



HAL
open science

Bilan de l'activité du plateau technique obstétrical d'Annecy de Juin 2013 à décembre 2016

Marjolaine Chirol

► **To cite this version:**

Marjolaine Chirol. Bilan de l'activité du plateau technique obstétrical d'Annecy de Juin 2013 à décembre 2016. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01560838

HAL Id: dumas-01560838

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01560838>

Submitted on 12 Jul 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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 SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

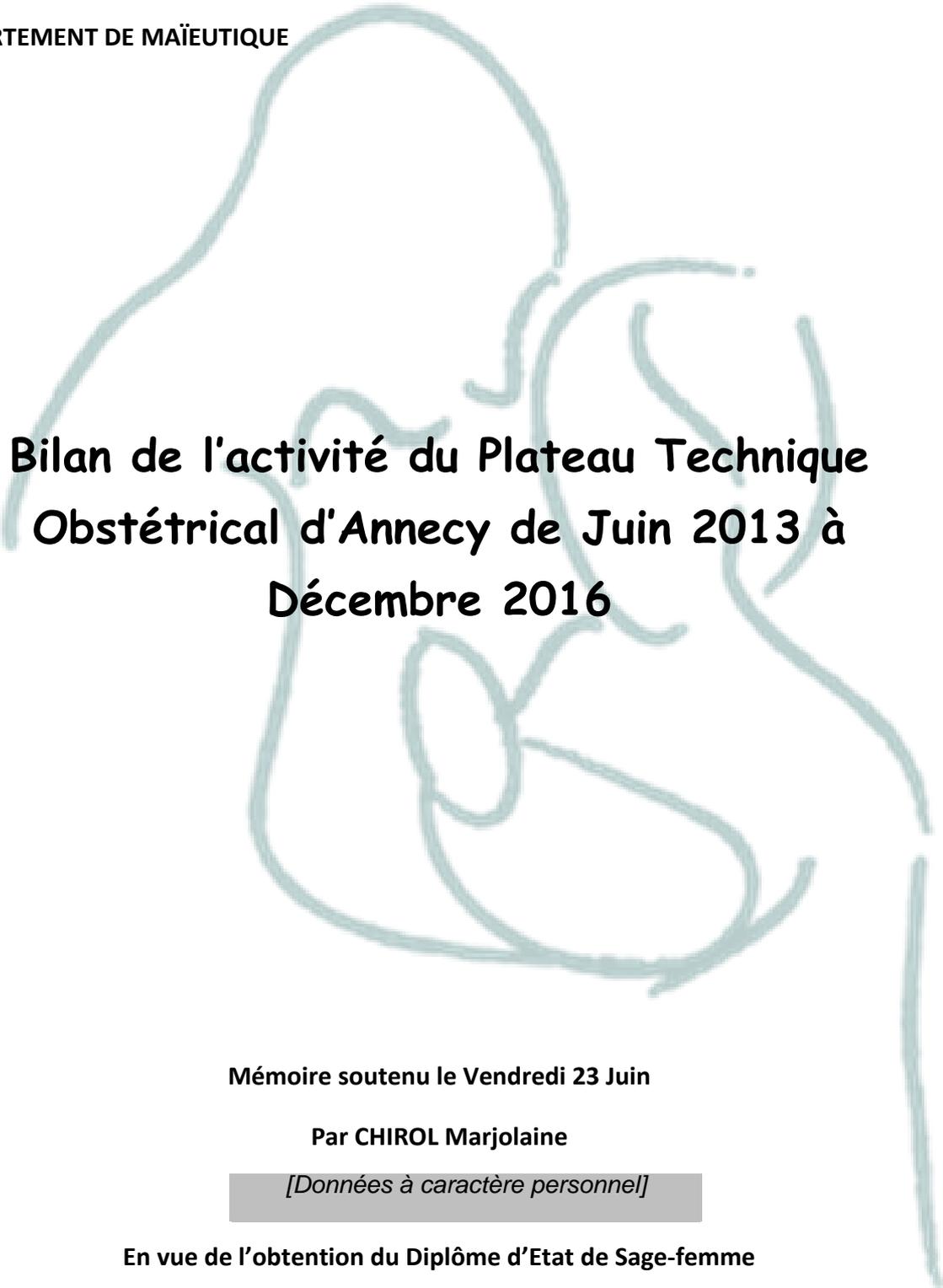
<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

U.F.R DE MÉDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE



**Bilan de l'activité du Plateau Technique
Obstétrical d'Annecy de Juin 2013 à
Décembre 2016**

Mémoire soutenu le Vendredi 23 Juin

Par CHIROL Marjolaine

[Données à caractère personnel]

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2012-2017

REMERCIEMENTS :

Je remercie les membres du Jury :

-Monsieur L. Di Marco, Président du jury, Sage-femme enseignant de l'école de Sage-femme à Echirolles

-Professeur P. Hoffman, Co-président du jury, Chef de service du service gynécologue-obstétrique de l'Hôpital Couple-enfant à La Tronche.

