



PRISE EN CHARGE de la GROSSESSE et de la NAISSANCE par la SAGE-FEMME en ACCOMPAGNEMENT GLOBAL, QUEL QUE SOIT LE LIEU D'ACCOUCHEMENT CHOISI.

Il s'agit de promouvoir la sage-femme dans sa mission de « spécialiste de la grossesse physiologique » et de mettre en œuvre tout le champ de compétences professionnelles de la sage-femme.

I. EVALUATION DES BESOINS

De la famille (de la femme, du couple, de l'enfant) :

- demande d'une prise en charge cohérente et avec le moins d'intervenants possibles.
- demande du respect du rythme et des besoins de chacun lors de l'accouchement et de la naissance permettant une diminution des actes médicaux systématiques. Cela, tout en assurant la qualité des soins et des actions de prévention
- droit au libre choix : respect du libre choix du praticien pour l'accouchement, respect du consentement libre et éclairé du patient pour la réalisation des actes

De Santé publique :

- répondre à une organisation des soins cohérente et efficiente
- amélioration des résultats périnataux
- résoudre l'équation : qualité au meilleur coût.
- diversifier l'offre de soins
- optimisation des compétences professionnelles de chaque profession médicale.

II REFERENCES

- 1. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016 - Les naissances et les établissements - Situation et évolution depuis 2010. INSERM et DREES - Oct 2017.**

Dans l'enquête, une attention particulière a été portée aux attentes des femmes au moment de l'accouchement et aux réponses apportées par les professionnels. Les femmes sont assez peu

nombreuses à rédiger un projet de naissance (3,7 %) ou à exprimer des demandes particulières à leur arrivée à la maternité.

Ces femmes ayant eu des demandes particulières concernant leur accouchement sont très souvent satisfaites des réponses apportées par l'équipe médicale à leurs souhaits.

Avant leur arrivée à la maternité, seules 14,6 % des femmes ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale (APD). Pendant le travail, outre une augmentation du recours à l'APD, de 78,9 % à 82,2 %, la prise en charge de la douleur a évolué vers une approche de meilleure qualité et plus diversifiée, par une utilisation plus fréquente d'une PCEA (pompe qui permet aux femmes de contrôler les doses d'analgésiques administrées), et l'utilisation plus fréquente de méthodes non médicamenteuses (de 14,3 % en 2010 à 35,5 % en 2016), que les femmes aient eu ou non une APD.

La très grande majorité des femmes (88,3 %) disent avoir été très ou plutôt satisfaites des méthodes reçues pour gérer la douleur et les contractions ; toutefois, près de 12 % d'entre elles étaient peu ou pas du tout satisfaites, soulignant le fait qu'il est important de continuer les efforts pour améliorer le confort des femmes pendant le travail.

http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

2. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales - RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE - Validation le 13 décembre 2017.

Cette recommandation de bonne pratique (RBP) porte sur les modalités de prise en charge de l'accouchement normal, respectueuses du rythme et du déroulement spontané de la naissance chez les femmes présentant un bas risque obstétrical.

Elles peuvent comprendre :

Soit un accompagnement de la physiologie de l'accouchement (soutien continu, prise en charge non médicamenteuse de la douleur...) ;

Soit des interventions techniques et médicales minimales, réduites aux données de la science (administration d'ocytocine pour accélérer le travail, anesthésie locorégionale...) destinées à assurer le confort et la sécurité de la mère et de son enfant.

Selon les préférences des femmes et en fonction de l'évolution de la situation clinique de la mère et de l'enfant, il est possible de passer successivement de l'une à l'autre de ces modalités par choix ou par nécessité.

Les principaux objectifs et enjeux de cette RBP sont de :

Répondre à la demande des femmes quant à une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement, en respectant son déroulement spontané ; Améliorer et garantir la sécurité des



soins de la mère et de son enfant ; Harmoniser les pratiques, notamment dans les lieux dédiés à la physiologie.

