants mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° du présent article sont élus dans chaque discipline ou groupe de disciplines respectivement par l'ensemble des médecins, chirurgiens, biologistes ou anesthésistes mentionnés aux articles 1er a et b et 73 du décret n° 84-135 du 24 février 1984 et par les praticiens hospitaliers relevant du décret n° 84-131 du 24 février 1984 et du décret du 29 mars 1985, à l'exception de ceux qui ont été respectivement nommés en application des articles 20 et 15 desdits décrets ;

5° Un pharmacien titulaire élu par l'ensemble des pharmaciens de l'établissement régis par les décrets n° 72-361 du 20 avril 1972, n° 84-131 du 24 février 1984 et n° 85-384 du 29 mars 1985, à l'exception de ceux nommés à titre provisoire en application respectivement de l'article 20 et de l'article 15 de ces deux derniers décrets ;

6° Dans les centres hospitaliers universitaires ayant passé convention avec une unité de formation et de recherche en odontologie, deux odontologues, dont :

a) Un professeur des universités - praticien hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires mentionné au A a de l'article 1er du décret du 24 janvier 1990 susvisé ou un professeur du premier ou du deuxième grade de chirurgie dentaire - odontologue des services de consultations et de traitements dentaires relevant des dispositions du décret du 22 septembre 1965 susvisé ;

b) Un maître de conférences des universités - praticien hospitalier des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires mentionné au A b de l'article 1er du décret du 24 janvier 1990, élus par l'ensemble des odontologues visés à l'article 1er A du décret du 24 janvier 1990 et par les professeurs du premier et du deuxième grade de chirurgie dentaire - odontologues des services de consultations et de traitements dentaires ;

7° Cinq représentants au total, élus par et parmi les personnels temporaires ou non titulaires visés aux articles 1er (2° et 3°) et 77 du décret n° 84-135 du 24 février 1984, à l'article 1er B du décret n° 90-92 du 24 janvier 1990, par et parmi les assistants des hôpitaux visés à l'article 1er (2° et 3°) du décret n° 87-788 du 28 septembre 1987, par et parmi les praticiens adjoints contractuels mentionnés à l'article 1er du décret n° 95-569 du 6 mai 1995, ainsi que par les praticiens contractuels mentionnés au I de l'article 2 du décret n° 93-701 du 27 mars 1993 parmi les praticiens contractuels mentionnés au 6° ;

8° Deux représentants des attachés mentionnés à l'article 1er (1°) du décret du 30 mars 1981, effectuant au moins trois vacations par semaine, élus par les attachés mentionnés à l'article 1er (1°) du décret susvisé, remplissant les mêmes conditions d'activité ;

9° Un représentant des internes et des résidents, élus par l'ensemble des internes en médecine, des internes en odontologie et des résidents affectés dans l'établissement ;

10° Un interne en pharmacie élu par ses collègues ;

11° Une sage-femme élue par l'ensemble des sages-femmes, siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie-obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions.

III : Hôpitaux locaux

Article R714-16-11

(Décret n° 92-443 du 15 mai 1992 art. 1 Journal Officiel du 20 mai 1992)

(Décret n° 92-1210 du 13 novembre 1992 art. 4 Journal Officiel du 17 novembre 1992)

(Décret n° 2002-1475 du 16 décembre 2002 art. 3 Journal Officiel du 21 décembre 2002)

I. - Dans les hôpitaux locaux, la commission médicale d'établissement comprend :

1° Cinq membres élus par et parmi les médecins généralistes autorisés à donner des soins dans l'établissement, en application de l'article R. 711-6-9 ;

2° S'il est fait application dans l'établissement des dispositions de l'article R. 711-6-14 ou de l'article R. 711-6-15 :

a) Trois praticiens au plus élus par et parmi les praticiens, autres que pharmaciens, visés au 1° de l'article L. 6152-1 ;

b) Le cas échéant, un praticien élu par et parmi les praticiens visés au 2° de l'article L. 6152-1 ;

c) Le cas échéant, un praticien contractuel élu par et parmi les praticiens visés au dernier alinéa de l'article L. 6152-1 ;

3° Le pharmacien qui assure la gérance de la pharmacie à usage intérieur de l'établissement dudit hôpital dans les conditions prévues à l'article R. 5104-31.

II. - Toutefois, par dérogation au I ci-dessus, sur décision du conseil d'administration prise à la majorité absolue de ses membres, la commission médicale d'établissement peut être composée de l'ensemble des personnels médicaux et pharmaceutiques exerçant dans l'établissement.