-Monsieur Mr Pierre CARQUILLAT : Sage-femme Enseignant HES Genève, Membre du jury.

Je remercie plus particulièrement,

Mme Claudine MARTIN, Sage-femme enseignante à l'école de Grenoble, Guidante de ce mémoire,

Pour ses nombreux conseils, son soutien et sa disponibilité durant l'élaboration de ce mémoire

Mme Céline TUTTINO, Sage-femme libérale à Annecy, Directrice de ce mémoire

Pour le temps et l'aide accordés à l'élaboration de ce mémoire

Et également toute ma famille et mes amis,

Pour leur soutien sans faille et leur patience durant toutes ces années d'études

Table des matières

I) INTRODUCTION	5
1-Qu'est ce qu'un plateau technique ?	5
2-Légalisation des plateaux technique en France	6
3-Contexte et aspect général	6
4- Objectifs	7
II) MATERIELS ET METHODES	8
1-Type d'étude	8
2-Population : Description des patientes éligibles au plateau technique.....	8
2. A-Critères d'inéligibilités à la première consultation	8
2. B-Critère d'inéligibilités pendant la grossesse.....	8
2. C-Critères d'inéligibilités lors du travail.....	9
2. D-Critères d'inéligibilités dans le post-partum	9
3-Analyses statistiques	9
III) RESULTATS	10
1-Chart Flow	10
2-Evolution de l'activité du plateau technique.....	12
3-Caractéristiques sociodémographiques des patientes en demande de PT quel que soit l'issue de l'accouchement	13
4- Indication des transferts parmi les patientes en demande de PT.....	15
5- Caractéristiques obstétricales et néonatales des patientes ayant accouché en PT.....	16
6- Facteurs de risques de transfert en fonction des caractéristiques des patientes.....	18
IV) DISCUSSION	19
1-Biais et limites de l'étude	19
2-Discussion des résultats	20
2. A-Objectif Principal	20
2. B-Objectifs Secondaires	20
2. B.1 - Caractéristiques des patientes.....	20
2. B 2 - Etat des lieux et comparaison des résultats avec la littérature	22
3-Analyse des variantes à l'accouchement en Centre Hospitalier	26
4 -Perspectives d'avenir pour le plateau technique d'Annecy	27
4. A- Elargissement de l'accès au PT pour les patientes ayant un diabète gestationnel équilibré	27
4. B- Diminution du nombre de transferts.....	28
V) CONCLUSION	29
VI) BIBLIOGRAPHIE	31
VI) ABREVIATIONS	34
VI) ANNEXES	35

I-INTRODUCTION

L'évolution de la périnatalité en France est en constante évolution et ne cesse de se réinventer chaque jour. De ce fait, de plus en plus de femmes et même de couples émettent le souhait d'avoir accès à un accompagnement global à la naissance [1].

En effet les couples expriment le désir de vivre autrement la naissance. Pour franchir l'étape du "devenir parents", ils souhaitent établir, avant leur accouchement, un véritable lien avec la personne qui les accompagnera dans ces moments importants [2].

1 – Définition de l'accompagnement global et du PT?

L'accompagnement global est caractérisé par le suivi de la grossesse assuré par une ou plusieurs sage-femme(s), de la consultation préconceptionnelle, en passant par les consultations prénatales, les cours de préparation à la naissance, l'accouchement, les soins post-nataux de la mère et de l'enfant mais également les consultations de prévention en gynécologie (toujours dans les champs de compétences médicales de la sage-femme). Ce modèle est encore peu connu et peu développé en France [3] [4] [5].