Messages clés des RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE :

Il est nécessaire d'informer les femmes et les couples afin de les aider à faire des choix éclairés et d'établir une discussion avec l'équipe soignante permettant de prendre en compte au mieux leurs préférences et leurs attentes (exprimées éventuellement dans un projet de naissance, compatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis), et de rendre ainsi la femme actrice de son accouchement.

Primum non nocere : ces recommandations visent à abandonner les pratiques systématiques pour ne garder que celles qui sont scientifiquement justifiées.

L'accompagnement de la physiologie d'un accouchement normal nécessite une surveillance adaptée. La prise en charge de la douleur par des moyens médicamenteux ou non médicamenteux est indispensable.

Paradoxalement, beaucoup de données manquent dans le champ de la physiologie de l'accouchement des femmes à bas risque obstétrical. Des moyens financiers et organisationnels sont à mettre en œuvre afin d'évaluer ces pratiques.

Grossesse à bas risque : Diade parturiente-fœtus en bonne santé – sans pathologie susceptible d'entraver le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement ou de ses suites.

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales

III CADRE LEGAL

Droit au libre choix :

Respect du libre choix du praticien pour l'accouchement dans le respect de la loi (Article L1110-8 du code de la Santé publique, modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 175](#))

Respect du consentement libre et éclairé du patient pour la réalisation des actes (Article L1111-4 CSP, modifié par [LOI n°2016-87 du 2 février 2016 - art. 5](#))

Le champ de compétences professionnelles de la sage-femme :

Article L4151-1 du code de la santé publique (modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 38) L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au :

- diagnostic et à la surveillance de la grossesse
- à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement

- à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, ...

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

IV. DEFINITION

L'accompagnement global à la naissance, AGN, est une pratique de suivi pré, per et postnatal, accouchement compris, par une seule et même personne : **une sage-femme référent pour un couple de futurs parents**.

*Ainsi, c'est une sage-femme connue de la patiente qui assure **dans la continuité** :*

- *les consultations prénatales*
- *la préparation à la naissance*
- *la surveillance de l'accouchement dont elle a la responsabilité et les soins postnataux de la mère et de l'enfant*
- *la consultation post natale*

Bien au-delà de la surveillance médicale et du soutien psychologique, que permet déjà le suivi par une sage-femme aujourd'hui, l'accompagnement global à la naissance inscrit une dimension émotionnelle dans l'accueil de l'enfant à naître, dans la **confiance** et le **respect**.

- Respect de la **physiologie de la naissance** dans l'idée d'aboutir à un accouchement s'appuyant sur une compétence féminine fondamentale. Assurer une surveillance médicale et des soins de qualité (en évitant les gestes médicaux invasifs et autres techniques interventionnistes) aux femmes enceintes et à leur famille, dans le lieu de leur choix, dès lors que la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. En cours de grossesse ou lors de la naissance, la sage-femme oriente sa patiente, si besoin, vers une maternité dans laquelle la patiente aura établi un dossier de soin, dans un parcours de soins cohérent.
- Respect aussi des futurs parents avec un accompagnement et un soutien dans leur **projet de naissance**. Donner une information loyale, claire et appropriée, en cultivant la confiance en leurs capacités à devenir acteurs de la naissance de leur enfant.

Les connaissances mutuelles de la sage-femme et de la patiente vont permettre une communication de qualité au moment clé de l'accouchement.

La sage-femme qui offre le suivi global aura **un rôle de coordination**. Depuis son engagement de suivi global jusqu'à la consultation postnatale, **elle assurera le suivi du dossier et la communication avec les autres professionnels**, tout particulièrement le médecin traitant et la maternité référent de la femme.

Le cas échéant, elle présentera pendant la grossesse aux futurs parents sa (ou ses) collègue(s) avec qui elle travaille en binôme, ou susceptible de prendre le relais en cas d'indisponibilité, ou de la seconder pour l'accouchement et le suivi postnatal.

L'accompagnement global à la naissance = une femme / une (ou deux) sage(s)-femme(s).