Annexe 18

Article R714-37 :

(Décret n° 97-371 du 18 avril 1997 art. 1 Journal Officiel du 20 avril 1997)

(Conseil n° d'Etat du 1 avril 1998 n° 188529, 188539, Journal Officiel du 12 juillet 1998)

(Décret n° 98-63 du 2 février 1998 art. 9 Journal Officiel du 5 février 1998)

(Décret n° 99-694 du 3 août 1999 art. 12 I Journal Officiel du 7 août 1999)

(Décret n° 2001-367 du 25 avril 2001 art. 1 Journal Officiel du 28 avril 2001)

« Conformément au deuxième alinéa de l'article L. 714-36, les honoraires dus aux médecins et sages-femmes sont perçus par l'intermédiaire du centre hospitalier qui est informé de leur montant soit par la mention portée sur la feuille de soins s'il s'agit d'un assuré social, soit par un document signé par le praticien dans les autres cas.

Le comptable de l'établissement crédite mensuellement chaque praticien des sommes encaissées pour son compte, après déduction d'une redevance égale à un pourcentage des honoraires réglés par le patient, sur la base de la nomenclature générale des actes professionnels prévue à l'article R. 162-52 du code de la sécurité sociale, fixé comme suit :

20 % pour les consultations ;

60 % pour les actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie ou de médecine nucléaire nécessitant une hospitalisation ;

30 % pour les autres actes susceptibles d'être pratiqués dans les structures régies par la présente sous-section.

Pour les actes effectués qui ne sont pas inscrits à la nomenclature, il est fait application des pourcentages mentionnés ci-dessus en fonction de la nature de l'acte concerné.

Ne sont pas soumises aux redevances prévues au présent article les sommes perçues au titre des majorations de nuit et de dimanche. »

Annexe 19 :

La VIL, Verloskundige Indicatie List, liste d'indications officielles obstétricales, utilisée en Hollande, définit la répartition des compétences obstétricales, au vu d'arguments obstétricaux.

Classe A : Suivi par la sage-femme libérale

Accouchement à domicile, à l'hôpital, ou en maison de naissance, au libre choix de la patiente. En cas d'accouchement prévu en milieu hospitalier, le début du travail se fera à domicile sous la surveillance de la sage-femme.

Classe B : La sage-femme consulte un obstétricien pour avis , ou envoie sa patiente chez l'obstétricien pour une consultation. La sage-femme décide ensuite si elle accepte de suivre la grossesse de la patiente.

Si la patiente est en définitive suivie par un obstétricien, l'accouchement aura lieu en milieu hospitalier.

Classe C : La sage-femme envoie la patiente vers le deuxième échelon de soins, elle ne suivra pas sa grossesse, elle sera suivie par un obstétricien.

Classe D : La patiente est suivie par la sage-femme, mais au vu d'antécédents particuliers, l'accouchement aura lieu en milieu hospitalier, avec la sage-femme.

(Explications tirées de « Comment la naissance vient aux femmes, les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas », Madeleine Akrich et Bernike Pasveer, Editions Mire.)

MALADIES QUI PEUVENT INFLUENCER DE FAÇON NÉGATIVE SUR LA
GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT

Maladies neurologiques

- Epilepsie :
 - Pas de crise depuis 3 ans ; pas de médicamentsA
 - Avec médicaments.....B
- Hémorragie sous arachnoïde.....B
- Sclérose multiples.....B
- Hernie discale.....A

Maladies internes

- Insuffisance respiratoire.....B
- Tuberculose active.....C
- Asthme.....A ou D
- Cardiopathie avec répercussions hémodynamiques.....B
- Antécédents thrombo-emboliques.....B
- Anomalie de la coagulation.....C
- Insuffisance rénale.....B
- Dialyse rénale.....C
- Antécédents de transplantation rénale.....C
- Hyper-tension artérielle essentielle.....C
- Diabète insulino-dépendant.....C
- Maladie d'Addison.....C
- Maladie de Cushing.....C
- Maladie de Crohn.....C
- Colite ulcéreuse.....C
- Anémie sévère (HB inférieure à 6 mmol/l (Race caucasienne).....B
- Hypo-thyroidie.....B
- Hyper-thyroidie.....C

Maladies gynécologiques

| | |
|--|---|
| - Opération pour prolapsus génital..... | B |
| + Amputation du col , conisation..... | C |
| + Myomectomie sous séreuse..... | A |
| - Myomectomie sous muqueuse..... | C |
| - Myomectomie pour myome intra- mural ou intersticiel..... | C |
| - Opération d'une fistule périnéale..... | C |
| + Frottis de col classe III ou plus..... | B |
| - Fille d'une mère ayant pris du D E S pendant sa grossesse..... | A |
| - Dispositif intra-utérin in situ..... | A |
| - Grossesse après traitement d'infertilité..... | A |
| - Bassin osseux rétréci..... | A |
| - Antécédent de fracture du bassin..... | B |
| - Séquelles de rachitisme..... | B |

Autres

| | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| - Prise régulière de médicaments..... | selon les médicaments |
| - Prise de drogues "dures "..... | C |
| - Maladies Psychiatriques..... | B |
| - Projet d'abandon de l'enfant..... | A |