Le principe du plateau technique quant à lui, est la mise à disposition, par l'établissement d'accueil (du Centre Hospitalier Universitaire à la clinique privée) de façon locative, des locaux, du matériel et du personnel paramédical nécessaires à la pratique professionnelle de la sage-femme libérale lors de l'accouchement qu'elle gère alors en toute autonomie et sous sa propre responsabilité. En cas de complications lors de l'accouchement, la patiente est dite alors « transférée » du plateau technique vers l'équipe médicale de garde. A partir de ce moment, l'équipe hospitalière est responsable de la parturiente et de la conduite à tenir. La patiente est alors incluse dans le circuit classique de l'hôpital et la sage-femme peut alors quitter l'établissement. Il existe systématiquement une convention et un règlement intérieur entre la sage-femme libérale et l'établissement [6] [7] [8] [9].

2 - Légalisation des plateaux technique en France

Devant l'inflation des dépenses de santé et dans la perspective d'une meilleure maîtrise des

budgets, une loi portant sur la réforme hospitalière a été votée en 1991. La loi n°91-748 crée un cadre légal pour que les praticiens libéraux puissent participer au fonctionnement du service public. Le 29 juillet 1992, une circulaire complémentaire permettra enfin l'accès des libéraux aux plateaux techniques [10].

C'est l'Article L6112-4 (version consolidée à la date du 25 février 2010) qui offre cette possibilité « *Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation* ». Cependant, l'accès à un plateau technique est encore restreint aux Centres Hospitaliers Régionaux.

La loi HPTS (Hôpital Patient Santé Territoire), en 2009, a supprimé cette condition et les sages-femmes libérales peuvent désormais passer une convention avec une clinique ou à un Centre Hospitalier dans le cadre d'un rattachement à un plateau technique [11].

3 - Contexte et aspect général

La périnatalité est un grand bouleversement émotionnel et physique chez la femme qui l'amène à une puissante mobilisation interne de nouvelles capacités. Pour ces couples, la complicité instaurée avec la sage-femme sera un atout essentiel dans le déroulement de l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la santé publie à ce sujet « *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]. La gêne principale des parents tient au morcellement des tâches dans le suivi de la maternité, qui implique un grand nombre d'intervenants et donc l'impossibilité de créer des liens personnels et privilégiés avec une personne donnée. Par ailleurs, dans cette démarche, les femmes cherchent également à revenir à un accouchement plus physiologique et à une démedicalisation de la grossesse [2] [12] [13]. Un groupe de travail réunissant le CNGOF, le CIANE et CNSF appuie ce raisonnement en énonçant « *la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels qui*

nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée » [2].

Selon une enquête menée en 2016 par l'ANSFL (Association Nationale des Sages-femmes Libérales), on recense en France 54 plateaux techniques en activité et 8 en cours de discussion [3]. Ainsi, le plateau technique à Annecy, coordonné par trois sages-femmes libérales est à même depuis 2011 de répondre aux attentes particulières de ces femmes en proposant un accompagnement global à la naissance ainsi que la possibilité d'accoucher au Centre Hospitalier d'Annecy Genevois. Le plus souvent les patientes construisent préalablement un projet de naissance lors des séances de préparation à la naissance avec la sage-femme libérale qui est respecté au mieux, le jour d'accouchement [1].

4 - Objectifs

L'objectif principal de notre étude est de déterminer, l'évolution de l'activité du plateau technique d'Annecy de janvier 2013 jusqu'à décembre 2016. Existe-t-il une progression des demandes d'accès au PT?

Nos objectifs secondaires sont des déterminer les motifs d'inéligibilités à l'accouchement en PT et les éventuelles caractéristiques associées aux risque de transfert. A cet effet, nous allons donc :

- Evaluer le nombre de femmes ayant réellement accouché en plateau technique sur le nombre de femmes en ayant fait la demande
- Déterminer le profil des femmes en demande d'accompagnement global et de PT: leurs caractéristiques sociodémographiques, obstétricales ainsi que leur domiciliation
- Déterminer les raisons des transferts du plateau technique vers l'équipe hospitalière de garde qu'ils soient survenus au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et en post-partum.
- Décrire les caractéristiques des accouchements des femmes ayant accouché au plateau technique
- Déterminer s'il existe des facteurs de risques de transfert en fonction des caractéristiques des patientes en demande d'accouchement en plateau technique.

II-MATERIELS ET METHODES

1-Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle épidémiologique à visée descriptive transversale et unicentrique.

2- Population :

La création du plateau technique a eu lieu en janvier 2013 grâce à l'association de deux sages-femmes libérales. Les premiers accouchements ont débutés en juin 2013.

