

Quelle opportunité pour un nouveau modèle de soins obstétricaux au CHUV?

FRANÇOISE MAILLEFER, CLAIRE DE LABRUSSE, LAURA CARDIA-VONECHE, KARINE LEPIGEON, YVAN VIAL, PATRICK HOHLFELD ET BEAT STOLL

Rev Med Suisse 2017; 13: 165-7

INTRODUCTON

Au cours du XX^e siècle, l'accouchement s'est progressivement déplacé du domicile à l'hôpital. Alors que la prise en charge médicalisée a contribué à améliorer les issues pour la mère et l'enfant, on a créé d'autres risques en lien avec les interventions. Devant ces constats, de nombreux pays ont choisi de revoir leur politique de soins dans le domaine de la santé maternelle.

L'étude qualitative menée au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) visait à évaluer auprès des professionnels et des futures bénéficiaires l'opportunité de créer une unité intrahospitalière, gérée par les sages-femmes, pour le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum lors de situations physiologiques. Les participants se sont montrés favorables à l'ouverture d'une telle unité tout en soulignant les barrières et les attentes spécifiques méritant une attention particulière.

La Maternité du CHUV, qui célèbre cette année ses 100 ans d'existence, est le premier hôpital du canton en termes de nombre de naissances; entre 1986 et 2015, celles-ci sont passées de 1186 à 3057. Une première enquête de satisfaction des femmes ayant accouché a été effectuée au CHUV entre 2005 et 2006; elle mettait en évidence plusieurs pistes d'amélioration quant à la qualité et l'homogénéité de l'information délivrée aux patientes ainsi que la multiplicité des intervenants durant le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Le constat de l'augmentation progressive des interventions médicales durant ces 25 dernières années constitue un autre point de questionnement pour la direction du Département de gynécologie-obstétrique et génétique médicale (DGOG).

Ces résultats ont incité le DGOG à explorer la possibilité de créer un modèle alternatif de soins maternels au sein de l'institution. L'étude visait à apporter des éléments nouveaux pour appuyer la création d'une unité de soins obstétricaux gérée par les sages-femmes au sein d'un hôpital universitaire en Suisse.

Cet article constitue une synthèse de

l'article original «Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study» publié en mars 2015 dans *BMC Pregnancy and Childbirth*.¹

INTERVENTIONS EN OBSTÉTRIQUE ET RECOMMANDATIONS

Dans les pays industrialisés, l'hôpital est devenu le lieu privilégié où la plupart des femmes donnent naissance à leur enfant. Parallèlement, les interventions médicales ont augmenté sans que leur bénéfice soit toujours démontré, en particulier chez les femmes à bas risque.² En 1997 déjà, l'OMS publiait des recommandations concernant le diagnostic du travail, la rupture artificielle des membranes, l'utilisation d'ocytociques, le nombre de touchers vaginaux pendant le travail ainsi que le monitoring électronique du fœtus. Ces recommandations allaient dans le sens d'une utilisation plus restrictive de ces éléments.³

La croissance de la médicalisation s'est poursuivie en dépit de ces recommandations. Si cette augmentation des interventions a contribué à améliorer les issues pour la mère et l'enfant et qu'on est devenu de plus en plus efficace dans les situations complexes, paradoxalement on a créé d'autres risques en lien avec l'augmentation des interventions. Les prises de position d'instances professionnelles reconnues n'ont pas suffi à diminuer l'écart entre les pratiques obstétricales actuelles et l'évidence.⁴

La surveillance medicotechnique du travail et de l'accouchement a dépassé depuis longtemps son point d'efficacité optimale.⁵ L'augmentation récente du taux de césariennes n'est pas associée à des bénéfices en termes de santé, mais contribue désormais à l'augmentation des taux de morbidité-mortalité.^{5,6}

Selon l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Suisse figure dans le peloton de tête des Etats membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), avec un taux de césariennes avoisinant un tiers des naissances.