V. INTERET DE L'AGN DANS LA RECHERCHE

1. Les études internationales ont montré que « les résultats pour les mères et les enfants n'étaient pas différents lorsque la naissance était prévue à la maison ou à l'hôpital » selon la méta analyse publié le 25 juillet 2019 dans le LANCET :

Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labor to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and Meta analyses. (1)

Ici quelques extraits:

Résultats: Nous avons identifié 14 études éligibles pour une méta-analyse, comprenant environ 500 000 naissances prévues à domicile.

Parmi les femmes nullipares qui souhaitent accoucher à la maison dans des contextes où les sages-femmes accouchant à la maison sont bien intégrés dans les services de santé, le OR « odds ratio », de la mortalité périnatale ou néonatale par rapport à ceux dont la naissance était v prévu à l'hôpital était de 1,07 (intervalle de confiance à 95% [IC], 0,70 à 1,65); et dans des contextes moins intégrés 3,17 (IC à 95%, 0,73 à 13,76).

Parmi les femmes multipares souhaitant accoucher à la maison dans des contextes bien intégrés, la OR estimée par rapport à ceux envisageant une naissance à l'hôpital était de 1,08 (IC à 95%, 0,84 à 1,38); et dans des contextes moins intégrés 1,58 (IC à 95%, 0,50 à 5,03).

Interprétation: Le risque de mortalité périnatale ou néonatale n'était pas différent lorsque la naissance était prévue à la maison ou à l'hôpital.



2. En ce qui concerne la France, V. Orliac, **(2)** a étudié les données de 1192 accouchements planifiés à domicile en comparaison avec 8310 naissances en maternité niveau 1 et 58222 naissances en tous types de maternité confondues. Il s'agit toujours de femmes qualifiées « à bas risque obstétrical ».

Elle arrive à la même conclusion :

La morbidité maternelle sévère semble divisée par cinq et les issues néonatales défavorables ne semblent pas augmentées chez les femmes ayant un accouchement à domicile programmé, voire diminuées par rapport à l'ensemble des naissances. Une naissance physiologique est environ trois à quatre fois plus susceptible de se produire pour les patientes souhaitant accoucher à domicile par rapport aux patientes à bas risque souhaitant accoucher en établissement de soins. Le transfert en cours de travail concerne cependant 12,6% des mères souhaitant accoucher à domicile. Les conclusions de cette étude sont en accord avec les tendances des études antérieures.

Environ 4,2% des femmes du groupe domicile avaient besoin d'une intervention à la naissance (extraction instrumentale ou césarienne) contre environ 16,2% et 18,2% respectivement pour les groupes contrôles 1 et 2 (Tableau XI). Les manœuvres à la naissance, pour une réduction d'une dystocie des épaules, étaient d'autant plus fréquentes que l'établissement hospitalier était de type supérieur. À la naissance, 6,6 % des femmes du groupe domicile recevaient une prophylaxie de la délivrance par ocytociques ($p < 10^{-4}$) pour plus de 47% en milieu hospitalier.

3. L'APAAD, Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile, a analysé les données de 1043 accouchements planifiés au domicile AAD avec une sage-femme, les résultats AAD sont comparés aux données de l'enquête périnatale 2016 (EPN) et à celles de la base de données AUDIPOG « bas risque, maternité niveau 1 (8310 naissances).

Ici quelques extraits :

Transfert per-partum : moins de pathologie au cours du travail

Selon la base de données Audipog, 17,8% de l'ensemble des femmes à bas risque ont présenté une pathologie au cours du travail et 32,3% des primipares. Dans la population AAD, hors transferts pour demande d'analgésie péridurale (APD), le taux de transfert per-partum pour pathologie au cours du travail est de 10,2%. Celui des primipares est de 25.6%. Il y a donc significativement moins de pathologie du travail dans la population étudiée que l'on observe l'ensemble des femmes (two.sided : p -value = $6.203e-06$) ou les primipares uniquement (two.sided : p -value = 0.01124).