La population de l'étude est donc la patientèle du cabinet de deux puis trois sages-femmes libérales du cabinet d'Annecy entre juin 2013 et décembre 2016.

Les données ont été recueillies rétrospectivement à partir des dossiers papiers et informatiques médicaux des patientes.

Description des patientes éligibles au PT: [16]

2. A – Critères d'inéligibilités à la 1ère consultation (Cf. annexe 1)

Au plateau technique d'Annecy, les patientes sont reçues lors d'une première consultation pour déterminer si elles sont « éligibles » ou non au plateau technique. La sage-femme réalise une anamnèse recueillant les antécédents familiaux, médicaux et obstétricaux à risque de récurrence (hémorragie, dystocie des épaules, extraction difficile, périnée complet, utérus cicatriciel, etc.), elle peut ainsi proposer un accès au PT à la parturiente seulement si elle n'a pas de contre-indication et présente une grossesse dite « à bas risque obstétrical ».

L'activité du plateau étant limitée, la patiente peut également être non-éligible, pour une toute autre raison, celle d'un refus par manque de place.

2. B-Critère d'inéligibilités pendant la grossesse

Pour que l'accouchement se réalise en plateau technique la grossesse doit respecter d'une part des critères materno-fœtaux :

- *Absence de pathologie maternelle à risque obstétrical. Cette pathologie peut être décelée par la sage-femme responsable, l'obstétricien ou l'anesthésiste, au cours de la grossesse.*

- *Absence de pathologie fœtale reconnue en anténatale*

et d'autres parts des critères obstétricaux :

-*Grossesse monofoetale*

-Présentation céphalique

-Placenta normalement inséré

-Liquide amniotique clair

-Travail spontané entre 37SA et 42SA. A partir de 41SA, surveillance terme dépassé : échographie + monitoring toutes les 48h dans l'établissement d'accueil.

Dès lors qu'un risque est identifié, la patiente est transférée à l'équipe hospitalière. Il s'agit d'un « Transfert pré-partum ».

2. C-Critères d'inéligibilités lors du travail

Pendant le travail, la sage-femme est responsable de la patiente et des conduites à tenir.

Toutefois en cas survenue d'une dystocie, le transfert vers l'équipe obstétricale est indiqué.

Nous nommerons ceci le « Transfert Per-Partum » (Cf. Annexe 1)

2. D-Critères d'inéligibilités dans le post-partum

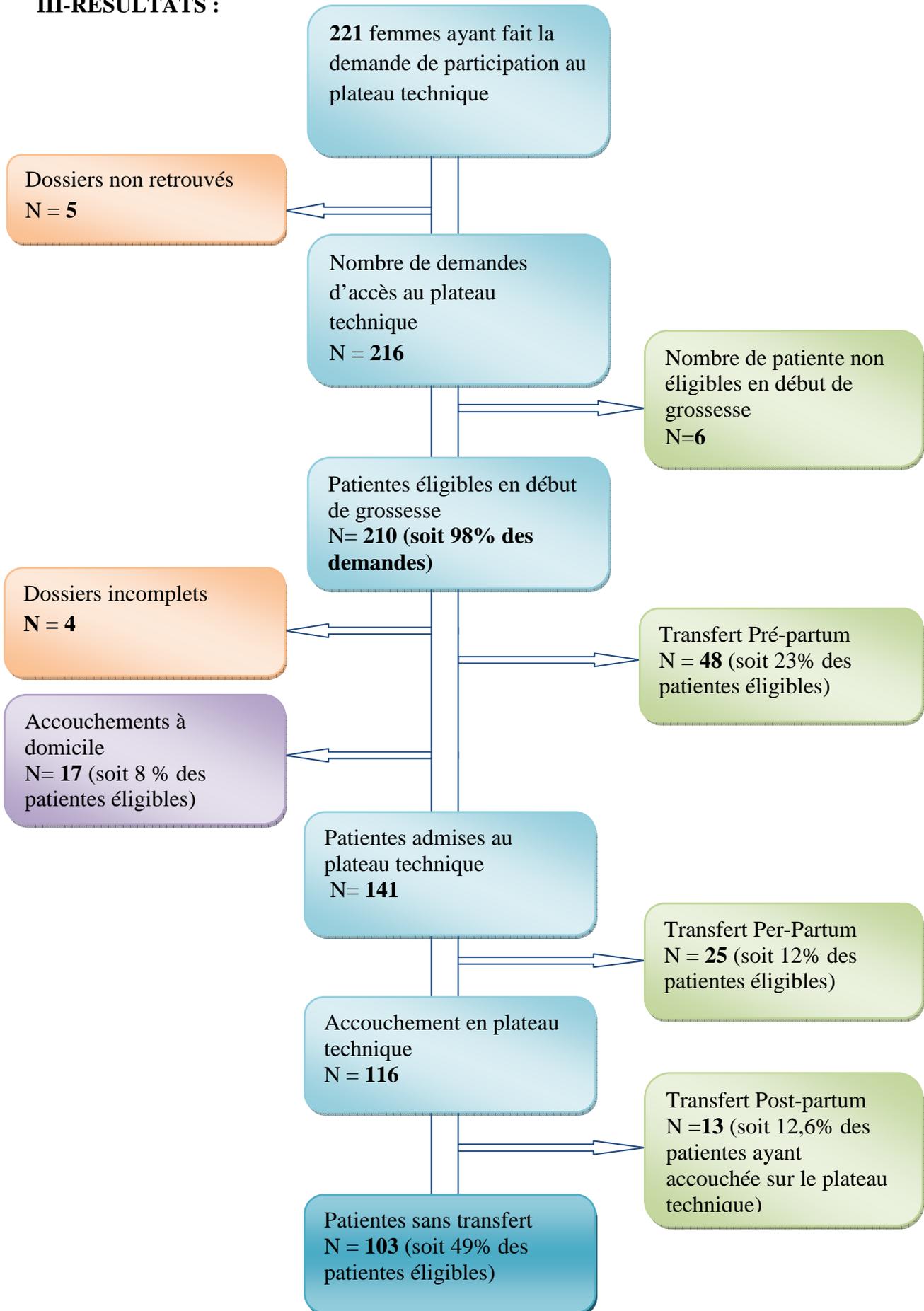
En post-natal, un transfert vers l'équipe hospitalière « le Transfert Post-Partum » peut s'avérer nécessaire. Dans le post-partum immédiat c'est-à-dire dans les deux heures suivant la naissance en cas d'hémorragie de la délivrance, lever difficile, nécessité d'une réanimation néonatale, d'un risque infectieux pour le nouveau-né. Il peut être indiqué également après retour à domicile nécessitant un re-hospitalisation : examen clinique néonatal pathologique, perte de poids supérieur à 10% du poids initial, ictère néonatal Dans ce cas, la sage-femme s'engage à fournir toutes les informations nécessaires à la prise en charge de la mère et de l'enfant durant leur séjour.

3- Analyse statistique :

Le traitement et l'analyse des données ont été réalisés à l'aide du logiciel R2Web. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé le test du Khi2. Le « p » utilisé permet d'affirmer que la différence observée n'est pas due au hasard, le seuil étant de 5% (Si $p < 0,05$, la différence est statistiquement significative).

1. Chart-Flow

III-RESULTATS :



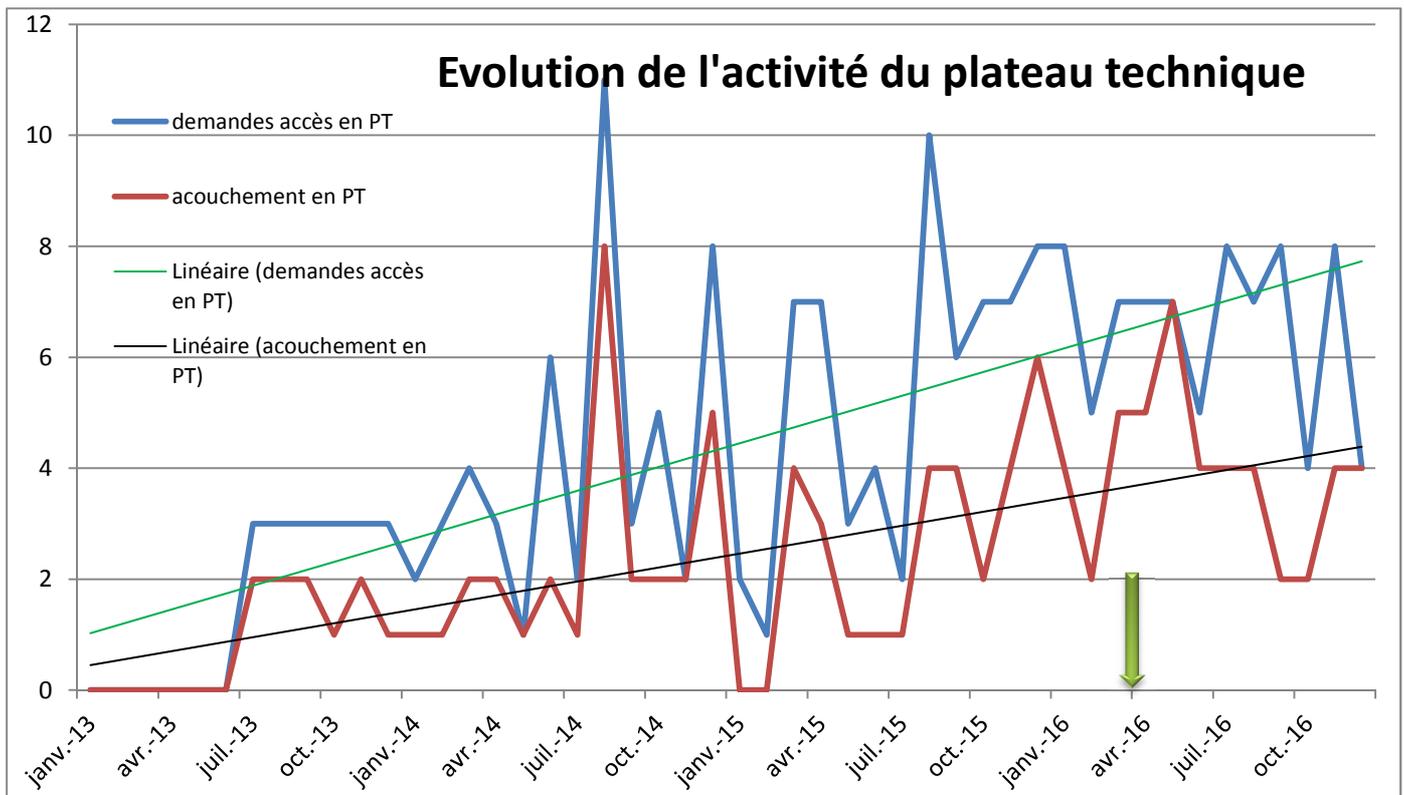
Nous avons pu retrouver 216 dossiers médicaux de patientes. Certaines informations concernant le déroulement de l'accouchement manquaient (archivage au CHANGE).

Toutefois ces dossiers ont été analysés, les infos représentant moins de 5% des données

On note que la moitié des patientes ont pu réaliser leur projet d'accompagnement global à la naissance sans être concernées par un transfert. En revanche un peu plus de 40% des patientes, pour des raisons médicales ont été prises en charge par l'équipe hospitalière du CHANGE.

2. Evolution de l'activité du plateau technique (PT)

Graphique n ° 2 : Evolution du nombre de demandes d'accès et d'accouchement au PT depuis sa création.



Le graphique n°2 montre l'évolution du nombre de patientes faisant le choix d'accoucher en plateau technique ainsi que du nombre d'accouchement réalisé sur le plateau technique. Ainsi le nombre de demandes d'accès au plateau technique a augmenté et est passée en moyenne de 2 à plus de 6/mois entre 2013 et 2016, et le nombre d'accouchement de 1 à plus de 3/ mois entre 2013 et 2016. Nous observons, de manière constante, une augmentation d'un accouchement de plus par mois chaque année.

La flèche matérialisée en vert sur le graphique nous indique le recrutement d'une troisième sage-femme en avril 2016, mais également l'extension du PT au centre hospitalier de Saint-Julien-en-Genevois.

Tableau n°3 : Caractéristiques des accouchements en PT et types de transfert de 2013 à 2016

	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL
Nombres de demandes pour accès au PT (n)	22		51		59		78		210
Nombres de patientes non éligibles avant grossesse [n,%]	1	5%	0	0%	3	5%	0	0%	4
Nombre de transferts pré-partum [n,%]	6	27%	10	20%	15	25%	17	22%	48
Nombre de transferts per-partum [n,%]	4	18%	6	12%	5	8%	10	13%	25
Nombre d'accouchements en plateau technique [n,%]	10	45%	28	55%	28	47%	37	47%	103
Nombre de transferts post-patum [n,%]	0	0%	1	2%	2	3%	10	13%	13
Accouchements à domicile inopinés [n,%]	1	5%	6	12%	6	10%	4	5%	17

Ce tableau nous montre l'activité du PT à travers les années. On note une augmentation constante de la demande d'accompagnement global à la naissance mais le pourcentage de patientes transférées reste relativement constant chaque année (minimum 20% et maximum 27%). Il en est de même en ce qui concerne transferts pendant l'accouchement (minimum 8% et maximum 18%).