Ce taux varie considérablement d'un canton et d'une région à l'autre et, la proportion de césariennes a tendance à être plus élevée en milieu urbain que dans les régions rurales. Le rapport montre qu'il n'est pas possible de trouver des causes directes expliquant la part élevée des naissances par césarienne en Suisse.⁷

VERS DE NOUVELLES POLITIQUES DE SOINS

Sur la base de l'ensemble de ces constats, de nombreux pays ont choisi de revoir leur politique de soins dans le domaine de la santé maternelle et de développer de nouveaux modèles tels que des *Midwife Led Unit* (MLU) où la sage-femme tient un rôle prépondérant. Plusieurs recherches ont démontré que les structures de soins maternels gérées par les sages-femmes (MLU) ont des issues au moins aussi bonnes que celles traditionnelles et augmentent la satisfaction des femmes tout en diminuant les coûts. Dans ces modèles de soins, on assiste à un transfert de responsabilité du médecin à la sage-femme pour la surveillance de la grossesse normale et de l'accouchement physiologique. Ces modèles ont pour but de diminuer les interventions non nécessaires durant le travail et l'accouchement et d'impliquer les femmes et leurs partenaires dans les processus décisionnels. L'humanisation de la naissance en est le point d'ancrage, avec comme corollaire l'autodétermination de la femme. La philosophie sous-jacente repose non seulement sur la normalité, mais aussi sur la continuité de la prise en charge et du suivi pendant l'accouchement par une sage-femme connue.^{8,9}

L'approche décrite dans l'article rend compte du processus de réflexion mené dans un hôpital universitaire en Suisse autour d'un nouveau modèle de soins obstétricaux pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement physiologiques: il s'agit d'explorer la perception des personnes impliquées, utilisatrices et professionnel(les), en ce qui concerne une structure alternative se situant à mi-chemin entre les soins hospitaliers

conventionnels et l'accouchement à domicile.

La collecte des données s'est effectuée au travers d'interviews structurées et de focus-groupes. Après retranscription, une analyse de contenu a été effectuée par des experts de différents domaines.

RÉSULTATS

Les résultats montrent que le nouveau modèle envisagé est globalement perçu de manière positive autant par les professionnels (médecins et sages-femmes) que par les femmes (figure 1).

Point de vue des acteurs

La plupart des femmes interrogées ont évoqué la continuité des soins comme un facteur favorisant la confiance, l'intimité et la satisfaction. Selon elles, une MLU pourrait satisfaire la nécessité de normaliser l'accouchement, pour le rendre plus naturel, et garantir des soins en urgence lors de complications qui pourraient survenir.

Point de vue des professionnels

Les sages-femmes ont exprimé qu'une MLU pourrait être l'occasion de répondre aux besoins des femmes à bas risque qui souhaitent une attention personnelle dans un environnement sûr. Elles sont d'avis qu'il s'agit d'une vraie opportunité pour amener un changement dans les modèles de services de maternité et de développer

leur autonomie tout en mettant en valeur leur rôle de «gardiennes de la physiologie». Les compétences des professionnels qui travaillent dans l'unité et leur formation ont également été mentionnées.

Pour mieux préparer les femmes qui souhaitent être accompagnées dans un tel modèle, les professionnelles ont souligné l'importance d'aider les femmes à bâtir leur confiance en soi ainsi que d'améliorer l'information durant la période prénatale.

Les obstétriciens ont mis l'accent sur les questions relatives au transfert de la MLU vers la maternité hospitalière avec l'élaboration de critères de transfert stricts. Le personnel des deux lieux d'accouchement doit travailler main dans la main et les femmes doivent se sentir en confiance même si le projet d'accouchement physiologique n'est plus possible. Enfin, quelques obstétriciens ont insisté pour que la MLU soit le souhait/choix du couple et qu'une situation physiologique puisse être accueillie en salle de naissance classique.

