

SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

Université
Joseph Fourier
GRENOBLE
MEDECINE

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 n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.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

UNIVERSITE JOSEPH FOURRIER
UFR DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

Ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales. Quel est l'avis des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens du RPAI ?

Enquête transversale déclarative.

Mémoire soutenu le 16 mai 2013
Par : FREYCHET Caroline
Née le : 9 juin 1989
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Je remercie les membres du Jury :

Mme le Docteur Véronique EQUY, PH en gynécologie obstétrique au CHU de Grenoble, Présidente du jury ;

Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'Ecole de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

M le Docteur Didier TARDIF, PH en gynécologie obstétrique au CHR d'Annecy ;

Mme Aurélie BARBE, Sage-femme cadre au CH de Voiron ;

Mme Laurence COMBET-BLANC, Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble.

Je remercie plus particulièrement,

M le Docteur Didier TARDIF, PH en gynécologie obstétrique au CHR d'Annecy,
Directeur de ce mémoire,
Pour son expertise, son soutien et sa compréhension,

Mme le Docteur Sandrine FALCY, Docteur en Sciences de Gestion, Maître de conférences à l'Université Pierre Mendès France, Grenoble,
Pour son aide méthodologique précieuse,

Mme Laurence COMBET-BLANC, Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble,
Guidante de ce mémoire,
Pour sa confiance en l'aboutissement de ce mémoire, sa disponibilité et son expertise en matière de présentation de données.

Table des matières :

Introduction **1**
Objectif **2**
Matériel et méthode **2**
Enquête qualitative 2
Enquête quantitative 3
Résultats **6**
Enquête qualitative 6
I. L'état actuel de la périnatalité : connaissances, satisfaction et améliorations attendues 6
II. Les plateaux techniques : 9
III. Engagement et expérience personnelle 14
Enquête quantitative 15
Influence de la formation initiale 17
Influence du lieu d'exercice 21
Influence de l'ancienneté 27
Analyse **32**
Enquête qualitative 32
Enquête quantitative 33
Conclusion 35
Discussion **36**
Biais et limites 36
Comparaison 37
Objectifs 37
Conclusion **38**
Références bibliographiques **39**
Annexes **41**
Figure 1 : Diagramme de flux de la population d'étude 41
Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée 41
Figure 2 : Avis des professionnels sur les plateaux techniques, les maisons de naissance et l'accouchement à domicile. 42
Figure 3 : Influence de la formation initiale sur le taux d'opinion favorable 42
Figure 4 : Influence du lieu et mode d'exercice sur le taux d'opinion favorable 43
Figure 5 : Influence de l'implication sur le taux d'opinion favorable 43

Figure 6 : Influence de l'âge et de l'ancienneté sur le taux d'opinion favorable 44
Tableau II : Taux d'opinion favorable aux plateaux techniques 44
Tableau III : Avantages pour les usagers 45
Tableau IV : Avantages pour les établissements de santé 45
Tableau V : Avantages pour les sages-femmes libérales 46
Tableau VI : Inconvénients des plateaux techniques 46
Tableau VII : Freins à l'ouverture de plateaux techniques 47
Tableau VIII : Conditions à l'ouverture de plateaux techniques 48
Document 1 : Questionnaire de l'enquête quantitative. 50
Document 2 : Trame des entretiens de l'analyse qualitative 54

Abréviations :

DMO : Dossier Médical Obstétrical

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

ETS : Etablissements de santé

GO : Gynécologue-obstétricien

N1/N2/N3 : Niveau 1/Niveau 2/Niveau 3

PEC : Prise en charge

PSPH : Privé participant au Service Public Hospitalier

PT : Plateaux techniques obstétricaux

SF : Sage-femme

VVP : Voie veineuse périphérique

Remise en Q : Remise en question

Pendant le W : Pendant le travail

SF118 : cotation de l'accouchement simple par une sage-femme

Introduction

L'ouverture de plateaux techniques pour l'accès aux salles d'accouchements par les sages-femmes libérales est légalement possible depuis 1991 (1). Pour les sages-femmes libérales ce type d'organisation permet une offre d'accompagnement global (2,3) de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum couplé à la sécurité de l'accouchement dans une structure médicalisée. L'Organisation Mondiale de la Santé publie des résultats selon lesquels « le soutien continu pendant l'accouchement a été associé à des effets bénéfiques accrus lorsque le prestataire n'était pas un membre du personnel hospitalier »(4).

Cette activité rentre dans le cadre du plan de périnatalité 2005-2007 qui recommande : « humanité, proximité, sécurité, qualité » (5) mais aussi dans celui du rapport de la Cour des Comptes de septembre 2011 : « Chercher à faciliter, sans dépassements d'honoraires non conventionnels et à coût constant, le suivi global de la patiente. » (6). L'investissement financier nécessaire à l'ouverture de plateaux techniques obstétricaux est limité puisqu'il s'agit d'utiliser les installations existantes. En 2006, la Cour des Comptes indiquait que « l'utilisation optimale des compétences de chacun implique une redéfinition des pratiques et des responsabilités : compétence des sages-femmes pour la pratique de l'obstétrique physiologique, prise en charge des seules grossesses pathologiques par les obstétriciens» (7)

L'augmentation de la demande des patientes pour ce type de prise en charge (8) pourrait dans les prochaines années amener les établissements de santé et les professionnels libéraux à remettre en question l'organisation entre les différents acteurs et structures de la périnatalité. A ce jour, pour ce qui concerne l'accès aux salles de naissances, aucune des cinq maternités du Réseau Périnatalité Alpes Isère n'est accessible en tant que plateau technique pour les sages-femmes libérales. Pourtant, au niveau local comme au niveau de la région médicale couverte par l'Agence Régionale de la Santé Rhône Alpes les débats au sujet des plateaux techniques sont nombreux et animés. Les détracteurs et défenseurs de l'ouverture de plateaux techniques se font entendre. Cependant, nous ne connaissons à ce jour que très mal l'avis des professionnels de la périnatalité à ce sujet. Nous avons donc voulu demander aux professionnels du RPAI leur opinion sur cette question, ainsi que ce qui constitue d'après eux les avantages, inconvénients, freins et conditions à l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

L'hypothèse principale est que la majorité des professionnels du RPAI sont actuellement défavorables à l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales. L'hypothèse

secondaire est que la majorité des réticences à l'ouverture de plateaux techniques est liée à la crainte du risque médico-légal.

Objectif

L'objectif principal de cette étude est de décrire l'avis des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens et médicaux du RPAI quant à l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

Matériel et méthode

Notre étude s'est déroulée en deux temps : une enquête qualitative puis une analyse quantitative.

Enquête qualitative

Type d'étude

Nous avons réalisé l'étude descriptive d'entretiens individuels semi-directifs

Matériel et méthode

Grâce à l'aide méthodologique apportée par Dr FALCY de l'Université Pierre Mendès France, nous avons rédigé une trame d'entretien semi-directif (***Document 2***). Onze entretiens individuels de 20 à 60 minutes environ ont été réalisés entre mars et juin 2012. Neuf entretiens ont été réalisés lors d'une rencontre avec la personne interrogée, deux entretiens ont eu lieu par téléphone. Les propos ont été enregistrés avec l'accord des personnes interrogées puis mis par écrit.

Population

Nous avons choisi pour les entretiens, des acteurs de la périnatalité touchés par la question de l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales. Nous avons essayé de contacter principalement des personnes extérieures au RPAI pour ne pas exclure de professionnels du deuxième temps de ce mémoire. Nous avons aussi voulu avoir des représentants de sages-femmes, de gynécologues-obstétriciens et d'usagers, de professionnels libéraux et hospitaliers, de cadres de santé ainsi que des représentants des autorités telles que le conseil de l'Ordre des Sages-Femmes ou l'Agence Régionale de la Santé. Enfin nous avons

essayé d'avoir à la fois des personnes favorables et des personnes défavorables aux plateaux techniques. Les personnes ayant participé sont :

1. Mme CARTON, Sage-femme cadre supérieure, CH de Sallanches
2. Mme DOMPS, Sage-femme cadre de salle d'accouchement, CH de Chambéry
3. Mme BERNARD, usagère et présidente du Comme A La Maison, association pour la maison de naissance des Bluets à Paris
4. Dr TRUONG, gynécologue obstétricien, CH de Chambéry
5. Dr GIRARD, gynécologue obstétricien, CH de Chambéry
6. Mme MENJOZ, Sage-femme cadre supérieure, CH de Chambéry
7. Mme PERESSE, Sage-femme échographiste, Présidente du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-femmes de l'Isère.
8. Dr COMMUNAL, médecin inspecteur de santé publique à l'Agence Régionale de la Santé de Savoie, co-animatrice du groupe de travail sur l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales de la Commission Régionale de la Naissance
9. Mme ESSON, sage-femme libérale, La Voulte sur Rhône
10. Mme SIEFERT, sage-femme retraitée de la fonction publique hospitalière (CHU de Grenoble) en cours d'installation en libéral, Seyssinet
11. Dr MAZABRARD, gynécologue obstétricien, activité libérale et au CH de Chambéry

Traitement des données et analyse :

Les entretiens semi-directifs ont été analysés à l'aide d'une grille d'analyse thématique créée selon les conseils du Dr FALCY. Les textes rédigés à partir des enregistrements des entretiens ont été découpés en séries de thèmes et sous-thèmes et classés dans un tableur Excel. Nous avons obtenu une grille d'analyse transversale des entretiens permettant entre autre de souligner les thématiques redondantes. Dans chaque thème, les sous-thèmes abordés ont été classés par ordre de fréquence de citation décroissant.

Enquête quantitative

Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête transversale déclarative.

Site d'étude

Le site de cette étude est le Réseau Périnatalité Alpes Isère. Les professionnels libéraux ainsi que les cinq maternités du RPAI ont été sollicités pour participer à l'étude soit :

- une maternité de niveau 1 privée à but lucratif (Clinique des Cèdres, Echirolles),
- une maternité de niveau 1 privée participant au service public hospitalier (Groupe Hospitalier Mutualiste, Grenoble),
- une maternité de niveau 2a privée à but lucratif (Clinique Belledonne, Saint Martin d'Hères),
- une maternité de niveau 2a publique (Centre Hospitalier de Voiron)
- une maternité de niveau 3 publique (Hôpital Couple Enfant, La Tronche).

Population

Ont été inclus les sages-femmes, les gynécologues obstétriciens et les gynécologues médicaux inscrits au RPAI et référencés sur le site web du RPAI et/ou exerçant dans l'une des cinq maternités du territoire de santé. Ont été exclus les professionnels retraités ou ne travaillant plus dans le RPAI, les professionnels en arrêt de travail, les sages-femmes enseignantes de l'école de sage-femme de Grenoble et les personnes ayant répondu aux entretiens préalables.

Modalités de recueil de données

Nous avons utilisé la grille d'analyse thématique créée lors de l'analyse qualitative afin de produire un premier questionnaire en ligne que nous avons dans un premier temps testé auprès de professionnels hors RPAI. Après modifications le questionnaire définitif (***Document*** 1) comprenait onze questions à choix multiples dont deux réservées aux sages-femmes exerçant en libéral, ainsi que six questions permettant de décrire la population d'un point de vue épidémiologique. Une version papier du questionnaire en ligne a été mise à disposition des professionnels ne souhaitant ou ne pouvant pas répondre par internet.

Pour les professionnels des établissements de santé : la liste des professionnels a été récupérée auprès des cadres de service. Les professionnels ont ensuite été informés par des affiches dans les services et le questionnaire leur a été communiqué par le biais de leur adresse e-mail professionnelle ou directement par les cadres de service sur leur adresse e-mail privée, par un lien mis à disposition sur les bureaux des ordinateurs des services ou directement par un questionnaire papier.

Pour les professionnels libéraux : La liste des gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux libéraux existant sur le site web du RPAI a été récupérée. Ils ont ensuite été contactés par téléphone pour leur présenter l'étude, recueillir leur consentement et leur envoyer par e-mail ou version papier le questionnaire. La liste des adresses e-mail des

sages-femmes libérales adhérentes au RPAI a été fournie par la coordinatrice administrative du RPAI.

Afin d'assurer l'anonymat tout en vérifiant l'absence de doublons ou de réponses par une personne extérieure à la population nous avons communiqué par e-mail, courrier ou via leur cadre de santé un numéro d'anonymat à chaque professionnel. Le questionnaire en ligne a été accessible du 30 Août au 25 octobre 2012. La version papier du questionnaire a été proposée sur la même période de temps. Les professionnels n'ayant pas répondu au questionnaire ont été de nouveau sollicités à trois reprises par les mêmes moyens ou par courrier individuel.

Critère de jugement

Les variables qui ont été analysées dans cette étude descriptive sont : la formation initiale, les lieux et mode d'exercice, l'âge, l'ancienneté au diplôme, l'implication sur la question des plateaux techniques et l'avis sur les maisons de naissance et l'accouchement à domicile. Le critère de jugement principal est l'influence de ces variables sur les taux de réponses aux propositions « avantages », « inconvénients », « freins » et « conditions » à l'ouverture de plateaux techniques.

Le critère de jugement secondaire est le taux d'opinion favorable à l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales dans le RPAI.

Traitement des données et analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage, et les variables quantitatives continues ont été décrites par la moyenne et l'écart type. Pour la comparaison de deux moyennes observées dans deux sous-populations distinctes ou pour la comparaison de la moyenne d'une sous-population à la moyenne de la population totale nous avons utilisé le test Z de l'écart réduit :

$$Z = \frac{|\%_1 - \%_2|}{\sqrt{\sigma_1^2 + \sigma_2^2}} \quad \text{avec} \quad \sigma_1 = \sqrt{\frac{\%_1\,(1-\%_1)}{n_1}}$$

Les conditions d'utilisation de ce test couramment admises sont un effectif de l'échantillon supérieur à 30. Toutefois certains auteurs (10) choisissent un effectif minimum inférieur. Tous nos échantillons analysés sont supérieurs à 30, excepté le groupe « moins de 5ans d'ancienneté » pour lequel nous sommes partis du postulat que ce test était applicable en raison d'un effectif proche de 30 (n=27). Le seuil de signification statistique retenu était de

5%, soit, pour toute valeur de z supérieure ou égale à 1,96. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview.

Calendrier

Les entretiens de l'analyse qualitative ont été réalisés entre mai et juillet 2012. Le questionnaire en ligne et les versions papiers ont été distribués et récupérés entre le 1er septembre et le 15 octobre 2012.

Résultats

Enquête qualitative

I. L'état actuel de la périnatalité : connaissances, satisfaction et améliorations attendues :

1. Les possibilités de suivi, lieux et types d'accouchement pour les patientes à bas risque

Sur les onze personnes interrogées, toutes ont cité le suivi par une sage-femme en libéral, dont quatre en précisant qu'il fallait une à deux consultations en fin de grossesse dans la structure où se ferait l'accouchement. Le suivi par une sage-femme en hospitalier a été cité dix fois. Deux personnes ont cité un suivi par un obstétricien en hospitalier, sept un suivi par un gynécologue obstétricien en libéral et huit un suivi par un médecin généraliste. Les sages-femmes de Protection Maternelle Infantile (PMI) ont été nommées deux fois et le suivi en maison de naissance une fois. Une personne a parlé de suivi échographique, en parlant des sages-femmes hospitalières ayant un Diplôme Universitaire (DU) d'échographie. De même pour la préparation à l'accouchement réalisée par les sages-femmes hospitalières.

L'accouchement à domicile est cité comme possibilité existante à trois reprises, l'accouchement en plateau technique une fois et l'accouchement en maison de naissance une fois, sachant que : *« l'accouchement ne se fait pas encore en maison de naissance parce qu'il n'y a pas de cadre légal donc l'accouchement a lieu sur un plateau technique. ».* L'accouchement en établissement de santé a été cité deux fois.

Les suites de couche sont abordées une fois pour citer les sages-femmes hospitalières avec un séjour classique en maternité et la possibilité de sortie précoce avec une sage-femme libérale à domicile. Le post-partum est abordé par une personne avec : la rééducation périnéale par une sage-femme hospitalière formée, ou par les sages-femmes libérales. Le suivi gynécologique du post-partum par les gynécologues libéraux est abordé deux fois.

Enfin, deux personnes ont parlé de suivi global : l'une de suivi global en hospitalier : *« Les emplois du temps sont gérés de manière à proposer autant que possible un suivi*

global », l'autre d' *« accompagnement global par une sage-femme libérale en accouchant sur un plateau technique* ».

2. Pour ce qui est de la **satisfaction personnelle**, deux personnes ne sont pas du tout satisfaites, une n'est plutôt pas satisfaite, sept sont plutôt satisfaites et une n'a pas exprimé un avis clair sur les prises en charge existantes.

3. Les inconvénients des prises en charge existantes évoqués sont :

- Le nombre de places limitées pour le suivi en hospitalier [6 personnes] : cinq personnes pensent que pour limiter les délais d'attente l'hôpital doit refuser des suivis de bas risque pour donner la priorité aux grossesses pathologiques alors qu'une personne pense que les établissements de santé devraient assurer plus de suivis afin de limiter la surcharge de travail en libéral et/ou l'embolisation des consultations d'urgence.
- Le manque de collaboration entre les secteurs libéraux et hospitaliers [4]
- Le manque d'information des usagers sur les possibilités de suivi [3]
- Le manque de choix pour le lieu d'accouchement [3]
- L'absence de maison de naissance [2]
- Le suivi hospitalier inadapté au bas risque [2] : *« pour une sage-femme c'est plus facile […] de mettre le cathéter comme ça elle est « managée » et si ça va pas bien à un moment la patiente est déjà un peu conditionnée, plutôt que d'attendre, d'accompagner et puis au dernier moment se retrouver un peu bousculée dans son organisation »*
- L'absence de suivi global en hospitalier [1] : *« si c'était toujours la même personne d'abord on sent la pathologie venir si elle doit venir et puis en plus les consultations sont plus rapides on pourrait mettre plus de consultations »*
- Le manque de prise en charge du vécu en hospitalier [1] : *« cela peut être extrêmement déstabilisant d'être dans une structure où il n'y a pas tellement d'écoute »*
- Le fait que les prises en charge existantes ne correspondent *« pas à tout le monde »*[1]
- La distance entre le domicile de la patiente et le lieu d'accouchement [1]

3bis. Les avantages des prises en charge existantes évoqués sont :

- La qualité de l'orientation, du suivi et la sécurité [8]
- La bonne collaboration entre libéral et hospitalier et la lutte contre l'isolement [6]
- Une bonne couverture de l'offre de soin, le choix en tout cas dans le suivi de grossesse [4]

- L'accompagnement global en libéral [2] : *« L'accompagnement global […] c'est vraiment le nec plus ultra, c'est vraiment super »*
- L'accompagnement global en hospitalier [1] : *« aspect d'accompagnement global qui satisfait les patientes et les sages-femmes, le tout au sein de la structure hospitalière »*

4. La satisfaction des usagers d'après les personnes interrogées :

- La satisfaction des usagers quant à la prise en charge en hospitalier :
  - Satisfaction des usagers [5] : *« 98% des usagers seraient satisfaits à très satisfaits », « je n'ai pas de retour négatif ».*
  - Insatisfaction de la prise en charge du vécu en hospitalier et souhait d'une médicalisation moindre [5]: *«Les gens aspirent à plus de physio, à moins d'intervention médicale », «elles se sentent en sécurité mais elles trouvent quand même que c'est l'usine» « Vous n'êtes pas prise comme une personne. Il ne faut pas perdre de temps. On n'est pas un bout de viande. C'était un peu l'horreur».*
  - Sans avis [1] : *« la question du plateau technique c'est l'occasion de se demander si les gens sont satisfaits de cette prise en charge ».*
- L'insatisfaction liée au manque de choix pour le lieu d'accouchement [3]
- Sur le suivi global :
  - Augmentation des demandes [2] : *« un certain nombre de couples souhaiteraient une PEC globale, accouchement compris et elle n'est pas réalisée »*
  - Satisfaction de ce type de suivis en libéral [1] : *« il y a vraiment du temps qui est consacré, au couple, à la femme, à son corps, à son ressenti »*, et en hospitalier [1].
- Satisfaction de la PEC en secteur privé [1].
- Satisfaction du suivi par les gynécologues libéraux [1]
- Insatisfaction par rapport à la fermeture des maternités de proximité [1] : *« le plus difficile à vivre […] c'est l'éloignement ».*

5. Les améliorations proposées ou souhaitées sont :

- Améliorer la collaboration ville-hôpital [7] :
  - pour anticiper sur le remplissage du dossier médical obstétrical et la connaissance de la patiente par l'équipe [2]
  - pour la distribution des suivis de grossesse [1]
  - pour l'organisation de sorties précoces à domicile avec une sage-femme libérale [1]

- pour l'ouverture de plateaux techniques [1]

- Humaniser la prise en charge en hospitalier [5] : *« la bonne réponse selon moi est d'adapter nos maternités, c'est à l'hôpital de s'humaniser »*, *« que ce soit moins l'usine en fait »*
- Améliorer le suivi global en hospitalier [3] : *«c'est un problème de planning important »*
- Augmenter le nombre de suivis de grossesse par les sages-femmes libérales [2]
- Information des usagers [2] sur ce qui se fait à l'hôpital [1]: *« faire la promotion de tout ce que l'on fait à l'hôpital»* et sur l'existence d'accompagnement global, de plateaux techniques, de maisons de naissance et d'accouchements à domicile [1]
- Créer des maisons de naissance [2]
- Continuer la formation continue des sages-femmes hospitalières [1]
- Augmenter les moyens en hospitalier [1] : *« il faut qu'il y ait suffisamment de temps pour les sages-femmes à consacrer à une patiente, il faut plus de temps, plus de moyens, et ce n'est en ce moment pas trop « la mode ». »*
- Améliorer la relation sage-femme/gynécologues-obstétriciens [1]
- Augmenter le nombre de suivis de grossesse en hospitalier [1]
- Organiser et encadrer l'accouchement à domicile [1] : *«plus de possibilités organisées d'accoucher chez soi »*
- Diminuer les coûts des assurances pour les accouchements à domicile et en maison de naissance [1] *: « assurance à des coûts raisonnables pour que cela puisse être effectivement proposé, parce que là cela apparaît comme plus ou moins illégal »*

II. Les plateaux techniques :

6. Connaissance du principe de plateau technique : les onze personnes interrogées connaissaient le principe de plateau technique, dont une personne récemment, depuis que son établissement de santé a envisagé d'en ouvrir un. Concernant leurs opinions : une personne est très défavorable aux plateaux techniques : *«les équipes hospitalières ne le souhaitent pas, la plupart des sages-femmes hospitalières ne le souhaitent pas, et pour nous c'est clair et net »,* deux personnes sont plutôt défavorables, quatre sont plutôt favorables, et quatre très favorables.

7. Avantages des plateaux techniques :

-Améliorer la satisfaction des usagers et répondre à une demande de leur part [8] : *« l'impression d'être connue, reconnue, d'être prise en charge en tant que personne, pas seulement en tant qu'utérus ou vagin », « c'est la sécurité affective »*

- Avantages pour la sage-femme libérale [6] dont pouvoir faire des accouchements dans des conditions *« sécures »,* pouvoir faire de l'accompagnement global, et *« être vraiment en réseau avec l'hôpital, ne pas être isolées, parfaire leur formation continue, se maintenir au courant »*

- Améliorer les relations et la collaboration ville-hôpital [6]

- Proposer un accompagnement global de la patiente [5]

- Avantages du plateau technique par rapport à l'accouchement à domicile [5] :

  - La sécurité [3] : *« la sécurité d'avoir un plateau technique à côté, c'est comme un accouchement à domicile mais […] avec les avantages, sans les risques », « C'est un cadre concernant les règles d'hygiène pendant l'accouchement »*
  - Pas d'avantages niveau sécurité [2] : *« ils ne retrouvent pas de différence significative de morbi-mortalité périnatale et maternelle entre l'accouchement à domicile d'une grossesse à bas risque et l'accouchement à l'hôpital », « les indicateurs de périnatalité ne sont pas plus mauvais qu'en France voire parfois meilleurs ».*
  - Pas d'avantages du plateau technique par rapport à l'accouchement à domicile [1]

- Diminuer le nombre d'accouchements à domicile [4]

- Rendre le suivi en hospitalier plus physiologique [3]

- Avantages pour l'établissement de santé [3] : amélioration de la continuité de soins [1] et image positive amenée par le plateau technique [2]: *« montrons que c'est les SF qui font la majorité des accouchements, l'hôpital ce n'est pas un lieu où on rentre où il se fait des trucs en secret, c'est un lieu où on peut échanger. Montrer que l'hôpital ce n'est pas une forteresse », « Le côté « publicitaire », la vitrine quoi »*

Enfin, une personne a tenu à préciser que : *« les avantages que le plateau technique pourrait offrir sont en fait possibles à l'hôpital aussi, donc qu'il n'est pas nécessaire de chercher à l'extérieur ce que l'on peut faire à l'hôpital ».*

7bis. Les inconvénients des plateaux techniques :

- Le risque pour les équipes hospitalières de récupérer des situations « mal gérées » [6] :

  - *«pour pas qu'on se retrouve nous après dans la difficulté au dernier moment parce que les choses n'ont pas été bien faites selon le contrat »*

- *« dans les textes il est suffisamment clair qu'ils ne sont pas responsables de ce qui n'a pas été fait avant qu'ils prennent en charge »* [1].
- *« En donnant la possibilité des PT aux SF libérales, elles seront forcément tentées d'emmener des mamans qui auraient un risque éventuellement plus élevé puisque de toute façon elles sont sur un PT, donc elles ont la sécurité qui est tout à côté. Je pense que la limite de compétence n'est pas très claire et ça risque d'entraîner des conflits des choses difficiles à gérer. »* [1].

- Le vécu des équipes hospitalières [5] : *« elles ont l'impression qu'on leur vole un petit peu la physiologie, de n'être bonnes que pour la patho», « [elles] n'aiment pas non plus avoir à faire les petites mains en attendant que madame arrive ».* Pour certains c'est un *« conflit intra professionnel et inter professionnel c'est-à-dire que les sages-femmes de l'institution se sentent un petit peu dépossédées de leur petit pouvoir»*

- Le manque de confiance des équipes hospitalières dans les pratiques des sages-femmes libérales [4]

- Deux personnes classent les sages-femmes libérales en deux catégories : *«il y a un terrain d'entente possible avec une partie des professionnels qui veulent des accouchements [en plateau technique], et je pense qu'il y a un terrain de mésentente complète avec une partie des personnes qui en fait n'aspirent pas tellement au plateau technique », « le problème c'est qu'elles sont différentes selon leur niveau de militantisme, et le problème des très militantes c'est celles qui veulent l'ouverture des plateaux techniques »*
- Une personne pense que *« les gynécos obst n'arrivent pas […] à penser que les sages-femmes sont des praticiennes et pas des paramédicaux »*
- Une précise *« avant on était très endoctrinés pour dire non [...] il y a encore quelques années, je pense qu'on avait été un petit peu dressés contre »*

- Les difficultés relationnelles entre sage-femme libérale et équipes de l'établissement de santé [3]

- Le fait que l'accouchement ait lieu au sein du bloc obstétrical [3] : *« une petite salle [...] un peu à l'écart […] ce serait plus dans la mentalité du projet »*

- La disponibilité permanente nécessaire pour la sage-femme libérale [2]

- Le risque que ce soit *« comme [un] tremplin vers l'accouchement à domicile. C'est-à-dire qu'une patiente suivie à l'hôpital accouche une fois à l'hôpital, puis une fois en plateau technique pour finalement accoucher à domicile »* [2]

- L'existence de mauvaises expériences antérieures [2] : *« C'est du vécu, nous avons dû nous batailler avec certaines sages-femmes libérales donc je pense qu'on n'est pas au bout de nos peines »*

- Manque d'information et mauvaise opinion des professionnels [1] : *« le personnel médical ne connaît pas forcément, n'approuve pas forcément. Il peut il y avoir […] une espèce de culpabilisation »*

- La mauvaise image que le plateau technique donne des établissements de santé [1] : *« il y aurait les bonnes sages-femmes libérales qui sont gentilles qui accompagnent bien, qui respectent la physiologie et puis il y a le gros des sages-femmes hospitalières qui elles sont des robots à appliquer des méthodes médicales donc inhumaines voire cruelles, douloureuses. Et donc il y a les bonnes fées et puis il y a les méchantes à l'hôpital qui prennent des [...] gardes parce qu'il faut bien travailler »*

- Complexités organisationnelles [1] au niveau de la gestion des salles en cas d'afflux important de patientes et au niveau de l'organisation de la garde pour l'obstétricien de garde : *« le médecin de garde qui va récupérer la patiente, […] ça fait un truc en plus pas prévu qu'on pensait géré et qui ne l'est pas »*

- Le fait que ce soit une offre de soin qui ne peut pas *: «se décliner en terme de santé publique »*[1]: *«mesure forcément marginale voire élitiste »*

- Le fait que les suites de couche soient assurées dans l'établissement de santé dans certains cas [1]

- Le coût d'un accouchement en plateau technique [1] : *« aussi cher qu'un accouchement hospitalier normal »*

8. Les conditions nécessaires au bon fonctionnement d'un plateau technique :

- Qu'il y ait une confiance/connaissance de la sage-femme libérale [9] *«déjà ce n'est pas très clair entre médecins et sages-femmes sur place donc j'imagine que si c'est des sages-femmes qui viennent de l'extérieur ça complique beaucoup encore les choses »*

- Avoir, au moins au début, un contrat et un cadre très précis [7]

- Application des protocoles du service par la sage-femme libérale [6] : *«peut-être faire autrement, mais en restant dans la réglementation et dans le décret de compétence»* [4],*« strictement appliquer les protocoles »* [1],*«même si c'est des choix concertés, qu'il n'y ait pas des protocoles imposés»* [1]

- Voie veineuse périphérique [7] :

- Devrait être à l'appréciation de la sage-femme libérale en fonction de la situation [3]
- Quatre personnes la pensent indispensable ou y sont très favorables
- La question est en discussion dans les établissements concernés [3]

- Délivrance dirigée [5] :

- Défavorables [2] à la délivrance dirigée pour les patientes à bas risque
- Indécis [2] : *«Il faut se poser la question de savoir si on sort du cadre de la péri, du synto, est ce que la délivrance dirigée amène un bénéfice »*
- Indispensable [1].

- Avoir un dossier obstétrical de l'établissement de santé [4]
- Le port de masque lors de l'expulsion [3] :

- Deux personnes le pensent indispensable
- Une personne souhaite que ce soit à l'appréciation de la sage-femme libérale

- Antibioprophylaxie dans la prévention de l'infection néonatale par streptocoque B [2]
- Le monitorage continu [2]

- Une personne le pense indispensable
- Une personne accepterait que le monitorage ne soit pas continu

- Analgésie Péridurale [1] : *«c'est un geste technique qui requiert que la femme soit hospitalisée»*
- Avoir eu une consultation d'anesthésie dans l'établissement de santé [1]
- Débrancher la centrale de télésurveillance des ERCF [1]

- Que ce soit un projet d'équipe [6]
- Organiser clairement les conditions et situations de passage de relai à l'équipe [5]
- Définir clairement les critères d'inclusion/d'exclusion des patientes pour le plateau technique [3]
- Autonomie de la sage-femme libérale [3] : *« [que la sage-femme] soit pleinement responsable de ce qu'elle fait», «entendre qu'un professionnel libéral a une autonomie, a une responsabilité, et que quand il loue des locaux à la limite il n'a pas à rendre compte au médecin de garde, à l'équipe de garde qui est là »*, que c'est une *« profession médicale compétente pour le suivi de la grossesse et de l'accouchement physiologique »*
- Remise en question des pratiques et protocoles systématiques pour une population à bas risque [3]
- Suites de couche réalisées dans le service de la maternité [2 sont contre]
- *« laisser une salle dans un état correct »* [1]

- Que la sage-femme libérale ait déjà travaillé dans l'établissement de santé [1], ou que la sage-femme vienne juste passer quelques journées d'observation/travail en hospitalier [1].
- Le consentement éclairé de la patiente [1] : *«Peut-être que quand on va à l'hôpital on va avoir un choix qui va être éclairé vers une augmentation de la technicité et de la médicalisation, mais je pense que la réciproque est complètement vraie.»*
- Considération mutuelle des personnels libéraux et hospitaliers [1] *«de la part des sages-femmes qui notamment souhaiteraient faire des accouchements à domicile en tout cas il y a beaucoup de mépris de tout ce qui est médical»*, «*On est quand même un petit peu formatés pour être assez fiers de ce qu'on fait [...] c'était tellement banni l'accouchement à domicile»*
- Que le médecin de garde donne son accord à chaque patiente entrante en plus du contrat entre l'établissement et la sage-femme [1 est contre].

III. Engagement et expérience personnelle :

Selon les critères définis dans le questionnaire de cette étude, les personnes interrogées étaient pour cinq d'entre elles très impliquées dans la question de l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales, et pour six d'entre elles plutôt impliquées. Les retours sur leurs engagements dans cette question nous ont permis de lister les **raisons d'ouvrir un plateau technique :**

- C'est une demande des usagers [4], *«c'est une évolution des mentalités, on ne peut rien y faire»*
- Il y a des exemples ailleurs qui marchent [4]
- Diminuer les accouchements à domicile, sécuriser les accouchements des patientes suivies en libéral exclusivement [3]
- Pour l'image positive donnée à l'établissement de santé [2]
- C'est une demande des sages-femmes libérales [1]

9. Freins à l'ouverture de plateaux techniques :

- Disponibilité nécessaire pour la sage-femme libérale et incompatibilité avec une vie de famille [2]
- Complexité de la mise en place administrative [2] : *«Je ne pensais pas que ce serait aussi dur»*
- Appréhension de la relation entre équipes et sage-femme libérale
- L'existence de mauvaises expériences antérieures

- Le manque de confiance dans les pratiques des sages-femmes libérales
- Craintes que la responsabilité des hospitaliers soit engagée pour des actes réalisés/non réalisés par la sage-femme libérale
- Prix des assurances
- Manque d'information des professionnels et usagers
- Complexité de la gestion d'une activité libérale en parallèle [1]

10. Réactions des équipes concernées :

-Favorables [4]
- Refus à titre systématique [3]:
  - Par les professionnels de santé [3]: *«50% de médecins franchement opposés à titre systématique […] au départ, sages-femmes c'était 98% non »*
  - Par les administrations : [1] « *la volonté de ne pas ouvrir les plateaux techniques [...] vient des institutions, c'est-à-dire des DRH, des chefs de service ...etc»*
- Méconnaissance [2]

Enfin on notera que l'Agence Régionale de la Santé Rhône-Alpes à Chambéry soutient les projets d'ouverture de plateaux techniques. Que le groupe de travail sur ce sujet codirigé par Mmes Janody et Communal a présenté ses avancées à la Commission Régionale de la Naissance à Lyon le 26 juin 2012 et le 9 avril 2013, ainsi qu'à la journée des réseaux à Chambéry en novembre 2012 et à la journée du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes de l'Isère. Ce que l'ARS souhaiterait est *« l'émergence de maisons de santé où les sages-femmes seraient à proximité des plateaux techniques hospitaliers pour parfaire cette prise en charge d'accompagnement global. C'était déjà dans le SROS n°3, ça va l'être dans le n°4. ».* De la même façon le Conseil Départemental de l'Ordre des sages-femmes *«est très favorable aux plateaux techniques »* et en a débattu lors de sa journée de formation du 15 mars 2013.

Enquête quantitative

Le questionnaire a été proposé aux 372 personnes de la population source après exclusions (***Figure 1***). Après deux refus de participer, le nombre de réponses analysées est de 193 soit un taux de participation de 52,2%. Les caractéristiques sociodémographiques de cette population sont décrites dans le ***Tableau I***.

Nous avons demandé aux professionnels de décrire leur avis sur les plateaux techniques avec une question à réponse fermée, de « Très défavorable » à « Très favorable ». Nous avons fait de même pour l'avis sur les maisons de naissances et l'accouchement à domicile (***Tableau II***). Pour la suite de l'étude nous avons utilisé le taux de professionnels « Favorables » addition des taux des « Très favorables » et « Plutôt favorables ».

Le taux de professionnels favorables à l'ouverture de plateaux techniques dans notre population était de 75%. Nous avons vérifié s'il variait avec les caractéristiques suivantes : formation initiale (***Figure 3, Tableau III***), lieu et mode d'exercice (***Figure 4, Tableau III***), implication sur la question des plateaux techniques (***Figure 5, Tableau III***) et enfin âge et ancienneté au diplôme (***Figure 6, Tableau III***). Nous avons retrouvé une différence statistiquement significative entre les taux d'opinion favorable des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens (z=4,13). Les gynécologues médicaux n'ont pas été pris en compte dans nos calculs car leur effectif est très faible (n=4). Nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les taux d'opinion favorable des professionnels des différents lieux et modes d'exercice. Il y avait une différence statistiquement significative pour le taux d'opinion favorable entre les groupes « non impliqué dans la question des plateaux techniques » (rassemblement de « pas du tout impliqués » et « plutôt pas impliqués ») et « impliqué » (« très impliqués » et « plutôt impliqué »). Nous avons noté une différence importante entre le groupe « 60 ans et plus » et la moyenne pour le taux d'opinion favorable mais leur effectif est trop faible pour être analysé (n=15). Enfin nous avons noté une différence statistiquement significative entre la moyenne et le groupe « 10-19ans d'ancienneté » pour le taux d'opinion favorable.

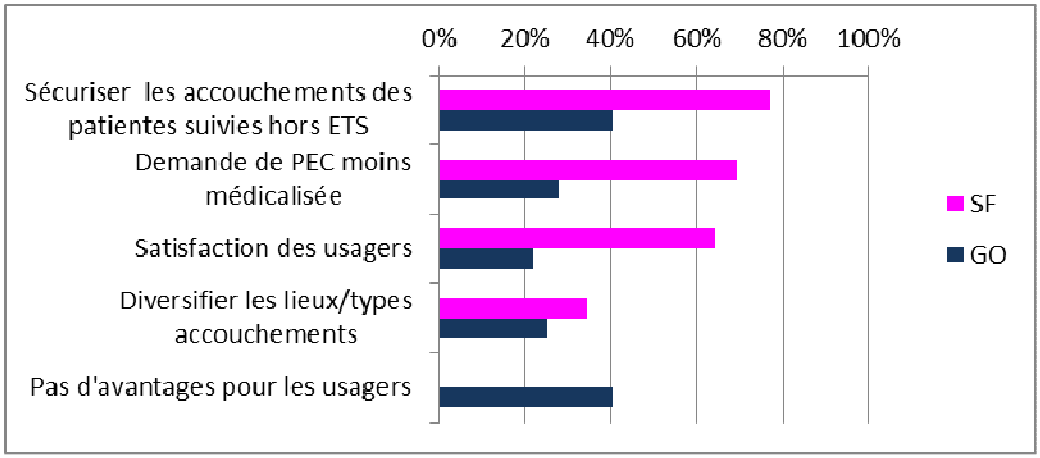
Nous avons demandé aux professionnels ce qu'ils pensent que l'ouverture de plateaux techniques apporterait comme avantages pour les usagers (***Tableau III***), pour les établissements de santé (***Tableau IV***) et pour les sages-femmes libérales (***Tableau V***). De la même façon nous leur avons demandé de sélectionner ce qu'ils perçoivent comme les inconvénients des plateaux techniques (***Tableau VI***). Enfin, nous les avons questionnés sur les freins (***Tableau VII***) et conditions (***Tableau VIII***) à l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

Nous avons testé l'influence des critères suivants : formation initiale, lieu d'exercice et ancienneté au diplôme, sur les réponses en termes d'avantages, d'inconvénients, de freins et de conditions à l'ouverture de plateaux techniques.

Influence de la formation initiale : On notera que les gynécologues médicaux n'ont pas été pris en compte dans les analyses suivantes en raison de leur effectif faible (n=4).

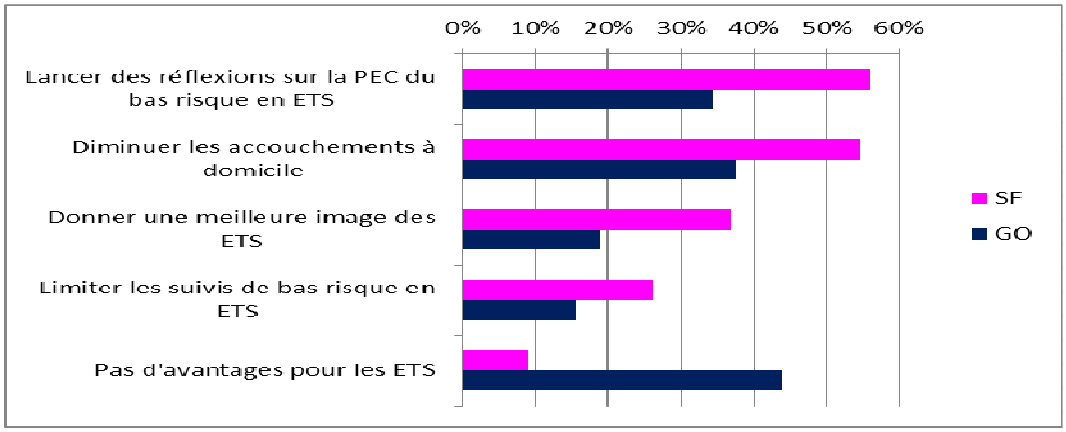
Pour ce qui est des avantages pour les usagers, nous avons observé une différence statistiquement significative entre les réponses des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens pour les avantages suivants : « Sécuriser les accouchements des patientes qui ne souhaitent pas être suivies en ETS » (z=3,92), « Répondre à une demande de prise en charge moins médicalisée » (z=4,72), et « Satisfaction des usagers » (z=5,14), avec un taux supérieur pour le groupe sages-femmes. Nous trouvons aussi une différence statistiquement significative entre les réponses des sages-femmes et obstétriciens à la proposition « Vous ne voyez pas d'avantages pour les usagers » (z=4,68).

Avantages pour les usagers, influence de la formation initiale



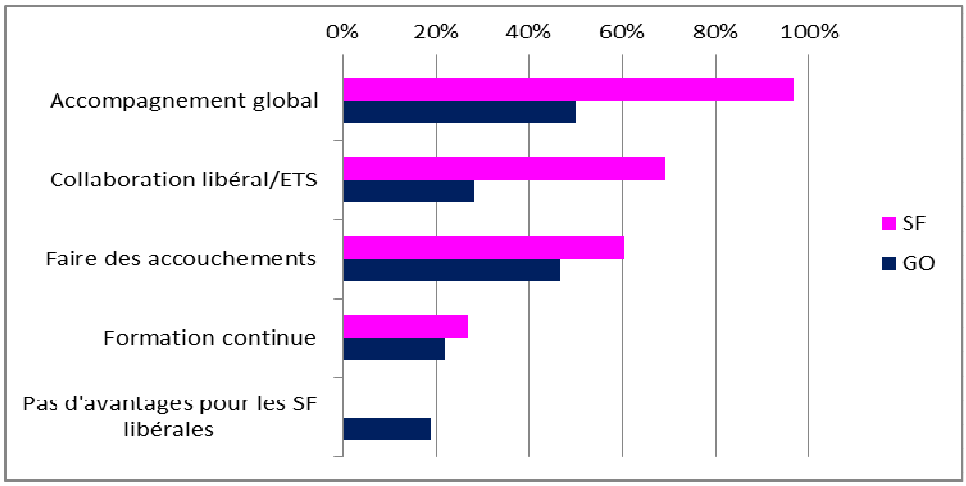
Pour ce qui est des avantages pour les établissements de santé, nous avons observé une différence statistiquement significative pour les propositions « Lancer des réflexions sur la prise en charge du bas risque en établissement de santé » (z=2,34) et « Donner une meilleure image des établissements de santé » (z=2,29), pour lesquelles, le taux de sages-femmes qui considèrent ces propositions comme un avantage est plus important que celui de gynécologues-obstétriciens. Enfin, la différence entre les taux de sages-femmes et gynécologues-obstétriciens ne voyant pas d'avantages pour les établissements de santé est statistiquement significative (z=3,85).

Avantages pour les établissements de santé, influence de la formation initiale



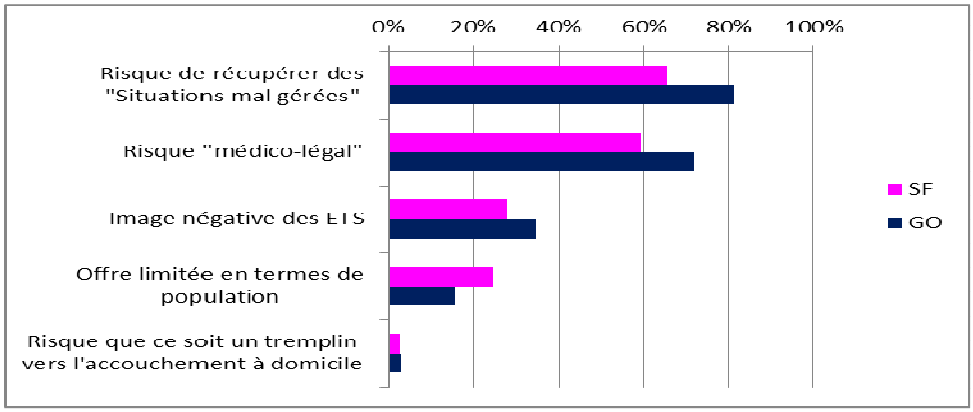
Pour ce qui est des avantages pour les sages-femmes libérales, les sages-femmes semblent trouver plus d'avantages au plateau technique que leurs collègues obstétriciens, avec une différence statistiquement significative pour « Pouvoir proposer un accompagnement global » (z=5,23), « Améliorer la collaboration libéral/hospitalier » (z=4,72) et « Vous ne voyez pas d'avantages pour les sages-femmes libérales » (z=2,72). Elles sont aussi plus nombreuses à penser que « Pouvoir faire des accouchements » et « Renforcer leur formation continue » sont des avantages du plateau technique pour les sages-femmes libérales.

Avantages pour les sages-femmes libérales, influence de la formation initiale



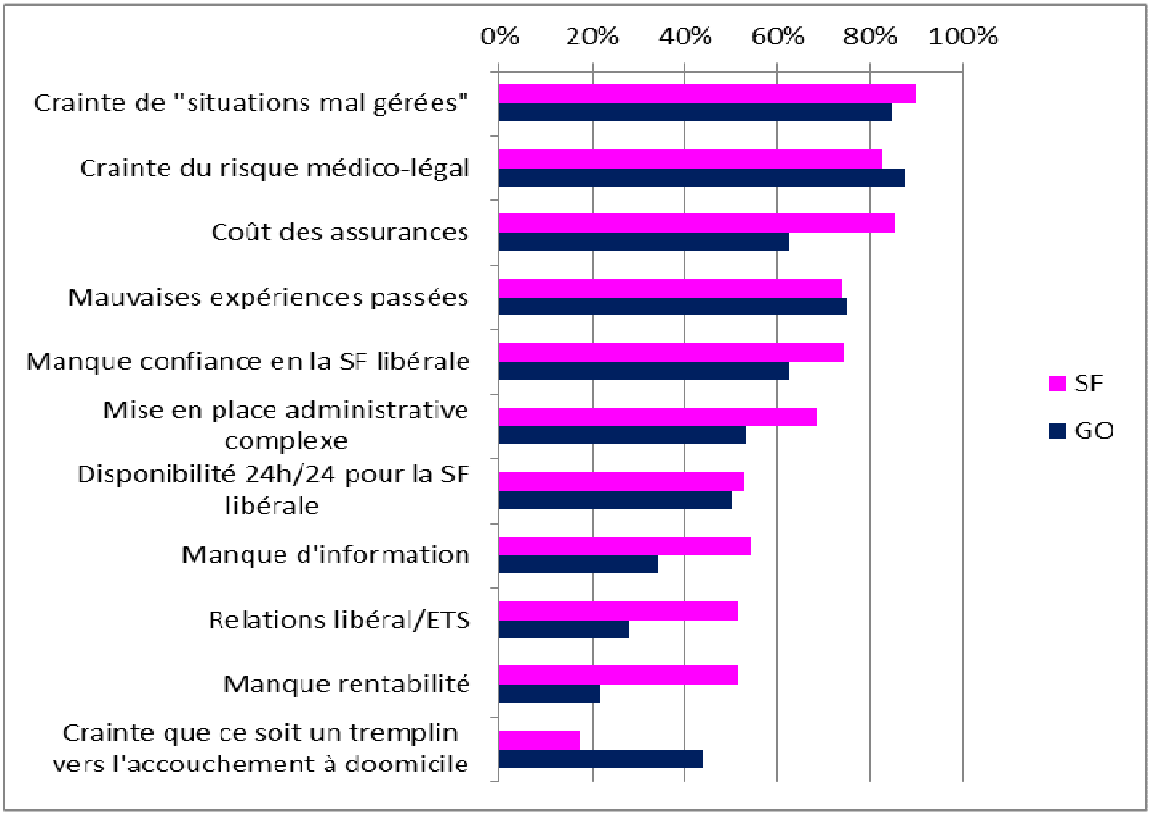
Du côté des inconvénients, nous avons retrouvé la disposition inverse avec des gynécologues obstétriciens dont le taux est plus important que leurs collègues sages-femmes pour tous les inconvénients, avec une différence statistiquement significative pour le « Risque de récupérer des situations « mal gérées » » (z=2).

Inconvénients, influence de la formation initiale



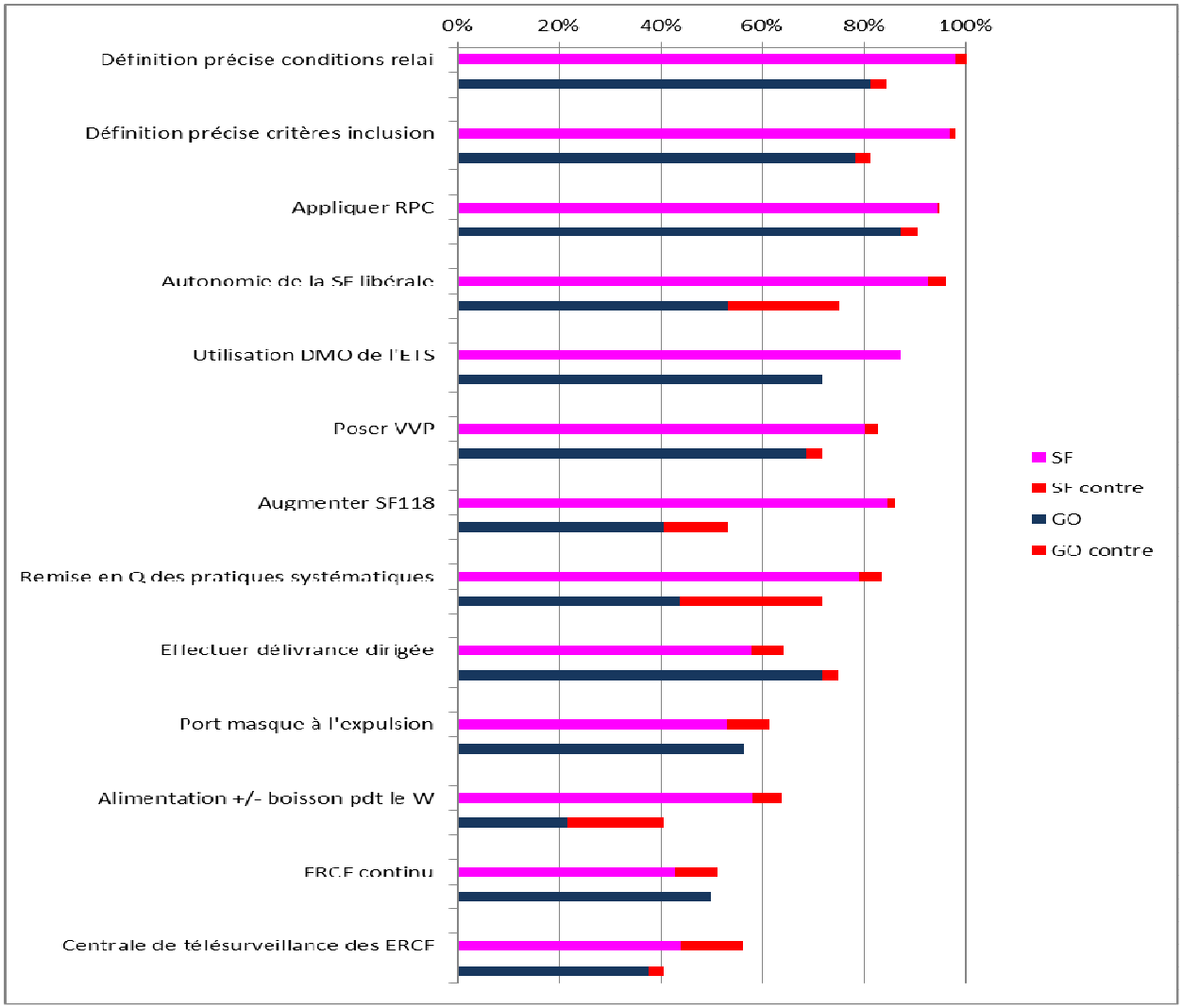
Le diagnostic des freins à l'ouverture de plateaux techniques, retenu par les professionnels a une répartition beaucoup plus homogène entre les groupes sages-femmes et obstétriciens, surtout pour ceux cités en premier. Il y a tout de même une différence statistiquement significative entre les deux groupes pour les propositions « Coût des assurances pour exercer en plateau technique » (z=2,53), « Manque d'information des usagers et professionnels » (z=2,12), « Relations libéral/hospitalier » (z=2,64) et « Manque de rentabilité de l'activité en plateau technique » (z=3,57) qui semblaient être des préoccupations de sages-femmes surtout, ainsi que pour « Crainte que ce soit un tremplin vers l'accouchement à domicile » (z=2,86) qui était plutôt une crainte d'obstétricien.

Freins, influence de la formation initiale



Les conditions souhaitées par les professionnels étaient plutôt semblables entre les groupes sages-femmes et obstétriciens. Nous avons observé quelques différences statistiquement significatives où le taux du groupe sage-femme est plus élevé : « Définition précise des conditions de passage de relai à l'équipe » (z=2,41), « Définition précise des critères d'inclusion des patientes » (z=2,5), « Autonomie de la sage-femme libérale » (z=4,32), « Revalorisation de la rémunération des actes effectués par les sages-femmes libérales en plateau technique » (z=4,81), « Remise en question des pratiques systématiques pour les patientes à bas risque » (z=3,76) et « Autorisation de l'alimentation et/ou boisson pendant le travail » (z=4,36). Nous avons aussi remarqué les différences statistiquement significatives entre ces deux groupes pour l'opposition à certaines propositions : « Autonomie de la sage-femme libérale » (z=2,42) ou « Remise en question des pratiques systématiques » (z=2,91) par exemple ont récolté plus d'opposition des obstétriciens que des sages-femmes à l'inverse de « Branchement de la centrale de télésurveillance des ERCF » (z=2,24).

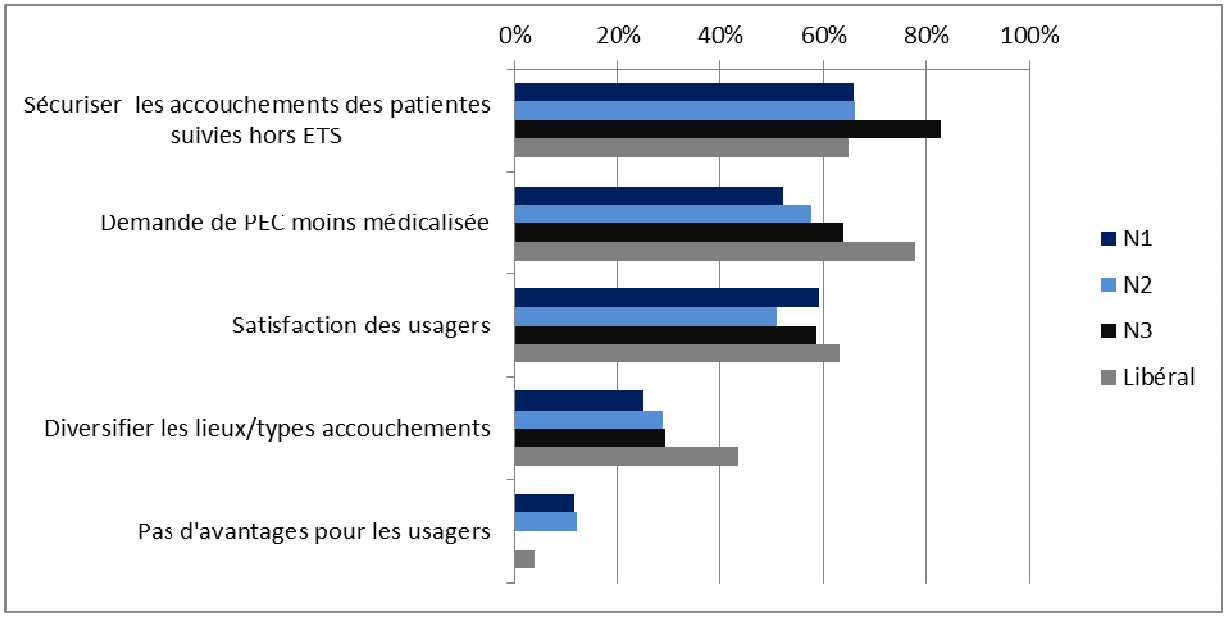
Conditions, influence de la formation initiale



Influence du lieu d'exercice : Les comparaisons ont ici été faites entre chaque sous-groupe (lieu d'exercice) et la moyenne.

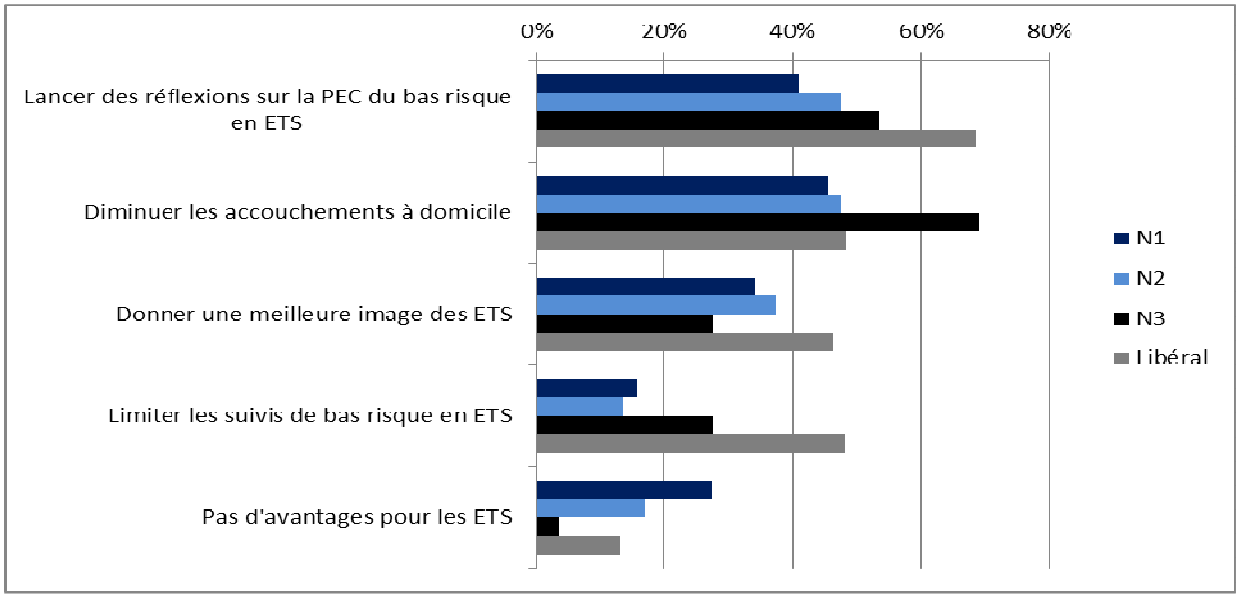
Pour les avantages pour les usagers, les résultats étaient sensiblement les mêmes entre différents lieux. Les maternités de niveau 3 ont un taux de professionnels qui pensent que « Sécuriser les accouchements des patientes qui ne veulent pas être suivies en établissement de santé » est un avantage du plateau technique significativement supérieur à la moyenne de la population totale (z=2,07). Nous avons retrouvé une différence statistiquement significative entre professionnels libéraux et la moyenne pour l'avantage « Répondre à une demande de prise en charge moins médicalisée » (z=2,35), leur taux étant supérieur.

Avantages pour les usagers, influence du lieu d'exercice



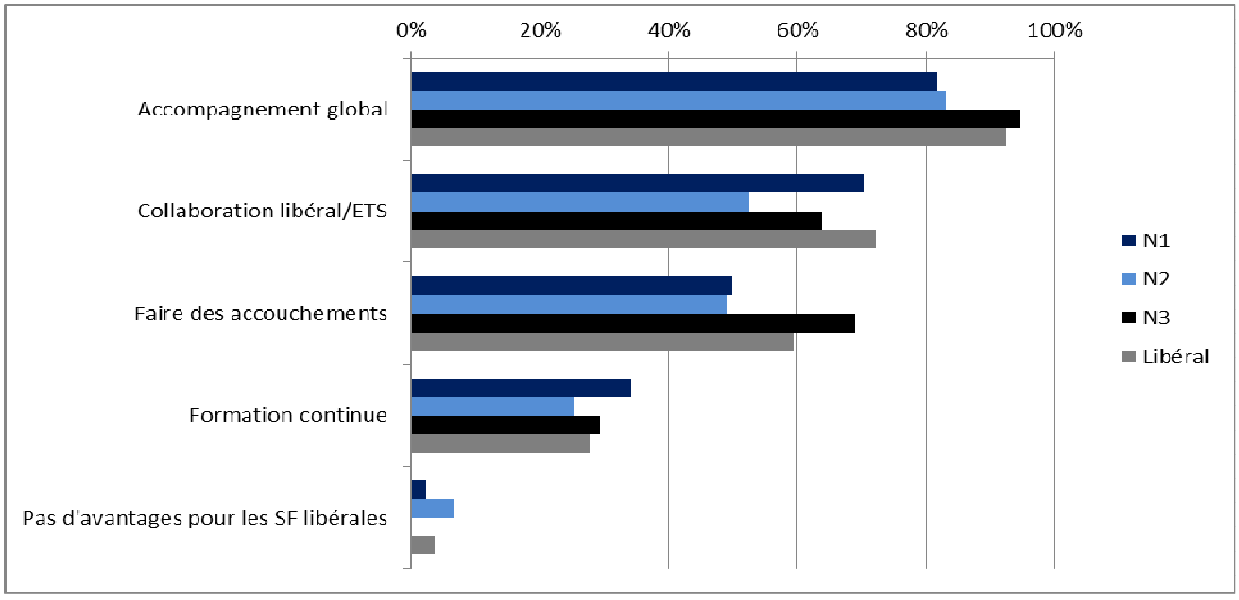
Les avantages pour les établissements de santé seraient plus reconnus en niveau 3 et en libéral. Nous avons noté une différence statistiquement significative entre les taux de professionnels libéraux et la moyenne pour les propositions « Lancer des réflexions sur la prise en charge du bas risque en établissement de santé » (z=2,23) et « « limiter les suivis de bas risque en établissement de santé » (z=3,12). Il y avait ainsi une différence statistiquement significative entre les taux de professionnels de niveau 3 et la moyenne pour « Diminuer l'accouchement à domicile » (z=2,44) et « Vous ne voyez pas d'avantages pour les établissements de santé » (z=3,38) où leur taux est inférieur à la moyenne. A l'inverse en niveau 1 on semblait voir moins d'avantages pour les établissements de santé, et en niveau 2 le taux de professionnels qui pensent que « Limiter les suivis de bas risque en établissement de santé » est un avantage était significativement inférieur à la moyenne (z=2,08).

Avantages pour les établissements de santé, influence du lieu d'exercice



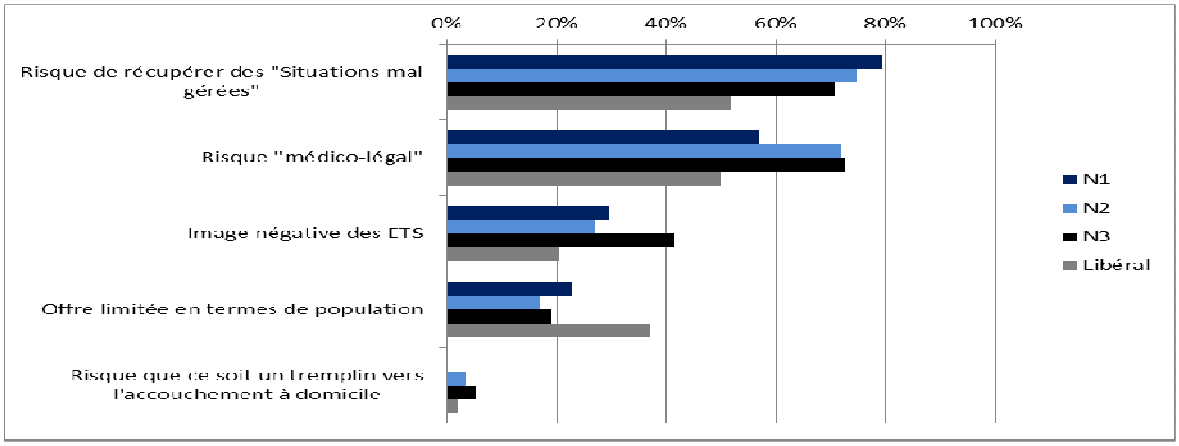
Nous n'avons retrouvé aucune différence statistiquement significative entre la moyenne et les taux de professionnels des différents lieux d'exercice concernant les avantages pour les sages-femmes libérales.

Avantages pour les sages-femmes libérales, influence du lieu d'exercice



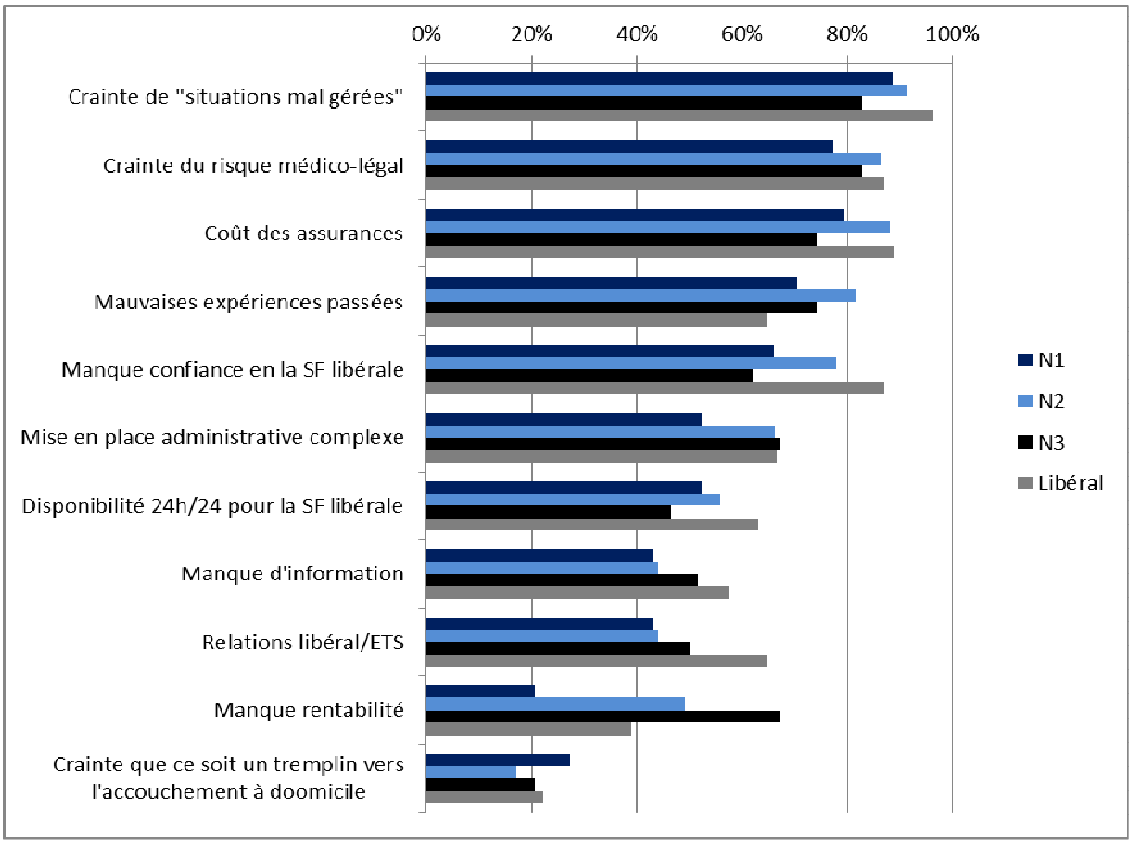
Les inconvénients du plateau technique cités par les professionnels étaient sensiblement les mêmes entre les différents lieux d'exercice. Les professionnels libéraux ont montré un taux de personnes qui pensent que le « Risque de récupérer des situations « mal gérées » » est un inconvénient du plateau technique significativement inférieur à la moyenne (z=2,18), alors que leur pour eux, le fait que « C'est une offre qui ne peut qu'être limitée en termes de population » est significativement supérieur à la moyenne (z=1,96).

Inconvénients, influence du lieu d'exercice



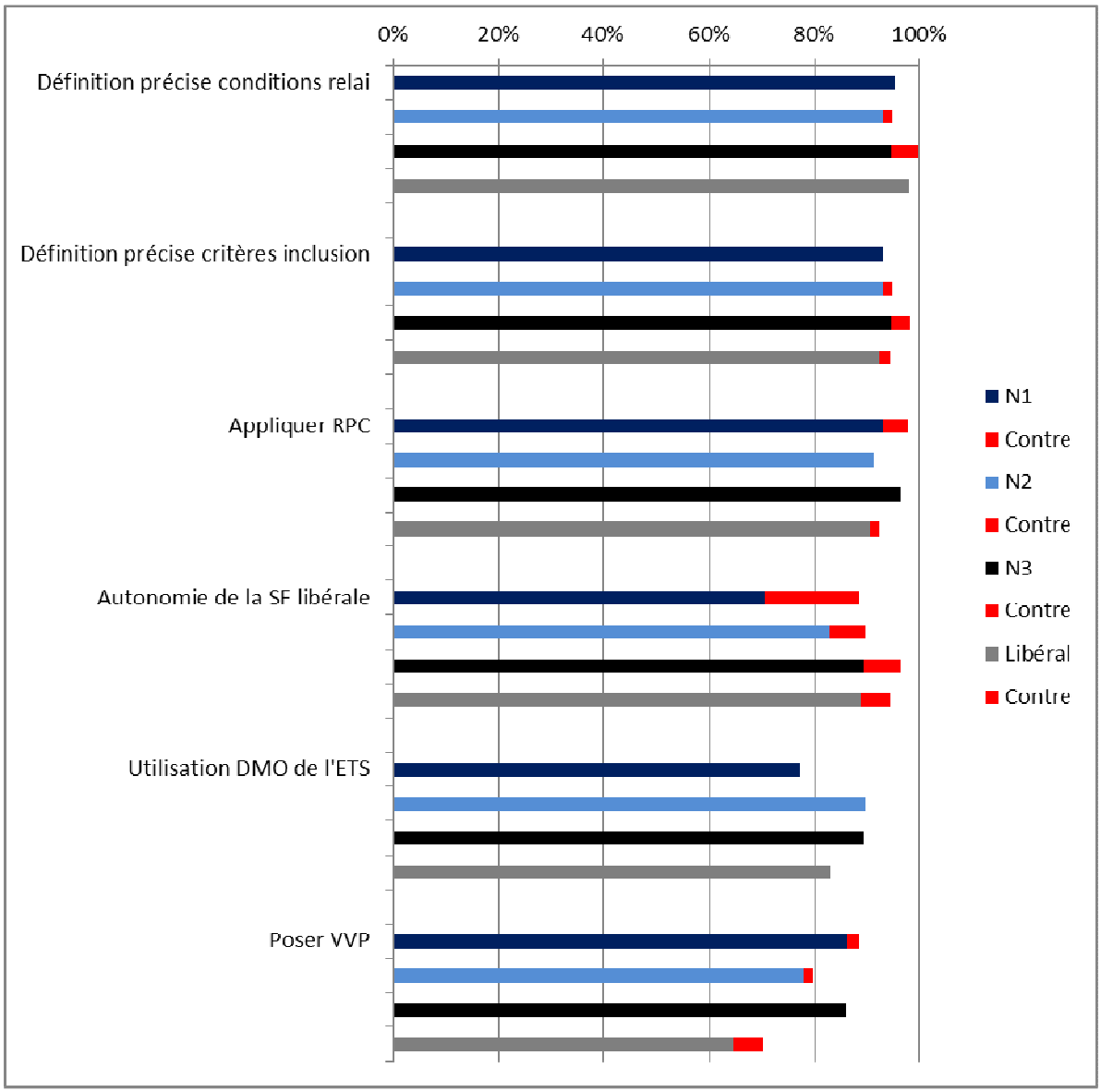
Les freins cités par les professionnels des différents lieux d'exercice étaient aussi sensiblement homogènes. Nous avons observé une différence statistiquement significative entre les professionnels libéraux et la moyenne pour les freins suivants : « Crainte de récupérer des « situations mal gérées » » (z=2,09), « Manque de confiance en la pratique des sages-femmes libérales » (z=2,59) et « Relations libéral/hospitaliers » (z=2,23). Pour ce qui est du « Manque de rentabilité de l'activité en plateau technique » le taux des professionnels en maternité de niveau 1 était significativement inférieur à la moyenne (z=3,62), alors que celui des professionnels en maternité de niveau 3 était significativement supérieur (z=2,96).

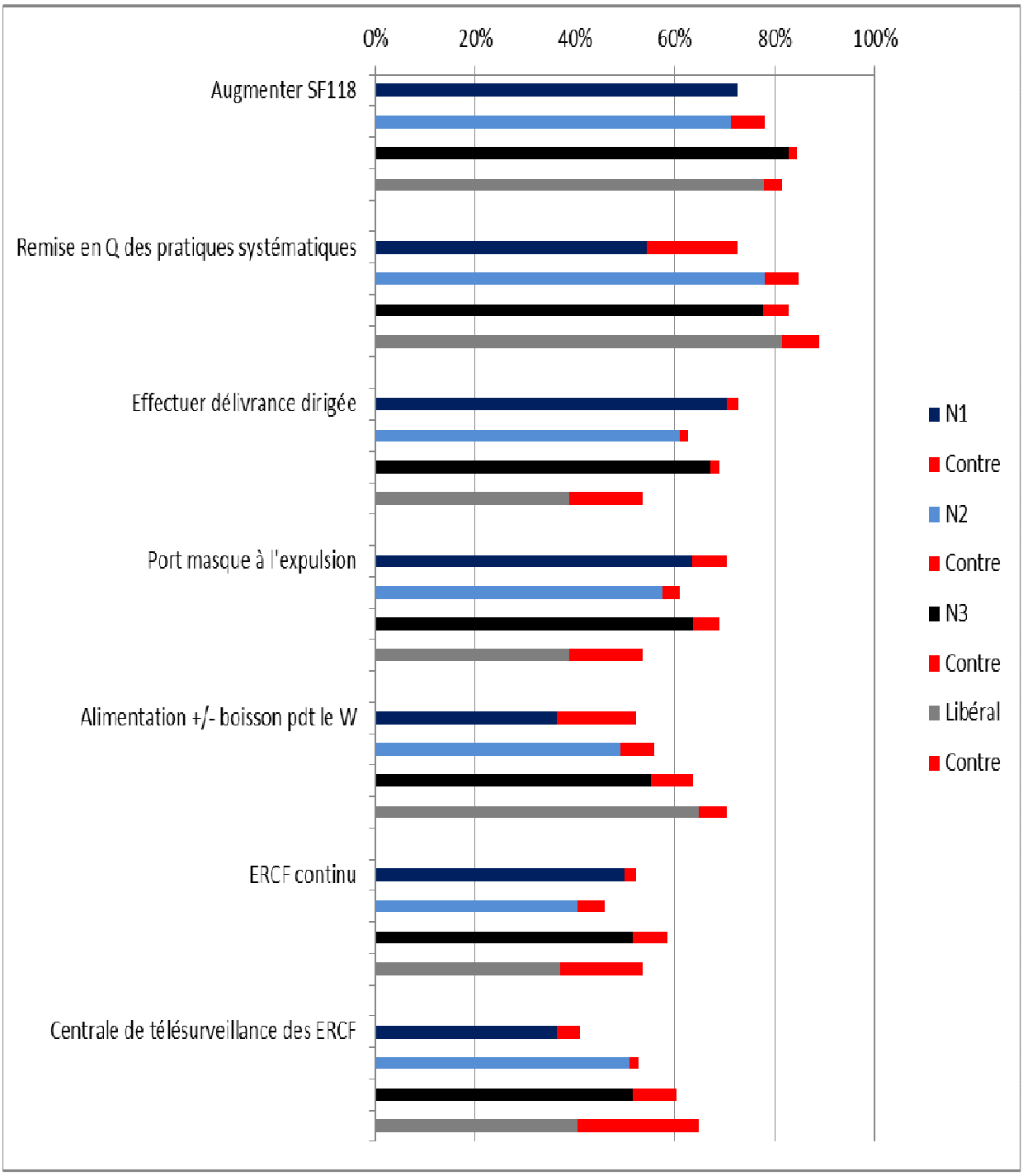
Freins, influence du lieu d'exercice



Enfin pour les conditions souhaitées, elles étaient plutôt homogènes parmi les différents lieux d'exercice. Nous avons observé une différence statistiquement significative entre les professionnels en maternité de niveau 1 et la moyenne pour la « Remise en question des pratiques systématiques » (z=2,20) ainsi que pour « L'autorisation de l'alimentation et/ou de la boisson pendant le travail » (z=1,96). Nous avons pu observer une différence significative entre les professionnels libéraux et la moyenne pour « Effectuer une délivrance dirigée » (z=2,89). Il y avait une différence statistiquement significative pour les professionnels opposés au « Branchement de la centrale de télésurveillance des ERCF » : les professionnels de niveau 2 y sont moins opposés que la moyenne (z=3,14), et inversement les professionnels libéraux y sont significativement plus opposés que la moyenne (z=2,20).

Conditions, influence du lieu d'exercice

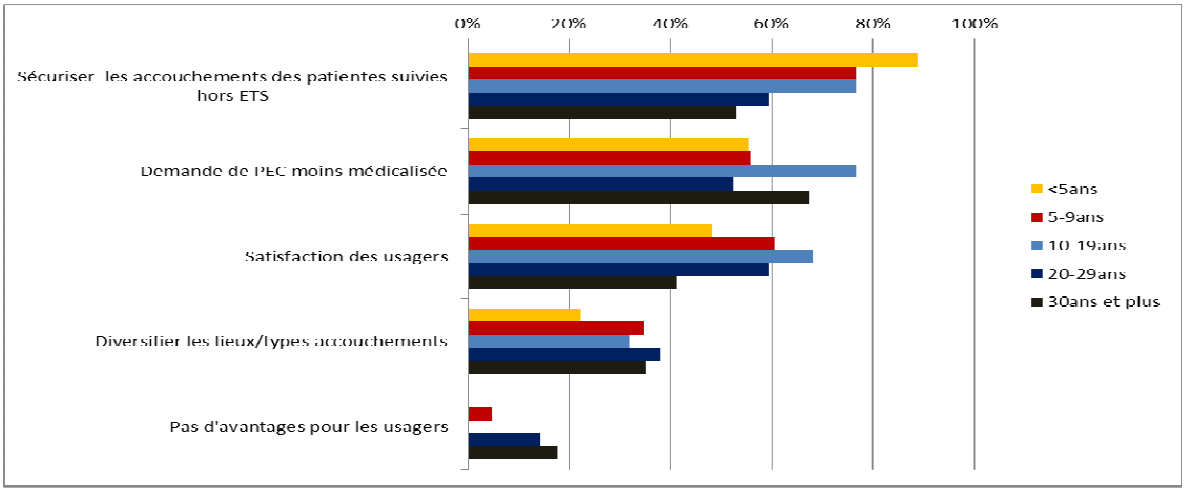



0%
20%
40%
60%
80%
100%
Augmenter SF118
Remise en Q des pratiques systématiques
Effectuer délivrance dirigée
Port masque à l'expulsion
Alimentation +/- boisson pdt le W
ERCF continu
Centrale de télésurveillance des ERCF
N1
Contre
N2
Contre
N3
Contre
Libéral
Contre

Influence de l'ancienneté :

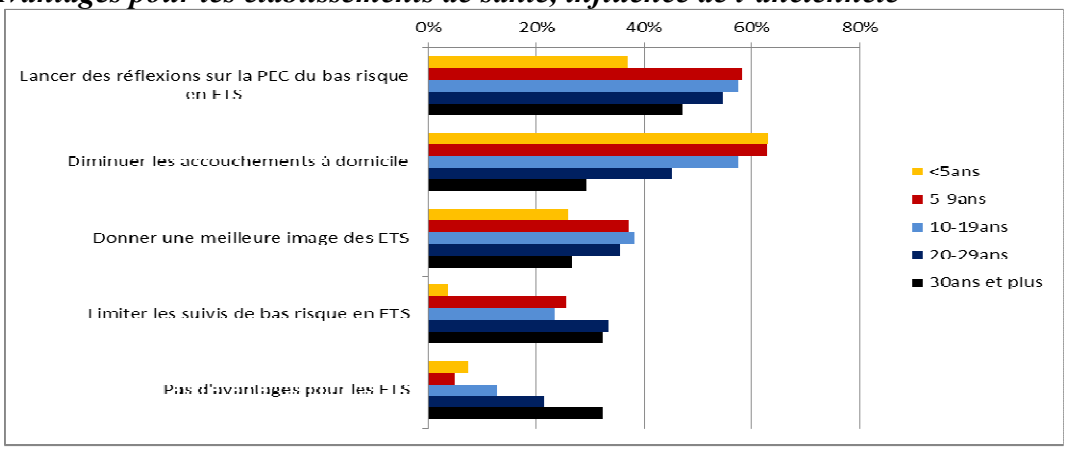
Les avantages pour les usagers retenus par les professionnels des différentes classes d'ancienneté étaient sensiblement identiques. Nous avons observé une différence statistiquement significative entre les moins de 5ans et la moyenne pour « Sécuriser les accouchements de patientes qui ne veulent pas être suivies en établissement de santé » (z=2,67) ainsi que pour les 10-19ans d'ancienneté par rapport à la moyenne pour le fait de « Répondre à une demande de prise en charge moins médicalisée » (z=2,03).

Avantages pour les usagers, influence de l'ancienneté



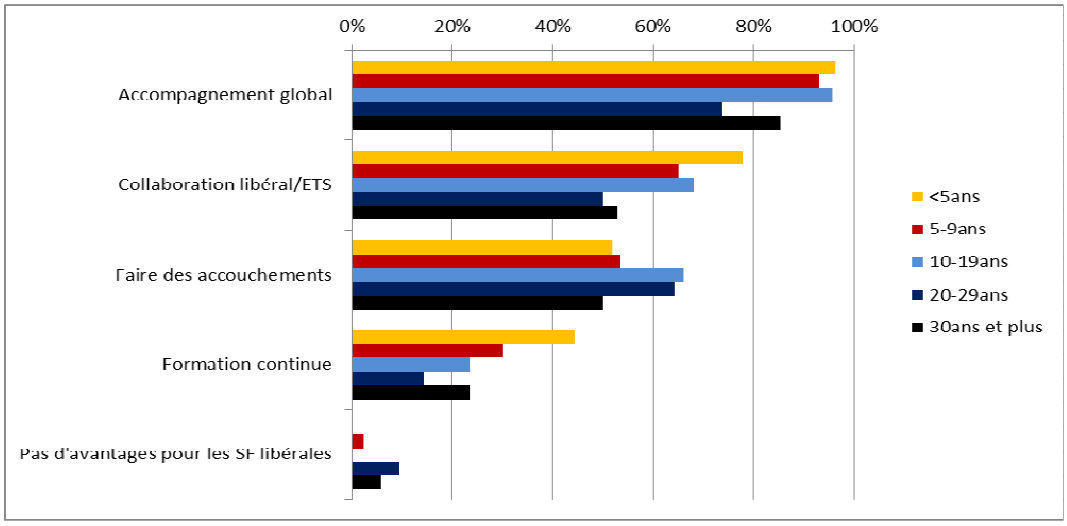
Pour les avantages pour les établissements de santé, les 30ans et plus d'ancienneté ont significativement moins sélectionné « Diminuer l'accouchement à domicile » comme un avantage que la moyenne (z=2,60). De même « Limiter les suivis de bas risque en établissement de santé » a été significativement moins choisi par les moins de 5ans que la moyenne (z=4,43). Enfin les 5-9ans d'ancienneté avaient un taux de réponse « Vous ne voyez pas d'avantages pour les établissements de santé » significativement inférieur à la moyenne (z = 2,60) et à l'opposé celui des 30 ans et plus était significativement supérieur (z=2).

Avantages pour les établissements de santé, influence de l'ancienneté



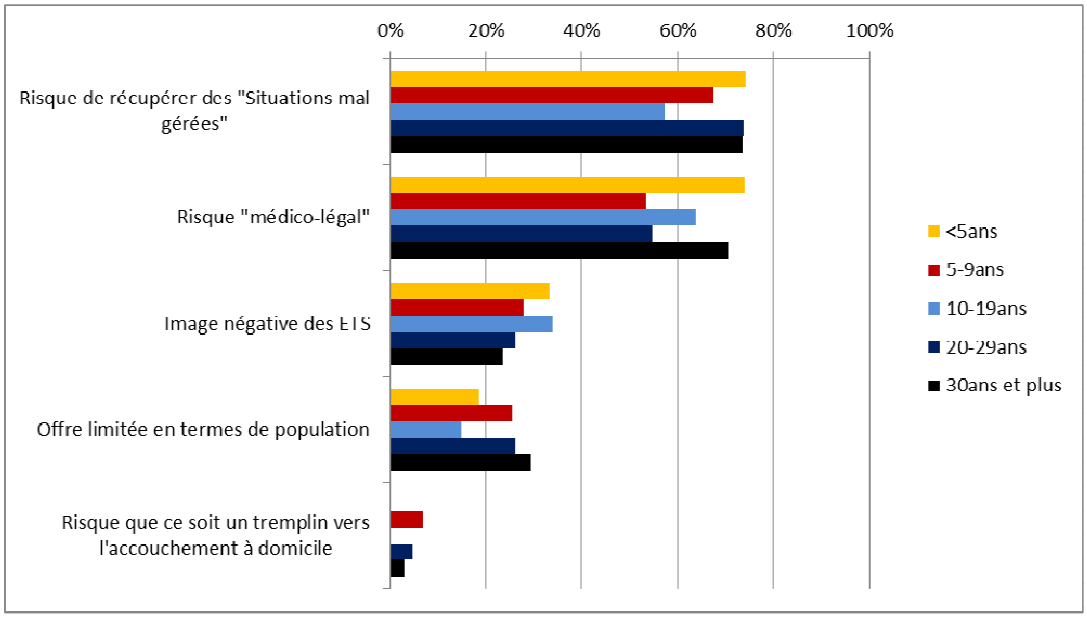
Les 20-29ans avaient un taux de personnes qui ont sélectionné « Pouvoir proposer un accompagnement global » comme avantage pour les sages-femmes libérales significativement supérieur à la moyenne (z=2,07).

Avantages pour les sages-femmes libérales, influence de l'ancienneté

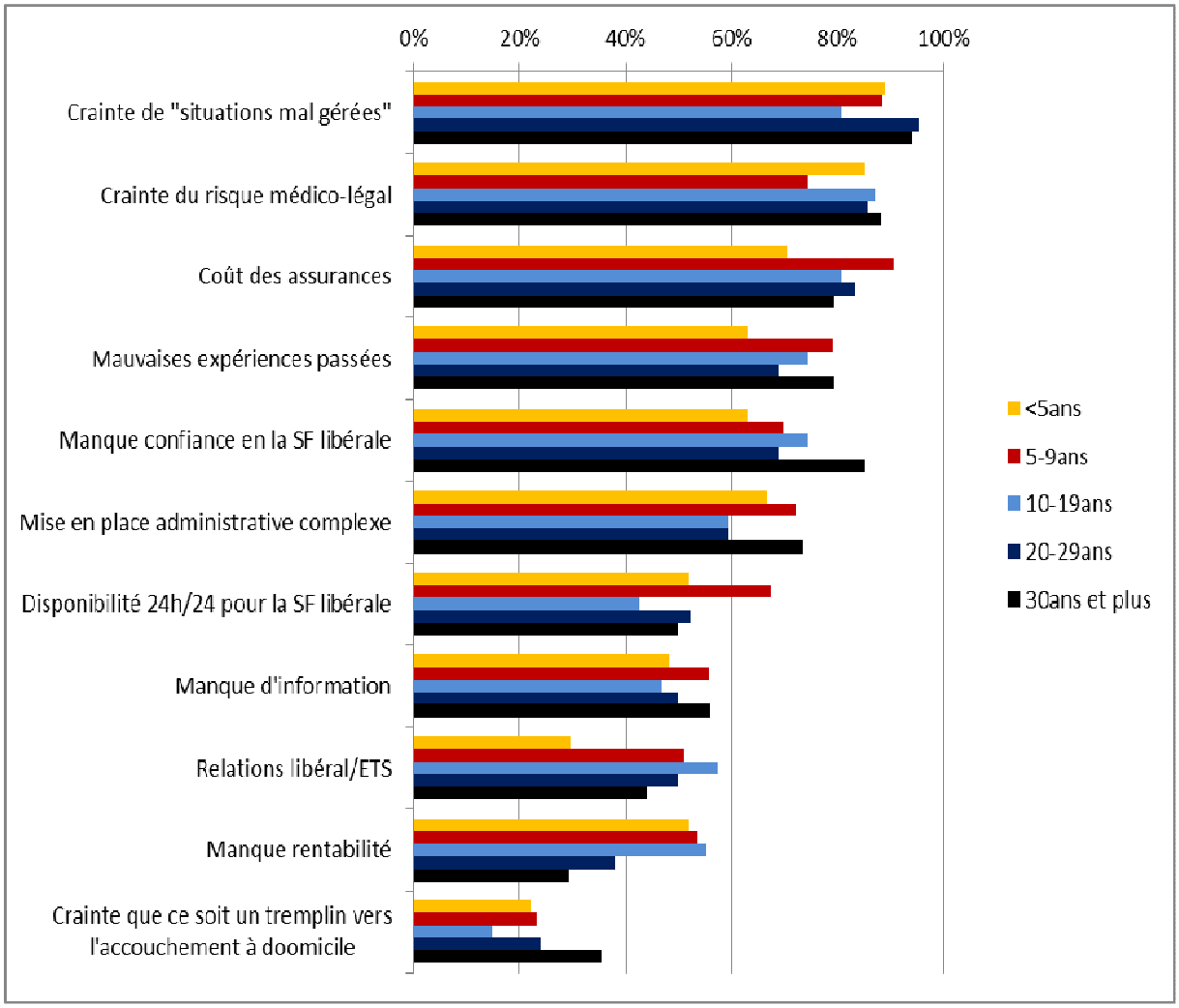


Nous n'avons pas pu observer de différences statistiquement significatives entre les différentes classes d'ancienneté pour les inconvénients et freins à l'ouverture retenus.

Inconvénients, influence de l'ancienneté

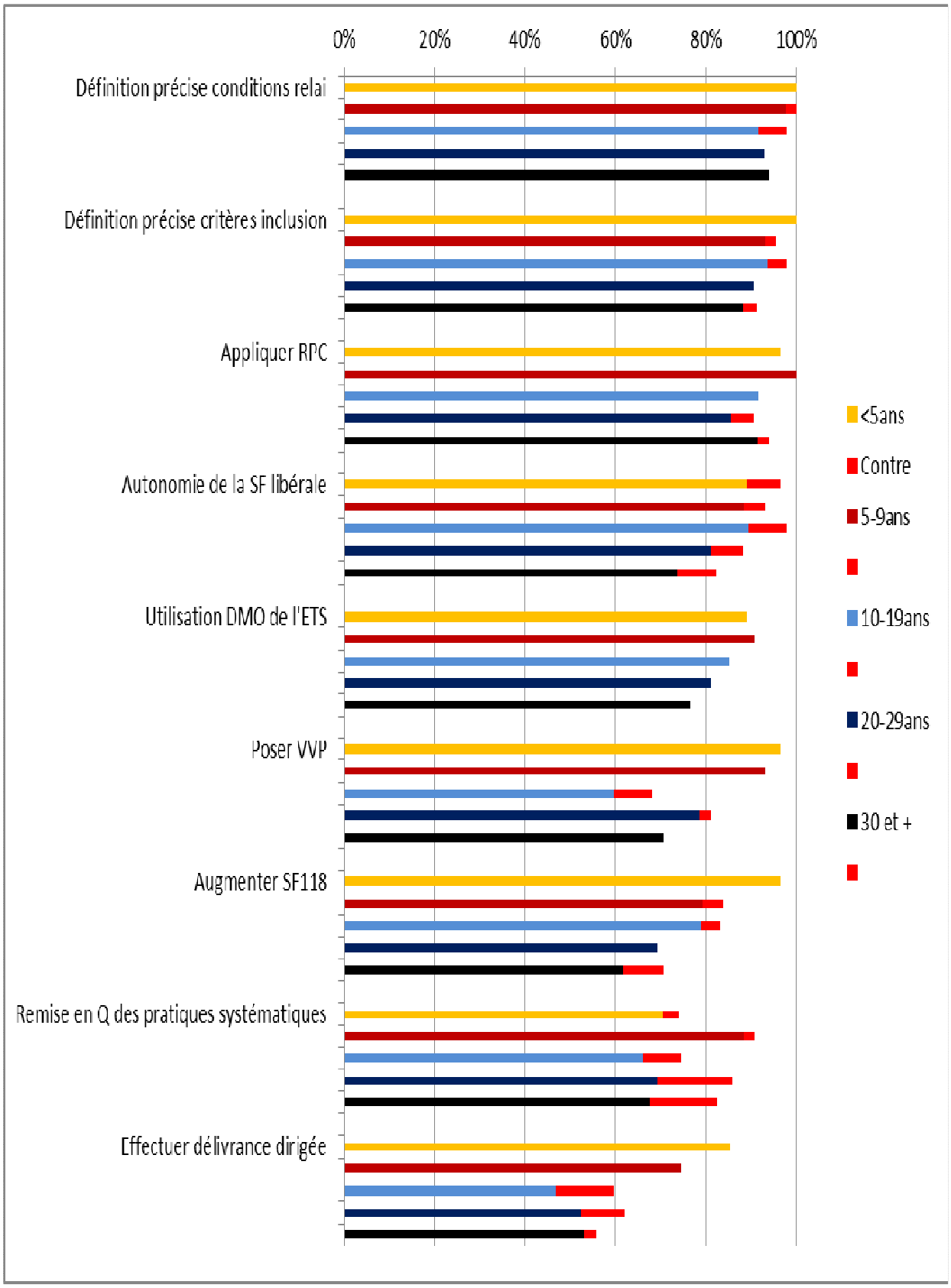


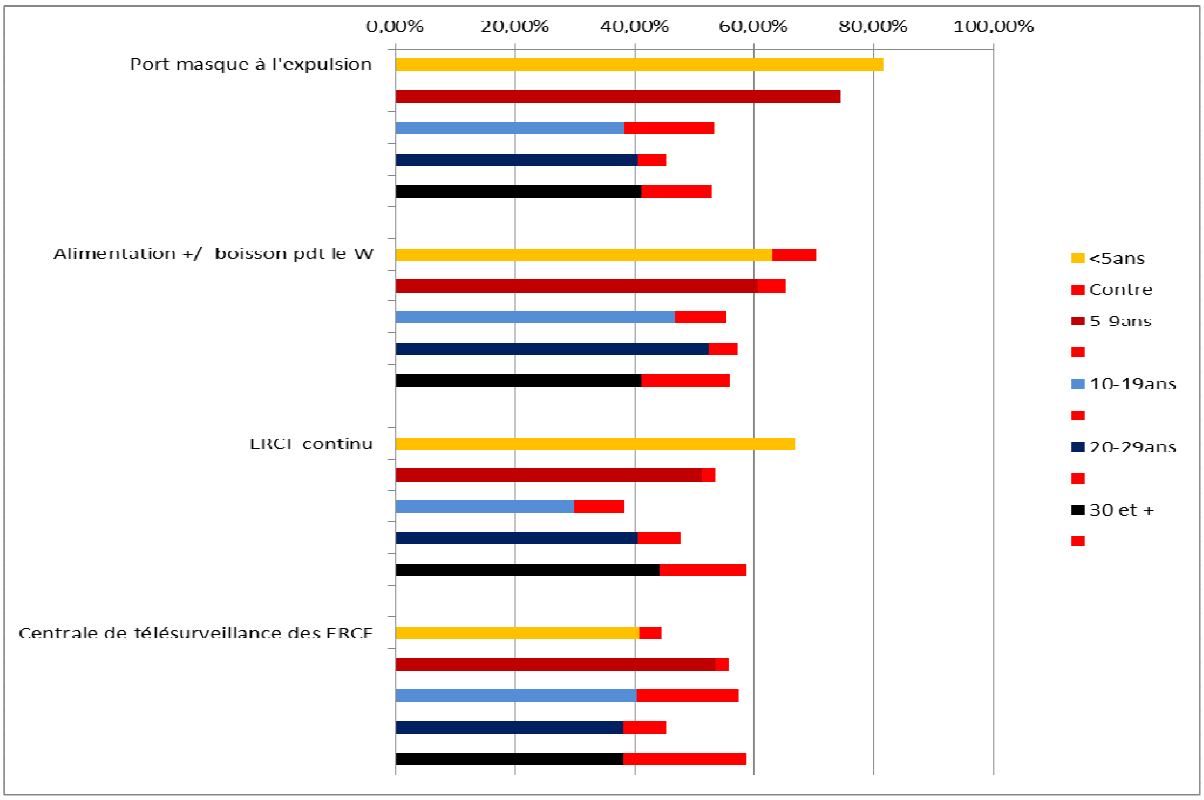
Freins, influence de l'ancienneté



Enfin, pour les conditions, les moins de 5ans étaient significativement plus nombreux que la moyenne à choisir la « Définition précise des conditions de passage de relais à l'équipe » (z=3,25), la « Revalorisation de la rémunération des actes effectués par les sages-femmes libérales en plateaux techniques » (z=4,23)), « Effectuer une délivrance dirigée » (z=3,20) et « ERCF en continu » (z=2,27) comme conditions importantes. Les moins de 5ans et les 5-9ans étaient significativement plus nombreux que la moyenne à souhaiter le « Port du masque à l'expulsion » (respectivement z=3,39 et z=2,78) et la pose d'une voie veineuse (z=3,84 et z=3), condition significativement moins souhaitée par les 10-19ans (z=2,41). Les 5-9 ans étaient aussi significativement plus favorables à la « Remise en question des pratiques systématiques » (z=2,72) que la moyenne et leur taux d'opposition à cette proposition était significativement inférieur à la moyenne (z=2,26). De même ils étaient significativement moins opposés que la moyenne au « Branchement de la centrale de télésurveillance des ERCF » (z=2,55)

Conditions, influence de l'ancienneté .





Nous avons demandé aux professionnels de cocher ce qu'ils pensaient être les conditions d'accès aux plateaux techniques nécessaires pour les sages-femmes libérales. Par ordre de fréquence décroissant, les conditions d'accès pour les sages-femmes libérales citées étaient :

1. « Avoir signé un contrat avec l'établissement de santé » 163 personnes (84,5%)
2. « Être connu(e) de l'équipe » 150 (77,7%)
3. « Sur accord du médecin de garde à chaque patiente en plus du contrat avec l'établissement » 72 (37,3%)
4. « Avoir déjà travaillé dans l'établissement de santé » 53 (26,9%)

Deux questions étaient réservées aux sages-femmes exerçant en libéral. A la question « Seriez-vous prêt(e) à travailler en plateau technique ? », 28 sages-femmes libérales ont répondu « non » (62,2%), 16 (35,6%) ont répondu « oui » et une n'a pas répondu. Les raisons pour lesquelles les 28 sages-femmes n'étaient pas prêtes à travailler en plateau technique étaient par ordre de fréquence décroissant :

1. « Incompatibilité avec une vie personnelle » : 23 (82,1%)
2. « Incompatibilité avec votre activité libérale » : 16 (57,1%)
3. « Coût de l'assurance » : 10 (35,7%)
4. « Rentabilité trop faible de l'activité en PT » : 5 (17,9%)
5. « Relations tendues entre libéral et hospitalier » : 2 (7,1 %)

Analyse

Enquête qualitative

La question de la collaboration entre professionnels libéraux et des établissements de santé est centrale dans les entretiens que nous avons enregistrés. En effet, elle arrive en deuxième place dans les éléments de satisfaction des professionnels quant à l'état actuel de la périnatalité mais aussi dans les inconvénients des prises en charge existantes puisque insuffisante. Ainsi, une meilleure collaboration ville-établissement de santé est le premier souhait d'amélioration de la périnatalité, mais c'est aussi une des conditions importantes à l'ouverture de plateaux techniques, avec la nécessité de connaître et faire confiance à la sage-femme libérale. Enfin cet élément se retrouve dans les inconvénients liés aux plateaux techniques avec la crainte du manque de confiance en la pratique de la sage-femme libérale et la question de son autonomie.

Le risque médico-légal est à l'origine de nombreuses réticences. C'est le premier inconvénient des plateaux techniques cité par les professionnels qui proposent donc comme conditions à l'ouverture de plateaux techniques l'établissement de cadres précis, la sélection stricte des patientes et des sages-femmes libérales ainsi que l'application des recommandations pour la pratique clinique.

La satisfaction des usagers et notamment la prise en charge de leur vécu est une thématique récurrente. Tout d'abord les professionnels interrogés pensent que la satisfaction des usagers est plutôt bonne, malgré des plaintes sur la prise en charge du vécu en établissement de santé. L'amélioration de cette prise en charge du vécu est d'ailleurs le deuxième souhait d'amélioration, mais aussi le premier avantage que les professionnels voient à l'ouverture de plateaux techniques.

Le vécu des équipes des établissements de santé est aussi un sujet de préoccupation. C'est un inconvénient du plateau technique cité par les professionnels interrogés qui pensent que les équipes se sentiraient « seulement bons pour la pathologie ». Le fait que l'ouverture de plateaux techniques soit un projet d'équipe est par conséquent une condition souhaitée par les professionnels.

L'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales pourrait répondre à certaines des limites actuelles citées par les professionnels : manque de places pour des suivis en établissement de santé, manque d'alternatives pour les lieux et types d'accouchements et manque d'information sur ceux-ci. Pour autant il faut se demander si certaines attentes ne sont pas infondées. La diminution du nombre d'accouchements à domicile par l'ouverture de

plateaux techniques par exemple part du postulat que les populations de patientes souhaitant accoucher à domicile et celles qui souhaitent un accompagnement global sont identiques, ce qui n'est pas vérifié.

Alors que les budgets deviennent un élément de décision en termes de projets dans la santé, les professionnels semblent penser que l'ouverture de plateaux techniques peut être une source de publicité pour l'établissement. Apparaître comme un établissement ouvert à des projets alternatifs, tourné vers l'écoute des usagers et la physiologie est attractif, donc potentiellement plus rentable financièrement. De plus l'accouchement par une sage-femme libérale en plateau technique est un accouchement à médicalisation moindre et à moindre coût financier en plus du séjour généralement raccourci qui limite l'embolisation des services.

On peut donc se demander si c'est par méconnaissance ou volontairement et dans un but promotionnel que certaines notions sont utilisées en dehors de leur définition stricte. On rappellera par exemple que l'accompagnement global, qui est un terme déposé, se définit par le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum par un seul et même praticien, et ne peut que très difficilement être obtenu sans attitrer spécifiquement un professionnel à un patient.

Enquête quantitative

Pour ce qui est des taux d'opinion favorable à l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales, certains résultats étaient attendus : différence statistiquement significative entre les sous-groupes « Sage-femme » et « Gynécologue-obstétricien », entre les sous-groupes « non impliqué » dans la question des plateaux techniques et « impliqué » ou différence importante entre le sous-groupe « 60ans et plus » et la moyenne par exemple. D'autres sont plus surprenants : absence de différence entre les lieux et modes d'exercice, ou différence statistiquement significative du sous-groupe « 10 à 19 ans d'ancienneté » à la moyenne.

Pour ce dernier résultat nous pouvons supposer que les professionnels dont l'ancienneté est de 10 à 19ans sont plus favorables que leurs collègues plus jeunes peut-être moins en confiance avec leur exercice pour être ouverts à des pratiques nouvelles, et que leurs collègues plus anciens peut-être plus réfractaires aux changements.

Nous pouvons nous étonner du taux d'opinion favorable à l'ouverture de plateaux techniques supérieur en maternité de niveau 3 (81%) par rapport aux maternités de niveau 2a (66,1%) ou 1 (70,5%) si l'on part du postulat que les structures les plus techniques sont les moins ouvertes à l'amélioration de la prise en charge des grossesses à bas risque. Nous

pouvons en fait supposer que les structures les plus techniques sont les endroits où l'on se rend le plus compte qu'il y a une nécessité d'améliorer la prise en charge du bas risque en établissement de santé.

Partant du principe qu'en exercice privé à but lucratif l'activité de sages-femmes libérales en plateaux techniques pourrait être considérée comme une potentielle diminution d'activité donc de bénéfices pour les gynécologues-obstétriciens, nous pensions trouver un taux d'opinion favorable aux plateaux techniques inférieur en établissement de santé privé à but lucratif. Les résultats ne montrent pas de différence d'opinion entre les modes d'exercice privé à but lucratif et public. Deux hypothèses peuvent expliquer ces résultats : tout d'abord en privé à but lucratif le taux de réponse des sages-femmes (79%) est supérieur à celui des gynécologues-obstétriciens (70,5%). Or, les sages-femmes étant salariées on peut penser qu'elles sont moins réticentes aux plateaux techniques. Par ailleurs, l'ouverture d'un plateau technique peut représenter un argument d'attractivité pour un établissement de santé et l'on peut supposer que la potentielle diminution d'activité liée au passage de patientes vers le suivi en plateau technique soit rééquilibrée par l'apport d'activité lié à l'image positive apportée à l'établissement.

Le risque médico-légal ressort dans cette enquête, comme dans l'enquête qualitative, comme la préoccupation centrale des professionnels interrogés. Les deux seuls inconvénients cités à plus de 50% sont « le risque de récupérer des situations « mal gérées » » et « le risque que la responsabilité des hospitaliers soit engagée pour des actes réalisés/non réalisés par la sage-femme libérale ». Ce sont aussi les deux premiers freins cités. Par conséquent les conditions souhaitées sont en premier l'établissement d'un cadre strict : « définition précise des conditions de passage de relai à l'équipe obstétricale », « définition précise des critères d'inclusions des patientes » et « application stricte des recommandations de bonne pratique ».

Les avantages du plateau technique qui sont cités en premier sont : la sécurité des accouchements, avec l'idée d'une potentielle diminution des accouchements à domicile, la satisfaction des usagers et des sages-femmes libérales ainsi qu'une meilleure prise en charge du bas risque en établissement de santé et une meilleure collaboration ville-hôpital. Pour ce qui est des freins, il est intéressant de noter que les problèmes pratiques ont une place importante : « coût des assurances », « mise en place administrative complexe », « disponibilité 24h/24 nécessaire pour la sage-femme libérale » ou « manque d'information des professionnels et usagers », à côté des appréhensions relationnelles avec « l'existence de mauvaises expériences antérieures » ou « le manque de confiance en la pratique des sages-

femmes libérales ». L'autonomie de la sage-femme libérale est d'ailleurs la 4ème condition souhaitée.

Enfin, on note avec intérêt que les sujets qui peuvent être les plus polémiques dans les débats autour du plateau technique, comme la pose d'une voie veineuse, la réalisation d'une délivrance dirigée, le port d'un masque à l'expulsion ou l'autorisation de l'alimentation et/ou de la boisson pendant le travail, n'arrivent qu'en 6 à 11ème place des conditions souhaitées.

Nous avons pu observer que le taux de sages-femmes qui pensent que le plateau technique peut faire diminuer l'accouchement à domicile -et que c'est un avantage- est supérieur à celui des obstétriciens et qu'à l'inverse plus d'obstétriciens craignent que ce soit une étape vers l'accouchement à domicile.

Conclusion

Que peut-on retenir de ces deux analyses ? Les professionnels interrogés sont majoritairement favorables à l'ouverture de plateaux techniques. Ils voient des avantages pour les usagers, les établissements de santé et les sages-femmes libérales. Nous pouvons surtout retenir les freins et les appréhensions qui ont été exprimées, et les conditions souhaitées dans l'hypothèse de l'ouverture d'un plateau technique qui en découlent.

Tout d'abord une grande appréhension d'une collaboration qui est redoutée. Dans le cadre du plateau technique, comme ailleurs, les professionnels qu'ils soient libéraux ou en établissement de santé souhaitent travailler avec des collaborateurs qu'ils connaissent et avec lesquels peut s'établir une relation de confiance, et ce, dans le respect de l'autonomie et des limites du rôle de chacun. Les professionnels souhaitent le respect des conditions de fonctionnement du plateau technique qui devraient être choisies en accord avec les réflexions communes menées sur la prise en charge du bas risque obstétrical en établissement de santé. Ces réflexions devraient par ailleurs permettre un meilleur vécu de cette collaboration pour les équipes en établissements de santé, pour les sages-femmes libérales et pour les usagers.

Ensuite, une peur importante de ce qu'on appellera le « risque médico-légal ». L'obstétrique est une spécialité à haut risque médico-légal par la fréquence des procès et le coût des indemnisations aux victimes. Lors de ces situations difficiles les responsabilités des différents professionnels en présence sont souvent entremêlées. Les professionnels craignent à la fois que leur responsabilité soit engagée à tort mais aussi de récupérer des situations « mal gérées » potentiellement à l'origine de procédures judiciaires.

Discussion

Biais et limites

Nous avons pu recenser quelques biais dans notre étude. Tout d'abord le risque d'influencer la population dans ses réponses par la formulation de questions fermées avec gradation ou biais d'influence. L'aide méthodologique apportée par Dr Falcy a permis de s'appuyer sur l'étude qualitative afin de créer le questionnaire en restant le plus neutre possible dans sa formulation et en limitant ce biais qui est donc faible.

Nous avons décidé de proposer cette étude à l'ensemble de la population source pour limiter au maximum le biais de sélection. Pour autant les taux de réponses ont été variables d'une sous-population à une autre. En particulier entre les deux maternités de niveau 1. Il semble que l'information liée à ce mémoire ait moins bien circulé dans la seconde maternité, et ce malgré les nombreuses relances.

Il existe un biais de non réponse, bien que plutôt faible. Les professionnels ont été relancés à plusieurs reprises et sous des formats différents. Nous avons précisé dans les informations faites que quel que soit leur opinion il était important que les professionnels donnent leur avis, mais nous pouvons supposer que certains professionnels très défavorables aux plateaux techniques n'aient pas pris la peine de répondre au questionnaire.

Enfin, nous avons pu remarquer une nette différence dans la façon de remplir le questionnaire entre le support en ligne et le support papier sur lequel les professionnels se permettaient plus de liberté : absence de réponses, commentaires ...etc. Cependant les commentaires non pas été pris en compte, et les non réponses ont été comptabilisées afin de réduire ce biais.

Pour ce qui est de la validité de nos résultats, pour l'étude qualitative, malgré une sélection la plus diversifiée possible des professionnels, les résultats ne peuvent que représenter les avis personnels des professionnels interrogés. Pour l'étude quantitative, nous pouvons tout d'abord souligner un taux de participation satisfaisant (52,2%) par rapport à ce qui était attendu en raison d'habituels faibles taux de réponse par les professionnels de santé. On notera cependant quelques disparités. Pour ce qui est des maternités de niveau 1 par exemple, le taux de réponse est de 36% pour les sages-femmes et 21% pour les gynécologues-obstétriciens dans l'une, contre respectivement 100% et 88% dans la seconde, les résultats de la catégorie « maternité de niveau 1 » sont donc plus représentatifs de l'une que de l'autre. A l'inverse, les taux de réponse totaux pour les groupes « sages-femmes » et « gynécologues-obstétriciens » sont du même ordre, de même, la répartition de notre population entre les

différents lieux et modes d'exercice est plutôt homogène. Nous pouvons donc penser que nos résultats devraient être représentatifs de l'ensemble de la population du RPAI. Pour autant, nos résultats locaux ne sont pas extrapolables en dehors des limites temporelles et géographiques de cette étude, bien qu'ils tracent une tendance d'opinion actuelle.

Comparaison

Nos résultats correspondent aux récents débats locaux : à la Commission Régionale de la Naissance, au groupe de travail sur les plateaux techniques, à la journée des réseaux ou à la journée de formation du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-femmes. Ils correspondent aussi aux discussions tenues sur nos terrains de stage, malgré un taux d'opinion favorable aux plateaux techniques supérieur à ce que nous attendions. Nous retrouvons des données déjà étudiées telles que la satisfaction plutôt bonne des usagers par rapport à l'état actuel de la périnatalité (11) malgré la nécessité d'une meilleure prise en charge du vécu. Le point de vue des professionnels avait déjà été étudié dans la région en 2010 dans un mémoire qui s'intéressait aussi au point de vue des pédiatres et des anesthésistes, et faisait un très bon historique de l'évolution de la prise en charge des accouchements en France (9). Ce mémoire présentait une enquête qualitative auprès de 16 professionnels en établissements de santé et une enquête quantitative auprès d'une soixantaine de sages-femmes libérales. Nos résultats sont semblables pour ce qui est des avantages, inconvénients et conditions souhaitées à l'ouverture de plateaux techniques. Ces deux mémoires sont complémentaires et donnent un bon aperçu de l'état actuel des mentalités sur le plateau technique en région Rhône-Alpes.

Objectifs

Notre objectif principal était de décrire l'opinion des professionnels du RPAI quant à l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales. Sans avoir pu être exhaustifs, nous avons eu un taux de réponses satisfaisant et avons balayé un champ important de l'opinion de ces professionnels en s'intéressant à tous les aspects de leurs opinions dans l'analyse qualitative, puis aux avantages et inconvénients qu'ils reconnaissent aux plateaux techniques ainsi qu'aux freins et conditions à leurs ouvertures. Nous pouvons considérer que notre objectif principal est rempli.

Notre objectif secondaire était de décrire le taux d'opinion favorable des professionnels ce que nous avons aussi pu réaliser. L'hypothèse principale selon laquelle une majorité de professionnels sont contre l'ouverture de plateaux techniques est réfutée.

L'hypothèse secondaire selon laquelle la majorité des réticences sont liées à la crainte du risque médico-légal est, elle, confirmée.

Afin de compléter l'analyse qualitative, il serait intéressant de mener une enquête selon les même modalités dans des centres ayant ouvert leurs plateaux techniques à des sages-femmes libérales. Nous pourrions par exemple demander aux professionnels quels étaient leurs réticences avant l'instauration des plateaux techniques, leurs avis avant et après, et leur retour sur expérience. Cette enquête pourrait, d'ici quelques mois et avec l'accord des équipes, être menée auprès des professionnels du CH de Chambéry, entre autres, qui sont en attente de l'ouverture de leur plateau technique et ont déjà répondu à notre enquête. Pour l'enquête quantitative, il serait intéressant de pouvoir réutiliser le questionnaire auprès de professionnels travaillant dans un établissement qui a ouvert un plateau technique, ou de le proposer à nouveau dans quelques années à la même population afin d'évaluer la probable évolution des opinions quant aux plateaux techniques.

Conclusion

Lors des débats récents autour de la question des plateaux techniques que ce soit à la journée de formation du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-femmes ou à la Commission Régionale de la Naissance les esprits s'échauffent rapidement et les querelles de clochers ressurgissent : sages-femmes contre obstétriciens, hospitaliers contre libéraux, privé contre public et maternités des différents niveaux les uns contre les autres (12). De même lors de discussions avec les professionnels de nos terrains de stage autour de ce sujet, les avis sont souvent très tranchés et la liste des problèmes posés semble sans fin et insoluble. Einstein disait qu' « un problème sans solution est un problème mal posé », il s'agit dès lors de s'attacher aux questions pertinentes.

Tout d'abord pourquoi souhaiter l'ouverture de plateaux techniques ? Les professionnels interrogés ont répondu à 75% y être favorables, ils voient des avantages pour les usagers (***Tableau III***), les établissements de santé (***Tableau IV***) et les sages-femmes libérales (***Tableau V***). C'est une demande des usagers (13), et 16 sages-femmes libérales dans le RPAI sont prêtes à exercer en plateau technique. C'est une possibilité légale depuis 1991, et c'est aussi un type de suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum moins médicalisé et avec moins de prestations d'hôtellerie, donc à moindre coût. Enfin, l'ouverture de plateaux techniques est inscrite aux Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire Rhône-Alpes III et IV c'est-à-dire depuis 2004.

Le plateau technique, pour qui ? Il semble évident que l'ouverture du plateau technique d'un établissement de santé doit être une décision et une volonté d'équipe. L'adhésion totale de l'ensemble d'une équipe semble utopique, mais il faut en tout cas que chacun ait pu s'exprimer sur la question et qu'une majorité accepte l'expérience. Une peur fréquente des professionnels est que l'ouverture du plateau technique veuille dire ouverture à n'importe quelle sage-femme libérale qui le souhaite. Il faut rappeler que la collaboration en plateau technique est de type contractuel entre une sage-femme et un établissement de santé (14). De plus, l'amalgame entre accouchements en plateau technique, en maison de naissance et à domicile est fréquent. Un couple « sage-femme/usagers » souhaitant accoucher en plateau technique devrait avoir comme objectif principal la combinaison d'un accompagnement global et de la sécurité d'accoucher en établissement de santé. Si le refus des conditions de fonctionnement prédéfinies en commun (pose d'une voie veineuse, délivrance dirigée par exemple) leur semble essentiel, leur place n'est peut-être pas en plateau technique.

Enfin, pour ce qui est du risque médico-légal, l'établissement et le respect d'un cadre précis d'utilisation du plateau technique règle les questions d'ordre pratique (pose de voie veineuse, délivrance dirigée, critères de sélection des patientes, conditions du passage de relais à l'équipe ...etc) et limite les risques de situations « mal gérées ». D'un point de vue juridique, la responsabilité est assumée par la sage-femme dans la mesure où les fautes commises relèvent du contrat qu'elle a conclu avec la patiente. La responsabilité du médecin (anesthésiste, pédiatre, obstétricien) de l'établissement de santé est engagée à partir du moment où la sage-femme fait appel à lui et l'informe d'une situation donnée. Bien que les responsabilités de la sage-femme libérale et du médecin soient théoriquement indépendantes, il y a un risque de collusion de celles-ci. De plus dans le cadre de plateaux techniques en établissements publics, la responsabilité civile de la sage-femme libérale sera jugée devant les tribunaux judiciaires alors que celle du médecin sera jugée devant les tribunaux administratifs, compliquant la dissection des responsabilités de chacun. Enfin, la jurisprudence en matière de plateau technique est peu importante (15).

Notre objectif principal était de décrire l'avis des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens et médicaux du RPAI quant à l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales. Même si entre l'étude qualitative et l'étude quantitative nous avons balayé une majorité de cet objectif très large, ce sujet reste encore à explorer dans l'avenir pour sa complexité et son caractère polémique.

Références bibliographiques

1. Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et plus particulièrement article L.711-5 du Code de la Santé Publique (CSP) abrogé et remplacé en juin 2000 par l'article L.6112-4.

2. Article 3 du code de déontologie des sages-femmes.

3. « Accompagnement Global » : terme déposé en 2004 à l'Institut National de la Propriété Industrielle par le CALIN (Centre Associatif Lorrain pour l'Innovation autour de la Naissance), le CIANE (Collectif Inter associatif Autour de la NaissancE), l'ONSSF (Organisation Nationale des Syndicats de Sages-femmes) et l'ANSFL (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales).

4. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Base de Données des Analyses Documentaires Systématiques Cochrane 2007, 4ème Édition. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.

5. Plan périnatalité 2005-2007 [Consulté le : 8 juillet 2012] Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

6. Rapport de la cour des comptes, septembre 2011, chapitre VI « Le rôle des sages-femmes dans le système de soins. »

7. « La politique de périnatalité » 2006, Cour des comptes

8. « L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples » mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Touchard Charlène, mars 2011. Ecole de sages-femmes René Rouchy-Université d'Angers.

9. « L'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques » mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Lafont Bénédicte mars 2010. Ecole de sages-femmes Lyon.

10. Cours de Pierre Magain, « Introduction aux méthodes quantitatives et éléments de statistique », Institut d'Astrophysique et de Géophysique de l'Université de Liège. [Consulté le : 20 mars 2013] Disponible sur : http://www.astro.ulg.ac.be/cours/magain/

11. « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement » Etudes et Résultats DREES N°660. septembre 2008

12. Béatrice Jacques, « De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels », dossier périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? [Consulté le : 23 mars 2013] Disponible sur : http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/391/02.htm

13. Intervention de Mme Evrard, représentante d'usagers et membre du CIANE, à la journée de formation du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-femmes le 15 mars 2013.

14. Auteur : Hermine Sampoux, juriste à l'Agence Régionale de Santé Rhône Alpes
Courrier électronique destiné aux membres du groupe de travail sur les plateaux techniques, traitant de la répartition des responsabilités entre sages-femmes libérales et gynécologues-obstétriciens, pédiatres ou anesthésistes en plateau technique.

15. Intervention de Mme Chantal Seguin, directrice de l'Ecole de Sage-femme de Grenoble, à la journée de formation du Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-femmes le 15 mars 2013.

Annexes

Figure 1 : Diagramme de flux de la population d'étude

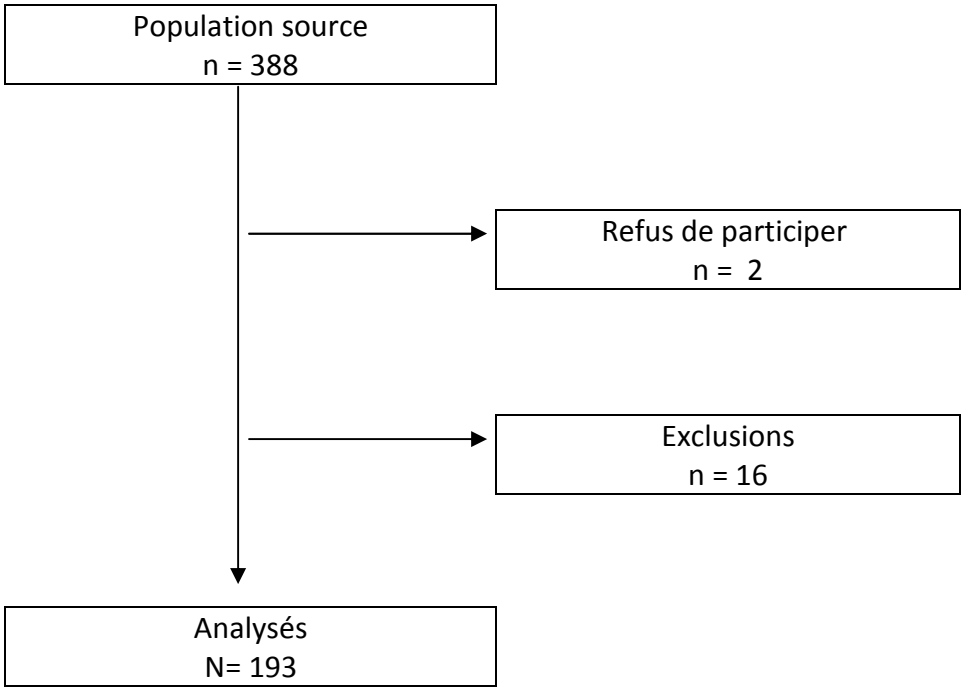


Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

	N=193
Sexe féminin, n (%)……	173 (89.6%)
Age, m, (ET)……	42 (11.6)
Ancienneté au diplôme : D.E. ou Thèse d'exercice, m, (ET)……	17 (10.9)
Formation initiale, n(%)	
- Sage-femme ……..	157 (81.3%)
- Gynécologue Médical ……	4 (2.1%)
- Gynécologue Obstétricien ……	32 (16.6%)
Lieu d'exercice, n(%)	
- Maternité de niveau 1 ……..……	44 (22.8%)
- Maternité de niveau 2a……	59 (30.6%)
- Maternité de niveau 3 ……	58 (30.1%)
- Cabinet libéral …… ……	54 (28%)
Mode d'exercice, n(%)	
- Salarié Fonction Publique Hospitalière …….	76 (39.4%)
- Salarié Participant au Service Publique Hospitalier……	19 (9.8%)
- Salarié du privé ……	48 (24.9%)
- Libéral……	69 (35.8%)

m : moyenne / ET : écart type / n : effectif / % : pourcentage

Figure 2 : Avis des professionnels sur les plateaux techniques, les maisons de naissance et l'accouchement à domicile.

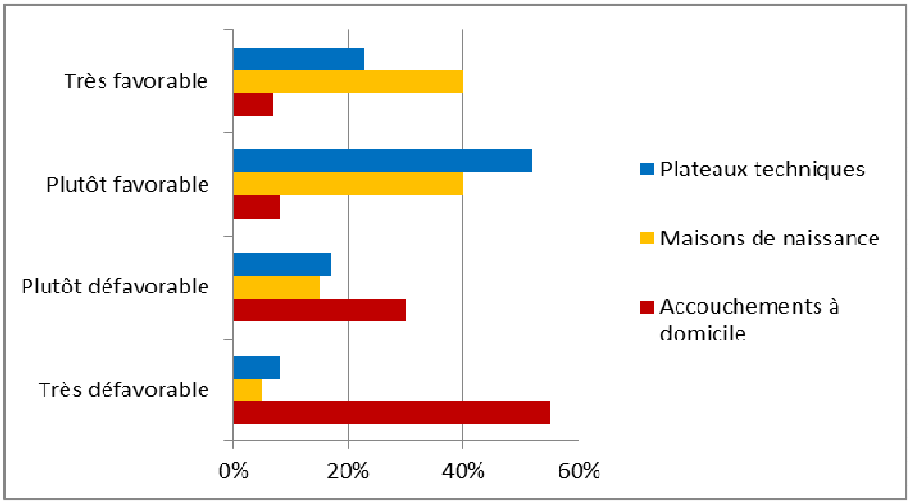


Figure 3 : Influence de la formation initiale sur le taux d'opinion favorable à l'ouverture de plateaux techniques (moyenne : 75%)

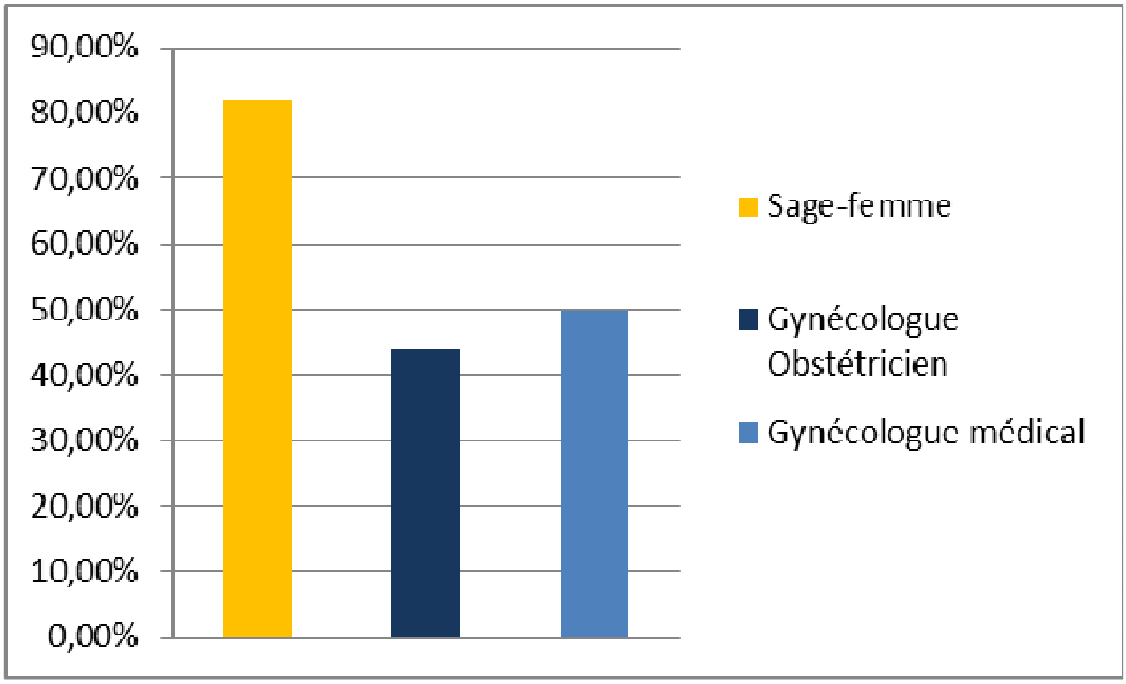


Figure 4 : Influence du lieu et mode d'exercice sur le taux d'opinion favorable à l'ouverture de plateaux techniques (moyenne : 75%)

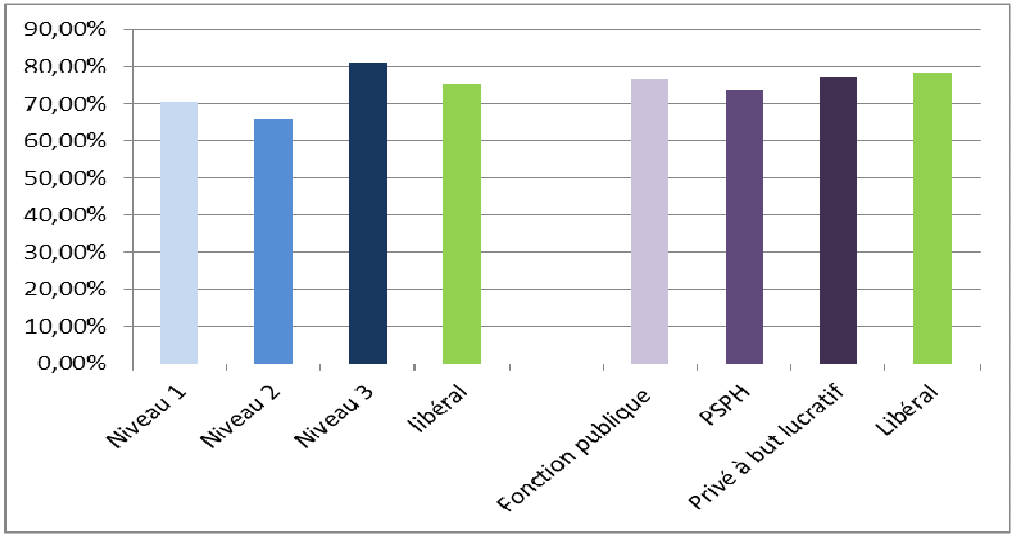


Figure 5 : Influence de l'implication dans la question des plateaux techniques sur le taux d'opinion favorable à l'ouverture de plateaux techniques (moyenne : 75%)

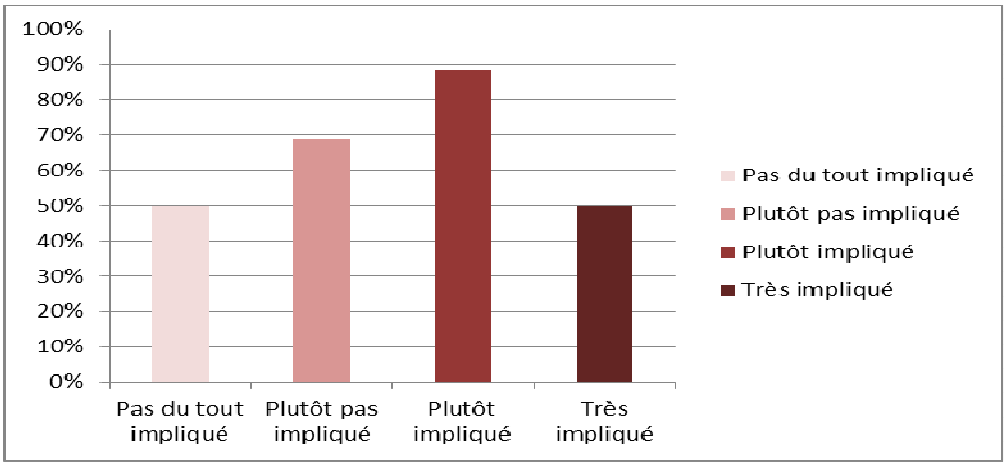


Figure 6 : Influence de l'âge et de l'ancienneté sur le taux d'opinion favorable à l'ouverture de plateaux techniques (moyenne : 75%)

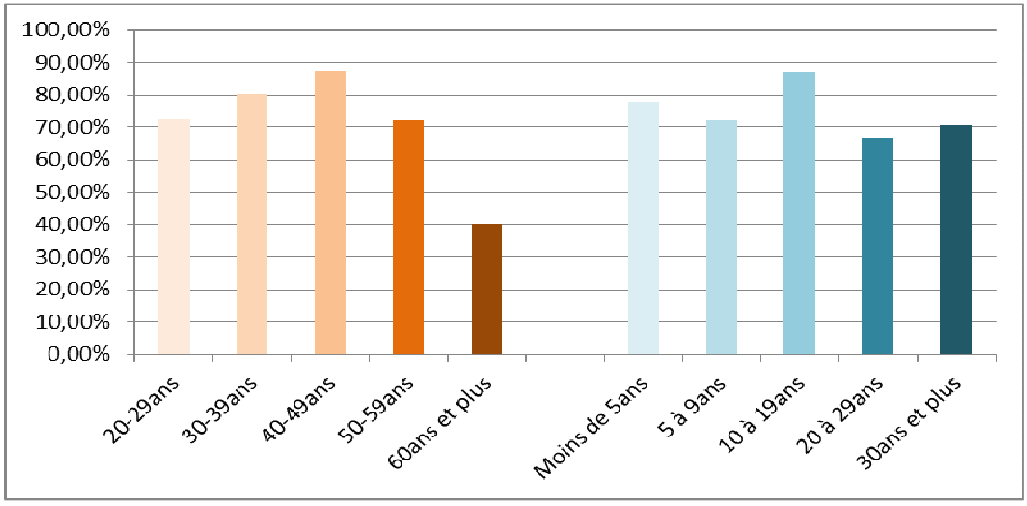


Tableau II : Taux d'opinion favorable aux plateaux techniques

Population totale	**Favorable 145, (75.1%)**
Formation initiale, n, (%)	
- Sage-femme…….……	129 (82.1%)
- Gynécologue médical……	2 (50%)
- Gynécologue obstétricien……	14 (43.7%)
Lieu d'exercice n, (%)	
- Maternité de niveau 1……..	31 (70.5%)
- Maternité de niveau 2…….	39 (66.1%)
- Maternité de niveau 3…..…….	47 (81%)
- Cabinet libéral……..	46 (75.2%)
Mode d'exercice n, (%)	
- Salarié de la fonction publique hospitalière….	58 (76.3%)
- Salarié PSPH.....	14 (73.7%)
- Salarié du privé à but lucratif……..	37 (77%)
- Libéral……	54 (78.3%)
Implication sur la question des PT n, (%)	
- Pas du tout impliqué(e)……	4 (50%)
- Plutôt pas impliqué(e)……	68 (68.7%)
- Plutôt impliqué(e)……..	69 (88.5%)
- Très impliqué(e)……	4 (50%)

Tableau III : Avantages pour les usagers

	1. Sécuriser les accouchements des patientes suivies hors ETS	2. Répondre à une demande de PEC moins médicalisée	3. La satisfaction des usagers	4. Diversifier les choix du lieu/type d'accouchement	5. Vous ne voyez pas d'avantages pour les usagers
Population totale n, (%)	**136 (70,5%)**	**120 (62,2%)**	**110 (57%)**	**64 (33,2%)**	**14 (7,3%)**
Formation initiale					
Sage-femme	121 (77,1%)	109 (69,4%)	101 (64,3%)	54 (34,4%)	0
Gynécologue-Obstétricien	13 (40,6%)	9 (28,1%)	7 (21,9%)	8 (25%)	13 (40,6%)
Lieu d'exercice					
Maternité de niveau 1	29 (65,9%)	23 (52,3%)	26 (59,1%)	11 (25%)	5 (11,4%)
Maternité de niveau 2	39 (66,1%)	34 (57,6%)	30 (50,9%)	17 (28,8%)	7 (11,9%)
Maternité de niveau 3	48 (82,8%)	37 (63,8%)	34 (58,6%)	17 (29,3%)	0
Libéral	35 (64,8%)	42 (77,8%)	34 (63%)	30 (43,5%)	2 (3,7%)
Ancienneté					
Moins de 5 ans	24 (88,9%)	15 (55,6%)	13 (48,1%)	6 (22,2%)	0
5-9 ans	33 (76,7%)	24 (55,8%)	26 (60,5%)	15 (34,9%)	2 (4,7%)
10-19 ans	36 (76,6%)	36 (76,6%)	32 (68,1%)	15 (31,9%)	0
20-29 ans	25 (59,5%)	22 (52,4%)	25 (59,5%)	16 (38,1%)	6 (14,3%)
30 ans et plus	18 (52,9%)	23 (67,6%)	14 (41,2%)	12(35,3%)	6 (17,6%)

Tableau IV : Avantages pour les établissements de santé

	1. Lancer des réflexions sur la PEC du bas risque en ETS	2. Diminuer l'accouchement à domicile	3. Donner une meilleure image des ETS	4. Limiter les suivis de bas risque en ETS	5. Vous ne voyez pas d'avantages pour les ETS
Population totale n, (%)	**101 (52,3%)**	**100 (51,8%)**	**65 (33,7%)**	**48 (24,9%)**	**30 (15,5%)**
Formation initiale					
Sage-femme	88 (56,1%)	86 (54,8%)	58 (36,9%)	41 (26,1%)	14 (8,9%)
Gynécologue-Obstétricien	11 (34,4%)	12 (37,5%)	6 (18,8%)	5 (15,6%)	14 (43,8%)
Lieu d'exercice					
Maternité de niveau 1	18 (40,9%)	20 (45,5%)	15 (34,1%)	7 (15,9%)	12 (27,3%)
Maternité de niveau 2	28 (47,5%)	28 (47,5%)	22 (37,3%)	8 (13,6%)	10 (17%)
Maternité de niveau 3	31 (53,5%)	40 (69%)	16 (27,6%)	16 (27,6%)	2 (3,5%)
Libéral	37 (68,5%)	25 (48,3%)	25 (46,3%)	26 (48,2%)	7 (13%)
Ancienneté					
Moins de 5 ans	10 (37%)	17 (63%)	7 (25,9%)	1 (3,7%)	2 (7,4%)
5-9 ans	25 (58,1%)	27 (62,8%)	16 (37,2%)	11 (25,6%)	2 (4,7%)
10-19 ans	27 (57,5%)	27 (57,5%)	18 (38,3%)	11 (23,4%)	6 (12,8%)
20-29 ans	23(54,8%)	19 (45,2%)	15 (35,7%)	14 (33,3%)	9 (21,4%)
30 ans et plus	16 (47,1%)	10 (29,4%)	9 (26,5%)	11 (32,4%)	11 (32,4%)

Tableau V : Avantages pour les sages-femmes libérales

	1. Pouvoir proposer un accompagnement global	2. Améliorer la collaboration libéral/ETS	3. Pouvoir faire des accouchements	4. Renforcer leur formation continue	5. Vous ne voyez pas d'avantages pour les SF libérales
Population totale n, (%)	**171 (88,6%)**	**120 (62,2%)**	**112 (58%)**	**50 (25,9%)**	**7 (3,6%)**
Formation initiale					
Sage-femme	152 (96,8%)	109 (69,4%)	95 (60,5%)	42 (26,6%)	0
Gynécologue-Obstétricien	16 (50%)	9 (28,1%)	15 (46,9%)	7 (21,9%)	6 (18,8%)
Lieu d'exercice					
Maternité de niveau 1	36 (81,8%)	31 (70,5%)	22 (50%)	15 (34,1%)	1 (2,3%)
Maternité de niveau 2	49 (83,1%)	31 (52,5%)	29(49,2%)	15 (25,4%)	4 (6,8%)
Maternité de niveau 3	55 (94,8%)	37 (63,8%)	40 (69%)	17 (29,3%)	0
Libéral	50 (92,6%)	39 (72,2%)	32 (59,3%)	15 (27,8%)	2 (3,7%)
Ancienneté					
Moins de 5 ans	26 (96,3%)	21 (77,8%)	14 (51,9%)	12 (44,4%)	0
5-9 ans	40 (93%)	28 (65,1%)	23 (53,5%)	13 (30,2%)	1 (2,3%)
10-19 ans	45 (95,7%)	32 (68,1%)	31 (66%)	11 (23,4%)	0
20-29 ans	31 (73,8%)	21 (50%)	27 (64,3%)	6 (14,3%)	4 (9,5%)
30 ans et plus	29 (85,3%)	18 (52,9%)	17 (50%)	8 (23,5%)	2 (5,9%)

Tableau VI : Inconvénients des plateaux techniques

	1. Risque de récupérer des situations "mal gérées"	2. Risque médico-légal	3. Image négative des ETS	4. Offre liimitée	5. Risque d'être un tremplin vers l'AAD
Population totale n, (%)	**132 (68,4%)**	**120 (62,2%)**	**56 (29%)**	**44 (22,8%)**	**6 (3,1%)**
Formation initiale					
Sage-femme	103 (65,6%)	93 (59,2%)	44 (28%)	39 (24,8%)	4 (2,5%)
Gynécologue-Obstétricien	26 (81,3%)	23 (71,9%)	11 (34,4%)	5 (15,6%)	1 (3,1%)
Lieu d'exercice					
Maternité de niveau 1	35 (79,5%)	25 (56,8%)	13 (29,5%)	10 (22,7%)	0
Maternité de niveau 2	44 (74,6%)	42 (71,9%)	16(27,1%)	10 (16,9%)	2 (3,4%)
Maternité de niveau 3	41 (70,7%)	42 (72,4%)	24 (41,4%)	11 (19%)	3 (5,2%)
Libéral	28 (51,9%)	27 (50%)	11 (20,4%)	20 (37%)	1 (1,9%)
Ancienneté					
Moins de 5 ans	20 (74,1%)	20 (74%)	9 (33,3%)	5 (18,5%)	0
5-9 ans	29 (67,4%)	23 (53,5%)	12 (27,9%)	11 (25,6%)	3 (7%)
10-19 ans	27 (57,4%)	30 (63,8%)	16 (34%)	7 (14,9%)	0
20-29 ans	31 (73,8%)	23 (54,8%)	11 (26,2%)	11 (26,2%)	2 (4,8%)
30 ans et plus	25 (73,5%)	24 (70,6%)	8 (23,5%)	10 (29,4%)	1 (2,9%)

Tableau VII : Freins à l'ouverture de plateaux techniques

	1. Crainte de récupérer des situations "mal gérées"	2. Crainte que la responsabilité des hospitaliers soit engagée à tort	3. Coût des assurances pour exercer en PT	4. Existence de mauvaises expériences passées	5. Manque de confiance en la pratique des SF libérales	6. Mise en place administrative complexe
Population totale n, (%)	**172 (89,2%)**	**162 (83,9%)**	**158 (81,9%)**	**142 (73,6%)**	**140 (72,5%)**	**127 (65,8%)**
Formation initiale						
Sage-femme	141 (89,8%)	130 (82,7%)	134 (85,3%)	116 (73,9%)	117 (74,5%)	107 (68,2%)
Gynécologue-Obstétricien	27 (84,4%)	28 (87,5%)	20 (62,5%)	24 (75%)	20 (62,5%)	17 (53,1%)
Lieu d'exercice						
Maternité de niveau 1	39 (88,6%)	34 (77,3%)	35 (79,5%)	31 (70,5%)	29 (65,9%)	23 (52,3%)
Maternité de niveau 2	54 (91,5%)	51 (86,4%)	52 (88,1%)	48 (81,4%)	46 (78%)	39 (66,1%)
Maternité de niveau 3	48 (82,8%)	48 (82,8%)	43 (74,1%)	43 (74,1%)	36 (62,1%)	39 (67,2%)
Libéral	52 (96,3%)	47 (87%)	48 (88,9%)	35 (64,8%)	47 (87%)	36 (66,7%)
Ancienneté						
Moins de 5 ans	24 (88,9%)	23 (85,2%)	19 (70,4%)	17 (63%)	17 (63%)	18 (66,7%)
5-9 ans	38 (88,4%)	32 (74,4%)	39 (90,7%)	34 (79,1%)	30 (69,8%)	31 (72,1%)
10-19 ans	38 (80,9%)	41 (87,2%)	38 (80,9%)	35 (74,5%)	35 (74,5%)	28 (59,6%)
20-29 ans	40 (95,2%)	36 (85,7%)	35 (83,3%)	29 (69%)	29 (69%)	25 (59,5%)
30 ans et plus	32 (94,1%)	30 (88,2%)	27 (79,4%)	27 (79,4%)	29 (85,3%)	25 (73,5%)

	7. Disponibilité 24h/24 nécessaire pour la SF libérale	8. Manque d'information des usagers et professionnels	9. Relations libéral/hospitalier	10. Manque de rentabilité	11. Crainte que ce soit un tremplin vers l'AAD
Population totale n, (%)	**102 (52,9%)**	**99 (51,2%)**	**93 (48,2%)**	**89 (46,1%)**	**45 (23,3%)**
Formation initiale					
Sage-femme	83 (52,9%)	85 (54,1%)	81 (51,6%)	81 (51,6%)	27 (17,2%)
Gynécologue-Obstétricien	16 (50%)	11 (34,4%)	9 (28,1%)	7 (21,9%)	14 (43,7%)
Lieu d'exercice					
Maternité de niveau 1	23 (52,3%)	19 (43,2%)	19 (43,2%)	9 (20,5%)	12 (27,3%)
Maternité de niveau 2	33 (55,9%)	26 (44,1%)	26 (44,1%)	29 (49,2%)	10 (17%)
Maternité de niveau 3	27 (46,6%)	30 (51,7%)	29 (50%)	39 (67,2%)	12 (20,7%)
Libéral	34 (63%)	31 (57,4%)	35 (64,8%)	21 (38,9%)	12 (22,2%)
Ancienneté					
Moins de 5 ans	14 (51,9%)	13 (48,2%)	8 (29,6%)	14 (51,9%)	6 (22,2%)
5-9 ans	29 (67,4%)	24 (55,8%)	22 (51,1%)	23 (53,5%)	10 (23,3%)
10-19 ans	20 (42,6%)	22 (46,8%)	27 (57,4%)	26 (55,3%)	7 (14,9%)
20-29 ans	22 (52,4%)	21 (50%)	21 (50%)	16 (38,1%)	10 (23,8%)
30 ans et plus	17 ((50%)	19 (55,9%)	15 (44,1%)	10 (29,4%)	12 (35,3%)

Tableau VIII : Conditions à l'ouverture de plateaux techniques

	1. Définition précise conditions relais		2. Définition précise critères inclusion		3. Appliquer RPC		4. Autonomie SF libérale	
	Important	Contre	Important	Contre	Important	Contre	Important	Contre
Population totale n, (%)	**183 (94,8%)**	4 (2,1%)	**179 (92,8%)**	4 (2,1%)	**179 (92,8%)**	3 (1,6%)	**163 (84,5%)**	14 (7,3%)
Formation initiale								
Sage-femme	154 (98,1%)	3 (1,9%)	152 (96,8%)	2 (1,3%)	148 (94,3%)	1 (0,6%)	145 (92,4%)	6 (3,8%)
Gynécologue-Obstétricien	26 (81,3%)	1 (3,1%)	25 (78,2%)	1 (3,1%)	28 (87,5%)	1 (3,1%)	17 (53,2%)	7 (21,9%)
Lieu d'exercice								
Maternité de niveau 1	42 (95,5%)	0	41 (93,2%)	0	41 (93,2%)	2 (4,6%)	31 (70,5%)	8 (18,2%)
Maternité de niveau 2	55 (93,2%)	1 (1,7%)	55 (93,2%)	1 (1,7%)	54 (91,5%)	0	49 (83,1%)	4 (6,8%)
Maternité de niveau 3	55 (94,8%)	3 (5,2%)	55 (94,8%)	2 (3,5%)	56 (96,6%)	0	52 (89,7%)	4 (6,9%)
Libéral	53 (98,2%)	0	50 (92,6%)	1 (1,9%)	49 (90,7%)	1 (1,9%)	48 (88,9%)	3 (5,6%)
Ancienneté								
Moins de 5 ans	27 (100%)	0	27 (100%)	0	26 (96,3%)	0	24 (88,9%)	2 (7,4%)
5-9 ans	42 (97,7%)	1 (2,3%)	40 (93%)	1 (2,3%)	43 (100%)	0	38 (88,4%)	2 (4,7%)
10-19 ans	43 (91,5%)	3 (6,4%)	44 (93,6%)	2 (4,3%)	43 (91,5%)	0	42 (89,4%)	4 (8,5%)
20-29 ans	39 (92,9%)	0	38 (90,5%)	0	36 (85,7%)	2 (4,8%)	34 (81%)	3 (7,1%)
30 ans et plus	32 (94,1%)	0	30 (88,2%)	1 (2,9%)	31 (91,2%)	1 (2,9%)	25 (73,5%)	3 (8,8%)

	5. Utilisation DMO de l'ETS		6. Poser VVP		7. Augmenter SF118		8. Remise Q pratiques systématiques	
	Important	Contre	Important	Contre	Important	Contre	Important	Contre
Population totale n, (%)	**163 (84,5%)**	0	**151 (78,3%)**	5 (2,6%)	**147 (76,2%)**	7 (3,6%)	**140 (72,5%)**	18 (9,3%)
Formation initiale								
Sage-femme	137 (87,2%)	0	126 (80,2%)	4 (2,5%)	133 (84.7%)	2 (1,3%)	124 (79%)	7 (4,5%)
Gynécologue-Obstétricien	23 (71,9%)	0	22 (68,7%)	1 (3,1%)	13 (40.7%)	4 (12,5%)	14 (43,8%)	9 (28,1%)
Lieu d'exercice								
Maternité de niveau 1	34 (77,3%)	0	38 (86,4%)	1 (2,3%)	32 (72,7%)	0	24 (54,5%)	8 (18,2%)
Maternité de niveau 2	53 (89,8%)	0	46 (78%)	1 (1,7%)	42 (71,2%)	4 (6,8%)	46 (78%)	4 (6,8%)
Maternité de niveau 3	52 (89,7%)	0	50 (86,2%)	0	48 (82,8%)	1 (1,7%)	45 (77,6%)	3 (5,2%)
Libéral	45 (83,3%)	0	35 (64,8%)	3 (5,6%)	42 (77,8%)	2 (3,7%)	44 (81,5%)	4 (7,4%)
Ancienneté								
Moins de 5 ans	24 (88,9%)	0	26 (96,3%)	0	26 (96,3%)	0	19 (70,4%)	1 (3,7%)
5-9 ans	39 (90,7%)	0	40 (93%)	0	34 (79,1%)	2 (4,7%)	38 (88,4%)	1 (2,3%)
10-19 ans	40 (85,1%)	0	28 (59,6%)	4 (8,5%)	37 (78,7%)	2 (4,3%)	31 (66%)	4 (8,5%)
20-29 ans	34 (81%)	0	33 (78,6%)	1 (2,4%)	29 (69,1%)	0	29 (69,1%)	7 (16,7%)
30 ans et plus	26 (76,5%)	0	24 (70,6%)	0	21 (61,8%)	3 (8,8%)	23 (67,7%)	5 (14,7%)

	9. Effectuer Délivrance Dirigée		10. Port du masque à l'expulsion		11. Alimentation/ boisson pdt W		12. ERCF en continu		13. Centrale télésurveillance ERCF	
	Important	Contre	Important	Contre	Important	Contre	Important	Contre	Important	Contre
Population totale n, (%)	**117 (60,6%)**	11 (5,7%)	**103 (53,4%)**	13 (6,7%)	**101 (52,3%)**	15 (7,8%)	**86 (44,6%)**	13 (6,7%)	**82 (42,5%)**	20 (10,4%)
Formation initiale										
Sage-femme	91 (57,9%)	10 (6,4%)	83 (52,9%)	13 (8,3%)	91 (58%)	9 (5,7%)	67 (42,7%)	13 (8,3%)	69 (44%)	19 (12,1%)
Gynécologue-Obstétricien	23 (71,9%)	1 (3,1%)	18 (56,3%)	0	7 (21,8%)	6 (18,8%)	16 (50%)	0	12 (37,5%)	1 (3,1%)
Lieu d'exercice										
Maternité de niveau 1	31 (70,5%)	1 (2,3%)	28 (63,6%)	3 (6,8%)	16 (36,4%)	7 (15,9%)	22 (50%)	1 (2,3%)	16 (36,4%)	2 (4,6%)
Maternité de niveau 2	36 (61%)	1 (1,7%)	34 (57,6%)	2 (3,4%)	29 (49,2%)	4 (6,8%)	24 (40,7%)	3 (5,1%)	30 (50,9%)	1 (1,7%)
Maternité de niveau 3	39 (67,2%)	1 (1,7%)	37 (63,8%)	3 (5,2%)	32 (55,2%)	5 (8,6%)	30 (51,7%)	4 (6,9%)	30 (51,7%)	5 (8,6%)
Libéral	21 (38,9%)	8 (14,8%)	21 (38,9%)	8 (14,8%)	35 (64,8%)	3 (5,6%)	20 (37%)	9 (16,7%)	22 (40,7%)	13 (24,1%)
Ancienneté										
Moins de 5 ans	23 (85,2%)	0	22 (81,5%)	0	17 (63%)	2 (7,4%)	18 (66,7%)	0	11 (40,7%)	1 (3,7%)
5-9 ans	32 (74,4%)	0	32 (74,4%)	0	26 (60,5%)	2 (4,7%)	22 (51,2%)	1 (2,3%)	23 (53,5%)	1 (2,3%)
10-19 ans	22 (46,8%)	6 (12,8%)	18 (38,3%)	7 (14,9%)	22 (46,8%)	4 (8,5%)	14 (29,8%)	4 (8,5%)	19 (40,4%)	8 (17%)
20-29 ans	22 (52,4%)	4 (9,5%)	17 (40,5%)	2 (4,8%)	22 (52,4%)	2 (4,8%)	17 (40,5%)	3 (7,1%)	16 (38,1%)	3 (7,1%)
30 ans et plus	18 (52,9%)	1 (2,9%)	14 (41,2%)	4 (11,8%)	14 (41,2%)	5 (14,7%)	15 (44,1%)	5 (14,7%)	13 (38,2%)	7 (20,6%)

Document 1 : Questionnaire de l'enquête quantitative.

Ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales

Comme convenu voici le questionnaire de mon étude.
Nous définirons pour ce questionnaire le plateau technique (PT) comme l'autorisation pour une sage-femme libérale d'utiliser les locaux et le matériel d'un bloc obstétrical pour le suivi de travail et l'accouchement d'une patiente à bas risque obstétrical, avec possibilité de faire appel aux équipes présentes en cas d'évènement pathologique.
* Required

Numéro d'anonymat : *
Donné par votre sage-femme cadre ou moi même, si vous ne le connaissez pas entrez la première lettre de votre prénom suivie des trois premières lettres de votre nom de famille.

Êtes-vous impliqué(e) dans la question de l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales ? *

- ☐ Pas du tout impliqué(e) : vous n'aviez jamais entendu parler de cette question
- ☐ Plutôt pas impliqué(e) : vous connaissez la question mais n'êtes ni concerné(e) ni intéressé(e)
- ☐ Plutôt impliqué(e) : votre établissement de santé ou celui dans lequel vous pourriez travailler en plateau technique pourrait envisager d'ouvrir un PT et/ou vous vous tenez au courant du débat
- ☐ Très impliqué(e) : vous faites partie des acteurs du débat que vous soyez pour ou contre le PT. Vous cherchez des informations ou participez à des réunions de travail sur le sujet.

D'après vous quels sont le(s) avantage(s) du PT pour les usagers ?
Plusieurs réponses possibles

- ☐ La satisfaction des usagers
- ☐ Répondre à une demande de prise en charge moins médicalisée
- ☐ Diversifier les choix du lieu/type d'accouchement
- ☐ Sécuriser les accouchements de patientes qui ne veulent pas être suivies en hospitalier
- ☐ Vous ne voyez pas d'avantages pour les usagers
- ☐ Other:

D'après vous quels sont le(s) avantage(s) du PT pour les établissements de santé ?
Plusieurs réponses possibles

- ☐ Limiter les suivis de bas risque obstétrical en hospitalier
- ☐ Diminuer les accouchements à domicile
- ☐ Lancer des réflexions sur la prise en charge du bas risque en hospitalier
- ☐ Donner une "meilleure image" de l'hôpital
- ☐ Vous ne voyez pas d'avantages pour les établissements de santé
- ☐ Other:

D'après vous quels sont le(s) avantage(s) du PT pour les sages-femmes libérales ?
Plusieurs réponses possibles

- ☐ Pouvoir proposer un accompagnement global

- ☐ Pouvoir faire des accouchements
- ☐ Améliorer la collaboration libéral/hospitalier
- ☐ Renforcer leur formation continue
- ☐ Vous ne voyez pas d'avantages pour les sages-femmes libérales
- ☐ Other:

D'après vous quels sont le(s) inconvénient(s) du PT ?
Plusieurs réponses possibles

- ☐ L'image que le PT donne des hospitaliers "seulement bons pour la pathologie"
- ☐ Le risque que la responsabilité des hospitaliers soit engagée pour des actes réalisés/non réalisés par la sage-femme libérale
- ☐ Le risque de récupérer des situations "mal gérées"
- ☐ C'est une offre de soin qui ne peut qu'être limitée en termes de population
- ☐ Le risque que ce soit un "tremplin vers l'accouchement à domicile"
- ☐ Other:

D'après vous quels sont les freins à l'ouverture de PT aux sages-femmes libérales ?

	Pas du tout un frein	Plutôt pas un frein	Plutôt un frein	Tout à fait un frein
Les relations libéral/hospitalier	○	○	○	○
L'existence de mauvaises expériences passées	○	○	○	○
Le manque de confiance dans les pratiques des sages-femmes libérales	○	○	○	○
La crainte de récupérer des situations "mal gérées"	○	○	○	○
La crainte que la responsabilité des hospitaliers soit engagée pour des actes réalisés/non réalisés par la SF libérale	○	○	○	○
La disponibilité 24h/24 nécessaire pour la sage-femme libérale	○	○	○	○
La complexité de la mise en place administrative	○	○	○	○
Le prix des assurances pour exercer en PT	○	○	○	○
Le manque de rentabilité de cette activité	○	○	○	○
La crainte que ce soit un "tremplin vers l'accouchement à domicile"	○	○	○	○
Le manque d'information des professionnels et usagers	○	○	○	○

Voici des conditions pour l'accès au PT des sages-femmes libérales. Notez le degré d'importance que vous attribuez à chacune des propositions suivantes :

	Pas important du tout	Plutôt pas important	Plutôt important	Très important	Vous êtes contre cette proposition
Remise en question des pratiques systématiques pour les patientes à bas risque	○	○	○	○	○
Application stricte des recommandations de bonne pratique par la sage-femme libérale	○	○	○	○	○
Réalisation d'une délivrance dirigée	○	○	○	○	○
Pose d'une voie veineuse périphérique	○	○	○	○	○
Port d'un masque à l'expulsion	○	○	○	○	○
ERCF continu	○	○	○	○	○
Autorisation de l'alimentation et/ou boisson pendant le travail	○	○	○	○	○
Branchement de la centrale de télésurveillance des ERCF (si elle existe)	○	○	○	○	○
Utilisation du dossier obstétrical de l'établissement de santé	○	○	○	○	○
Définition précise des conditions de passage de relais à l'équipe	○	○	○	○	○
Définition précise des critères d'inclusion des patientes (bas risque)	○	○	○	○	○
Autonomie de la sage-femme libérale (hors évènement pathologique)	○	○	○	○	○
Revalorisation de la rémunération des actes effectués par les sages-femmes libérales en PT (dont SF118 = 312,70€ pour un accouchement simple)	○	○	○	○	○

Quelles doivent être d'après-vous les conditions d'accès au PT pour les sages-femmes libérales ?

Plusieurs réponses possibles

- ☐ Être connu(e) de l'équipe
- ☐ Avoir déjà travaillé dans l'établissement de santé
- ☐ Avoir signé un contrat avec l'établissement de santé
- ☐ Sur accord du médecin de garde à chaque patiente en plus du contrat avec l'établissement
- ☐ Other:

Quelle est votre position actuelle ? *

	Très défavorable	Plutôt défavorable	Plutôt favorable	Très favorable
Sur l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales ?	○	○	○	○
Sur la création de maisons de naissance en France ?	○	○	○	○
Sur l'accouchement (non inopiné) à domicile ?	○	○	○	○

Pour les sages-femmes libérales uniquement ! Seriez-vous prêt(e) à travailler en plateau technique ?

- ○ oui
- ○ non

Pour les sages-femmes libérales uniquement ! Si vous avez répondu non, quelles en sont les raisons ?
Plusieurs réponses possibles

- ☐ Incompatibilité avec une vie personnelle
- ☐ Incompatibilité avec votre activité libérale
- ☐ Relations tendues entre libéral et hospitalier
- ☐ Coût de l'assurance
- ☐ Rentabilité trop faible de l'activité en PT
- ☐ Other:

Vous êtes un(e) ? *

- ○ Homme
- ○ Femme

Votre année de naissance ? *

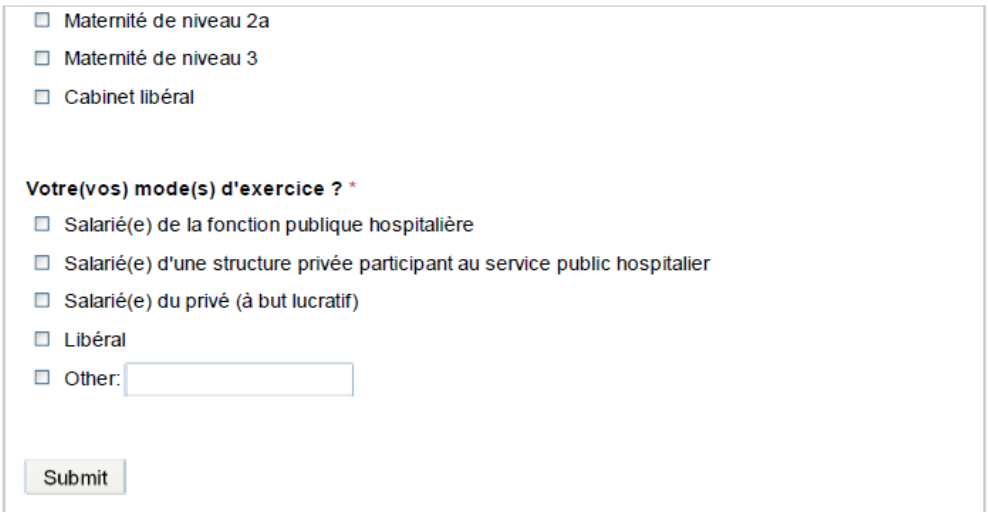
L'année d'obtention de votre diplôme ? *

Votre formation initiale ? *

- ☐ Gynécologue médical
- ☐ Gynécologue obstétricien
- ☐ Sage-femme
- ☐ Other:

Votre(vos) lieu(x) d'exercice ? *

- ☐ Maternité de niveau 1



Document 2 : Trame des entretiens de l'analyse qualitative

- **introduction** :

Présentation du principe de l'entretien, autorisations pour l'enregistrement audio et l'apparition du nom dans l'étude.

- **Etat actuel de la périnatalité** :

1. Pouvez-vous me décrire de façon résumée les différentes possibilités existantes de suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post partum pour les patientes à bas risque obstétrical dans vos environs ? (par qui et où)
2. Etes-vous personnellement satisfait(e) des possibilités de PEC existantes ?
3. Quels sont les avantages et les inconvénients de ces prises en charge (PEC) existantes ?
4. Quelle est d'après vous la satisfaction des usagers ?
5. Qu'est-ce qui d'après-vous pourrait et/ou devrait être amélioré ?

- **Les plateaux techniques** :

6. Connaissez-vous le principe de plateau technique accessible aux sages-femmes libérales ?
7. D'après-vous quels sont les avantages et les inconvénients des plateaux techniques ?
8. D'après-vous quelles sont les conditions nécessaires au fonctionnement d'un plateau technique ?

- **Engagement personnel** :

Questions plus précises en fonction de la position et de l'engagement personnel dans les débats sur l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

Résumé

Introduction

L'objectif principal était de décrire l'avis des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens et médicaux du RPAI quant à l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales. L'hypothèse principale était que la majorité des professionnels sont défavorables à l'ouverture de plateaux techniques. L'hypothèse secondaire, que la majorité des réticences sont liées à la crainte du risque médico-légal

Matériel et méthode

Enquête qualitative : Onze entretiens individuels ont été réalisés, enregistrés et analysés dans une grille d'analyse thématique, utilisée pour créer le questionnaire de la 2ème enquête.

Enquête quantitative : Le questionnaire en ligne auto-administré et sa version papier ont été distribués aux 388 professionnels concernés : sages-femmes, gynécologues obstétriciens et médicaux membres du RPAI en libéral et/ou en établissement de santé.

Résultats

Enquête qualitative : La connaissance et la satisfaction des professionnels quant à l'état actuel de la périnatalité était bonne. Les sujets abordés ont été l'appréhension de la collaboration avec les sages-femmes libérales, du risque médico-légal et du vécu des équipes. Les avantages évoqués sont la satisfaction des usagers, la sécurité et l'image positive des établissements de santé.

Enquête quantitative : Les professionnels étaient favorables à 75% aux plateaux techniques avec une différence statistiquement significative entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Il n'y avait pas de différences significatives entre les différents lieux et modes d'exercice. Les avantages cités sont la satisfaction des usagers, la sécurité des accouchements et la meilleure prise en charge du bas risque. Les freins sont les appréhensions relationnelles, des problèmes pratiques et du risque médico-légal. Les professionnels souhaitaient par conséquent un cadre précis.

Conclusion

Les professionnels sont majoritairement favorables aux plateaux techniques, ils voient des avantages pour les usagers, établissements et sages-femmes libérales, mais expriment surtout leurs appréhensions d'une collaboration redoutée et du risque médico-légal.

Mots clefs : plateaux techniques, risque médico-légal, bas risque obstétrical