RISQUES LIES AUX ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

| | |
|--|---|
| - Incertitude sur le terme de la grossesse..... | A |
| - Incompatibilité RH..... | C |
| - Toxémie ou dysgravidie..... | A |
| - Antécédent de fausses couches à répétition..... | A |
| - Antécédent de fausses couches tardives..... | B |
| - Antécédent d'accouchements prématurés | |
| - 1 avant 34 semaines..... | B |
| - 1 entre 35 et 37 semaines..... | A |
| - 2 | B |
| - Béance du col..... | C |
| - Béance du col avec antécédent d'accouchement normal..... | A |
| - D P P N I (hématome rétro-placentaire)..... | C |
| - Antécédents de forceps ou de ventouse..... | A |
| - Césarienne antérieure..... | C |

| | |
|---|--------|
| - Suspicion d'anomalies congénitales..... | B |
| - Rupture prématurée des membranes..... | B |
| - Diabète gestationnel..... | C |
| - Toxémie - dysgravidie..... | B |
| - Protéinurie sans infection urinaire..... | B |
| - Incompatibilité RH..... | C |
| - Hémorragie avant la 20 ème semaine | A ou B |
| - Hémorragie après la 20 ème semaine | C ou B |
| - D P P N I..... | C |
| - Imprécision du terme..... | A |
| - Retard de croissance intra-utérin..... | B |
| - Macrosomie foetale..... | B |
| - Terme dépassé (plus de 42 semaines) | B |
| - Menace de fausse couche tardive..... | C |
| - Menace d'accouchement prématuré (entre 28 et 37 semaines)..... | B |
| - Bécance du col..... | C |
| - Grossesse multiple..... | B ou C |
| - Présentations dystociques (y compris la présentation pelvienne)..... | B |
| - Disproportion foeto-pelvienne au troisième trimestre..... | B |
| - Tête foetale non fixée en début d'accouchement chez une I geste..... | B |
| - Tête foetale haute et mobile..... | B |
| - Absence de surveillance prénatale..... | B |
| - Souhait d'abandon de l'enfant..... | A |

LES PATHOLOGIES LIEES A L'ACCOUCHEMENT .

| | |
|---|---|
| - Présentations pathologiques..... | C |
| - Signes de souffrance foetale..... | C |
| - Rupture prématurée des membranes depuis 24 h sans C U | C |
| - Anomalie de dilatation du col utérin..... | C |
| - Non progression du foetus à l'expulsion..... | C |
| - Hémorragie au cours du travail..... | C |
| - D P P N I (décollement prématuré du placenta normalement inséré).. | C |
| - Insertion vasalementeuse du cordon avec perception d'un vaisseau au toucher vaginal..... | C |
| - Procidence du cordon..... | C |
| - Placenta praevia..... | C |
| - Non décollement du placenta pendant plus d'une heure..... | C |
| - Déchirure complète ou compliquée du périnée..... | C |
| - Episiotomie avec déchirure complète ou compliquée du périnée..... | C |

- Enfant dysmature à l'accouchement précédent.....C
- Souffrance foetale lors de l'accouchement précédent.....B
- Antécédent de mort in-utéro , cause inconnue.....B
- Antécédent de mort in-utéro , cause connueselon la cause
- Antécédent de mort néo-natale , cause inconnue.....B
- Antécédent de mort néo-natale , cause connue.....selon la cause
- Antécédent d'anomalies congénitales.....B
- Antécédent d'hémorragie du post-partum
 - Causée par une épisiotomie.....A
 - Causée par une déchirure du col.....D
 - Causée par une rétention placentaire.....D
 - Causée par une anomalie de la coagulation.....B
 - Causée par une atonie utérine.....D
- Antécédent de délivrance artificielle.....D
- Antécédent de périnée complet.....A
- Antécédent de disjonction symphysaire.....A
- Antécédent de psychose puerpérale.....A
- Primigeste de plus de 35 ans.....D
- Multipare de plus de 40 ans.....D
- Grossesse chez une adolescente de moins de 15 ans.....A
- Grande multipare.....A

RISQUES LIES A UNE PATHOLOGIE S'ETANT MANIFESTEE PENDANT LA GROSSESSE.

- Maladies intercurrentes.....A
- Anémie (HB inférieure à 6 mmol/l , race caucasienne).....B
- Pyélite.....A
- Toxoplasmose.....C
- Séro-conversion rubéolique.....A
- Infection à cytomégalovirus.....A
- Herpès.....B
- H B S positif.....A
- Hernie discale débutant pendant la grossesse.....B
- Laparotomie pendant la grossesse.....A
- Frottis du col classe III ou plus pendant la grossesse.....A
- Prise de drogues "dures" (y compris le méthadone).....C
- Maladies psychiatriques.....B
- Vomissements gravidiques sévères.....A
- Suspicion de grossesse extra-utérine.....B
- Diagnostic anté-natal effectué au cours de la grossesse.....A

INDICATIONS DE TRANSFERT PENDANT LES SUITES DE COUCHES.