DISCUSSION

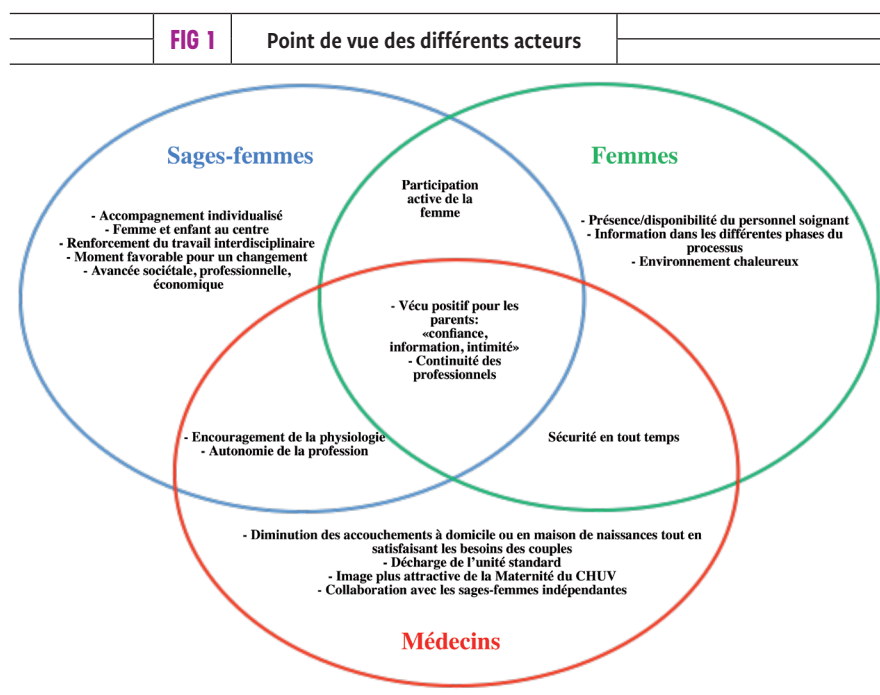
Nous avons pu identifier un certain nombre de questions ou de difficultés qui devront être abordées dans une optique d'anticipation des risques. Par exemple, il faut relever une forme d'ambivalence chez les femmes qui perçoivent le suivi médical actuel comme insuffisant d'un point de vue humain (écoute, disponibilité) mais qui, pour un certain nombre d'entre elles, relève d'une

nécessité en termes de sécurité. Cet élément doit nous engager à travailler sur la communication à propos des compétences des sages-femmes lors du suivi de grossesse physiologique. Il semble indispensable de faire connaître au public le champ d'activités de la sage-femme.

La globalité de la prise en charge ressort comme un élément très important relevé par les femmes; ainsi l'accent devra être mis sur la continuité des soins, la diminution du nombre d'intervenants et l'individualisation de l'accompagnement en créant une équipe limitée et distincte pour accompagner les femmes ayant choisi ce type de soins pour leur grossesse et leur accouchement. Contrairement à nos attentes, l'absence de possibilité de l'anesthésie péridurale dans cette nouvelle unité n'a été que peu abordée par les participants de l'enquête, tous groupes confondus. Nous n'avons observé aucune appréhension particulière ou doute liés à la non-disponibilité d'une technique qui pourtant aujourd'hui recueille l'adhésion d'une très large majorité des femmes. Cela démontre l'ouverture vers un autre type d'accompagnement.

Nous nous réjouissons d'avoir pu mener cette réflexion au sein d'un hôpital universitaire. En effet, la conception qu'ont les femmes de la naissance et leur perception de l'expérience de l'accouchement dépendent largement de la culture médicale et sociale. Proposer un nouveau modèle dans un hôpital universitaire permet d'assurer la sécurité et la légitimité scientifique, non seulement pour les femmes et leur famille, mais aussi pour les professionnels de l'obstétrique. Ceux-ci, à leur tour, transmettront des représentations différentes de celles qui reposent sur la peur et le risque. Au préalable et en parallèle, un important travail de «reconceptualisation» de la naissance est nécessaire. Il s'agit d'un changement de paradigme qui dépasse largement le cadre de l'hôpital: basculer d'un concept médical vers un concept global de santé nécessite une mise en valeur du potentiel et des ressources individuelles des femmes. Pour les femmes adhérant au modèle, elles doivent être au bénéfice d'une information complète et objective. Les outils nécessaires à un tel changement reposent sur la relation, la communication, l'éducation et le partenariat.