Moins d'hémorragie du post-partum : Dans le cadre de cette enquête, les femmes AAD sont en proportion 3,5 fois moins nombreuses que la population générale et 5,5 fois moins nombreuses que la population bas risque hospitalière à avoir développé une hémorragie du post-partum (HPP) sévère. Par ailleurs, ces différences sont statistiquement significatives d'après le test du khi2 d'indépendance.



Moins d'hospitalisations en pédiatrie:

Dans les 8 jours ayant suivi la naissance, le nombre d'hospitalisation suite à un AAD est infime avec 20 nouveau-nés et 6 mères.

Du point de vue pédiatrique, la comparaison des taux des différents motifs d'hospitalisation montre qu'un AAD réduit un certain nombre de risques :

- Les 3 enfants hospitalisés pour ictères représentent 0,3% de la population AAD contre 8,46% de la population bas risque.
- Les 6 enfants hospitalisés pour suspicion d'infection materno-foetale représentent 0,6% contre 4,71% d'enfants colonisés ou infectés dans la population hospitalière à bas risque.

Concernant le mode d'alimentation à la naissance :

Les enfants nés à domicile sont en proportion 1,8 fois plus allaités que ceux de la population générale et 1,6 fois plus que ceux de la population bas risque hospitalier.

Le taux d'allaitement maternel exclusif est de 97,8% dans la population AAD.

Ces chiffres pourraient s'expliquer par le profil des patientes mais surtout par les modalités d'accompagnement des sages-femmes à domicile que ce soit durant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. Leurs pratiques sont en accord avec notamment les recommandations :

- L'information prénatale et l'accompagnement post-partum rapproché
- Les modalités d'accompagnement de l'accouchement favorisant le lien mère-enfant et le bon démarrage de l'allaitement maternel
- La pratique du peau à peau, la proximité mère-enfant 24h/24, l'encouragement de l'allaitement exclusif et « à la demande » et la protection vis-à-vis des pressions commerciales

Le simple fait que la naissance se déroule au domicile de la femme favorise déjà ces points.

VI. PROPOSITIONS

Afin de favoriser l'accompagnement global à la naissance par une sage-femme (ou par une équipe restreinte de sages-femmes) pour les femmes dont la grossesse est physiologique,

L'UNSSF propose de :

- **replacer la femme au centre des soins et des décisions qui la concernent**
- créer un dispositif d'information éclairée sur **toutes les options** concernant le suivi, la préparation, l'accouchement et ses suites
- informer largement les femmes/couples de la possibilité d'un **parcours de soins personnalisé**, de son avantage pour le devenir de leur grossesse (moins d'interventions, moins de dépressions PP, plus d'allaitements exclusifs et longs)
- créer un **cadre national de référence de la pratique de l'AGN** en France, en rédigeant des recommandations de bonnes pratiques cliniques afin de rassurer les partenaires des réseaux périnataux, institutionnels et assurantiels.

L'UNSSF propose de multiplier **les lieux** accessibles pour cet accompagnement :

- **ouverture des plateaux techniques** aux sages-femmes libérales partout sur le territoire avec des conditions respectant leur autonomie d'exercice et avec des redevances en rapport avec leurs revenus. Et proposant des contrats de conventionnement non précaires.
- **ouverture de « maisons de naissance »** dans tous les départements, avec la possibilité de maisons « extrahospitalières » pour faciliter leur implantation. → [étude des résultats 2018 des maisons de Naissance de l'expérimentation en France à venir](#).

Toutes les sages-femmes qui pratiquent l'AGN ont le droit d'être couverte par **une assurance en responsabilité civile professionnelle cohérente avec les risques réels de cette pratique**, (si besoin par la création d'une aide pour la RCP des sages-femmes), donc également celles pratiquant des accouchements accompagnés à domicile, afin de permettre aux femmes/couples qui font ce choix d'être aussi accompagnés par des sages-femmes en toute légalité.