Indications maternelles

- Hématome vulvaire et abcès de l'épisiotomie entraînant des difficultés pour les mictions d'urines.....C
- Infection puerpérale sévère.....C
- Psychose puerpérale.....C
- Phlébite et risques thrombo-emboliques.....C
- Anémie sévère nécessitant une transfusion sanguine.....C
- Césarienne.....B ou C

Indications pédiatriques

- Pathologies néonatales quelle que soit la cause.....C
- Immaturité et prématurité
 - . poids inférieur à 2000 gr.....C
 - . poids compris entre 2000 gr et 2500 gr.....B
- Cyanose , hypothermie, détresse respiratoire transitoire.....C
- Ictère néonatal précoce avec hyperbilirubinémie.....B

8. Droits de la parturiente

— doc. A2-38/88

RESOLUTION

sur une Charte des droits de la parturiente

Le Parlement européen,

- vu la proposition de résolution de Mmes Squarcialupi, Cinciari Rodano et Trupia (doc. B2-712/86),
 - vue la proposition de résolution de Mme Tonque et de M. Lomas (doc. B2-23/86),
 - vue la directive du Conseil du 11 décembre 1986, sur l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante, ainsi que sur la protection de la maternité (JO n° L 359 du 19.12.1986),
 - vu la proposition de directive du Conseil relative au rapprochement des législations des Etats membres concernant les préparations pour nourrissons et les laits de suite du 4 janvier 1985 (JO n° C 28/3 du 30.1.1985),
 - vu la communication de la Commission au Conseil sur les substances toxiques dans le lait maternel (COM(86) 197 final),
vu les résolutions du Parlement européen du 16 avril 1986 (JO n° C 120/49-51 du 20.5.1986) portant avis et clôturant la procédure de consultation du PE sur ladite proposition de directive,
 - vu la Convention n° 103 de l'OIT, relative à la protection de la maternité, du 7 septembre 1955,
 - vu l'étude de Mme Dagmar Coester-Waltjen, sur la protection des femmes qui travaillent pendant leur grossesse et leur maternité, dans les Etats membres (V-1829/84),
 - vu le rapport de la Commission des droits de la femme (doc. A2-38/88),
- A. conscient des efforts que déploie la Commission des Communautés européennes en vue de contribuer à ce que la vie de la femme se déroule dans les meilleures conditions possibles,
- B. considérant que la méthode d'accouchement et la préparation à l'événement font, dans beaucoup d'Etats membres, l'objet de débats,
- C. considérant que la maternité doit être l'aboutissement d'un libre choix,
- D. considérant que la diminution de la mortalité périnatale qui touche tous les enfants et les parturientes en Europe s'explique en grande partie, et entre autres raisons, par l'assistance pré- et postnatale, par le type de traitement appliqué lors de l'accouchement et par les soins dispensés aux nouveau-nés, grâce aux progrès de la médecine, à la spécialisation croissante des médecins et à la formation appropriée des accoucheuses,
- E. faisant toutefois part des vives inquiétudes que lui cause la mortalité élevée — qui, dans certains Etats membres, est encore en hausse — due au syndrome de mort subite des nourrissons, les bébés de 2 à 6 mois surtout, ce pour ces raisons essentielles que, d'une part, le corps médical sait, aujourd'hui encore, peu de chose au sujet des causes de cette affection et que, d'autre part, la plupart des parents en ignorent tout quand bien même il s'agit en l'espèce de la cause principale de mortalité postnatale,
- F. estimant que les facteurs psychologiques jouent un rôle important lors de l'accouchement, dans la mesure où ils créent un climat de tension particulière selon le pays et selon la situation professionnelle, sociale et économique de la femme et de sa famille,

Vendredi, 8 juillet 1988

- G. considérant que les facteurs culturels jouent un rôle important lors de l'accouchement sont le reflet de la manière dont la société accueille le nouveau-né comme l'un de ses nouveaux membres,
- H. exigeant que soit dispensé le traitement approprié à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement en fonction de ses besoins et de ses caractéristiques personnelles,
- I. considérant que, même si la société a déployé des efforts considérables pour démystifier l'inquiétude au moment de l'accouchement, il semble persister un certain état psychologique de crainte ancestrale, qui s'explique par la persistance parallèle de risques pendant la grossesse et au moment de l'accouchement,
- J. considérant en outre qu'il est dans l'intérêt, aussi bien de la femme que de la société en général, de résoudre les problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement et de fournir à la femme une information complète et appropriée, qui lui permette de prendre ses propres décisions dans toutes les situations auxquelles elle est confrontée,
- K. considérant qu'aucune intervention chirurgicale (césarienne) ne doit être pratiquée lors des accouchements en milieu hospitalier, sauf en cas d'absolue nécessité,
1. estime que l'accouchement ne peut se dérouler dans un climat de sérénité que lorsque la femme bénéficie d'une assistance appropriée de la part d'un personnel spécialisé, qu'elle choisisse d'accoucher en milieu hospitalier ou à domicile et lorsque les futurs pères et mères disposent d'une information appropriée et que chacun peut accéder gratuitement à une assistance prénatale, sur les plans préventif, médical, psychologique et social;
2. souhaite qu'une information appropriée et complète soit largement diffusée dans les centres de consultation médicale et centres hospitaliers sur l'assistance sociale dont peuvent bénéficier les futures mères en détresse;
3. demande à la Commission de prendre de nouvelles initiatives en vue d'arrêter une directive qui alignerait, autant que faire se peut, les dispositions législatives nationales relatives aux facilités prévues pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pour les parents sur les réglementations et les dispositions de l'Etat membre le plus avancé en la matière;
4. estime indispensable que les Etats membres procèdent en outre à une profonde révision et à un aménagement de l'ensemble de la législation relative à la femme pendant sa grossesse et lors de son accouchement, aussi bien en ce qui concerne les services sociaux que l'équipement des centres médicaux et les soins dispensés aux nouveau-nés;
5. estime insuffisante l'initiative de la Commission d'élaborer un code de conduite en matière de protection sociale de la maternité et demande qu'une directive soit consacrée à ce sujet;
6. déplore le nombre sans cesse croissant de césariennes pratiquées dans la Communauté;
7. déplore que le taux d'allaitement au sein soit si peu élevé dans certains Etats membres de la Communauté;
8. souligne la nécessité de mettre en place des centres de santé pour les femmes (sur le modèle des « Well Women Centres » p.e.) afin que ces dernières puissent avoir accès aux consultations et à une bonne médecine préventive;
9. demande en outre, à la Commission d'élaborer une proposition relative à une charte des droits de la parturiente, applicable dans tous les pays de la CEE, qui permette à toute femme enceinte d'obtenir une fiche médicale et de pouvoir ainsi choisir le pays, le lieu géographique et le centre où elle veut être traitée. Cette fiche, reprenant les droits de la parturiente, devra en outre assurer à la femme les prestations, services et droits suivants:
- une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesse et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après la grossesse,
 - une diagnostic prénatal comprenant un test de floculation, une échographie et une amniocentèse gratuite et pratiquée sur une base volontaire, en accord avec la femme et conformément aux conseils du médecin,

- la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement, afin de connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sur le plan physique, ainsi que les techniques et les méthodes en usage,
 - l'information, avant l'accouchement, au sujet des risques et des symptômes existants ainsi que des précautions et des médicaments à prendre — notamment ceux auxquels les services de santé assurent la gratuité —, ce en ce qui concerne les causes les plus importantes de mortalité périnatale, en général, et la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons, en particulier,
 - + le libre choix de l'hôpital et des modalités (position) de l'accouchement et de la façon d'allaiter et d'élever l'enfant,
 - l'assistance appropriée lorsque la femme opte pour l'accouchement à domicile en tenant compte de l'état psychique et physique de la parturiente et de l'enfant à naître ainsi que de l'environnement,
 - l'accouchement naturel, sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, si ce n'est pour des raisons absolument impérieuses et justifiées par l'état de la parturiente et de l'enfant à naître,
 - le recours à la césarienne en cas d'absolue nécessité,
 - la présence, si la parturiente le souhaite, d'une personne choisie parmi le couple, les parents ou les amis, avant, pendant et après l'accouchement,
 - le droit pour la parturiente de décider conjointement avec le médecin, après avoir reçu une information détaillée à ce sujet, des thérapies et des traitements,
 - + la possibilité pour la mère d'avoir son enfant à ses côtés pendant la période d'allaitement et de le nourrir selon ses propres exigences, plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux,
 - le libre choix pour la parturiente de permettre d'utiliser son lait maternel pour d'autres nouveau-nés,
 - la possibilité pour les membres de la famille de rendre visite à la mère et au nouveau-né, sans compromettre pour autant les soins à dispenser au nouveau-né,
 - + le droit à une période de congé suffisante pendant l'allaitement pour la femme qui travaille et la mise en place généralisée d'un horaire flexible,
 - l'installation de salles de pédiatrie dûment équipées et disposant d'un personnel compétent pour les prématures, dans les maternités elles-mêmes,
 - un livret médical qui permette à la femme enceinte de bénéficier de soins dans tous pays de la Communauté,
 - certaines facilités, comme des interprètes pour les femmes enceintes allochtones, afin que ces dernières puissent bénéficier également des dispositions prévues ci-dessus;
10. demande aux Etats membres de laisser aux parturientes la faculté d'accoucher anonymement et, si nécessaire, d'inscrire les nouveau-nés à l'état civil sans qu'il soit fait mention des ascendants ou en tenant leur identité secrète;
11. invite les Etats membres à protéger la parturiente en déclarant irrecevables toute demande de saisie de l'habitation, des meubles et des biens personnels ou toutes autres mesures exécutoires y afférentes, dans un délai de huit semaines avant et après l'accouchement;
12. demande en outre aux Etats membres :
- a) d'adopter les mesures appropriées en vue de favoriser la nomination de femmes médecins et la formation d'accoucheuses en mesure de s'occuper des femmes pendant la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période qui suit,
 - b) de favoriser et de financer les recherches sur les causes de la stérilité chez la femme et chez l'homme, y compris les causes liées à l'environnement et à l'activité industrielle,
 - c) d'organiser des campagnes d'information pour attirer l'attention du public sur le danger de l'utilisation de médicaments pendant la grossesse,
 - d) de mettre en oeuvre le programme AIM (informatique médicale avancée en Europe) en vertu duquel il conviendrait de consulter les organisations de médecins et de patients en tant qu'utilisateurs et consommateurs,

Vendredi, 8 juillet 1988

- e) de diffuser toute la réglementation existant au niveau communautaire, ainsi que toute proposition émanant des institutions de la Communauté, et plus particulièrement les résolutions adoptées par le Parlement européen sur l'harmonisation des législations des Etats membres relatives aux préparations pour les nouveau-nés et aux laits de substitution,
- f) de représenter aux partenaires sociaux qu'ils sont tenus de respecter strictement la convention 103 de l'OIT sur la protection de la maternité dans le milieu professionnel, en général, et en ce qui concerne l'interdiction de licenciement et l'affectation des travailleuses enceintes ou allaitantes à des tâches appropriées à leur état, en particulier;

13. demande à la Commission de mener une étude approfondie sur les causes de la mortalité infantile et maternelle dans la Communauté, notamment sur la pauvreté, la mauvaise santé et l'état des logements, d'accorder, à cet égard, une attention particulière à la mortalité due au syndrome de mort subite des nourrissons ainsi qu'à l'état actuel de l'étiologie de cette affection de lui faire rapport sur ses conclusions en précisant ce qu'elle propose quant aux moyens de soutenir au mieux les recherches dans ce domaine;

14. charge son Président de transmettre la présente résolution à la Commission et au Conseil, à l'OMS, au Conseil de l'Europe et aux gouvernements des Etats membres.

Annexe 21

ANSFL
Documentation 1996
Modèles-types

CONVENTION-TYPE

- Vu l'Article L 711-5 de la Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant sur l'association des professionnels de santé non hospitaliers au fonctionnement des Etablissements assurant le Service Public Hospitalier,
- Vu les orientations de Santé Publique au niveau de la Qualité des soins et de la Maîtrise des dépenses ainsi que de la rentabilité des structures obstétricales,
- Vu la Convention Nationale signée entre les Sages-Femmes et les Caisses le 5 janvier 1995 dans ses Article 3, § 1, 4e et 7e alinéas et Article 5, §2, c,
- Vu l'avis favorable de la Commission Médicale d'Etablissement en sa séance du ...
- Vu l'avis favorable du Conseil d'Administration en sa séance du ...
- Vu les recommandations générales de l'OMS concernant la technologie appropriée à l'accouchement (cf Conférence de Fortaleza - avril 1995 et Ouvrage de l'OMS « la Maternité en Europe »)

il est convenu ce qui suit

entre l'Hôpital.....
représenté par son Directeur,

et Mad....., Sage-Femme Libérale à (ville et adresse).....

- Article 1 *(Objet)*
Le Code de Déontologie précise dans son Article 6 : « La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ».
Dans le cadre d'une réponse à une démarche éthique de la profession de Sage-Femme, et dans le respect de sa compétence médicale et obstétricale définie par l'Article L 374 du Code de la Santé Publique (Code de déontologie 8 août 1991), l'Etablissement accepte Mad., Sage-Femme Libérale, dans ses structures pour son exercice.
- Article 2 *(préciser ici le type d'exercice envisagé en plateau technique)*
Cet accès au Plateau Technique s'entend pour :
- l'Accompagnement Global de la Maternité -suivi pré, per et post natal-,
- les consultations prénatales
- la préparation à la naissance
- les suites-de-couches à domicile
- la rééducation périnéale

Article 3 *(modalités pratiques de la collaboration)*
La profession de sage-femme s'exerce dans le respect du Code de Déontologie, garant de l'indépendance professionnelle (principalement des Articles 7, 12, 25, 54, 55, 61 & 62).

L'accès au Plateau Technique Obstétrical comprend la mise à disposition des locaux, du matériel et du personnel médical, paramédical et administratif nécessaire pour la pratique professionnelle de Madame ...

Article 4 *(responsabilités)*
La responsabilité juridique (civile et pénale) de Madame ... est engagée pour les actes qu'elle effectue dans le cadre de l'Article 2 et dans le respect de ses compétences. A cet effet, elle est couverte par une assurance professionnelle personnelle.

Les médecins appelés par Madame ... voient leurs responsabilité juridique engagée pour leurs actes professionnels.

L'Etablissement ... voit sa responsabilité engagée en cas de mauvais fonctionnement des installations, en cas de faute - dans l'exécution des soins ou dans l'exercice médical- commise par son personnel.

Article 5 *(honoraires et redevance)*
Les feuilles de soins seront établies par Madame ... selon l'Art.3, § 1 de la Convention Nationale des SF (arrêté ministériel du 31 mars 1995)
Les honoraires de Madame ... lui seront versés directement par la patiente conformément à l'Art. 5, § 2 de ladite Convention.

Une redevance forfaitaire sera versée à l'Ets ... par Madame...
Son montant est fixé à ... % du tarif conventionnel SS pour les actes réalisés sur le Plateau Technique.

Article 6 *(durée de la convention)*
La présente Convention prend effet à compter de la date de sa signature. Elle est établie pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par chacune des parties par courrier recommandé avec accusé de réception, envoyé au plus tard 6 mois avant la date anniversaire, en cas de :

- non-respect des engagements souscrits dans la Convention
- manquement grave à la déontologie
- évolution légale ou réglementation dans les domaines constituant le champ d'application de la Convention.

Fait à

Le

La Sage-Femme Libérale,

Le Directeur,

Madame ...

M

(indiquer la mention « Lu et Approuvé » et apposer les deux cachets)

HONORAIRES & REDEVANCES

Honoraires

Les tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants-droit sont fixés par la Convention Nationale entre SF et Caisses.

En référence à l'Art. 5 de ladite Convention, et plus particulièrement au § 2, c, les actes réalisés sur les plateaux techniques des *Ets Publics* pourront donner lieu à une Entente Directe avec la patiente.

« ED », qui est à faire figurer sur la Feuille de Soins dans la colonne « Motif du Dépassement » correspond à un dépassement du tarif de la SS, directement convenu entre la patiente et la sage-femme.

Dans la colonne « Montant des honoraires perçus », sera inscrite la somme exacte perçue,

c'est-à-dire le montant total du tarif SS de l'acte *et* du dépassement.

Redevances

Le montant de la redevance est déterminé d'un commun accord entre la sage-femme et l'établissement.

Nous préconisons d'adopter une redevance de l'ordre de 5 à 10 %.

Ce pourcentage sera calculé sur la base du tarif SS (même en cas d'ED).

Annexe 22 : Extraits du Rapport du Comité National d'Experts sur la mortalité maternelle entre 1995 et 2001 (site internet : www.ladocumentationfrancaise.fr)

1 - 6 Comparaisons internationales

Elles reposent sur les données d'état civil telles qu'elles sont communiquées par les organismes statistiques nationaux à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [8]. **Il n'est pas possible de vérifier leur exhaustivité et les comparaisons doivent donc être faites avec prudence.** Le classement des principales causes de décès, prises en compte dans ces publications, est peu compatible avec ce qu'en attendent les professionnels de l'obstétrique dans notre pays. Malgré toutes ces insuffisances, il est très instructif de confronter les taux et la répartition des principales causes obstétricales observées en France à celles observées dans les pays européens.

D'après les données disponibles pour la période 1990-94 dans plusieurs pays européens, le taux de mortalité maternelle était plus élevé en France que dans la plupart de ceux-ci (tableau 6) [3]. Les **hémorragies per et post partum et les causes obstétricales** indirectes étaient deux fois plus fréquentes dans notre pays que dans les autres pays européens pris ensemble. En revanche, les décès du premier trimestre, avortements et grossesses extra utérines étaient moins fréquents.

Plus récemment une comparaison des données françaises avec celles du dernier rapport triennal publié au Royaume Uni a fait indirectement évoluer l'opinion que nous avions de la situation en France. Ayant modifié la méthode de dénombrement des morts maternelles, par adjonction aux informations collectées par le système d'enquête confidentielle des informations issues de l'état civil, le taux de mortalité maternelle du Royaume Uni est passé de 9,9 à 12,0 pour 100 000 naissances vivantes en 1995-97 [4]. Ainsi, il semble que le taux britannique soit finalement proche du taux français. Toutefois des taux inférieurs, obtenus par des méthodes fiables, caractérisent les Pays-Bas (taux de 9,7 en 1983-92), le Japon (taux de 9,5 en 1991-92) ou la Suède (taux de 7,4 sur la période 1980-88) [11, 7, 5].

Tableau 6 Comparaisons internationales, nombre de décès et taux pour 100 000 d'après les données d'état civil, en 1990-94

Source [3]

| Pays | Effectifs des décès maternels | Taux pour 100 000 naissances | Intervalle de confiance à 99% |
|-------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| FINLANDE | 18 | 5,5 | 3,3-8,7 |
| DANEMARK | 18 | 5,6 | 3,3-8,9 |
| NORVÈGE | 18 | 6,0 | 3,5-9,5 |
| AUTRICHE | 29 | 6,2 | 3,9-8,5 |
| PAYS-BAS | 69 | 7,0 | 5,4-8,7 |
| ROYAUME-UNI | 270 | 7,0 | 6,1-7,8 |
| ALLEMAGNE | 292 | 7,1 | 6,3-7,9 |
| PORTUGAL | 54 | 9,5 | 6,9-12,0 |
| FRANCE | 414 | 11,2 | 10,1-12,3 |
| HONGRIE | 88 | 14,5 | 11,5-17,5 |
| TOTAL PAYS | 1385 | 6,9 | 6,8-7,0 |

En conclusion

L'enregistrement systématique et exhaustif des causes médicales de décès, lié au fonctionnement ordinaire de l'état civil, est un élément indispensable à la surveillance de la mortalité maternelle en France, pour tout ce qui concerne l'analyse des tendances à moyen terme et les comparaisons internationales.

La qualité de cet enregistrement doit être, dans toute la mesure du possible, améliorée en permanence. En particulier, les informations relatives aux causes de mort, provenant des Instituts médico-légaux, devraient être systématiquement transmises au Service des causes médicales de décès (SC8).

Les taux de mortalité maternelle n'ayant pas évolué au cours des dernières années et restant supérieurs à ceux des pays scandinaves, incitent à préconiser une politique active d'amélioration des soins obstétricaux pour la mère. Et la multiplication par 3 du risque de mourir en couches pour les femmes âgées de 35-39 ans par rapport à celles de 20-24 ans, incite à diffuser l'information.

Les données des DOM et TOM devraient être incluses et faire l'objet de la même enquête approfondie car la fréquence de la mortalité maternelle semble y être élevée.

Références

1. Beaumel C, Eneau D, Kerjosse R. La situation démographique en 1997. INSEE Paris, 1999.
2. Bouvier-Colle MH, Varnoux N, Costes Ph, Hatton F. Mortalité maternelle en France. Fréquence et raisons de sa sous-estimation dans la statistique des causes médicales de décès. *J gynecol Obstet Biol Reprod* 1991; 20: 885-891.
3. Coeuret-Pellicer M, Bouvier-Colle MH, Salanave B, et le Groupe MOMS. Les causes obstétricales de décès expliquent-elles les différences de mortalité maternelle entre la France et l'Europe ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999 ; 28 : 62-68.
4. Department of Health. Why mothers die ? Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. TSO, London, 1998.
5. Högberg U, Innala E, Sandström A. Maternal mortality in Sweden, 1980-88. *Obstet Gynecol* 1994; 84 : 240-244.
6. Jouglu E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1997 ; 45 : 78-84
7. Nagaya K, Fetters MD, Ishikawa M, et al. Causes of maternal mortality in Japan. *JAMA* 2000; 282 : 2661-2667.
8. Organisation Mondiale de la Santé. Annuaire de statistique sanitaire mondiale, Genève, années 1990 à 1995.
9. OMS. Classification Internationale des Maladies, révision 1975. Organisation Mondiale de la Santé, Genève 1977.
10. Salanave B, Bouvier-Colle MH. Mortalité maternelle et structure des naissances Une explication possibles de la surmortalité en France. *Rev Epidemiol Santé publique* 1995; 43 : 301-7.
11. Schuitemaker N, Van Roosmalen J, Dekker G, Van Dongen P, Van Geijn H, Bennebroek Gravenhorst J. Underreporting of maternal mortality in The Netherlands. *Obstet Gynecol* 1997; 90 : 78- 82.

CONCLUSION

La mortalité maternelle en France demeure encore trop élevée si on la compare aux résultats obtenus par d'autres pays européens, en particulier ceux d'Europe du Nord. Il convient cependant de rappeler que l'on ne peut comparer que ce qui est comparable, c'est à dire des chiffres publiés par des pays où le recueil des cas de décès est exhaustif. En effet, si celui-ci ne l'est pas, à l'évidence le taux de mortalité devient plus faible.

Sur un chiffre de mortalité maternelle faible, oscillant autour de 10 pour 100 000 naissances vivantes, il est illusoire de se fixer comme objectif un pourcentage de diminution, les fluctuations annuelles spontanées étant souvent assez marquées.

L'objectif prioritaire à poursuivre est celui de ne plus avoir à enregistrer de morts qui auraient pu être évitées. Or, celles-ci représentent, à l'heure actuelle, environ 50 % des cas. C'est ce qu'a mis en évidence l'analyse des dossiers par le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle.

Cette analyse aboutit aussi à une série de recommandations destinées au personnel médical responsable de la prise en charge des femmes enceintes.

Le but de la démarche est pédagogique : par une diffusion large de ce rapport, les médecins et les sages-femmes prendront connaissance des erreurs qui ont été commises et des moyens à mettre en œuvre pour les éviter. Cette démarche pédagogique a déjà fait la preuve de son efficacité dans d'autres pays (pays du Nord de l'Europe, Royaume-Uni).

Un autre élément qui ressort du travail du Comité d'experts est que **la mortalité maternelle est très corrélée à l'âge**. Minimale entre 20 et 24 ans, elle triple entre 35 et 39 ans. A une époque où l'âge de la première grossesse devient de plus en plus avancé, cette notion doit être portée à l'attention de toutes et de tous.

Le travail du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle doit donc se poursuivre : en évaluant la qualité des soins, il s'inscrit pleinement dans la politique de santé publique actuelle.