Soulignons également l'importance d'un partenariat interdisciplinaire. Il ne peut pas être question de diaboliser le modèle médical, pertinent et indispensable pour la prise en charge des situations pathologiques. Chacun des deux corps professionnels apporte ses compétences et ses expertises



spécifiques. La classification en grossesses à haut risque ou à bas risque, basée sur l'anamnèse maternelle, permet d'offrir aux femmes une alternative pour le suivi de la grossesse et pour l'accouchement mais n'exclut toutefois pas la possibilité de survenue de complications dans le groupe à bas risque. La rapidité de la prise en charge lors de complications est déterminante pour la santé, voire la survie maternelle et fœtale. Le système exige donc un équilibre entre ces deux approches, une qualité de communication et un respect mutuel.

CONCLUSION

L'évolution de la vision de la naissance dans notre société et les attentes perçues tant du côté des familles que des professionnels présentent des conditions favorables à l'implantation d'une telle unité; les investigations menées nous ont confirmé l'opportunité de créer une nouvelle structure qui encourage le respect de la physiologie du travail et de l'accouchement; ce lieu permettra d'offrir une véritable alternative à une partie de notre population-cible en lui proposant une prise en charge globale et individualisée lors de la maternité. L'ouverture de cette unité est prévue pour 2018.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

- 1 Maillefer F, de Labrusse C, Cardia-Voneche L, Hohlfeld P, Stoll B. Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015;15:56.
- 2 Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;CD000012.
- 3 WHO. Care in normal birth: A practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth* 1997;24:121-3.
- 4 Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstetr* 2001;75(Suppl 1):S25-37.
- 5 Villar J, Carroli G, Zavaleta N, et al., World Health Organization Global Survey on Maternal, Perinatal Health Research Group. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *BMJ* 2007;335:1025.
- 6 Villar J, Valladares E, Wojdyla D, et al., Maternal WHOgo, perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet* 2006;367:1819-29.
- 7 OFSP posting date. Le Conseil fédéral prend connaissance d'un rapport sur les césariennes. 2003; www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01221/index.html?lang=fr&print_style=yes&msg-id=47914
- 8 Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD004667.
- 9 Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011;343:d7400.

FRANÇOISE MAILLEFER

Infirmière, sage-femme, MAS en santé publique, PMU, 1011 Lausanne
francoise.maillefer@hospvvd.ch

PR CLAIRE DE LABRUSSE

Haute école spécialisée de Suisse occidentale, Haute école de santé Vaud, 1011 Lausanne
claire.delabrusse@hesav.ch

LAURA CARDIA-VONECHE

Sociologue. Association Actions en Santé Publique, Genève
voneche@gmail.com

PR PATRICK HOHLFELD

Faculté de biologie et médecine, Gynécologie-obstétrique, Département gynécologie-obstétrique, CHUV, 1011 Lausanne
patrick.hohlfeld@chuv.ch

PD DR BEAT STOLL

Institut de santé globale, Campus Biotech, Université de Genève. 1211 Genève 4
beat.stoll@unige.ch

KARINE LEPIGEON

Sage-femme. Département de gynécologie, obstétrique et génétique médicale, CHUV, 1011 Lausanne
karine.lepigeon@chuv.ch

PD DR YVAN VIAL

Maître d'enseignement et de recherche, clinicien Département de gynécologie, obstétrique et génétique médicale, CHUV, 1011 Lausanne
yvan.vial@chuv.ch