L'UNSSF propose d'adapter les actes d'accouchement et d'introduire des changements dans les modalités de cotation et tenant compte de la présence des sages-femmes tout au long du travail, de l'accouchement et des suites de couches immédiates :

- valoriser de façon **séparée la surveillance du travail** en vue d'un accouchement en AGN (minimum 6 heures soit 300€ puis 1 Cs/30 min supplémentaire avec un maximum de 500€). La deuxième phase de l'accouchement et les 2 heures de surveillance immédiate gardent leur cotation CCAM (JQGD....)
- introduire au minimum **2 examens qui marquent la fin du suivi** pour la mère et pour l'enfant, afin de permettre soit le retour de la femme au domicile, soit le départ de la sage-femme.

- si la **surveillance du post-partum immédiat** nécessite la présence de la sage-femme au-delà des 2h, elle sera valorisée à 1Cs/30 min
- introduire la possibilité **d'une visite de post-partum J0** si l'accouchement a eu lieu tôt le matin
- **ajouter un DSP aux visites** J1, J2 et J3 et (de J0 si besoin), dans le cadre d'un AGN

Nous rappelons que l'UNSSF souhaite valoriser au moins les visites J0 jusqu'à J3 à SF17, 9 (=2Cs+MSF).

L'UNSSF propose la création des actes suivants dans le cadre d'un AGN:

- acte de **coordination**, dans le cadre d'un suivi global (3 heures soit : 150€ par naissance)
- acte d'**astreinte** (300€ par naissance, calcul fait sur 3 naissances/mois/SF d'un binôme qui se partage les astreintes)
- acte de **présence d'une deuxième sage-femme** au moment de la naissance (250€, soit 5 heures de présence effective) et de son astreinte (150€/ naissance, calcul fait sur 6 naissances/mois/par deuxième sage-femme)

L'UNSSF souhaite la création **d'un forfait de structure** si la naissance a lieu dans une maison de naissance (selon les régions, de 450€ à 900€)

L'UNSSF souhaite **réduire à 10 % au lieu de 30 %** l'actuelle réversion des sages-femmes en Plateau Technique (PT) compte tenu de la non (ou très faible) utilisation de matériel technique et permettre aux sages-femmes en PT d'effectuer elles-mêmes la facturation et la réversion à la maternité afin d'avoir de meilleurs délais de règlement de leurs actes et aux patientes de faire valoir leur droit auprès de leur mutuelle

L'UNSSF souligne l'importance de prévoir dans la définition des actes d'AGN les modalités de **travail des sages-femmes en binôme/trinôme** pour éviter le « burnout » des professionnelles

Il sera nécessaire **d'adapter la formation initiale et continue** des sages-femmes souhaitant pratiquer ou qui pratiquent l'AGN (physiologie, gestion des urgences obstétricales, réanimation néonatale en milieu extrahospitalier....) et de **promouvoir la physiologie** de la grossesse, la naissance et la santé génésique des femmes dans les écoles de sages-femmes, auprès des professionnels de santé en général **et du grand public**.



BIBLIOGRAPHIE

(1)

Article du LANCET publié le 25 juillet 2019: Perinatal or neonatal mortality among women who intend at the onset of labour to give birth at home compared to women of low obstetrical risk who intend to give birth in hospital: A systematic review and meta analyses

Eileen K. Hutton, Angela Reitsma, Julia Simioni, Ginny Brunton, Karyn Kaufman

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2589-5370%2819%2930119-1>

Pour la traduction: UNSSF doc 3 AGN Lancet 2019 11 5.docx

(2)

L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ À DOMICILE COMPARÉ AU BAS RISQUE EN MILIEU HOSPITALIER UNE ÉTUDE EXPOSÉ-NON EXPOSÉ HISTORIQUE MULTICENTRIQUE

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR SAGET us. ORLIAC Virginie DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME Année 2019, ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

(3)

L'ACCOUCHEMENT ACCOMPAGNÉ À DOMICILE Pratique des sages-femmes françaises accompagnant les naissances à domicile Etat des lieux 2018

Floriane Stauffer-Obrecht, Isabelle Koenig, Vincent Le Gouhaler, Véronique Mathelin

Septembre 2019

<http://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf>