



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>

Université Henri Poincaré Nancy I

École de sage-femme de Metz

La prise en charge du bas risque obstétrical:

un état des lieux aux Pays-Bas
pour des propositions Françaises.



Mémoire présenté et soutenu par
Priscilla CLAUDEL
née le 22 août 1987

Promotion 2007-2011

Université Henri Poincaré Nancy I

École de sage-femme de Metz

La prise en charge du bas risque obstétrical:

un état des lieux aux Pays-Bas
pour des propositions Françaises.



Mémoire présenté et soutenu par
Priscilla CLAUDEL
née le 22 août 1987

Promotion 2007-2011

« Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur »

Remerciements

Merci à Madame PRETO, ma directrice de mémoire, pour son aide, son soutien et sa présence pour l'élaboration de mon mémoire.

Merci aux sages-femmes Néerlandaises des cabinets Verloskundigenpraktijk Wonderwereld et Verloskundigenpraktijk Aalsmeer de m'avoir gentiment accueilli en stage et m'avoir éclairé sur la pratique de la sage-femme aux Pays-Bas.

Merci à ma maman qui m'a tellement aidé et accompagné tout au long de ce mémoire et de mon stage.

Merci à toute ma famille et belle-famille pour son aide et support durant ces derniers mois.

Merci à toutes mes amies de promotion pour le soutien que nous avons toutes pu nous donner les unes après les autres pour la réalisation de nos mémoires.

- A toutes et tous, MERCI-

Sommaire

INTRODUCTION.....	4
PARTIE 1:L'ORGANISATION DE LA PÉRINATALITÉ.....	5
I.1. Démographie, histoire et organisation générale.....	6
I.1.1. Démographie.....	6
I.1.2. Histoire et culture.....	8
I.1.3. La protection sociale.....	10
I.2. La prise en charge du bas risque obstétrical aux Pays-bas.....	12
I.2.1. Formation, compétences et pratique des sages-femmes Néerlandaises.....	12
I.2.1.1. La formation.....	12
I.2.1.2. Modalités d'exercice.....	14
I.2.1.c. L'organisation KNOV.....	15
I.2.2. Définition du bas risque obstétrical et principe de l'échelonnement.....	16
I.2.3. Prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en réseau.....	18
I.2.3.1. Le suivi de grossesse.....	18
I.2.3.2. L'accouchement diagnostiqué physiologique.....	22
I.2.4. Prise en charge du post-partum.....	23
PARTIE 2: PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE ET DES RÉSULTATS.....	24
2.1. Présentation de l'étude.....	25
2.1.1. Mes hypothèses.....	25
2.1.2. Méthode.....	25
2.1.2.1. Présentation de l'outil.....	25
2.1.2.2. Déroulement de l'enquête.....	25
2.1.2.3. Biais et problèmes posés.....	26
2.1.2.4. L'analyse des données.....	26
2.2. Présentation des résultats.....	27
2.2.1. Hypothèse 1.....	27
2.2.2. Hypothèse 2.....	35
2.2.3. Hypothèse 3.....	38
2.2.4. Pour finir...la parole aux sages-femmes.....	40

PARTIE 3: ANALYSE DES RÉSULTATS ET PROPOSITIONS.....	44
3.1. Analyse des résultats.....	45
3.1.1. Hypothèse 1, la pratique de la sage-femme.....	45
3.1.2. Hypothèse 2, le travail en réseau.....	47
3.1.3. Hypothèse 3, distances et temps de transport.....	49
3.1.4. L'opinion des sages-femmes.....	50
3.2. Propositions et discussion.....	52
CONCLUSION.....	58
BIBLIOGRAPHIE.....	59
ANNEXES.....	63

Introduction

De part mes origines néerlandaises, j'ai toujours été intriguée par le mode de pratique entourant la grossesse et l'accouchement dans ce pays. Ce dernier nous offre une vision à part de cet événement quasi unique dans la vie d'une femme et d'un couple, une vision basée sur la physiologie de ces quelques mois et pouvant offrir au bout l'accouchement à domicile. Quels sont les éléments qui permettent la prise en charge proposée aux Pays-Bas? Comment fonctionne ce système? Et quels éléments pouvons nous tirer de cet mode de fonctionnement afin de les adapter à notre pratique française? C'est ce que nous allons étudier dans ce mémoire.

Dans une première partie, nous présenterons le pays, sa culture et son fonctionnement, la sage-femme Néerlandaise et son rôle ainsi que la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dits «physiologiques» dans ce pays nord européen. Toutes ces données seront également mises en parallèle avec les données concernant notre pays, La France.

Dans une deuxième partie, nous étudierons, grâce à une enquête auprès des sages-femmes, leur pratique, le réseau existant autour de la grossesse à bas risque obstétrical, les temps et distances de transport ainsi que l'opinion des sages-femmes elles-mêmes sur le modèle Néerlandais.

Une troisième partie nous permettra d'analyser les résultats de cette enquête ainsi que d'en discuter et d'offrir des propositions de pratique.

Partie 1

PARTIE I: L'ORGANISATION DE LA PÉRINATALITÉ.

I.1. Démographie, histoire et organisation générale.

I.1.1. Démographie [2] [5] [7] [8] [10] [12] [13] [16] [17].

- **Quelques chiffres généraux:**

Les Pays- bas est un pays du Nord-Ouest de l'Europe, frontalier de la Belgique et de l'Allemagne. En août 2010, d'après le CBS (Centraal Bureau voor Statistiek= Bureau Central pour les Statistiques), le pays compte 16 609 145 habitants, avec une densité moyenne de 395 habitants au km².

En 2006, on dénombre 185 000 naissances par an, soit un taux de natalité de 11,2 ‰ et 135 400 décès, égal à un taux de mortalité de 8,3 ‰. L'âge moyen de maternité est de 31 ans. Le nombre moyen d'enfants par femme est de 1,73 enfants et le taux de mortalité périnatale est de 1,1% selon le LBPS (Landelijk Bureau van Perinatale Sterfte= Bureau national de la mortalité périnatale).

- **Quelques chiffres concernant la périnatalité:**

En 2010, une étude du NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg= Institut Néerlandais pour la recherche sur les soins de santé), compte 2444 sages-femmes actives dont 2% sont des hommes. 77% des sages-femmes travaillent en cabinet libéral et s'occupent exclusivement des grossesses physiologiques. 23% des sages-femmes exercent en secteur hospitalier, cette proportion a augmentée de 150% cette dernière décennie contre 45% pour les sages-femmes de cabinet.

En 2010, 503 cabinets libéraux de sages-femmes sont en activité dont 62% en organisation de 3 sages-femmes et plus, 22% avec 2 et 16% avec une seule sage-femme. En 2009 Les gynécologues obstétriciens sont au nombre de 1042, 562 hommes et 480 femmes, qui ne pratiquent qu'en milieu hospitalier.

Lors de la dernière enquête en 2002, la répartition des naissances aux Pays-Bas était la suivante:

- 28,8, % à domicile, 11,2% en plateau technique.
- 16,8% ont lieu à l'hôpital en raison d'un transfert pendant l'accouchement
- 28,3% ont lieu à l'hôpital pour une décision prise en cours de grossesse
- 14,9% ont lieu à l'hôpital pour une décision prise dès le début de la grossesse)

Ainsi, globalement, 40% des naissances sont de première ligne (domicile 29%, polyclinique 11%) et 60% sont de deuxième ligne, c'est-à dire hospitalières.

Tableau 1: Démographie France / Pays-Bas

Indicateurs	France	Pays-Bas
Population totale	62793000	16609145
Densité, hab/km ²	110	395
Taux de natalité	12,60%	11,20%
Taux de fécondité (enfants par femme)	1,99	1,73
Taux de mortalité périnatale	0,80%	1,10%
Taux de mortalité maternelle pour 100 000	9,60	12,1
Nombre de naissances/an	790 000	185 000
Pratiques professionnelles des sages femmes	France	Pays-Bas
Nombre total de sages-femmes actives	18968	2444
Densité de sages-femmes libérales pour 100 000 femmes en âge de procréer	24	61
Taux de sages-femmes pratiquant en cabinet libéral	17,40%	77,00%
Taux d'accouchements à domicile	1,00%	28,80%
Taux d'accouchements en plateau technique	NC	11,20%
Nombre de grossesses par SF libérale	300	120

I.1.2. Histoire et culture [1] [6] [15] [20] [27] [28].

- **Une culture de la naissance à part...**

D'une part, aux Pays-bas, la grossesse et l'accouchement sont avant tout des événements physiologiques, ils « sont à priori normaux et ne doivent faire l'objet d'une prise en charge médicale que dans des cas bien spécifiés ». Ce postulat constitue la base de la prise en charge de la grossesse à bas risque obstétrical aux Pays-Bas, permettant à la sage-femme d'en être la profession médicale centrale.

D'autre part, la création et le développement des soins périnataux aux Pas-bas ont été influencés par le fait qu'il n'existe pas de tradition de litiges. Ainsi, si une femme n'est pas satisfaite des soins qu'elle a reçu pendant sa grossesse et son accouchement, elle peut faire appel à un comité formé par des sages-femmes, des obstétriciens et des généralistes, qui pourront étudier son dossier (les plaintes à propos des sages-femmes se font notamment auprès de l'organisation KNOV (Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen= Organisation Royale Néerlandaise des Sages-femmes). Il est à remarqué que la famille plaignante n'aura aucune compensation financière en cas de faute, puisque la protection sociale néerlandaise prend en charge efficacement et totalement les enfants handicapés. Cette approche des soins demande ainsi le meilleur de chacun, tant du côté des professionnels que celui de la communauté.

La Hollande, de part sa culture, est en capacité d'offrir aux parturientes et aux gestantes un système de prise en charge unique. Il permet aux sages-femmes de pratiquer leur métier, en réseau mais autonomes, et de faire bénéficier à toutes les femmes de soins de qualité. Elles sont accoucheuses à part entière en ce qui concerne la grossesse physiologique. Comment ont-elles fait pour obtenir ce statut ? C'est l'histoire de la naissance aux Pays-Bas.

- **L'histoire autrefois...**

La sage-femme a toujours été présente pour la grossesse et la naissance aux Pays-bas. Dès le 17ème siècle, des enseignements sont mis en place afin de former les matrones et la première école est ouverte à Groningen. L'arrivée des médecins au 18ème siècle bouleverse la profession. Ceux-ci trouvent alors que les matrones ne possèdent pas suffisamment de connaissances en matière d'obstétrique. Une formation de deux ans est mise en place afin d'améliorer la qualité des soins dispensés, avec l'ouverture d'une seconde école à Amsterdam en 1861.

- **Le 20^{ème} siècle...**

En 1920, malgré une longue réticence des médecins gynécologues obstétriciens, le champ de compétence des sages-femmes est élargi et ainsi que la durée des études qui passe alors de deux à trois années.

Lors des années 50, la pratique des sages-femmes implique de suivre entièrement les grossesses physiologiques, de réaliser les accouchements et de suturer les déchirures simples. Elles doivent à posteriori, informer le médecin et envoyer un dossier à l'inspection générale.

Au début des années 70, le taux d'accouchements à domicile est de 70%. Cette décennie connaît un déclin important pour se stabiliser à 35% à sa fin. Le statut des sages-femmes les oblige à suivre un grand nombre de grossesses et le manque de rémunération rend leur travail très difficile. Une décision est alors prise par les autorités: elles ont désormais accès aux hôpitaux afin de pouvoir y emmener leurs patientes pour les accoucher. Mais ce transfert d'une partie de l'activité peut faire évoluer les choses de deux manières: suivre la communauté internationale en médicalisant la naissance ou choisir de garder le système hollandais, garant de l'autonomie des sages femmes. Ces dernières ont alors compris que l'accouchement à domicile leur permet de travailler avec un groupe de femmes ayant une bonne santé et qu'elles peuvent protéger d'une médicalisation.

Les années 80 sont des années de lutte et de controverse pour protéger la naissance à domicile. Les sages-femmes décident de mettre à jour leurs connaissances, effectuent des recherches et publient. Leur mobilisation au niveau politique leur apporte de meilleurs statut et rémunération. Cette démarche s'inscrit, à l'époque, dans un contexte d'approche de la grossesse bénéfique pour la femme et son enfant et permet aux sages-femmes d'élargir leurs connaissances et de l'ouverture dans leurs idées.

Ainsi, grâce à tous ces efforts, et malgré les idées diffusées par certains obstétriciens, le nombre d'accouchements à domicile remonte à 38%.

Les années 90 marquent encore un tournant dans l'histoire. D'une part, le taux d'accouchements à domicile chute de nouveau. Cette baisse est due à la diminution du nombre d'accouchements réalisés par les médecins généralistes. Mais cela permet aux sages-femmes d'en réaliser d'avantage, favorisé par cette diminution de la concurrence et le soutien du

gouvernement néerlandais. Ce dernier a toujours encouragé la profession de sage-femme, la loi stipule notamment que s'il existe une sage-femme dans le village de la patiente et qu'elle souhaite tout de même se faire suivre par un médecin généraliste, c'est elle-même qui devra financer ses soins. Ceci permet de valoriser la sage-femme et de dissuader les médecins d'effectuer des soins périnataux.

D'autre part, ces années ont vu prendre forme une autre manière de penser. Une base de données nationales, surveillée par un comité d'obstétriciens et de sages-femmes, a été mise en place.

De plus, la durée de la formation passe de trois à quatre années en 1994..

Le 21ème siècle... De nos jours, malgré la baisse du nombre d'accouchements à domicile, 70% des femmes émettent encore le souhait d'un accouchement à domicile en début de grossesse. Dans l'ère de la médicalisation permanente mondiale, les sages-femmes Néerlandaises permettent la persistance de cette tradition. De part leurs connaissances en obstétrique actuelle mais surtout le respect qu'elles peuvent avoir envers la demande de chaque patiente, les sages-femmes et leur mode de travail en réseau continuent de pouvoir offrir le choix de l'accouchement à domicile en 2010.

I.1.3. La protection sociale [3] [11] [29].

Le système de protection sociale des Pays-Bas se base sur deux sortes d'assurances distinctes (annexe 1):

- l'assurance nationale régie par les lois générales, qui couvre l'ensemble de la population.
- l'assurance pour les personnes salariées.

- **Le parcours de soins maternité:**

- **Les prestations d'assurance maternité:**

La femme enceinte continue de bénéficier des prestations déjà présentes dans son assurance générale et les soins en relation avec sa grossesse ne sont pas soumis au ticket modérateur. Toute grossesse est classée selon son niveau de risque obstétrical, niveau I si la

grossesse est physiologique, niveau II et III si la grossesse possède des caractères plus ou moins pathologiques (Liste des indications médicales et obstétricales en annexe 3). Comme stipulé dans la loi sur l'assurance maladie de 1941, la grossesse de niveau I, entrant dans les soins de santé primaire, devra absolument être suivie par une sage-femme ou un médecin généraliste pratiquant des soins périnataux (s'il n'y a pas de sage-femme dans le village) et celles de niveau II et III, soins de santé secondaires, par un obstétriciens éventuellement assisté par une sage-femme. Toute sortie du parcours de soin est alors facturée à la patiente.

L'accouchement à domicile étant une pratique courante aux Pays-Bas, assuré par une sage-femme (ou médecins généraliste), tous les actes seront pris en charges. En cas de complication, l'accouchement sera effectué par un médecin à l'hôpital mais, dans ce cas là, l'hospitalisation doit être justifiée sur le plan médical.

870€ est le prix moyen du suivi prénatal, de l'accouchement et du suivi postnatal.

➤ **Le congé maternité:**

Tout comme en France, les femmes Néerlandaises salariées ont droit à un congé de 16 semaines. L'obligation est de prendre un congé d'une durée minimum de 4 semaines avant l'accouchement et de 10 semaines après. Durant ce congé, les indemnités journalières perçues par la femme sont d'un montant égal à 100 % du salaire journalier (salaire mensuel divisé par 21,75= salaire journalier) limites comprises entre 61,59 et 186,75 euros. Un complément peut leur être versé lorsque le revenu familial est inférieur au minimum social.

Depuis le 4 juillet 2008, des prestations de maternité sont également prévues pour les femmes non salariées ou les femmes mariées à un travailleur non salarié et travaillant avec ce dernier. Le montant de l'indemnité dépend des bénéfices réalisés dans le cadre de l'activité professionnelle ou du nombre d'heures de travail effectuées au cours de l'année précédant l'année de l'ouverture des droits aux prestations. En tout état de cause, le montant de la prestation n'est jamais supérieur au salaire minimum, c'est-à-dire 1381,20 euros par mois, et elle sera versée pendant 16 semaines maximum.

I.2. La prise en charge du bas risque obstétrical aux Pays-bas.

I.2.1. Formation, compétences et pratique des sages –femmes Néerlandaises.

I.2.1.1. La formation et les compétences [14] [18] [19] [22] [23] [24] [25] [26] [35] [36] [37].

La formation des sages-femmes Néerlandaises a toujours été de qualité. Elle comporte des critères stricts pour la sélection en école, nécessite une grande motivation et de solides connaissances médicales et obstétricales, permettant ainsi l'existence d'un corps de sages-femmes compétent.

- **La formation initiale : sage femme de première ligne**

D'une durée de 4 ans, elle se nomme *hbo-opleiding Verloskunde* et a pour finalité d'enseigner aux étudiants sage-femme la prise en charge des patientes et des nouveau-nés dans le cadre total de l'eutocie. Elle est donc axée sur la formation des étudiants au niveau I (annexe 2). Le niveau d'apprentissage est environ équivalent à celui assuré en France.

Cette formation initiale rend la sage-femme compétente pour toute la prise en charge du suivi de grossesse, de l'accouchement, de la surveillance de la mère et du nouveau-né lors du post-partum immédiat, dans le cadre de l'eutocie. Ses compétences sont entre autres inscrites dans le *Wetboek*, sous la loi sur les métiers des soins de santé individuels du 11 novembre 1993 (*Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*). Sous l'article 36 alinéa 2, on retrouve notamment les compétences sur la prise en charge de la grossesse par la sage-femme. Dans ce même article, dans les alinéas 4, 5, 6, 14 et 15, on stipule le droit de la sage-femme à effectuer des prélèvements sanguins, des injections, et leur droit de prescription des médicaments en relation avec la grossesse, l'accouchement et le post-partum physiologique. Les sages-femmes ont un droit de prescription beaucoup plus restreint que celui des sages-femmes françaises, elles ne sont autorisées à prescrire que: les préparations pharmaceutiques à base de fer, les dérivés de l'ergot de seigle, l'ocytocine dans le post-partum immédiat, les immunoglobulines anti-D, les immunoglobulines de l'hépatite B, le vaccin de l'hépatite B, la vitamine K et les anesthésiques locaux ne contenant pas d'épinephrine.

Dans le *Beroepsprofiel*, publié en décembre 2005 par le KNOV, sont également énumérés les domaines de compétence de la sage-femme, son rôle professionnel et entre autre l'arbre décisionnel du suivi de grossesse, de l'accouchement et du post-partum physiologiques.

*Tableau 2: Comparaison des compétences de la sage-femme
France / Pays-Bas.*

Compétences de la sage-femme	France	Pays-bas (1ère ligne)
Consultations prénatales	oui	oui
Prescription d'examens paracliniques	oui	oui
Échographie	oui	oui
Préparation à la naissance	oui	oui
Touchers vaginaux	oui	oui
Amniotomie	oui	oui
Accouchement en présentation céphalique du siège	oui oui	oui non
Réanimation du nouveau-né	oui	oui
Suture déchirure simple	oui	oui
Épisiotomie et suture épisiotomie	oui	oui
Anesthésie locale	oui	oui
DA/RU	oui	non
Consultation postnatale	oui	oui
Rééducation périnéale	oui	non
Injections SC/IM/IV	oui	oui
Prélèvements sanguins chez la mère chez le nouveau-né	oui oui	oui oui
Prescription médicamenteuse	oui	oui

DA: délivrance artificielle

RU: révision utérine

SC: sous-cutané

IM: intra-musculaire

IV: intra-veineux

- **La formation continue : sage-femme de 2^{ème} ligne et autres spécialisations:**

A la suite de l'enseignement initial, les sages-femmes peuvent suivre des formations complémentaires spécialisantes.

1. Le master en clinique afin de devenir *klinisch verloskundige*, c'est-à-dire pour être sage-femme en milieu hospitalier donc de 2^{ème} ligne afin de prendre en charge les grossesses à risques avec l'obstétricien. Ce master, d'une durée de 2 ans, est nécessaire à la sage-femme afin d'exercer en niveau II mais ne l'empêche en rien d'exercer son activité de première ligne.

Une pratique d'au moins un an en tant que sage-femme de première ligne en cabinet est nécessaire avant de pouvoir effectuer ce master.

2. Le diplôme d'échographiste.
3. Une spécialisation en version par manœuvre externe.
4. Professeur universitaire.
5. Des formations en allaitement maternel, préparation à la naissance...

Toute sage-femme Néerlandaise est soumise à une obligation de formation continue de minimum 200 heures tous les 5 ans. L'inscription au *BIG Register* (registre qui compile tous les infirmiers, sages-femmes et kinésithérapeutes), à renouveler tous les 5ans, nécessite une preuve de cette formation continue minimale.

I.2.1.2. Modalités d'exercice [14] [18] [19] [29] [32] [33].

- **Les modalités légales:**

Ces modalités sont également inscrites dans le *Wetboek* du 11 novembre 1993. Toute sage-femme voulant exercer sa profession doit être titulaire du diplôme afférant à son métier.

La profession est gérée par le Ministère de la santé, qui est chargé de la tenue du *BIG register* (*BIG*= *Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*= métiers des soins de santé individuels).

L'inscription doit être renouvelée tous les 5 ans.

- **Le lieu d'exercice:**

Aux Pays-bas, le lieu d'exercice de la sage-femme de 1ère ligne (*eerstelijnerloskundige*) est le cabinet libéral. Installée seule, en duo ou en groupe, la sage-femme organise sa profession autour de son cabinet, où sont réalisées les consultations (pré et post-natales), les échographies, la préparation à la naissance... Il n'existe pas de zone géographique définie autour du cabinet. La sage-femme possède le libre choix de la zone qu'elle couvre par ses soins mais en règle générale elle n'accepte pas de patientes se situant à plus de 15 minutes de trajet en voiture de son cabinet, afin de pouvoir intervenir rapidement à domicile. Il n'existe pas de clause de non concurrence.

Depuis son cabinet, la sage-femme fonctionne telle une « gardienne » de l'obstétrique, pouvant à tout moment orienter sa patiente vers le niveau II.

La sage-femme de 2ème ligne quand à elle exerce uniquement en milieu hospitalier où elle prend en charge, avec l'obstétricien, les grossesses nécessitant des soins de niveau II.

I.2.1.3. L'organisation KNOV [19] [29].

L'organisation royale néerlandaise des sages-femmes tient un rôle primordial en matière de régulation de la profession. Elle se compose d'un bureau dirigeant l'organisation et de 2900 sages-femmes/étudiants sage-femme membres participatifs. Elle a en outre la charge de la tenue du registre des spécialistes, la gestion des plaintes des patientes et la définition des standards de qualité en ce qui concerne la formation et l'exercice de la profession. Ces derniers sont principalement le *Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied* qui définit les standards en matière de formation ou encore le *Beroepscode van Verloskundigen* qui définit les standards en matière du comportement de la sage-femme et de sa prise en charge effectuée.

L'organisation régit également une base de données volontaire dans laquelle la sage-femme peut compiler les informations relatives à chaque suivi de grossesse et accouchement qu'elle aura réalisé. Elle leur permet de recevoir annuellement une compilation de leur propre activité et les comparaisons au niveau national.

I.2.2. Définition du bas risque obstétrical et principe de l'échelonnement [19] [20] [22] [32] [33].

Aux Pays-bas, toute grossesse est considérée comme à bas risque obstétrical, ne nécessitant aucune médicalisation sauf s'il existe un facteur pathologique préexistant.

L'analyse repose sur un dispositif d'une grande simplicité: la *Verloskundige Indicatie Lijst* (VIL), littéralement la liste des indications obstétricales (annexe 3).

La VIL est constituée autour de 5 questions centrales:

- Existe-t-il un antécédent pouvant influencer la grossesse / l'accouchement / le post-partum?
- Existe-t-il un antécédent pouvant être influencé par la grossesse / l'accouchement / le post-partum?
- Quel est le niveau de risque en question?
- Quel est le meilleur suivi au vu des antécédents?
- Quel professionnel sera nécessaire pour le suivi?

Donc **quatre critères décisifs** peuvent traduire le risque obstétrical: l'origine et la gravité des complications, les possibilités pouvant être mises en œuvre pour éviter celles-ci, les moyens de les dépister à temps et ceux d'intervenir de façon adéquate lorsqu'elles se présentent.

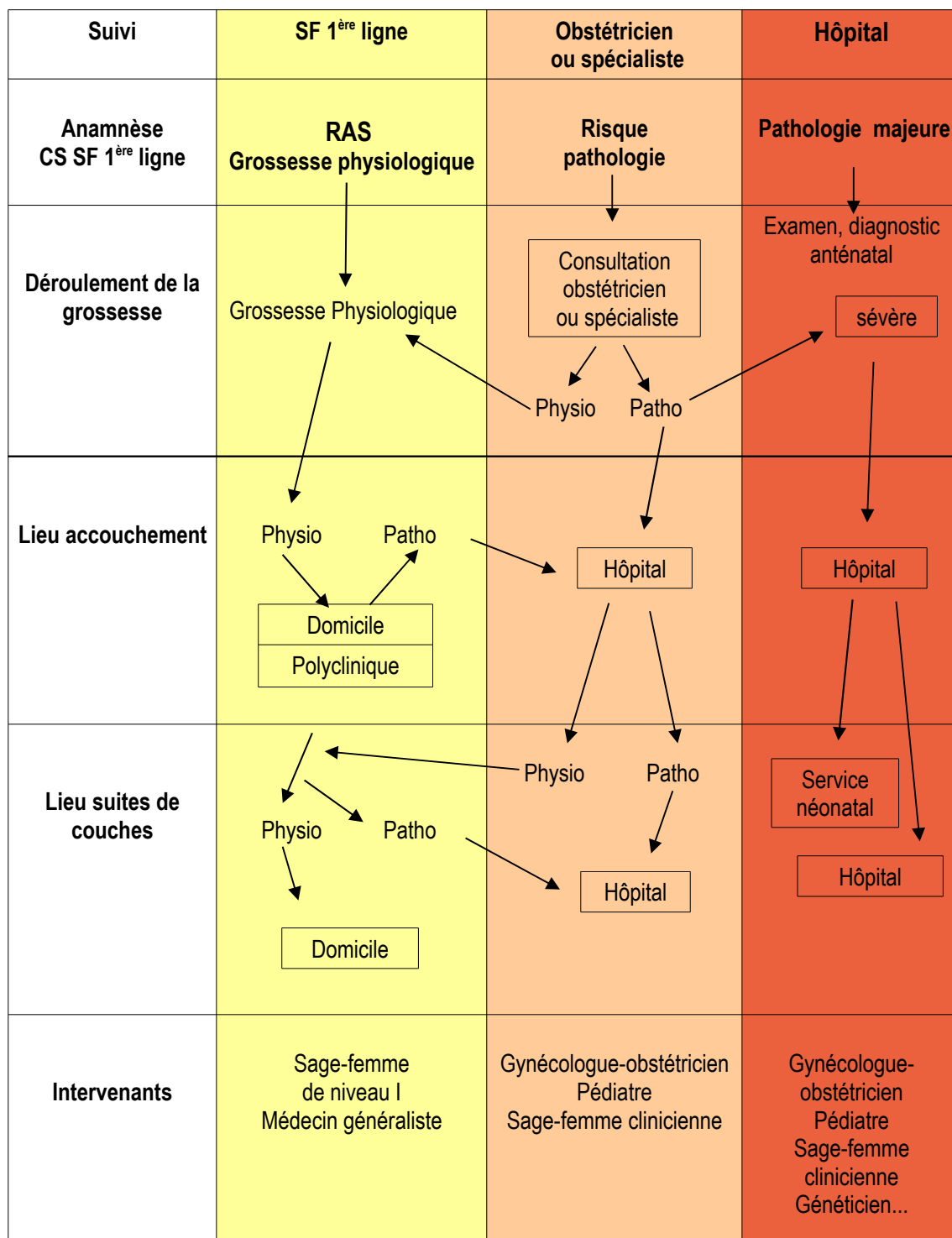
Ainsi se gère la frontière parfois infime entre le physiologique et le pathologique.

La **VIL** contient l'inventaire d'un certain nombre de troubles ou maladies faisant partie des antécédents médicaux de la femme ou susceptibles de se déclarer lors de la grossesse actuelle, de l'accouchement ou du post-partum. Elle permet l'échelonnement des soins obstétricaux et classe les différentes indications en quatre catégories:

- **A**: ces indications permettent à la femme d'être suivie par une sage-femme (niveau I) et d'accoucher à domicile ou polyclinique (équivalent de notre plateau technique).
- **B**: ces indications obligent la sage-femme à envoyer sa patiente à une consultation avec un obstétricien, celui-ci décidera si la sage-femme peut continuer le suivi ou alors de la référer à un spécialiste.
- **C**: celles-ci impliquent un suivi par un obstétricien et un accouchement en centre hospitalier.
- **D**: ces indications permettent à la femme d'être suivie par une sage-femme mais l'oblige à accoucher en plateau technique afin d'éviter les transferts.

Le passage au niveau de soins supérieur suite au dépistage d'une grossesse à risque/pathologie peut avoir lieu à tout moment du suivi. Il en est de même pour le retour au niveau I, soit le suivi par la sage-femme, si la grossesse retrouve ses critères physiologiques.

Tableau 3: Organisation de l'obstétrique aux Pays-bas.



Physio: physiologique

Patho: pathologique

RAS: rien à signaler

I.2.3. Prise en charge de la grossesse et de l'accouchement en réseau.

La qualité de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement est entièrement basée sur le travail en réseau réalisé entre les acteurs de soins de première et de deuxième ligne. En effet, en dehors de ce réseau, aucun suivi correct ne saurait être effectué, comme il l'est rappelé dans le guide de l'obstétrique *Verloskundig Vademecum 2003*, rédigé par le KNOV, l'association des gynécologues-obstétriciens, l'association des médecins généralistes et le Ministère de la santé. Chaque cabinet libéral travaille ainsi en réseau avec un ou plusieurs centres hospitaliers et CHU, vers lesquels il peut à tout moment rediriger sa patiente si une pathologie est détectée (notamment grâce à la VIL). Ce travail s'effectue aussi avec le médecin généraliste de la patiente concernée lorsqu'une prescription hors de ses compétences s'avère nécessaire notamment.

I.2.3.1. Le suivi de grossesse [4] [9] [19] [21] [22] [24].

Aux Pays-bas, les consultations prénatales sont au nombre de **14** pour une grossesse considérée de 40 SA, ce qui est plus élevé qu'en France. Le suivi réalisé en cabinet commence aux environs de 8 semaines d'aménorrhées. Il y a une consultation toutes les 4 semaines jusqu'à 24 SA, puis une toutes les 3 semaines jusqu'à 30 SA, ensuite une toutes les 2 semaines jusqu'à 36 SA en finissant par une par semaine jusqu'à terme. Les examens paracliniques prescrits lors du suivi de grossesse sont moins nombreux qu'en France (annexe 4).

Lors de la première consultation appelée *De Intake*, d'une durée d'environ 45 minutes, la femme se voit remettre un carnet de maternité/dossier qui la suivra tout au long de la grossesse. La sage-femme explique à sa patiente l'organisation du suivi de grossesse, donne tous les conseils nécessaires au bon déroulement et répond à ses questions. C'est lors de cette consultation que la sage-femme réalise une anamnèse poussée des antécédents. Elle établit le profil de la femme et peut, avec la VIL, classer la grossesse actuelle en grossesse physiologique ou à risque. Il se décide ainsi dès le premier contact, si le suivi peut être continué au cabinet (c'est-à-dire en 1ère ligne) ou être effectué par un spécialiste.

Lors des consultations suivantes, d'une durée d'environ 20 minutes, on réalise:

- un examen général et un examen obstétrical (hauteur utérine, palper, bruits du cœur...).
- la prescription des examens nécessaires au suivi.
- un temps de discussion avec la patiente.

C'est lors de la consultation aux environs de 30 SA que la sage-femme aborde avec la patiente le lieu souhaité pour son accouchement.

Il n'y a pas d'échographie obligatoire, tout comme en France. Seulement deux sont conseillées au cours de la grossesse, les autres ne sont réalisées que sur signe d'appel. La première se fait entre 9 et 14 SA, utilisée comme précision du terme théorique, permet également la mesure de la clarté nucale. Cette dernière sera alors intégrée dans le triple test de dépistage du risque de trisomie 21, *Combinatietest*, prenant ainsi en compte la clarté nucale, l'âge de la mère et le dosage des hormones sanguines maternelles (bêta HCG et AFP), qui aura également lieu entre 9 et 14 SA. La seconde, nommée *Structureel Echoscopisch Onderzoek*, est l'équivalent de notre échographie du 2ème trimestre. Elle a lieu aux alentours de la vingtième semaine d'aménorrhée. Tout comme en France, son but est de réaliser un examen morphologique du fœtus et d'évaluer sa croissance.

Tableau 4: Examens paracliniques prescrits au cours de la grossesse.

		Pays-Bas	France
LA 1ÈRE CONSULTATION	Éléments obligatoires	<ul style="list-style-type: none"> - Glycémie à jeun - Groupe sanguin /rhésus - RAI - Sérologies hépatite B, rubéole, syphilis 	<ul style="list-style-type: none"> - Glycosurie et protéinurie - Groupe sanguin / phénotypes rhésus complet et Kell - RAI - Sérologies toxoplasmose, rubéole, syphilis
	Éléments à proposer et / ou fortement recommandés	<ul style="list-style-type: none"> - Echographie de datation - Sérologie HIV 	<ul style="list-style-type: none"> - Echographie de datation - Sérologie VIH 1 et 2 - Dépistage d'une anémie en cas de facteurs de risque - Frottis cervical (s'il date de plus de 2 à 3 ans).

		Pays-Bas	France
LE 1 ^{ER} TRIMESTRE	Examens obligatoires		<i>Chaque mois:</i> - Glycosurie et protéinurie. - Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent. - Sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat précédent.
	Éléments à proposer et / ou fortement recommandés	- Triple test de dépistage du risque de la trisomie 21 entres 11 SA et 13 SA et 6 jrs	- Triple test de dépistage du risque de la trisomie 21 entres 11 SA et 13 SA et 6 jrs

		Pays-Bas	France
LE 2 ^{ÈME} TRIMESTRE	Examens obligatoires	- Taux d'hémoglobine vers 20 SA pour la population à risque (1)	<i>Chaque mois:</i> - Glycosurie et protéinurie. - Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent. - Sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat précédent jusqu'à 18 SA. <i>Au cours du 6ème mois:</i> - RAI si Rhésus négatif - Recherche de l'antigène HBs - Hémogramme
	Éléments à proposer et / ou fortement recommandés	- Échographie morphologique vers 20 SA - Glycémies à jeun et/ou post-prandiales vers 26 SA pour la population à risque (2)	- Échographie morphologique vers 22 SA - O'Sullivan

		Pays-Bas	France
LE 3ÈME TRIMESTRE	Examens obligatoires	Vers 30 SA: - Taux d'hémoglobine - RAI si rhésus négatif	<i>Chaque mois:</i> - Glycosurie et protéinurie. - Sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent. <i>Au 8ème mois:</i> - 2e détermination du groupe sanguin
	Éléments à proposer et / ou fortement recommandés	- Recherche du streptocoque B vers 36 SA chez les patientes à risque (3)	- Échographie morphologique et de croissance vers 32 SA - Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA) - Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire

- (1) adolescente, grossesse multiple, mauvaise alimentation, grossesses espacées de moins d'un an.
- (2) IMC>30, antécédents personnels et familiaux de diabète, accélération de la croissance fœtale, excès de liquide amniotique.
- (3) patientes ayant présenté 3 infections urinaires ou plus lors de la grossesse actuelle.

- **Les séances de préparation à la naissance:**

Au cours de la grossesse, la femme peut suivre plusieurs types de séances. Ces dernières sont appelées des *cursus* et vont de la préparation classique à la préparation en piscine, en passant par le yoga, l'haptonomie, la sophrologie, des « soirées allaitement » ou encore même des informations financières. Elles sont animées par une sage-femme, dans la majorité des cas, mais également par d'autres acteurs de la périnatalité (associations...).

I.2.3.2. L'accouchement diagnostiqué physiologique [19] [21] [22] [34] [33].

Pour son accouchement, la femme peut choisir entre son domicile et la polyclinique. Ce choix n'est en aucun cas définitif. Qu'elle choisisse l'une ou l'autre des solutions, son accouchement sera réalisé par la même sage-femme.

Si le choix de la patiente se tourne vers la polyclinique, une partie du travail se fait tout de même à la maison, accompagnée par moments par la sage-femme et le départ ne se fait qu'à partir de 4-5 cm de dilatation. L'accouchement sera réalisé par la sage-femme. La patiente et son enfant retourneront chez eux dans les 2 à 12 heures qui suivent en cas de naissance physiologique.

Si la patiente choisit d'accoucher à son domicile, la sage-femme lui rend fréquemment visite pour s'assurer du bon déroulement du travail et si nécessaire reste à ses côtés. La sage-femme, au moment de l'accouchement à proprement dit, est accompagnée d'une *kraamverzorgster* (aide maternité), formée à la surveillance et aux soins courants de la mère et du nouveau-né dans le post-partum. La femme doit avoir préparé son domicile et être en possession du nécessaire à l'accouchement (annexe 5).

Le transfert en polyclinique peut se faire pour plusieurs raisons:

- changement de choix du lieu d'accouchement par la patiente en cours de travail.
- analgésie souhaitée par la patiente, ce qui transfère les compétences vers l'obstétricien.
- dystocie dynamique et/ou mécanique.
- urgence au cours du travail / de l'expulsion / de la délivrance nécessitant une intervention de l'obstétricien (altération du RCF, hémorragie, non décollement du placenta/délivrance incomplète...).

Le transport se fait par les propres moyens de la femme en début ou en cours de travail lorsqu'il n'existe pas d'urgence vraie, si elle possède un moyen de locomotion. Il sera fait par ambulance en cas d'urgence, de travail avancé, éventuellement si la patiente ne possède pas de moyen de transport en début de travail. Le temps de transport vers l'hôpital est toujours à prendre en considération, et il doit être au maximum de **30 minutes** pour envisager un accouchement à domicile. Mais toute femme qui a fait le choix d'accoucher à la maison sait qu'elle peut avoir confiance en sa sage-femme qui anticipera sur les problèmes et saura les gérer s'ils surviennent.

Ainsi, l'accouchement à domicile ne peut être possible que grâce:

- à la **sélection préalable** des femmes enceintes à bas risque.
- à la **faible distance** entre domicile et hôpital.
- au fait qu'une ambulance peut rejoindre une urgence dans les **15 minutes**.
- au **réseau** mis en place autour de l'accouchement et de la sage-femme (aide-maternité/centre hospitalier/ambulance).

mais surtout au fait que celui-ci est une tradition et que pour la majorité des femmes l'accouchement reste avant tout un événement naturel.

Au final, sur les 40% des accouchements qui sont à bas risque obstétrical, 75% ont lieu à domicile et 25% en polyclinique. Et, un transfert en niveau II a lieu pour 49% des accouchements des primipares, ainsi que pour 17 % des multipares (2009). On note au passage que les transferts sont plus importants entre le plateau technique et l'hôpital qu'entre le domicile et l'hôpital; on peut l'interpréter de différentes façons : par la pré-sélection des femmes qui est significative mais également le stress des sages-femmes en milieu hospitalier.

I.2.4. **Prise en charge du post-partum.**

Le séjour du post-partum se fait au domicile de la patiente que se soit à la suite d'un accouchement à la maison ou en polyclinique. La sage-femme effectue une visite quotidiennement ou tous les 2 jours, pour une durée d'une semaine à 10 jours. Elle réalise l'examen général et obstétrical de sa patiente, répond aux questions et accompagne la jeune maman dans son nouveau rôle. La spécificité qui caractérise les Pays-Bas est la présence de la *kraamverzorgster*, aide maternité. Elle accompagne la jeune maman dans les tâches ménagères quotidiennes, les soins de son enfant (bain, pesée, change...) et l'allaitement. Le travail en réseau entre la sage-femme et l'aide maternité est un des points clef qui permet au système néerlandais de proposer une telle prise en charge aux femmes.

Le post-partum pouvant faire partie d'une autre étude, nous ne nous attarderons pas d'avantage sur celui-ci.

Pour conclure, la prise en charge du bas risque obstétrical aux Pays-Bas permet un respect de la physiologie et est possible grâce à la sélection des patientes, le travail en réseau, une géographie locale adéquate mais surtout une culture de la naissance à part.

Partie 2

PARTIE 2: PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE ET DES RÉSULTATS.

2.1. Présentation de l'étude.

2.1.1. Mes hypothèses.

Mes hypothèses sont:

1. La pratique de la sage-femme Néerlandaise de 1ère ligne permet une prise en charge optimale, dans le respect de la physiologie, de la grossesse et de l'accouchement à bas risque obstétrical.
2. La prise en charge du bas risque obstétrical aux Pays-Bas par la sage-femme de 1ère ligne est possible grâce au travail en réseau.
3. Les distances et temps de transport des patientes compatibles avec une prise en charge rapide permettent ce mode de fonctionnement.

2.1.2. Méthode.

.

2.1.2.1. Présentation de l'outil.

Pour la réalisation de mon enquête, j'ai opté pour la distribution d'un questionnaire. Celui-ci se compose de 38 questions fermées, à choix multiples, ou ouvertes. Il aborde plusieurs thèmes consécutifs : la sage-femme et son expérience, sa pratique, le réseau, l'accompagnement de ses patientes au cours de la grossesse et de l'accouchement, et pour finir deux questions concernant le travail de la sage-femme Néerlandaise (annexes 6 et 7).

2.1.2.2. Déroulement de l'enquête.

L'enquête a été réalisée auprès des sages-femmes de niveau I, pratiquant dans les cabinets libéraux seules, à plusieurs ou en remplacement. La région d'étude se compose de toutes les villes et villages se trouvant dans une zone d'un rayon de 25km, s'étendant sur 2 régions des Pays-Bas: la Hollande du Nord et Utrecht (annexe 8). Elle couvre ainsi des grandes agglomérations telles Utrecht, Hilversum, Hoofddorp; et des zones moins peuplées, afin d'être au

mieux représentatif du pays. L'enquête s'est déroulée du 12 novembre au 17 décembre 2010. Les questionnaires ont été distribués en main propre ou par envoi postal et le retour s'est fait par enveloppe pré-timbrée ou ont été recherchés par mes propres moyens. Au total, **100** questionnaires ont été distribués et **42** ont été retournés, donc un taux de réponse de **42%**.

2.1.2.3. Biais et problèmes posés.

Certaines questions ont eu peu de réponses ou des réponses inadaptées à l'analyse.

Ainsi les suivantes sont biaisées:

- numéro **5**: le nombre de grossesses suivies en 2008 et 2009. La plupart des sages-femmes a noté le total des grossesses suivies par le cabinet. Ainsi, j'ai pu tout de même obtenir l'information recherchée dans les cas où j'avais connaissance du nombre de sages-femmes pratiquant au cabinet.

- numéro **28**: le nombre d'accouchements à domicile. Le problème rencontré est le même que ci-dessus.

ou ne pourront être utilisées:

- numéro **9**: le revenu mensuel moyen. En effet, une majorité de sage-femme n'a pas souhaité répondre à cette question. De plus, les salaires donnés sont pour certains brut, d'autres net ou encore annuel au lieu de mensuel.

- numéro **36**: le nombre de transferts lors des accouchements en 2008 et 2009. La plupart des sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont précisé ne pas avoir accès à cette information.

2.1.2.4. L'analyse des données.

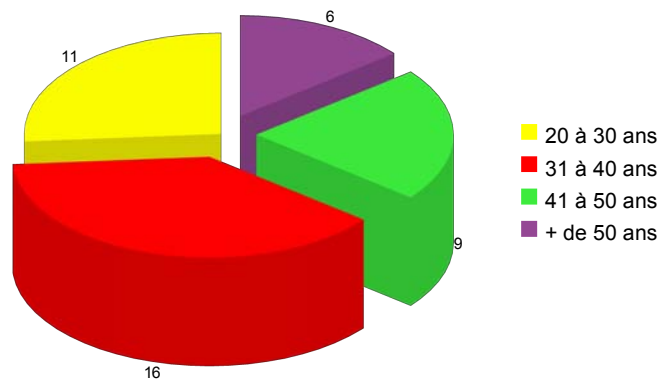
L'analyse des données fournies par les questionnaires a été réalisée avec le logiciel *Le Sphinx Plus*².

2.2. Présentation des résultats.

2.2.1. Hypothèse 1.

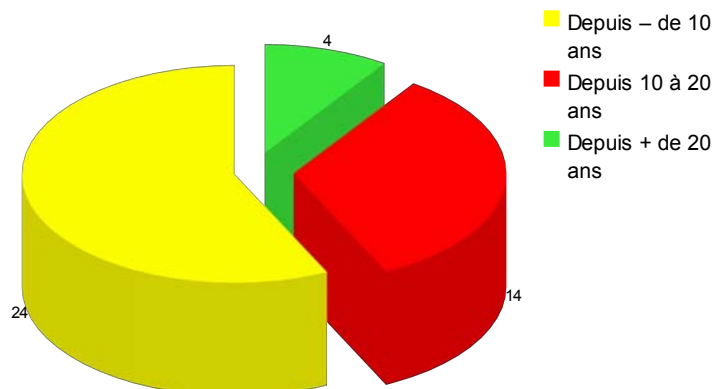
- **Question 1:** 3/8 des sages-femmes sont âgées de 31 à 40 ans, 2/8 de 20 à 30 ans, 2/8 de 41 et 50 ans et 1/8 de plus de 50ans.

Graphique 1: Age des sages-femmes (n=42).



- **Question 2:** Toutes les sages-femmes interrogées sont de sexe féminin.
- **Question 3:** 6/10 des professionnelles sont diplômées depuis moins de 10 ans, 3/10 depuis 10 à 20 ans et 1/10 depuis plus de 20 ans.

Graphique 2: Obtention du diplôme de sage-femme de première ligne (n=42).



- **Question 4:** 17 sages-femmes sur 42 ont précisé posséder une spécialisation, dont 2/3 une spécialisation postérieure au diplôme de sage-femme et 1/3 une antérieure. Les postérieures sont pour 9 d'entre-elles en échographie, 1 en haptonomie et 1 possède un master de sage-femme clinicienne de deuxième ligne. Quatre sages-femmes étaient tout d'abord infirmières, 1 était laborantine et 1 manipulatrice radio avant d'effectuer leurs études de sage-femme.
- **Question 5:** En 2008 et 2009, le nombre moyen de grossesses suivies par une sage-femme sur une année est compris entre 100 et 150 (travail à temps plein).
- **Questions 6 et 7:** Environ 7/10 des sages-femmes sont propriétaires de leur cabinet, 1/10 sont salariées et environ 2/10 sont remplaçantes. L'exercice en cabinet personnel ne concerne qu'une seule sage-femme alors qu'environ 1/4 (10) partage son lieu de travail avec deux autres professionnelles et surtout avec trois autres professionnelles ou plus pour 3/4 d'entre elles (30).

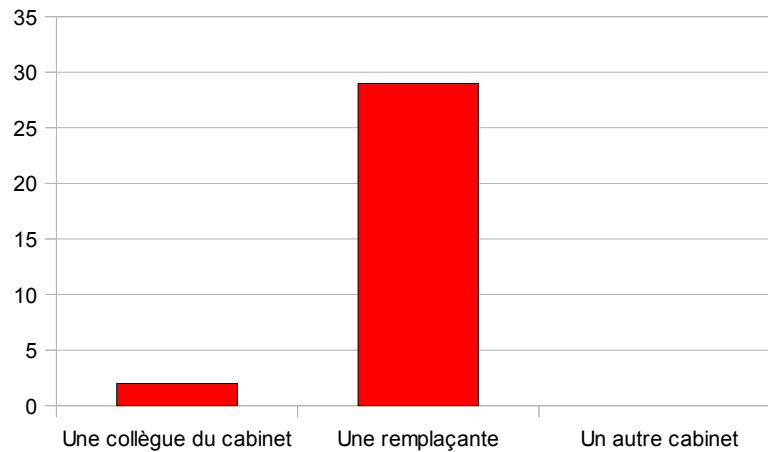
Tableau 1: Mode de pratique des sages-femmes (n=42).

Variété du cabinet Mode de pratique	Personnel	Partagé avec 1 autre sage-femme	Partagé avec 2 autres sages-femmes	Partagé avec 3 autres sages-femmes ou +	Total
En remplacement	0	0	1	6	7
Salariée	0	0	0	4	4
Propriétaire du cabinet	1	1	9	20	31
Total	1	1	10	30	42

- **Question 8:** Le travail est effectué à temps plein pour 6/10 des sages-femmes (25) et à temps partiel pour 4/10 (17), (n=42).

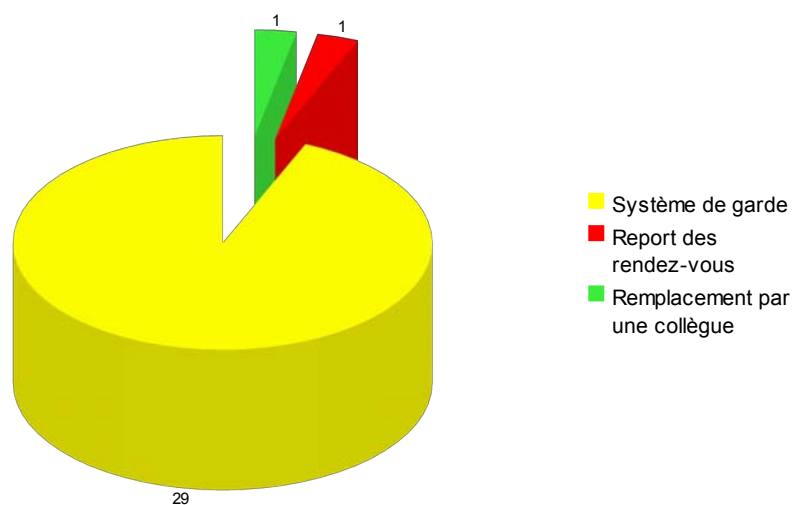
- **Question 10:** Lors d'une absence de longue durée (maladie, congé maternité...), plus de 9/10 des sages-femmes fait appel à une remplaçante (29) et moins de 1/10 à une collègue (2), personne à un autre cabinet.

Graphique 3: Mode de remplacement (n=31).



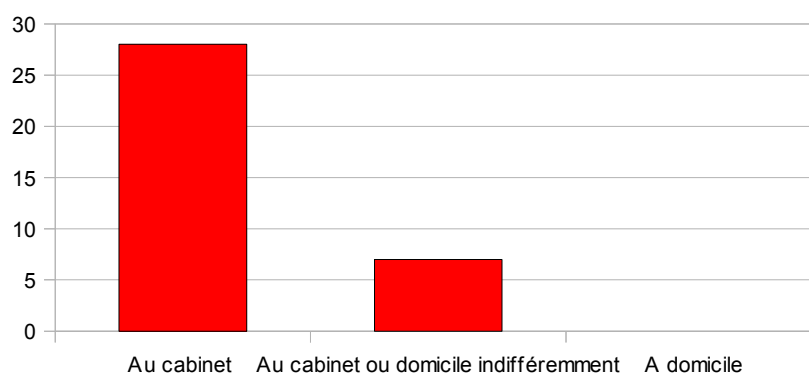
- **Question 11:** L'organisation en cas d'accouchement ou d'urgence se fait par un système de garde pour plus de 9/10 des professionnelles (29) et par le report des rendez-vous ou le remplacement par une collègue pour moins de 1/10 (2).

Graphique 4: Organisation lors accouchement ou urgence (n=31).



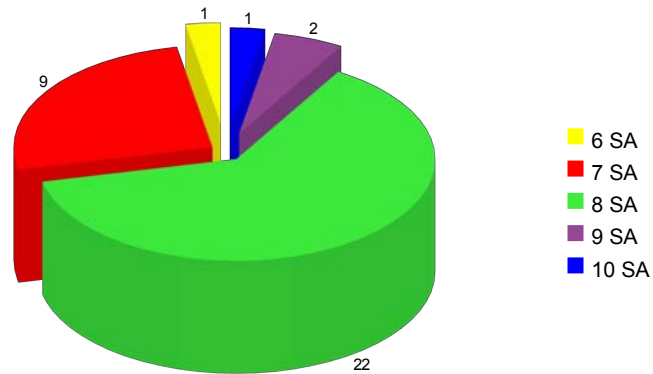
- **Question 12:** Tous les cabinets se composent au minimum d'une salle d'attente et d'une ou plusieurs salles de consultation (n=31). Environ 6/10 possède également un accueil (18), 1/6 a une salle pouvant accueillir plusieurs personnes (5). ¼ des sages-femmes précisent qu'une autre pièce compose aussi leur local professionnel (8): dont la ½ une salle d'échographie et ¼ un bureau.
- **Question 13:** Le matériel présent au lieu de consultation est (n=31):
 - un sonicaid pour la totalité des sages-femmes.
 - un échographe pour 9/10 (27).
 - un dynamap pour 1/10 (3).
 - personne ne possédant de cardiotocographe.
 - 3/10 de sages-femmes précisent posséder un appareil à quantification de l'hémoglobine *Hemocue* (9); parmi elles ½ ont également une autoclave.
- **Question 17:** Lors d'une consultation de suivi de grossesse, la patiente est reçue majoritairement (n=35):
 - seule pour 3/12 des sages-femmes (9)
 - en couple pour 3/12 également (8)
 - en couple ou seule indifféremment pour 4/12 (12)
 - en couple, seule ou autre indifféremment pour 1/12 (3)
 - en famille pour 1/12 aussi (3).
- **Question 18:** La consultation est effectuée au cabinet pour 8/10 (28), personne ne consultant uniquement au domicile des patientes, mais pour 2/10 des professionnelles elle se passe aux deux lieux indifféremment (7).

Graphique 5: Le lieu de consultation (n=35)



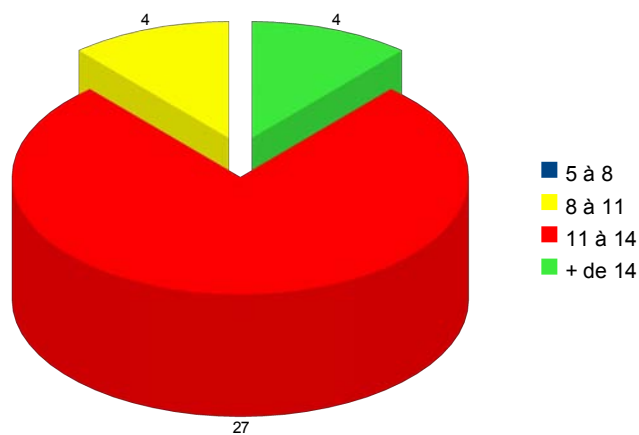
- **Question 20:** Le suivi de la grossesse débute vers 8 semaines d'aménorrhée pour presque 1/3 des professionnelles interrogées (22), vers 7 SA pour 1/4 (9) et rarement vers 6 SA (1), 9 SA (2) et 10 SA (1).

Graphique 6: Début du suivi de grossesse (n=35).



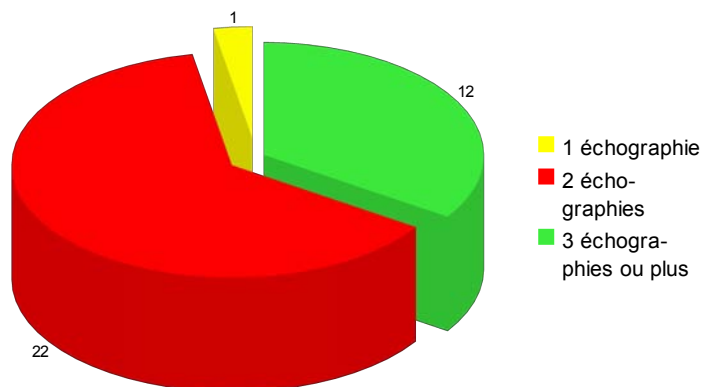
- **Question 21:** Environ 5/7 des patientes suivies par les sages-femmes ont entre 11 et 14 consultations au cours de la grossesse (27), 1/7 8 à 11 (4) et 1/7 plus de 14 (4).

Graphique 7: Nombre moyen de consultations au cours d'une grossesse (n=35).



- **Question 22:** Le nombre moyen d'échographies réalisées au cours d'une grossesse est de 2 pour 2/3 des professionnelles (22). Il est de 3 ou plus pour 1/3 (12) et une seule sage-femme a répondu 1 échographie.

Graphique 8: Nombre moyen d'échographies au cours d'une grossesse (n=35).



- **Question 23:** La totalité des sages-femmes réalise un groupe sanguin rhésus, des RAI, un taux d'hémoglobine et des sérologies à ses patientes. Parmi elles, 8/10 demandent une glycémie (29), environ 3/10 un examen d'urine systématique (10).

Le dosage du taux d'hémoglobine est fait deux fois au cours de la grossesse pour 8/10 (29) et les sérologies une seule fois pour tous les professionnels (35). L'examen des urines, lorsqu'il est effectué, ne l'est qu'une seule fois (9).

Tableau 2: Les examens biologiques systématiques réalisés au cours de la grossesse (n=35).

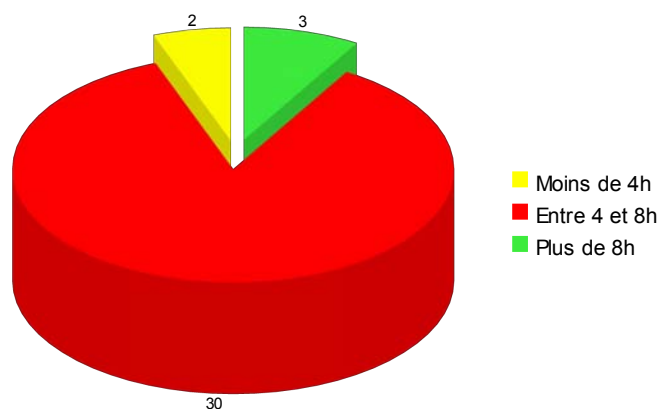
Examens biologiques systématiques réalisés	Oui	Non	1 fois	2 fois	3 fois ou +
Groupe sanguin Rhésus	35	0	x	x	x
RAI	35	0	x	x	x
Taux d'hémoglobine	35	0	4	29	2
Glycémie	29	6	x	x	x
Sérologies	35	0	35	0	0
Examens d'urines	10	25	9	0	0

- **Questions 25:** 3/4 des sages-femmes ne dispense pas de séances de préparation à la naissance (27).

La préparation à la naissance, réalisée par 1/4 des sages-femmes (8), comprend du yoga ou de l'information allaitement ou de l'acupuncture pour la 1/2 (4) ou encore de l'haptonomie pour 3/8 (3), de la gymnastique pour 2/8 (2) et de la piscine 1/8 (1). 6/8 disent également faire d'autres séances (6) précisant que se sont des soirées d'information sur l'accouchement pour 2/3 d'entre elles (4).

- **Question 28:** En 2008 et 2009, le nombre moyen d'accouchements à domicile réalisé par an par une sage-femme est d'environ 50 à 60, environ 32% ont noté certaines (travail à temps plein).
- **Question 29:** La durée moyenne de l'intervention de la sage-femme pour un accouchement à domicile est compris entre 4 et 8 heures pour 6/7 des sages-femmes (30), très rarement moins de 4 heures (2) ou plus de 8 heures (3).

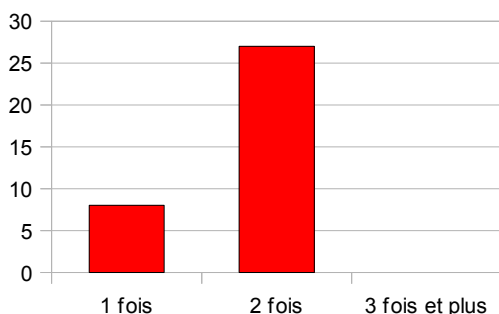
Graphique 9: Durée moyenne d'intervention pour un accouchement à domicile (n=35).



- **Questions 31 et 32:** $\frac{3}{4}$ des sages-femmes vont voir leurs patientes 2 fois dans les 48 heures qui suivent l'accouchement (27). $\frac{1}{4}$ ne va les voir qu'une seule fois (8).

6/7 effectue un suivi du post-partum de plus de 7 jours (30). Ce suivi dure entre 5 et 7 jours pour 1/7 (4) mais ne descend jamais en dessous de 5 jours.

Graphique 10: Nombre de visites auprès de la patiente dans les 48h après l'accouchement (n=35).



Graphique 11: Durée moyenne du suivi du post-partum (n=34).

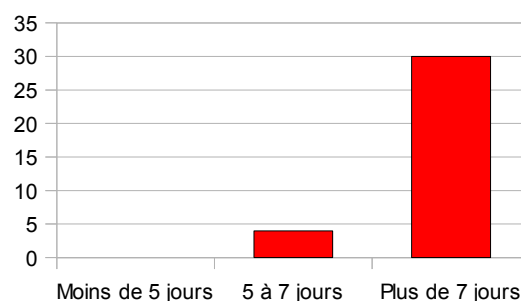


Tableau 3: Le suivi du post-partum (n=35).

Durée moyenne du suivi PP Nb visites dans les 48h du PP	Durée moyenne du suivi PP				Total
	Non réponse	- de 5 jours	5 à 7 jours	+ de 7 jours	
1 fois	0	0	1	7	8
2 fois	1	0	3	23	27
Plus	0	0	0	0	0
Total	1	0	4	30	35

PP= post-partum

Nb= nombre

2.2.2. Hypothèse 2.

- **Questions 14 et 15:** L'intégralité des professionnelles interrogées travaille en réseau avec un centre hospitalier en cas de pathologie chez une patiente. Parmi elles, $\frac{3}{4}$ fonctionnent avec les deux types de structure (27), $\frac{1}{4}$ avec un centre hospitalier uniquement (7) et une seule avec un CHU uniquement.

Tableau 4: Travail en réseau et type de structure(n=35)

Type de structure Travail en réseau avec une structure hospitalière	Centre hospitalier uniquement	CHU uniquement	Centre hospitalier et CHU	Total
Oui	7	1	27	35
Non	x	x	x	0

- **Question 16:** Un peu moins de 1/6 des sages-femmes précisent avoir un support commun avec leur centre référent (6), celui-ci étant un dossier papier dans tous les cas.

Tableau 5: Support commun avec structure(s) référente(s) (n=34).

Type du support Support commun avec le centre référent	Dossier papier	Dossier informatique	Autre	Total
Oui	6	0	0	6
Non	X	X	X	28
Total	6	0	0	34

- **Question 24:** $\frac{3}{4}$ des sages-femmes (26) disent toujours travailler avec le même laboratoire pour les examens biologiques de leurs patientes (n=35).

- **Questions 26:** 5/7 des professionnelles travaillent avec une autre structure pour la préparation à la naissance (25). Ainsi, $\frac{3}{4}$ des sages-femmes dispensant elles-mêmes une préparation travaillent également avec une autre structure et $\frac{2}{3}$ des sages-femmes n'en dispensant pas.

Tableau 6: La préparation à la naissance (n=35).

Travail avec autre structure pour PN \ Dispensation de PN	Pas de réponse	Oui	Non	Total
Oui	0	6	2	8
Non	1	19	7	27
Total	1	25	9	35

PN= préparation à la naissance

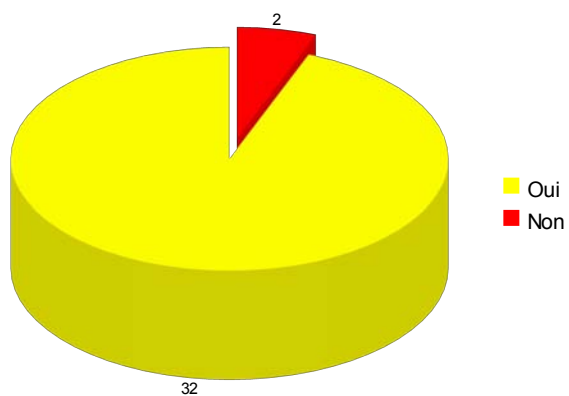
- **Question 27:** Le travail avec un collectif d'aide maternité est présent pour 33 sages-femmes sur les 34 ayant répondu à cette question (33 sur 34).
- **Question 30:** L'ensemble des sages-femmes affirme effectuer des accouchements en plateau technique; dont 8/16 sur 3 pôles ou plus (16), 7/16 sur 2 pôles (15) et 1/16 sur un seul pôle (2).

Tableau 7: La pratique en plateau technique (n=35).

Nombre de plateaux techniques \ Pratique en plateau technique	Non réponse	1	2	3 ou +	Total
Oui	2	2	15	16	35
Non	0	0	0	0	0
Total	2	2	15	16	35

- **Question 33:** Sur l'ensemble des sages-femmes ayant répondu (n=34), 32 sages-femmes disent accompagner leur patiente en cas de transfert. Plusieurs ont également précisé que le fait d'accompagner la parturiente ou non dépend de l'urgence et du motif.

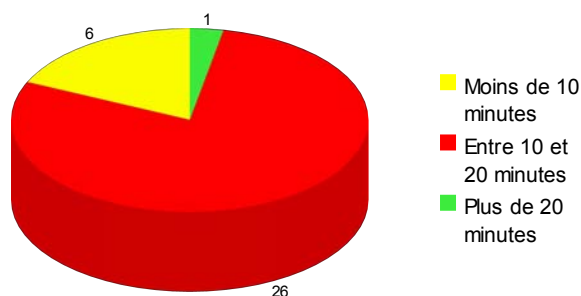
Graphique 13: Accompagnement de la patiente lors du transfert (n=34).



2.2.3. Hypothèse 3.

- **Question 19:** Le temps maximum entre le local professionnel et l'habitation des patientes est compris entre 10 et 20 minutes dans 8/10 des situations (26), moins de 10 minutes pour un peu moins de 2/10 et plus de 20 minutes dans une seule situation.

Graphique 14: Temps maximum cabinet / domicile de la patiente (n=33).



En ce qui concerne la distance maximum, elle est de 5 à 10 km pour 3/7 cas (12), de moins de 5 km dans 3/7 (11) et de plus de 10 km pour 1/7 (4).

Graphique 15: Distance maximum cabinet / domicile de la patiente (n=27).

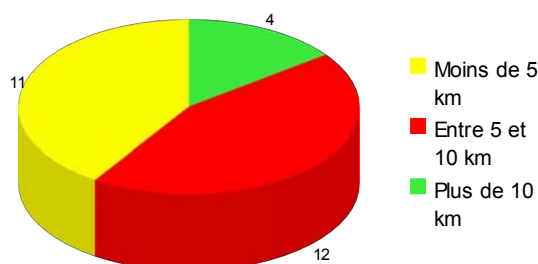


Tableau 8: Temps et distance maximum cabinet / domicile de la patiente (n=25).

Distance max. cabinet/domicile \ Temps max. cabinet/domicile	- de 5km	5 à 10km	+ de 10km	Total
Moins de 10 min	4	1	0	5
10 à 20 min	6	10	3	19
Plus de 20 min	0	1	0	1
Total	10	12	3	25

- **Question 34 et 35:** D'une part, la durée moyenne d'arrivée de l'ambulance au domicile de la parturiente est inférieur à 15 minutes pour 33 sages-femmes sur 34 et supérieure à 15 minutes pour une seule d'entre elles.

D'autre part, la durée moyenne de transport du domicile à l'hôpital concerné est compris entre 10 et 20 minutes dans 13/15 des situations (29), il est de moins de 10 minutes pour 1/15 (2) et de plus de 20 minutes 1/15 également (2).

Tableau 9: Durée moyenne d'arrivée de l'ambulance et du transport domicile/ centre hospitalier (n=34).

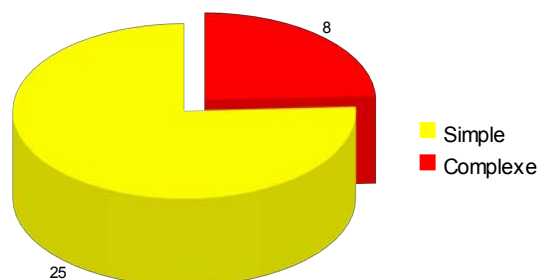
DM transport domicile /hôpital	Moins de 10min	10 à 20min	Plus de 20min	Total
DM arrivée ambulance au domicile				
Moins de 15min	2	29	2	33
Plus de 15min	0	0	1	1
Total	2	29	3	34

DM= durée moyenne

2.2.4. Pour finir...la parole aux sages-femmes.

- **Question 37: Qualifieriez-vous le travail en réseau pour la sage-femme de simple ou complexe? Pourquoi?**

Graphique 16: Le travail en réseau pour la sage-femme (n=33).



Trois quarts des sages-femmes estiment que le travail en réseau est simple et expriment plusieurs raisons:

- x **La facilité de travail avec la 2ème ligne.**
 - "La prise de contact est facile avec le niveau II quand nécessaire."
 - "Le système 1ère/2ème ligne fonctionne bien."
 - "Chacun possède sa spécialité et sa vision des choses ce qui permet d'arriver ensemble à un bon résultat."
 - "Le travail s'effectue toujours avec les mêmes instances ce qui permet de savoir précisément ce que l'on peut demander à chacun."
 - "Une bonne organisation autour du cabinet et le travail en réseau est facile avec le niveau 2."
- x **L'existence d'accords et protocoles avec les établissements.**
 - "Si des accords / contacts / protocoles existent tout se déroule bien."
 - "On sait à quoi s'attendre avec les partenaires car de bons accords et protocoles sont mis en place."

x **Les distances.**

- "De courtes distances."
- "Transfert facile, courtes distances."

Les sages-femmes estimant que le travail en réseau est complexe (1/4) le pensent car:

x **Les pratiques / protocoles diffèrent selon les établissements et professionnels.**

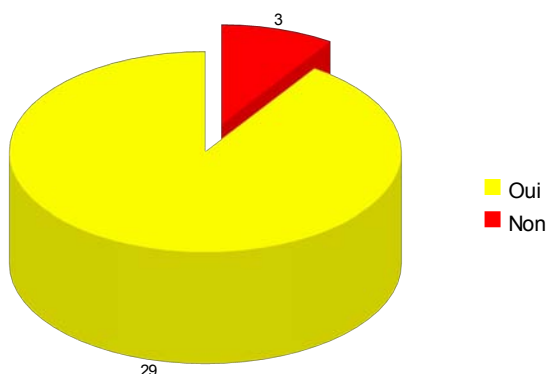
- "Les gynécologues ne connaissent pas toujours les compétences de la sage-femme."
- "Les hôpitaux ont souvent des changements de personnel donc c'est difficile de prendre les bonnes décisions."
- "Il existe des protocoles différents dans tous les hôpitaux."

x **Il existe une hiérarchisation du travail.**

- "La hiérarchie entre sage-femme et gynécologue n'aide parfois pas au travail en réseau."

- **Question 38: Pensez-vous que le travail de la sage-femme Néerlandaise doit servir pour le modèle Européen? Pourquoi?**

Graphique 17: Le travail de la sage-femme Néerlandaise doit-il servir pour le modèle Européen? (n=32)



5/6 des professionnelles pensent que le modèle néerlandais devrait servir de modèle pour l'Europe. Elles avancent les arguments suivants:

x Préserver la physiologie et éviter la médicalisation.

- "Pour la conservation de la grossesse et de l'accouchement physiologique."
- "Parfait d'avoir la 1ère ligne surtout quand le travail avec la 2ème ligne est facilité et souple."
- "Très positif que tout ce qui tourne autour de la grossesse et l'accouchement est vu comme quelque chose de normal et n'ayant une médicalisation que si nécessaire."
- "L'organisation de l'obstétrique de 1ère ligne est très bien mais l'accouchement à domicile n'est pas à intégrer obligatoirement."
- "La grossesse, l'accouchement et le post-partum sont vus comme physiologiques. Le suivi permet l'instauration d'une relation de confiance avec la femme et le transfert en milieu hospitalier est réalisé dès que nécessaire."
- "La physiologie est la base, la médicalisation est inutile."
- "La grossesse est un processus physiologique ne nécessitant pas une médicalisation inutile. Le travail est possible tant que les protocoles existent et que le transfert en 2ème ligne reste possible."

x La relation personnalisée avec la femme.

- "Soins personnalisés, pas de médicalisation inutile."
- "L'accompagnement est beaucoup plus personnalisé et convient aux souhaits des patientes."

x Permettre le choix du lieu d'accouchement aux femmes.

- "Donner le choix pour le lieu d'accouchement à la patiente."
- "Physiologie dans la 1ère ligne avec la possibilité de l'accouchement à domicile est une formule excellente et unique."
- "Possibilité d'accoucher à la maison dans son propre environnement et moins de médicalisation / interventions."
- "C'est très plaisant pour les femmes de pouvoir choisir leur lieu d'accouchement."
- "L'accouchement à domicile est unique et souhaité par les patientes malgré les informations négatives des médias récemment."

- x **Une autonomie dans le travail.**
 - "Travail autonome et beaucoup de physiologie."
 - "Autonomie et peu de médicalisation."

- x **La plaisance du travail.**
 - "Manière très plaisante de travailler."

- x **Un système adapté.**
 - "Bien mais à corrélérer avec les distances et l'organisation régionale."
 - "1ère ligne parfait quand physiologie, 2ème ligne pour pathologie."

Les professionnelles trouvant qu'il ne devrait servir de modèle pour l'Europe (1/6) avancent les arguments suivants:

- x **Impossibilité d'adaptation à un autre pays pour cause de logistique et de population.**
 - "Même si le modèle néerlandais est plaisant, il ne peut pas réellement être adapté à d'autres pays (distance/population...)."
 - "Situation unique avec une logistique pour l'accouchement à domicile qui est possible grâce aux courtes distances et ne pouvant pas être réalisé dans beaucoup d'autres pays"

- x **Mauvais résultats en terme de périnatalité selon les médias.**
 - "Pas selon les résultats de périnatalité publiés dernièrement par les médias mais possible pour certaines régions."

Partie 3

PARTIE 3: ANALYSE DES RÉSULTATS ET PROPOSITIONS.

3.1. Analyse des résultats.

3.1.1. Hypothèse 1, la pratique de la sage-femme.

« La pratique de la sage-femme de 1ère ligne Néerlandaise permet une prise en charge optimale, dans le respect de la physiologie, de la grossesse et de l'accouchement à bas risque obstétrical. »

L'enquête permet de réaliser le profil de la sage-femme de première ligne Néerlandaise, et la façon dont elle pratique sa profession au sein de son cabinet libéral, avec le fonctionnement de ce dernier et le suivi de la grossesse qu'elle offre à ses patientes.

- **Son profil:** C'est une sage-femme de sexe féminin, plutôt jeune, âgée de moins de 50 ans (et une moyenne d'âge comprise entre 31 et 40 ans). Elle est diplômée depuis moins de 10 ans et possède parfois une spécialisation, le plus souvent en échographie. Quelque fois elle a exercé un autre métier dans le domaine de la santé auparavant. Elle pratique à temps plein. Elle est propriétaire de son cabinet, qu'elle partage en association avec d'autres sages-femmes. Elle réalise le suivi d'environ 100 à 150 grossesses par an et accompagne 50 à 60 accouchements à domicile. Cette sage-femme pratique peu la préparation à la naissance mais lorsqu'elle en dispense celle-ci comprend du yoga, de l'information allaitement, de l'acupuncture, de l'haptonomie principalement.
- **Le fonctionnement du cabinet:** Le plus souvent, quatre sages-femmes ou plus pratiquent dans ce cabinet d'associées avec un secrétariat d'accueil. Le local se compose toujours d'une salle d'attente et d'une ou plusieurs salles de consultation mais plus rarement une salle dédiée aux échographies. En ce qui concerne l'équipement, il comprend dans tous les cas un sonicaid, souvent un échographe et parfois un appareil à quantification de l'hémoglobine *Hemocue* s'ajoutent à ce matériel. Pour les accouchements des patientes ou pour les urgences nécessitant l'intervention d'une sage-femme, le système de garde est adopté. En cas d'absence de longue durée, le poste vacant est assuré par une sage-femme remplaçante.

- **Le suivi des patientes:**

→ **La grossesse:** La loi n'impose pas la déclaration de grossesse, cette déclaration est du fait de la gestante. Le suivi de grossesse débute aux environs de 8 semaines d'aménorrhée. Il comprend 11 à 14 consultations pour une grossesse allant à terme: toutes les 4 semaines jusqu'à 24 SA, puis toutes les 3 semaines jusqu'à 30 SA, ensuite toutes les 2 semaines jusqu'à 36 SA en finissant par une par semaine jusqu'à terme. Lors de ces consultations, la femme est reçue seule ou en couple indifféremment, et le lieu préférentiel reste le cabinet.

En ce qui concerne les examens paracliniques, le suivi respecte la physiologie de la grossesse à bas risque. En effet, 2 échographies sont réalisées au cours de la grossesse. Un groupage sanguin rhésus, des RAI, un taux d'hémoglobine et des sérologies sont réalisés une fois chez chaque gestante, une glycémie est également effectuée, rarement un examen d'urine.

→ **L'accouchement:** La sage-femme est très présente auprès de sa patiente lors de son accouchement à domicile puisque la durée d'accompagnement est comprise entre 4 et 8 heures. Si un transfert en niveau supérieur s'avère nécessaire, elle accompagne la parturiente jusqu'au centre hospitalier concerné afin d'assurer la continuité de prise en charge.

→ **Le post-partum:** Dans les jours suivants son accouchement, la jeune maman a droit à un accompagnement de qualité et surtout qui perdure dans le temps. Ainsi, la sage-femme effectue au moins 2 visites chez sa patiente au cours des 48 premières heures du post-partum et la durée totale du suivi dépasse 7 jours.

Le postulat de la physiologie de la grossesse est ancré dans la culture et la pratique professionnelle néerlandaise de première ligne. Le suivi commence tôt, à 8 SA, la sage-femme accompagne et surveille attentivement la grossesse grâce à des consultations régulières. La fréquence des celles-ci augmente en s'approchant du terme, la sage-femme peut suivre de près sa patiente tout en respectant le déroulement normal de la fin de grossesse. La clinique est privilégiée et peu d'exams paracliniques systématiques sont réalisés, La sage-femme reste très présente auprès de sa patiente durant le processus d'accouchement, qu'il soit à domicile ou en plateau technique, présence qui persiste durant le post-partum au-delà d'une semaine.

La sage-femme de première ligne est donc une professionnelle jeune et dynamique et qui a eu une formation initiale axée sur le bas risque obstétrical. Elle est en formation continue régulière, formation continue obligatoire légalement et contrôlée tous les 5ans par leur inscription au *BIG-Register*. Elle effectue le suivi global jusqu'au post-partum de ses patientes, suivi possible grâce à:

- une sage-femme disponible 24 heures sur 24. Sa pratique en association assure un partage du suivi et des connaissances, permettant une prise en charge complète assurée uniquement par le cabinet, dans le cas du bas risque obstétrical.

- un cabinet centré sur les consultations de grossesse et un matériel permettant une prise en charge efficace, suffisante et respectant la physiologie.

- un nombre moyen de grossesses et accouchements par sage-femme compatible avec un accompagnement de qualité. Il lui permet d'être suffisamment présente auprès de chaque femme, selon ses besoins.

Au cours de mon stage de 2 semaines effectué dans 2 cabinets de première ligne en novembre 2010 (un de 4 sages-femmes et un de 9 sages-femmes), j'ai retrouvé exactement tous les éléments cités ci-dessus. Ils correspondent tout à fait au modèle typique de la prise en charge du bas risque obstétrical aux Pays-Bas. L'analyse révèle donc la réalité de fonctionnement du modèle néerlandais.

Je peux donc confirmer mon hypothèse de départ en ce qui concerne la pratique de la sage-femme dans le respect de la physiologie.

3.1.2. Hypothèse 2, le travail en réseau.

« La prise en charge du bas risque obstétrical aux Pays-Bas par la sage-femme de 1ère ligne est possible grâce au travail en réseau. »

L'enquête a permis d'étudier le réseau existant autour de la sage-femme de première ligne, et son *mode de pratique*.

L'intégralité des professionnelles travaille en association avec un hôpital en cas de découverte d'une pathologie. Elles pratiquent toutes en relation au minimum avec un centre

hospitalier et $\frac{3}{4}$ d'entre-elles en plus avec un centre hospitalier universitaire (celui-ci étant de niveau supérieur). Sur les 34 sages-femmes ayant répondu, 31 accompagnent systématiquement leur patiente en cas de transfert. Les autres ont indiqué que le fait d'accompagner la parturiente ou non dépend entre autre de l'urgence du transfert et ainsi que du motif évoqué.

La pratique en réseau cabinet / hôpital est donc un fait constant, avec l'accompagnement de la patiente par la sage-femme lors du transfert, qui peut ainsi laisser la compétence à l'échelon II en toute confiance et facilité.

La totalité des sages-femmes peut effectuer des accouchements sur 2 voire 3 pôles différents, en plateau technique. Ceci leur permet un lieu d'accouchement proche du domicile tout en ayant un plateau technique disponible dans le cas où le pôle choisit est déjà complet.

Le travail en réseau est donc primordial et il concerne tout le suivi des grossesses. Pour les examens biologiques 3 professionnelles sur 4 travaillent toujours avec le même laboratoire. La préparation à la naissance est rarement réalisée par les sages-femmes les besoins étant très divers. Les gestantes sont adressées à des structures spécialisées en relation avec le cabinet. Les sages-femmes, dispensant elles-mêmes une préparation, peuvent travailler dans ces structures.

Pour l'accouchement et le post-partum, il est encore en réseau avec un ou plusieurs cabinets d'aides maternelles.

Cependant, ce grand réseau présent autour de la sage-femme et de ses patientes présente un point faible: peu de sages-femmes possèdent un dossier commun avec leur(s) centre(s) référent(s). Le risque c'est la déperdition d'informations car si ce dernier existe ce n'est qu'un support en papier. La transmission de l'information est essentiellement orale.

Ainsi, le pilier central permettant l'organisation autour de la grossesse physiologique retrouvée aux Pays-Bas est le réseau et ce à tous niveaux de soins. Sans ce critère essentiel, la pratique actuelle de la sage-femme de première ligne ne saurait exister. En effet, la présence de ce maillage autour du niveau primaire de soin permet d'offrir aux gestantes: un suivi de qualité de sa grossesse physiologique centré sur un interlocuteur unique, un éventail de préparation à la naissance et le choix sur le lieu de l'accouchement.

Le deuxième critère important qui permet ce fonctionnement est l'appui de l'État Néerlandais. Toute grossesse classée à bas risque obstétrical entre dans la classification des soins de santé primaire. La loi sur l'assurance maladie de 1941 stipule qu'elle devra alors être prise en charge par un acteur de l'échelon I pratiquant des soins périnataux, la sage-femme de cabinet notamment. Si la patiente désire être suivie par un gynécologue obstétricien en dehors de toute pathologie, elle sera considérée comme sortant du parcours de soin, aucune prise en charge ne sera effectuée par l'assurance maladie.

L'accouchement à domicile est un acte pris en charge tout autant que l'accouchement en plateau technique effectué par la sage-femme. Dans le cas d'une hospitalisation, elle doit être justifiée sur le plan médical afin de rentrer dans le niveau de soin supérieur.

Il est dommage qu'un dossier commun entre les différents niveaux de soins ne soit pas d'actualité.

Cette étude confirme l'hypothèse du rôle primordial du travail en réseau mais celui-ci n'est possible que dans certaines conditions géographiques notamment, conditions apportées par l'hypothèse suivante.

3.1.3. Hypothèse 3, distances et temps de transport.

« Les distances et temps de transport des patientes compatibles avec une prise en charge rapide permettent ce mode de fonctionnement en réseau »

En première partie a été mis en avant que le modèle néerlandais était capable de fonctionner ainsi grâce à la faible distance entre domicile et hôpital et au fait qu'une ambulance peut rejoindre une urgence dans les 15 minutes.

Quelle est la réalité des distances et des temps de parcours pour la prise en charge des patientes?

- **Le parcours cabinet / domicile de la femme:** Le temps nécessaire entre le local professionnel et l'habitation des patientes est de 10 à 20 minutes dans la grande majorité des cas. Cela correspond à des distances toujours inférieures à 10km voir souvent

inférieures à 5km. Le rayon de pratique de la sage-femme englobe une population rapidement accessible depuis son lieu d'exercice.

- **La durée du transfert domicile / hôpital:** La durée moyenne, entre l'appel de la sage-femme et l'arrivée de l'ambulance au domicile de la parturiente, est inférieure à 15 minutes. La durée moyenne de transport du domicile au centre hospitalier concerné est de 10 à 20 minutes.

C'est une prise en charge rapide de la pathologie malgré le fait de la localisation à domicile. Mais elle implique une bonne capacité d'anticipation pour la sage femme soit 20 à 40 minutes.

Les résultats obtenus me permettent donc de confirmer mon hypothèse. La densité démographique et la configuration géographique de la région permettent cette adéquation temps et distance tant pour les accouchements simples que pour les urgences obstétricales.

3.1.4. L'opinion des sages-femmes.

Pour finir, le questionnaire a permis d'avoir l'avis des professionnelles concernant le travail en réseau et la promotion du modèle néerlandaise au niveau européen.

→ **LE TRAVAIL EN RÉSEAU:**

La majorité des sages-femmes aiment la simplicité du travail en réseau. Pour la facilité et la cohésion de travail avec la 2ème ligne puisque le travail et la spécialité de chacun des niveaux sont bien définis pour une prise en charge efficace. L'organisation efficace du cabinet et le travail constant avec les mêmes structures amènent une prise en charge simple et sûre, renforcée par les courtes distances et la facilité de transfert des patientes si nécessaire.

Le travail en réseau leur permet de prendre en charge leurs patientes en toute autonomie, une autonomie revendiquée et considérée comme importante par les professionnelles.

Cependant, certaines difficultés existent, elles sont dues aux pratiques ainsi qu'aux protocoles différents selon les établissements et professionnels rencontrés. Le lien entre le

cabinet et l'hôpital n'est pas simple; les acteurs du niveau 2 sont souvent peu impliqués dans le réseau et ne reconnaissent pas les compétences et les capacités de la sage-femme de première ligne.

→ **LA PROMOTION DES PRATIQUES:**

Pour la majorité de ces sages femmes, le modèle néerlandais autour de la grossesse physiologique devrait servir de modèle pour l'Europe la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont vus comme normaux, la physiologie en est la base avant tout.

Leur pratique instaure une relation personnalisée avec la femme, avec des soins et un accompagnement adapté. Le suivi global crée une réelle confiance entre la patiente et sa ou ses sages-femmes.

Le choix du lieu d'accouchement est unique en Europe, il est profondément ancré dans la culture Néerlandaise. Le domicile est un environnement très apprécié par les femmes, rassurant et sécurisant.

La sage-femme revendique le fait de pouvoir être une professionnelle médicale tout à fait autonome dans le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum à bas risque.

L'échelonnement des soins leur permet d'avoir une place bien définie dans le système obstétrical, sans aucune rivalité avec les autres professions médicales.

Néanmoins les sages femmes sont conscientes du particularisme de cette situation. La difficulté d'adaptation du modèle à un autre pays reste la géographie et densité particulières nécessaires au bon fonctionnement. Ce système ne pourrait être fonctionnel et sécuritaire sans cette organisation liée aussi à la culture néerlandaise et à l'histoire de la naissance. Il convient de rappeler que *Nederland* signifie avant tout « pays plat » et que c'est bien cette configuration particulière du pays, avec une absence de montagnes et lieux difficiles d'accès, qui permet ce modèle particulier.

3.2. Propositions et discussion.

LES PAYS-BAS:

L'analyse de l'enquête a permis de mettre en avant un point faible concernant le travail en réseau entre les différents professionnels: un manque de communication évident. La première ligne et la deuxième ligne fonctionnent parfaitement chacune de leur côté mais le lien entre les deux paraît difficile.

→ Lorsque les sages-femmes ont exprimé leur opinion concernant le travail en réseau, il apparaît que le transfert du suivi de la patiente rencontre des difficultés lorsque les professionnels de deuxième ligne ne semblent pas avoir une entière notion des compétences détenues par la sage-femme de niveau I. La méconnaissance des compétences et pratiques de la première ligne entraîne un manque de confiance dans les diagnostics posés. Or, rappelons le, les sages-femmes de niveau I sont des professionnelles tout à fait compétentes, dont la formation continue obligatoire permet d'être des spécialistes à jour dans leur domaine.

L'enquête a également montré qu'il existe un cloisonnement des structures. Il est souvent reproché aux acteurs de la deuxième ligne de ne pas s'impliquer dans le travail en réseau. Cette absence d'implication est due notamment au changement parfois fréquent d'équipes ainsi qu'à l'absence de protocoles de prise en charge. Tout cela altère la qualité du transfert et il paraît donc nécessaire d'harmoniser les pratiques et de créer des protocoles qui permettent une prise en charge claire, l'instauration d'une relation de confiance.

Un travail en partenariat entre les équipes de professionnels de la prise en charge de la grossesse afin d'établir des protocoles est donc nécessaire. Il permettrait d'impliquer tous les acteurs du réseau et de les sensibiliser sur l'importance du travail en collaboration. L'information de chacun sur les compétences et pratiques de tous pourrait prendre place au cours de ce travail.

→ La mauvaise communication entre le niveau I et le niveau II est due à un autre fait: l'absence de langage commun. Il a été mis en évidence qu'il n'existe que très peu de dossiers communs entre le cabinet de sage-femme de première ligne et le ou les centre(s) référent(s). La déperdition d'informations engendrée par ce fait est responsable d'une diminution de la qualité de

prise en charge des patientes ainsi que d'une incompréhension parfois présente entre les acteurs de soins. L'**introduction d'un dossier commun**, pourquoi pas au niveau informatique pour transmettre les données facilement en ligne, permettrait une meilleure prise en charge des patientes. Le transfert en deuxième ligne de soins obstétricaux est alors facilité grâce à ce langage commun. Tous les renseignements sont disponibles, sans oubli, et la transmission orale complète les informations.

Le manque de communication entre les différents niveaux et le manque d'implication dans le réseau de certains professionnels ont été mis en évidence par une polémique mise en exergue dans les journaux pendant mon stage aux Pays-Bas.

Des publications semant le doute auprès des Néerlandais, un fonctionnement apprécié de tous mais ne tenant parfois qu'à un fil [30] [31] :

Le 3 novembre 2010 est publiée par les médias une étude effectuée par le centre hospitalier universitaire d'Utrecht (annexe 11). Cette étude démontrerait le risque plus élevé de complications et surtout de mortalité périnatale lorsqu'une grossesse et un accouchement sont pris en charge par une sage-femme de première ligne par rapport à une prise en charge en niveau II. Cette publication a mis le chaos dans l'esprit des femmes enceintes de tous le pays car il semblait remettre en cause la sécurité de l'accouchement à domicile notamment. Or lorsque les associations de professionnels et notamment le KNOV ont regardé cette étude de plus près, des biais et des erreurs de comptage ont notamment été mis en évidence, ne la rendant effectivement pas représentative de la réalité de pratique. Mais elle a tout de même permis de remettre en avant le manque de communication qu'il existe parfois entre les acteurs des différents niveaux de soins, comme cité ci-dessus. C'est donc plus un dysfonctionnement du transfert de compétences plutôt qu'une insécurité du niveau I qui a été exprimé par le KNOV.

Pour conclure, même si le système de prise en charge du bas risque obstétrical aux Pays-Bas semble être parfaitement adapté au pays et intégré à la culture, rien n'est jamais acquis. C'est un jeu d'équilibre subtil entre la pratique en cabinet et la pratique hospitalière. Il suffit parfois d'une publication pour mettre le feu.

LA FRANCE:

Le modèle néerlandais serait-il adaptable au système français. Grâce à l'étude en première partie du fonctionnement du système de prise en charge ainsi que les résultats obtenus avec l'enquête, quels éléments et quelles propositions peuvent être formulées à cet égard.

→ Il paraît tout d'abord important de **définir les régions pouvant correspondre** aux Pays-bas tant en terme de densité de population, de topographie locale et de facilité de transport. Le système pourrait être transposable dans des régions dont la densité de population est plutôt élevée, puisque comme nous l'avons vu en première partie la densité moyenne est de 395 habitants au km² en Hollande alors qu'elle n'est qu'en moyenne de 110 en France. Cela correspondrait à des grandes villes et leur proche agglomération ou encore des régions telles l'Ile-de-France, le nord de la France, le sud-est (Lyon - Marseille) ou encore l'Alsace-Moselle (annexe 9).

Une densité de population n'est pas suffisante pour correspondre aux critères présents aux Pays-Bas, le « pays plat ». Le transport entre les différents points du réseau doit être facile et sans contrainte, afin de permettre une prise en charge rapide. Il paraît donc important d'exclure toutes les régions montagneuses, mêmes de petites montagnes. Ces régions, qui sont parfois tout de même peuplées, ne permettent pas d'avoir des durées de transport compatibles avec ce système de prise en charge.

Deux critères primordiaux sont donc nécessaires:

- une densité de population élevée, je proposerais supérieure à 250 hab/km².
- une région sans relief avec un réseau routier en bon état.

→ **Une densité élevée de cabinets de sages-femmes libérales** est également nécessaire afin de pouvoir prendre en charge correctement les patientes. Ce mode de pratique est en constante augmentation ces dernières années mais il reste à promouvoir. Le taux de cabinets des sages-femmes libérales est 4,5 fois plus élevé aux Pays-Bas qu'en France. Dans notre pays, moins de la moitié des départements possède plus de 39 cabinets de sages-femmes libérales pour 1 000 000 d'habitants (annexe 10).

La promotion des cabinets est un point clé afin de pouvoir élargir l'offre de soin. Nous sommes actuellement dans une politique de sorties précoces des maternités avec très souvent un relais

sage-femme libérale. Les jeunes mamans sont demandeuse de soins à domicile. L'accompagnement par une professionnelle leur permet un retour rassurant dans leur cadre de vie habituel. Il semble propice de profiter de cet élan pour ouvrir de nouveaux cabinets de sage-femme et pouvoir répondre à la demande croissante des maternités et des patientes.

→ **La formation des sages-femmes** peut également intervenir. La pratique en toute autonomie dans un cabinet libéral nécessite une continuelle mise à jour des connaissances. Comme nous l'avons vu en première partie, la sage-femme Néerlandaise a une obligation de formation continue, dont elle doit faire la preuve tous les 5 ans. Cette preuve lui est indispensable afin de pouvoir s'inscrire au registre qui leur permet d'exercer. Il paraît nécessaire de promouvoir l'utilité d'une formation continue dans notre métier. Elle permet d'offrir aux patientes une prise en charge sûre et de qualité. Avec la réforme actuelle des études de sage-femme, de nombreux diplômes universitaires sont ouverts aux professionnelles.

La formation initiale est aussi concernée. Celle-ci est basée aux Pays-Bas sur la prise en charge de la grossesse physiologique. Durant leurs 4 années d'études, les étudiants sont formés pour le suivi et l'accompagnement global du bas risque obstétrical. Ils sont sensibilisés sur l'importance du respect de la physiologie et la majorité des stages de formation se font aux seins des cabinets libéraux de première ligne. Profitons encore une fois de la réforme des études pour sensibiliser les étudiants Français à l'importance du suivi du bas risque obstétrical dans notre profession de sage-femme. Le nouveau programme ne pourrait-il pas inclure davantage de stages en cabinet libéral par exemple? Recentrer la formation sur le suivi global? Promouvoir ce type de pratique en montrant les compétences des sages-femmes et leur autonomie semble important. La grossesse physiologique est la base du métier, exploitons un maximum ce créneau.

→ **Le développement et la croissance de réseaux autour du cabinet**, entre les différents acteurs de la prise en charge de la femme enceinte, est nécessaire. Il a été vu précédemment que le travail en partenariat est un des points clés permettant le fonctionnement du système néerlandais. Il semble important de promouvoir le travail en réseau entre les sages-femmes / médecins généralistes / gynécologues-obstétriciens afin d'offrir une qualité de soins aux gestantes. Une communication claire et en toute confiance doit s'établir dans le maillage. Les compétences de chacun doivent être connues réciproquement. Cela permet à tous les

professionnels de travailler clairement ensemble.

Aux Pays-bas, le rôle de chaque professionnel dans la prise en charge des grossesses est définie légalement. La sage-femme (très rarement le médecin généraliste) est seule actrice dans le suivi du bas risque obstétrical. Toute sortie du parcours de soin par la patiente lui sera facturée. La sage-femme adresse sa « cliente » au deuxième échelon de soins (les gynécologues-obstétriciens notamment) dès qu'une pathologie est présente et que son suivi est alors hors de ses compétences. Chacun doit posséder sa place nette et précise dans le système de prise en charge de la grossesse, ce qui permet un accompagnement de qualité des gestantes.

En ce qui concerne la communication claire et précise entre le cabinet et les professionnels du centre hospitalier, un dossier commun semble nécessaire. Ce dossier, qui est à envisager au niveau informatique dans l'avenir, permet le transfert de toutes les informations nécessaires concernant la patiente, il est le langage commun entre les différents acteurs. Il est important qu'aucune déperdition de renseignements ne soit à déplorer durant le passage de la femme d'un niveau de soin à un autre, ce qui permet une prise en charge optimale.

Un des points importants nécessaire au bon fonctionnement du cabinet est également le réseau qu'il doit construire avec les professionnels de la ville. Ce réseau cabinet / ville comprend:

- les médecins généralistes des patientes. Les femmes ont souvent une relation de confiance installée depuis longtemps avec leur généraliste. Le travail avec celui-ci permet d'accompagner, de connaître au mieux les gestantes et de pouvoir les adresser à celui-ci pour toute la prise en charge hors du champ obstétrical, c'est-à-dire hors des compétences de la sage-femme.

- les laboratoires d'analyses médicales. Établir un maillage comprenant plusieurs laboratoires autour du cabinet est un bon moyen d'assurer le bon suivi biologique au cours de la grossesse. La sage-femme peut être contactée directement par le laboratoire en cas de pathologie chez une patiente et une confiance mutuelle s'installe entre les deux partenaires de travail.

Comme citées précédemment lors de la discussion sur le développement des cabinets, les sorties précoces de maternité sont d'actualité. La jeune maman se retrouve rapidement à domicile, souvent seule et perdue dans ce nouveau rôle qu'elle ne maîtrise pas. Il en est de même pour les multipares ayant accouché de jumeaux / triplés ou ayant eu des grossesses

rapprochées. Elles sont dans ce cas souvent débordées par toute la prise en charge que nécessitent leurs enfants. Un créneau de création d'activité se dessine devant nous: les collectifs d'aides maternelles comme il en existe aux Pays-Bas. Celles-ci, en association avec les sages-femmes libérales, peuvent prendre en charge et accompagner la jeune maman dans ses tâches quotidiennes, tant en ce qui concerne les soins au nouveau-né que l'entretien du domicile. L'exercice en partenariat sage-femme / aide maternelle permettra d'offrir aux femmes un accompagnement répondant à tous leurs besoins et dans la continuité du suivi global. Chaque professionnelle apporte ses compétences et interpelle l'autre sur les situations à risques ou nécessitant plus de suivi.

Afin de pouvoir adapter quelques points du système de prise en charge du bas risque obstétrical néerlandais au système français, il semble important de questionner la population française concernée par rapport à ses attentes envers ce type de fonctionnement ainsi que de voir si la culture permettrait de lui laisser une place comme on peut le voir aux Pays-Bas. D'autre part, il paraît aussi important d'interroger tous les professionnels français entourant la grossesse, surtout physiologique, sur leur vision d'une telle prise en charge, l'envie qu'ils auraient ou non de l'adapter à notre système et les possibilités offertes.

Il paraît nécessaire de tester la possibilité de mise en place de ce type de modèle dans notre pays. Une région telle Paris et sa grande couronne peut tout à fait correspondre aux différents critères indispensables au bon fonctionnement, sa densité de population, sa topographie, sa densité et ses possibilités médicales ainsi qu'un nombre de cabinets de sages-femmes assez élevé mais qui nécessiterait tout de même d'être augmenté.

CONCLUSION

Ce travail a permis de mettre en évidence la prise en charge du bas risque obstétrical comme elle l'est réalisée aux Pays-Bas. Il concerne le côté médical basé sur l'échelonnement des soins ainsi que le côté culturel particulier à ce pays. Mon étude a mis en évidence le respect de la physiologie tout au long de la grossesse et de l'accouchement par le suivi de la sage-femme, un modèle fonctionnant grâce à la topographie et densité particulière du pays et surtout grâce au maillage existant autour du bas risque obstétrical. Le point faible du fonctionnement en réseau a aussi été mis en lumière: le manque de communication entre les différents niveaux de soins, marquée notamment par l'absence d'un dossier commun aux structures.

Des propositions ont pu être formulées pour les Pays-Bas quant à ce point négatif ainsi que des propositions et une réflexion sur la possibilité de mise en place d'un tel modèle sur notre territoire.

Il serait intéressant d'avoir une région test afin de d'étudier la mise en place et la faisabilité d'un tel fonctionnement ainsi que sa qualité, et le ressenti des professionnels et des patientes.

Pour finir, je dirais que ce mémoire m'a beaucoup apporté sur le plan personnel, tant par la connaissance du modèle néerlandais que sur les points essentiels à considérer afin d'ouvrir un cabinet libéral en France, l'importance de posséder un réseau avec l'hôpital ainsi qu'avec la ville, et la considération des distances et temps de transport.

BIBLIOGRAPHIE

GLOSSAIRE DES ABRÉVIATIONS:

ATCD: antécédents

BIG: Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

CBS: Centraal Bureau voor Statistiek

DA: délivrance artificielle

Km: kilomètre

KNOV: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen

LBPS: Landelijk Bureau van Perinatale Sterfte

Nb: nombre

NIVEL: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Physio: physiologique

Patho: pathologique

PP: post-partum

RAS: rien à signaler

RU: révision utérine

SA: semaines aménorrhée

SF: sage-femme

VIL: Verloskundige Indicatie Lijst

SUPPORTS ÉLECTRONIQUES:

- [1] acegraphics.com.au/articles/smulders02.html consulté le 02/03/2010.
- [2] cbs.nl consulté le 27/10/2010.
- [3] cleiss.fr/docs/regimes/regime_paysbas.html consulté le 28/10/2010.
- [4] has-sante.fr/.../suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees consulté le 27/12/2010.
- [5] henw.org/archief/volledig/id3497-perinatale-sterfte-op-urk-eeen-audit.html consulté le 27/10/2010.
- [6] iiav.nl/epublications/iav_b00104022.pdf consulté le 27/10/2010.
- [7] insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo consulté le 02/11/2010.
- [8] inserm.fr/.../rapport-europeen-sur-la-perinatalite-la-france-comparee-aux-autres-pays-d-europe consulté le 09/03/2010.
- [9] nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M32_svk.htm consulté le 27/12/2010.
- [10] nivel.nl/beroepeninzorg consulté le 27/10/2010.
- [11] rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering consulté le 30/10/2010.
- [12] sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Sages_femmes.pdf consulté le 20/11/2010.
- [13] sante.gouv.fr/les-professions-de-sante-au-1er-janvier-2010.html consulté le 27/10/2010.
- [14] verloskunde-academie.nl consulté le 27/10/2010.
- [15] verloskunde-academie.nl/AVAG/Geschiedenis consulté le 27/10/2010.
- [16] wikipedia.org/wiki/France consulté le 09/03/2010.
- [17] wikipedia.org/wiki/Pays_bas consulté le 09/03/2010.

SITES INTERNET:

- [18] Site officiel du KNOV: knov.nl.
- [19] Site officiel du ministère de la santé des Pays-Bas, concernant les métiers de soins individuels: bigregister.nl.

OUVRAGES LITTÉRAIRES:

[20] AKRICH Madeleine, PASVEER Bernike, Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas, 1996, édition synthélabo, Collection les empêcheurs de penser en rond.

[21] PRINS M, ROOSMALEN Van. J, SCHERJON S, SMIT Y, Praktische verloskunde, Kern Boek, Edition Bohn Stafleu van Loghum, 2009

PUBLICATIONS OFFICIELLES:

[22] Commissie Verloskunde van het College voor zorgverzekeringen, KNOV, De Landelijke Huisartsen Vereniging, De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, Zorgverzekeraars Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Verloskundig Vademecum 2003, 2003.

[23] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, Les compétences des sages-femmes et le Code de Déontologie.

[24] KNOV, Beroepscode van Verloskundigen, 12 juin 2009.

[25] KNOV, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/Beroepsontwikkeling, Sonja Liefhebber, Corrie van Dam, Adja Waelpuut, Kern van de eerstelijns verloskunde. Beroepsprofiel van de verloskundige, Avril 2006

[26] KNOV, Sonja Liefhebber, Corrie van Dam, Adja Waelpuut, Beroepsprofiel verloskundige 2005, Décembre 2005

MÉMOIRES:

[27] REEP, Van de, Merle, Kracht en Kwetsbaarheid rondom Geboorte, Een studie naar de relatie tussen cultuur en beleving van zwangerschap en geboorte in Nederland,, Begeleider Anja Hiddinga, Universiteit van Amsterdam, Août 2010.

ARTICLES:

[28] BENOIT Cecilia, BOURGEAULT Ivy, SANDALL Jane, Van TEIJLINGEN Edwin R, De VRIES Raymond, WREDE Sirpa, Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone, Sociology of Health & Illness Vol. 27 No. 6 2005 pp. 722–737, Blackwell Publishing Ltd.

[29] BENOIT TRUONG CANH Marianne, REGNAULT Julie-Jeanne, Visite de l'ordre des sages-femmes aux Pays-Bas: coup de projecteur sur un modèle unique, Contact sages-femmes n°24 juillet 2010.

- [30] BUITENDIJK S.E, JONGE De. A, MOL B.W.J, NIJHUIS J.G, Thuisbevalling niet verantwoordelijk, Medisch Contact, n°45, novembre 2010.
- [31] EFFTING Maud, Babysterfte hoog door falend systeem, Volkskrant, 3 novembre 2010.
- [32] JONGMANS Lidewidje, Naître dans l'eutocie à l'aube du IIIème millénaire, Profession sage-femme n°75, Mai 2001.
- [33] JONKERS Henny, L'obstétrique aux Pays-Bas. Place de la sage-femme, Les dossiers de l'obstétrique n°237, Mars 1996.
- [34] TUYL Van, Thea, Home birth in Holland, présenté lors du meeting de l'ENCA (European Network of Childbirth Associations) en mai 2008.

TEXTES LÉGISLATIFS:

- [35] STAATSCOURANT Nr. 76 22 april 2009 Officiële uitgave van het Koninkrijk der Nederlanden sinds 1814. Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 9 april 2009, nr. MEVA/BO-2911171, houdende aanwijzing van apparatuur, geneesmiddelen en middelen behorende tot het deskundigheidsgebied van de verloskundige (Regeling nadere uitwerking deskundigheidsgebied verloskundige 2008).
- [36] WETBOEK, Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Wet van 11 november 1993, houdende regelen inzake beroepen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, artikel 36.
- [37] WETBOEK, Wet- en regelgeving, Besluit van 3 juli 2008, houdende regels inzake de opleiding tot en de deskundigheid van de verloskundige, artikels 3, 4, 5, 6.

Image de couverture (origine): borriquito.skynetblogs.be/tag/zwanger consulté le 07/03/2011.

Annexes

ANNEXE I: **Organisation de la protection sociale aux Pays-Bas** [3] [11] [29].

Le système de protection sociale des Pays-Bas se base sur deux sortes d'assurances distinctes.

La première est l'assurance nationale régie par les lois générales, qui couvre l'ensemble de la population:

- la loi générale sur l'assurance vieillesse (AOW)
- la loi générale sur l'assurance survivants (ANW)
- la loi générale sur les frais spéciaux de maladie (AWBZ)
- la loi générale sur les soins de santé (ZVW)
- la loi générale sur les allocations familiales (AKW)

Le *basispakket*, cotisation d'assurance de base, ne couvrant pas tous les soins médicaux (sauf pour les moins de 22ans), toute personne a la possibilité de cotiser à une assurance supplémentaire nommée *aanvullende verzekering* (*Zilverenkruis*, CZ...) qui permet notamment de prendre en charge les soins dentaires et les médecines alternatives.

Depuis le 1er janvier 2006, la loi générale sur les soins de santé a réformé le système des soins de santé et a rendu l'affiliation obligatoire pour tous, obligation qui concerne toutes les personnes qui ont atteint l'âge de quinze ans et qui n'ont pas soixante-cinq ans, habitant aux Pays-Bas ou celles qui ne résident pas au Pays-Bas, mais qui sont assujetties au régime néerlandais des impôts sur le revenu (malgré tout il subsiste 150000 personnes non assurées). Cette assurance offre un panel de soins comprenant les soins médicaux, l'hospitalisation, les soins dentaires, les produits pharmaceutiques et les frais de transport. Ce régime est financé par les cotisations salariales et par des primes mensuelles dont le montant est de 95€ par personne .

D'autre part, depuis le 1er janvier 2009, les assurés doivent toutefois financer eux-mêmes une franchise obligatoire annuelle de 165 euros (augmentée à 170€ au 1er janvier 2011) perçue par la caisse de maladie (franchise ne concernant pas les soins dispensés dans le cadre de l'assistance à la maternité, de la médecine générale et les soins dentaire des moins de 22 ans).

La seconde est l'assurance pour les personnes salariées. Cette dernière est constituée de la loi sur les indemnités de maladie (ZW), la loi sur le travail et les revenus selon la capacité de travail (WIA) et la loi sur l'assurance chômage (WW= *werkloosheidswet*). En ce qui concerne cette seconde assurance, il existe également une obligation d'affiliation. Elle couvre, comme son

nom l'indique, les salariés dont le contrat de travail en question est conforme au droit civil (article 1637a du Code Civil).

L'application des différentes lois concernant la protection sociale est gérée par:

- la banque des assurances sociales.
- l'institut de gestion des assurances des salariés.
- la caisse d'assurance maladie.
- les compagnies d'assurance privées (*Zilverenkruis, CZ...*).
- le service social municipal.

ANNEXE II: La formation Initiale [14] [18].

Les candidats au concours d'entrée doivent être en possession, au minimum, du havo-diploma biologie en scheikunde, diplôme équivalent au baccalauréat scientifique français.

La sélection se fait sur dossier après une épreuve écrite, une épreuve orale et un test nommé SQ-test (littéralement, test d'intelligence sociale) et tirage au sort si trop de dossiers retenus. Les personnes sélectionnées se voient alors attribuer un centre d'enseignement situé à Maastricht (219 étudiants), Rotterdam (205 étudiants), Amsterdam (212 étudiants) ou Groningen (146 étudiants, étant une dépendance de l'académie d'Amsterdam).

La formation est ensuite réalisée dans l'académie attribuée et contient une suite de périodes de cours et de stages (répartis à 50 pour cent pour chaque), elle est dispensée sur 2 phases, la première d'un an, la seconde de trois ans.. Les exigences de celle-ci ont été redéfinies en 2008 dans le *Besluit opleidingseisen en deskundigheidsgebied*.

A la fin de la formation, après validation, l'étudiant se voit remettre son diplôme Bachelor in Verloskunde.

Programme des études:

	Unité 1	Unité 2	Unité 3	Unité 4
1ère année	Orientation et conseils (pré-conception)	Grossesse (prénatal)	Accouchement (natal)	Post-partum et suites de couches (postnatal)
2ème année	Sélection du risque	Prévention	Croissance, développement, pratique quotidienne	Croissance, développement, pratique quotidienne

	Semestre 1	Semestre 2
3ème année	Stage + Projet+ Champ de connaissances	Stage+ Projet+ Champ de connaissances
4ème année	Stage+ Projet+ Champ de connaissances	Champ de connaissances+ Stage+ Recherche

1.2. Gynécologiques.

Chirurgie du périnée (prolapsus, fistule, déchirure type 3...)	A/C
Carcinome	C
Conisation	B
Myomectomie de fibrome sous-séreux	A
Myomectomie de fibrome sous-muqueux ou intramural	C
Frottis cervico-vaginal anormal	A/B
Exposition au distilbène	B
Présence d'un DIU	B
Infertilité	A
Fracture du bassin	A
Malformation anatomique	A/B

1.3. Obstétricaux

Immunisation (rhésus, kell, duffy, kidd)	C
Immunisation groupe sanguin	A
HTA gravidique	A
Pré-éclampsie, éclampsie, HELLP syndrome	B
Fausses couches multiples	A
Accouchement prématuré \leq 33SA	C
$>$ 33SA	A
Béance cervicale et/ou cerclage avant 37 SA	C
après 37 SA	A
Placenta praevia	C
Extraction instrumentale (forceps, ventouse)	A
Césarienne suivie de grossesse avant 37 SA	A
suivi après 37 SA	C
accouchement	C
RCIU	C
Asphyxie néonatale	B
Décès foetal/néonatal	B
Malformation congénitale	B
Hémorragie du post-partum suite à épisiotomie	A
Hémorragie du post-partum par déchirure cervicale	D
Hémorragie du post-partum autre origine ($>$ 1000cc)	D
DA pour non décollement simple	D
pour placenta accreta	C
Déchirure complète compliquée	A/C
Section de la symphyse	A
Dépression du post-partum	A
Psychose puerpérale	A
Grande multipare ($>$ 5)	A
Dépassement de terme	A

MFIU	C
Utérus avec myomes multiples	B

III. Anomalies durant le travail et /ou l'accouchement.

Malposition foetale	C
Souffrance foetale aigue	C
Mort foetale péri-partum	C
RPM >24H sans début de travail	C
Stagnation de la dilatation	B
Non progression de la présentation	C
Hémorragie anormale durant le travail	C
Placenta praevia	C
Non décollement total/partiel du placenta	C
Déchirure complète/compliquée	C
LA méconial	C
Fièvre	C
Analgésie/anesthésie	B
Hématome vulvaire	C
Symphysiolyse	B
Grossesse et travail non suivis	C

IV. Anomalies du post-partum.

Eclampsie, suspicion de HELLP syndrome	C
Thrombose veineuse profonde	C
Psychose puerpérale	B
Métrorragies en quantité anormale	C
Nécessité hospitalisation du nouveau-né	C

ANNEXE IV: Examens paracliniques au cours de la grossesse.

La première consultation: De Intake		<ul style="list-style-type: none">• échographie de datation• groupe sanguin /rhésus/ RAI• glycémie à jeun• sérologies HIV, hépatite B, rubéole, syphilis
Le 1er trimestre	Entre 11SA et 13SA+6 jours	<ul style="list-style-type: none">• triple test de dépistage du risque de la trisomie 21 (proposé)
Le 2ème trimestre	20SA	<ul style="list-style-type: none">• échographie morphologique (proposée)• taux d'hémoglobine pour la population à risque (1)
	26SA	<ul style="list-style-type: none">• glycémies à jeun et/ou post-prandiales pour la population à risque (2)
Le 3ème trimestre	30 SA	<ul style="list-style-type: none">• taux d'hémoglobine +/- RAI si rhésus négatif
	Vers 36SA	<ul style="list-style-type: none">• recherche du streptocoque B chez les patientes à risque (3)• échographie de présentation (selon la pratique de la sage-femme)

(1) adolescente, grossesse multiple, mauvaise alimentation, grossesses espacées de moins d'un an.

(2) IMC>30, antécédents personnels et familiaux de diabète, accélération de la croissance fœtale, excès de liquide amniotique.

(3) patientes ayant présenté 3 infections urinaires ou plus lors de la grossesse actuelle.

ANNEXE V: Nécessaire pour l'accouchement à domicile.

Pour toute grossesse suivie par une sage-femme, la patiente doit avoir préparé sa maison pour un éventuel accouchement à domicile à partir de 37SA même si elle souhaite accoucher en plateau technique. La femme doit se munir du *kraampakket* (paquet d'accouchement), avoir préparé son lit en le surélevant au minimum de 70cm notamment à l'aide de pieds, protéger le matelas, avoir également à portée de main: deux seaux, un tabouret, une lumière orientable.

Le *kraampakket* se compose généralement de:

- un protège matelas en plastique
- un tapis
- du savon désinfectant
- des absorbex
- des clamps ombilicaux
- des couches pour bébé
- des compresses stériles
- des protections féminines
- un flacon d'alcool
- du coton.

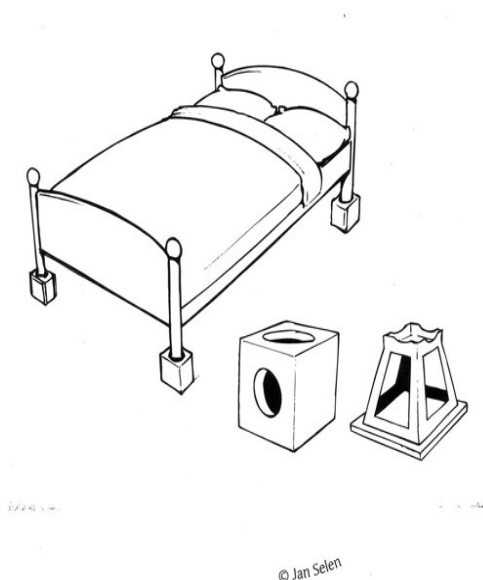


Image 1: Les *klossen*.

(1) levenslangwonen.info/levenslangwonen/public/nl/page.asp?id=92



Image 2: Le *kraampakket*.

(2) babykraamtijd.nl/kraamproducten/categorie/huidverzorging

ANNEXE VI: Questionnaire d'enquête, traduction française.

VOUS ET VOTRE EXPÉRIENCE:

1. Votre âge: 20 à 30 ans 31 à 40 ans 41 à 50 ans 51 ans ou plus
2. Votre sexe: Masculin Féminin
3. Diplômé(e) depuis: - de 10 ans 10 à 20 ans + de 20 ans
4. Autres diplômes de spécialisation:.....
5. Nombre de grossesses que vous avez suivies en 2008: en 2009:

VOTRE PRATIQUE:

6. Vous pratiquez: En remplacement Salariée en cabinet
 Propriétaire du cabinet
7. Celui-ci est: Personnel Partagé avec: 1 autre professionnelle 2 3 ou +
8. Votre temps de travail: Temps plein Temps partiel
9. Votre revenu mensuel moyen:€

Si vous pratiquez en remplacement, le questionnaire est terminé, merci de votre aide.

10. En cas d'absence (maladie, congé...), votre remplacement est effectué par:
 Une collègue du cabinet Sage-femme remplaçante Un autre cabinet
11. Quelle organisation mettez-vous en place lors d'un accouchement / urgence:
 Système de garde Report des RDV Remplacement par des collègues
12. Votre local professionnel se compose-t-il (plusieurs réponses possibles):
 D'un accueil D'une salle d'attente D'une salle de consultation
 D'une salle pouvant accueillir plusieurs personnes Autre précisez:.....
13. Quel matériel équipe votre cabinet:
 Cardiotocographe Échographe Sonicaid Dynamap
 Autre précisez:.....

LE RÉSEAU :

En cas de grossesse pathologique:

14. Travaillez-vous en réseau avec une structure hospitalière: Non Oui
15. Le travail en réseau se fait avec: Un centre hospitalier Et/Ou Un CHU

16. Possédez-vous un support commun d'information (pour cette grossesse ci) avec la structure de référence: Non Oui
Si oui, lequel: Dossier papier Dossier informatique Autre:.....

L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTES:

• POUR LA GROSSESSE:

17. Vous recevez la femme: Seule En couple Autre précisez.....
18. Dans quel lieu: Au cabinet Au domicile Aux deux indifféremment
19. Quel est le temps/distance maximum entre votre cabinet et le domicile de vos patientes: - de 10 min 10 à 20 min 20 min et +
 - de 5 km 5 à 10 km 10 km et plus
20. Le début du suivi de grossesse débute environ à:semaines d'aménorrhée
21. En moyenne, combien de consultations a une patiente pour une grossesse?
 - de 5 5 à 8 8 à 11 11 à 14 + de 14
22. Le nombre d'échographies réalisées en moyenne est: 1 2 3 ou +
23. Quels sont les examens systématiquement réalisés:
 Grpe sanguin/Rhésus RAI
 NF et/ou glycémie Si oui, combien de fois: 1 2 3 ou +
 Sérologies Si oui, combien de fois: 1 2 3 ou +
 Examens d'urines Si oui, combien de fois: 1 2 3 ou +
24. Pour le suivi biologique, travaillez-vous toujours avec le même laboratoire d'analyses médicales: Non Oui
25. Votre cabinet dispense-t-il de la préparation à la naissance:
 Non Oui, lesquelles: Yoga Allaitement Haptonomie
 Gym Piscine Acupuncture
 Autre:
26. Travaillez-vous avec une autre structure pour celles que vous ne pouvez dispenser au cabinet: Non Oui

POUR L'ACCOUCHEMENT:

27. Vous travaillez en réseau avec un collectif d'aides-maternité: Non Oui
28. Le nombre d'accouchements à domicile que vous avez réalisé est:
en 2008: en 2009:
29. Quelle est la durée moyenne d'une intervention pour un accouchement à domicile: - de 4h 4 à 8h + de 8h

30. Pratiquez-vous aussi en plateau technique: Non
 Oui avec combien: 1 2 3 et +
31. Lors des 48h suivant l'accouchement, vous allez voir la patiente en moyenne:
 Une seule fois 2 fois Plus
32. Quelle est la durée moyenne du suivi en post-partum:
 - de 5 jours 5 à 7 jours + de 7 jours

En cas nécessité de transfert

33. Accompagnez-vous la patiente: Non Oui
34. Quel est le temps moyen d'arrivée de l'ambulance au domicile d'une patiente:
 <15min >15min
35. Quelle est la durée moyenne du transport entre le domicile et l'hôpital:
 <10min 10-20min >20min
36. Combien de transferts avez-vous eu lors de vos accouchements
en 2008: en 2009:

POUR FINIR...

37. Qualifieriez-vous le travail en réseau pour la sage-femme de:
 Simple Complexe

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

38. Pensez-vous que le travail de la sage-femme Néerlandaise doit servir pour le
modèle Européen? Non Oui

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

Si vous souhaitez laisser un commentaire ou pensez que j'ai pu oublier une chose importante:

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

ANNEXE VII: Questionnaire d'enquête en néerlandais.

U EN UW ERVARINGEN:

1. Uw leeftijd: 20 à 30 jaar 31 à 40 jaar 41 à 50 jaar 51 jaar of meer
2. Uw geslacht: Man Vrouw
3. Gediplomeerd sinds: – dan 10 jaar 10 a 20 jaar meer dan 20 jaar
4. Andere gespecialiseerde diploma's:
5. Aantal zwangerschappen (ongeveer) in 2008:..... in 2009:

Uw WERKWIJZEN:

6. U werkt: als waarneemster in dienst van een praktijk
 als eigenaar van praktijk
7. In deze praktijk, werkt U: alleen
 met meerdere: 1 andere VL 2 3 of +
8. U werkt: fulltime parttime
9. Uw gemiddelde salaris per maand:€

Indien u werkt als waarneemster, is voor u deze enquête beëindigd, waarvoor mijn hartelijke dank!

10. In geval van afwezigheid (ziekte, verlof...) maakt u gebruik van:
 een collega uit de praktijk een waarneemster een andere praktijk
11. Hoe handelt u in geval van een bevalling/spoedgeval:
 dienstdoende verzetten van de afspraken vervanging door collega's
12. Uw praktijk heeft (meerdere antwoorden mogelijk): een receptie
 een wachtkamer 1 of meerdere spreekkamers
 een cursus lokaal andere nl.:
13. Waarmee is uw praktijk uitgerust: CTG Echoscopes Doptone
 Automatisch bloeddrukmeter andere nl.:

HET NETWERK :

In geval van pathologische zwangerschap:

14. Werkt U samen met een ziekenhuis: Nee Ja
15. Het netwerk vindt plaats met een (meerdere antwoorden mogelijk) :
 normaal ziekenhuis academisch ziekenhuis
16. Heeft U een dossier samen met bovenstaande: Nee
 Ja: per informatica papier andere:

DE BEGELEIDING VAN DE PATIENTE:

• Tijdens de zwangerschap:

17. U ontvangt de vrouw meestal: alleen met man anders nl.:
18. Waar: in de praktijk bij de vrouw in huis beide
19. Wat is de maximale afstand/tijd tussen uw praktijk en de patiënte:
 – dan 10 min 10 à 20 min 20 min of meer
 – dan 5 km 5 à 10 km 10 km of meer
20. Aanvang van 1e zwangerschapscontrole bij: weken amenorhoe
21. Gemiddelde aantal consultaties bij een volledige zwangerschap:
 – dan 5 5 à 8 8 à 11 11 à 14 meer dan 14
22. Gemiddelde aantal echografie bij uw patiënten: 1 2 3 of meer
23. Wat zijn de standaard onderzoeken:
 bloedgroep/rhesusfactor bloedgroepantistoffen
 Hb en/of suiker Zo ja, hoeveel keer 1 2 3 of meer
 serologies Zo ja, hoeveel keer 1 2 3 of meer
 urine Zo ja hoeveel keer 1 2 3 of meer
24. Voor de biologische onderzoeken, werkt U altijd met dezelfde laboratorium:
 Nee Ja
25. Verstreekt uw praktijk zwangerschaps cursussen:
 Nee Ja: welke: yoga lactatie haptonomie
 gym zwemmen acupunctuur
 andere:
26. Werkt uw praktijk ook met andere organisaties voor de cursussen: Nee Ja

• Tijdens de bevalling:

27. Werkt U samen met een of meerdere kraamverzorgsters praktijken:
 Nee Ja
28. Wat is uw aantal thuisbevallingen geweest: in 2008: in 2009
29. Hoe lang bent U gemiddeld bezig voor een thuisbevalling:
 <4 uur 4 à 8 uur >8 uur
30. Werkt U ook met een polikliniek voor bevallingen: Nee
 Ja, hoeveel: 1 2 3 of +
31. Hoeveel keer gaat U gemiddeld op bezoek bij de patiënte tijdens de 48uur na de bevalling: één keer 2 keer meer
32. Hoe lang ongeveer zorgt U nog voor de patiente na de bevalling:
 – dan 5 dagen 5 à 7 dagen meer dan 7 dagen

In geval van ziekenhuisopname (2e lijn) tijdens en thuisbevalling:

33. Gaat U met de patiënte mee: Nee Ja
34. Hoe lang duurt het voor dat de ambulance thuis is: <15 min >15 min
35. Wat is de gemiddelde reisduur van en patientes huis naar ziekenhuis:
 <10 min 10-20 min >20 min
36. Hoeveel 2e lijns opnamens tijdens de bevalling heeft U gehad:
in 2008:..... in 2009:.....

Tot slot...

37. Vindt U het werken met het netwerk rondom zwangerschap en geboorte:
 makkelijk ingewikkeld

Waarom?.....
.....
.....
.....
.....
.....

38. Vindt U dat het werk van een Nederlandse verloskundige een voorbeeld moet zijn voor Europa: Nee Ja

Waarom:
.....
.....
.....
.....

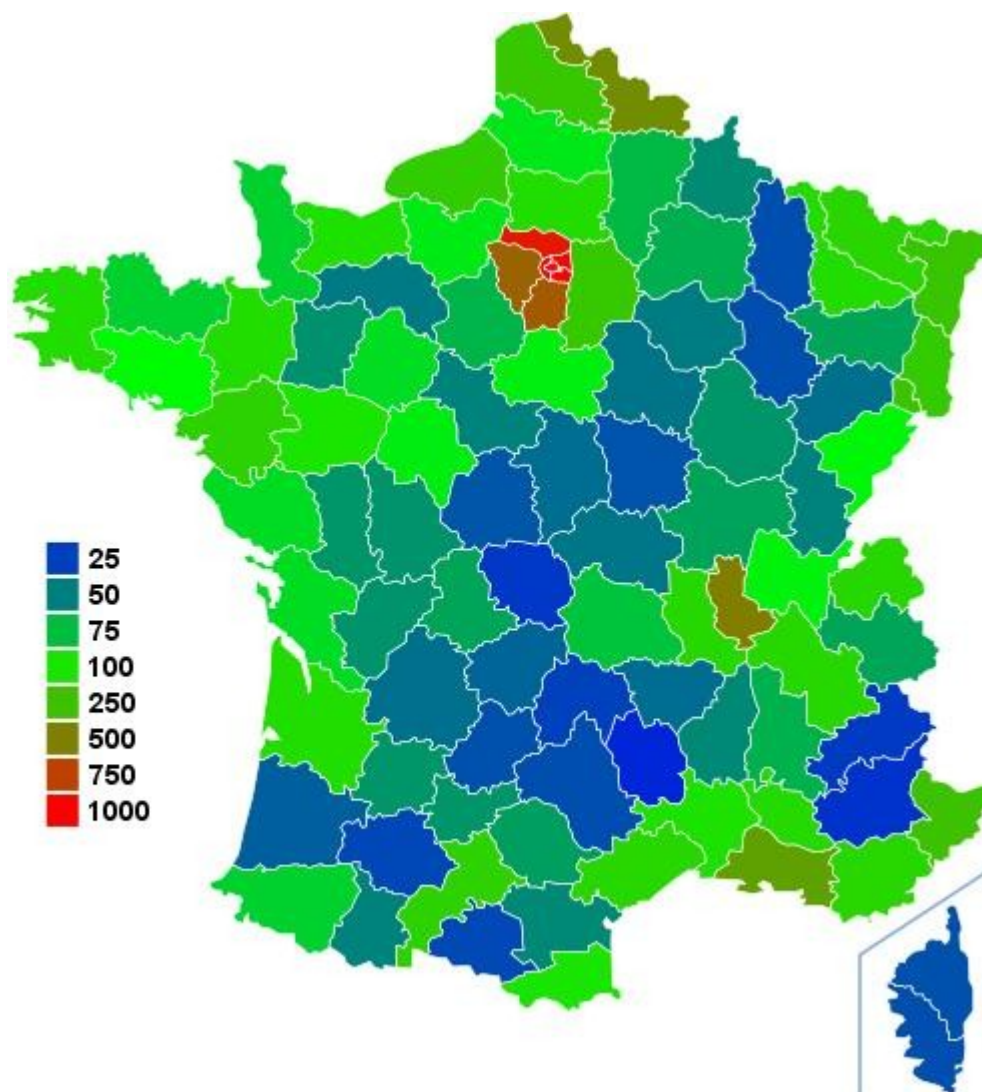
Wenst U nog iets aan te vullen op deze enquête of denk U dat ik iets belangrijks heb vergeten:

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

ANNEXE VIII: Lieux d'enquête

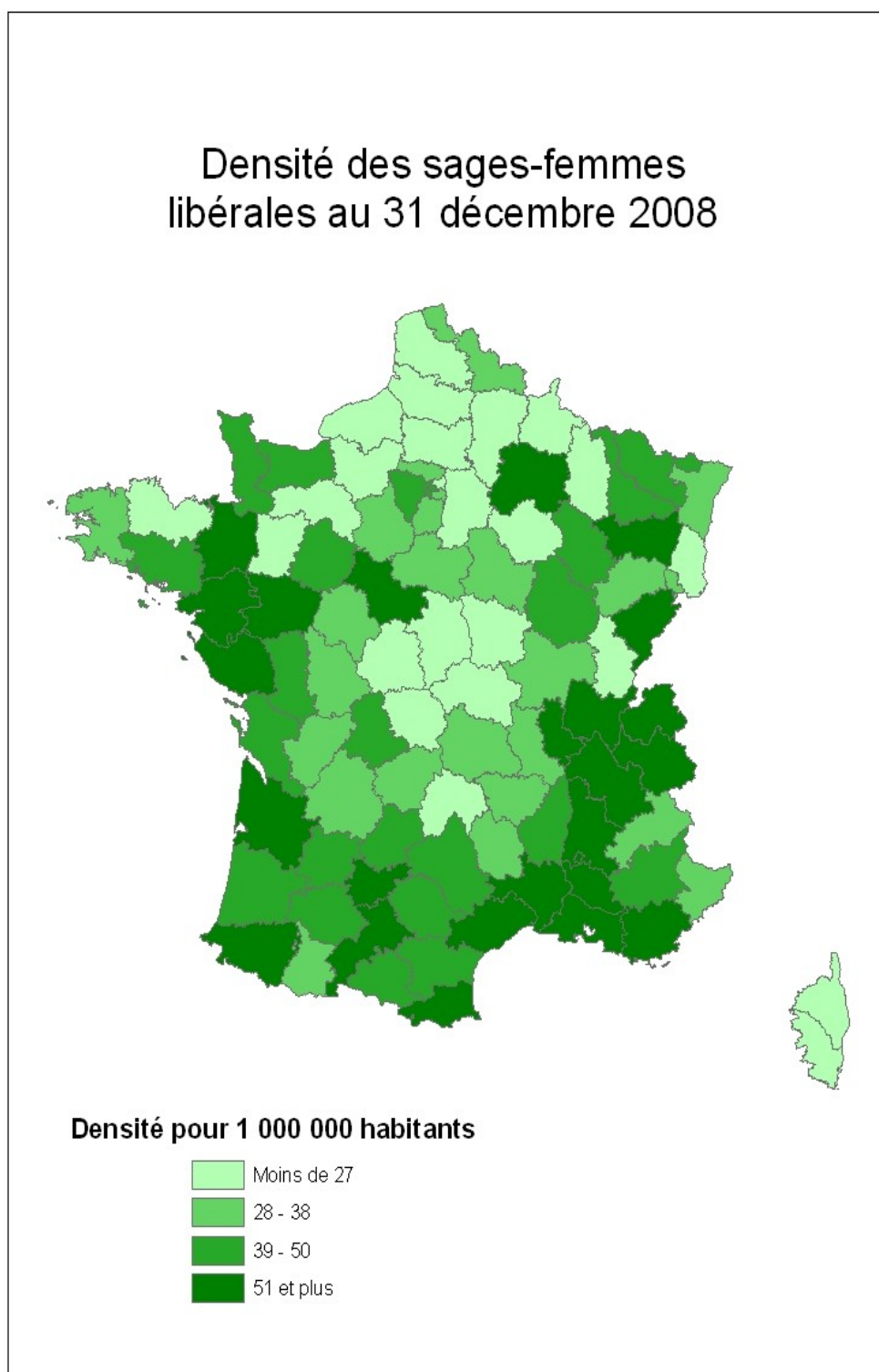


ANNEXE IX: *Densité de population par département. (hab/km²)*



sur: cartesfrance.fr/geographie/cartes-population/densite-population-departement.html consulté le 20/02/2011.

ANNEXE X:



Compte-rendu de l'audition des Sages-femmes du 7 avril 2010, source CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés).

sur: sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Sages_femmes.pdf
consulté le 20/11/2010.

Babysterfte hoog door falend systeem

Maud Effting – 03/11/10, Volkskrant.

Een pasgeboren baby. © Marcel van den Bergh/ de Volkskrant

AMSTERDAM - Vrouwen die hun bevalling beginnen bij de verloskundige lopen meer risico dan vrouwen die beginnen bij de gynaecoloog. Wanneer vrouwen bij de verloskundige met hun bevalling beginnen, hebben ze ruim twee keer zo veel kans dat hun baby overlijdt als vrouwen die beginnen bij de gynaecoloog.

Als een vrouw tijdens een thuisbevalling naar het ziekenhuis moet, of wordt overgedragen aan de gynaecoloog, is de kans dat haar baby overlijdt zelfs bijna vier keer zo hoog.

Dat blijkt uit onderzoek van het UMC Utrecht, dat vandaag wordt gepubliceerd door het *British Medical Journal*. Nederland kampt al jaren met een relatief hoge babysterfte. Met de nieuwe cijfers worden de tekortkomingen van het systeem blootgelegd.

Vraagtekens

De onderzoekers zetten grote vraagtekens bij het huidige systeem, waarin verloskundigen en gynaecologen gescheiden werken.

'Op het moment dat er iets misgaat bij de verloskundige, heb je een langere weg te gaan dan wanneer het misgaat bij de gynaecoloog', zegt neonatoloog en onderzoeker Hens Brouwers van het UMC Utrecht. 'Als er maar één systeem was, zou het sneller gaan', zegt onderzoeker en gynaecoloog Anneke Kwee.

'Nu treedt er vertraging op.' Dat de kans op overlijden van de baby hoger is bij vrouwen die de bevalling beginnen bij de verloskundige, is opmerkelijk. Verloskundigen begeleiden in principe alleen bevallingen die worden beschouwd als relatief risicoloos. Bij de gynaecoloog komen de riskante bevallingen. 'Op basis daarvan hadden de cijfers eigenlijk omgekeerd moeten zijn', zegt Kwee.

Nederland heeft al jaren bijna de hoogste babysterfte van Europa: ongeveer 1 op de 100 baby's sterft rond de geboorte. Alleen Frankrijk en Letland zitten hoger.

Eén afdeling

De oplossing ligt volgens de onderzoekers niet in het laten bevallen van alle vrouwen bij de gynaecoloog. Kwee: 'Je zou moeten onderzoeken of het werkt om alle vrouwen in het ziekenhuis of in een geboortecentrum te laten bevallen. Met één afdeling waar elke bevalling plaatsvindt, ongeacht hoge of lage risico's. Op zo'n afdeling moeten zowel verloskundigen als gynaecologen rondlopen. Zodra er iets misgaat, is er geen afstand meer.'

Een andere mogelijkheid is om alle bevallingen van het eerste kind in het ziekenhuis te laten gebeuren, zegt Brouwers: 'Zoals de cijfers nu zijn, ben je geneigd om alle bevallingen van het eerste kind in te schatten als hoog-risico/bevallingen.'

Résumé

Mes origines Néerlandaises m'ont toujours donné un intérêt certain pour le monde entourant la naissance aux Pays-bas.

Ce mémoire a permis d'étudier le système de prise en charge du bas risque obstétrical dans ce pays ainsi que le rôle de la sage-femme. L'enquête concerne la pratique de la sage-femme, le travail en réseau ainsi que le temps de transport. Elle a été réalisée au moyen de questionnaires distribués aux sages-femmes Néerlandaises pratiquant dans des cabinets libéraux. Après analyse il a été mis en évidence que: la prise en charge effectuée par les sages-femmes permet le respect de la physiologie du bas risque, qu'elle est possible grâce à la topographie et densité du « pays plat » et surtout grâce au maillage entourant la grossesse. Un point faible semble persister, le manque de communication entre les différents niveaux de soins. Des propositions ont pu être effectuées ainsi qu'en ce qui concerne l'adaptation de certains points de ce mode de pratique à la France.

En conclusion, même si ce système de prise en charge semble être parfaitement adapté aux Pays-Bas, rien n'est jamais acquis. De plus, il serait intéressant de tester un tel fonctionnement dans une région spécifique, afin de connaître la possibilité d'adaptation dans notre pays.