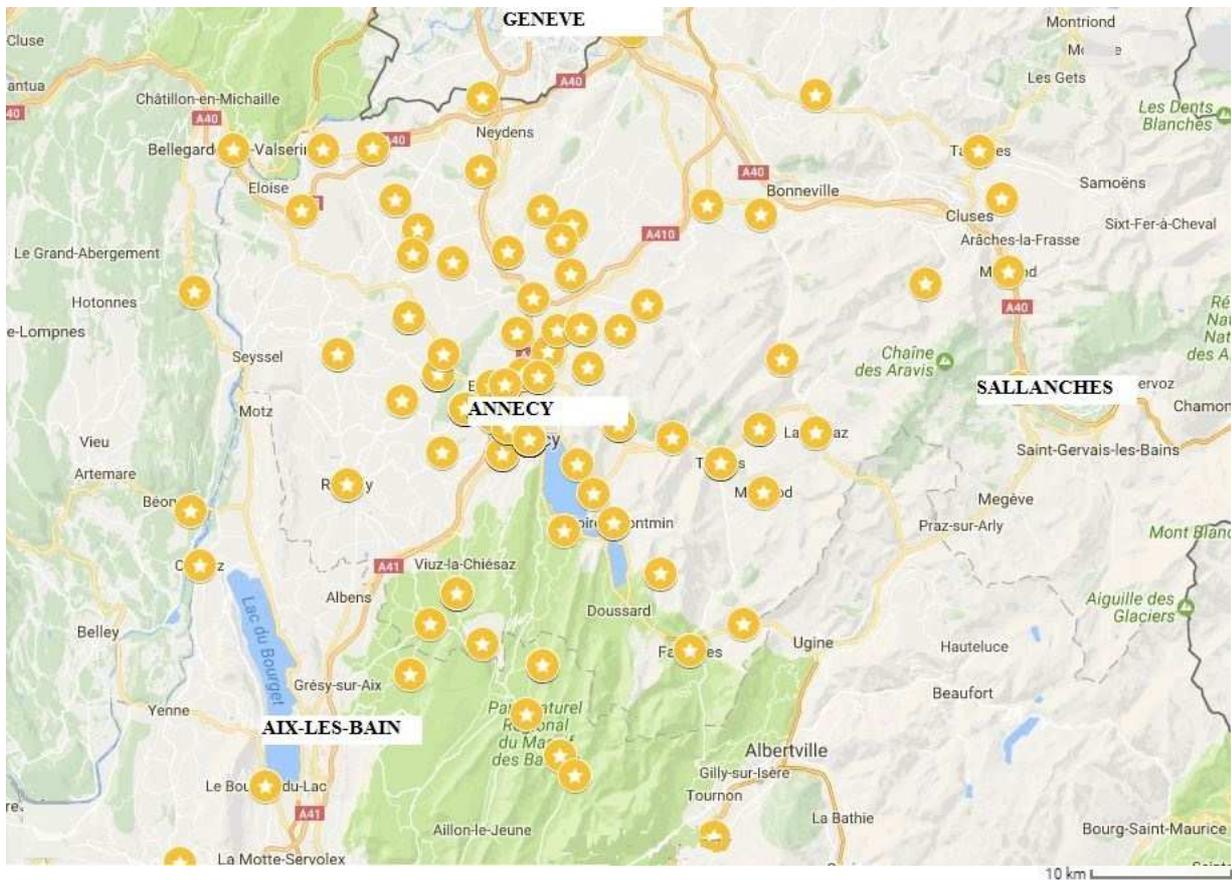
L'accouchement à domicile inopiné a concerné 17 parturientes soit 8% des patientes éligibles au plateau technique.

3. Caractéristiques sociodémographiques des patientes en demande de PT quelle que soit l'issue de l'accouchement

Tableau n°4 : Caractéristiques des femmes en demande de plateau technique.

	Transférées en Pré et Per partum N=73	AAD N=17	Accouchement PT N=116	Population totale N = 210
Age :				
≤ à 25 ans, n [%]	6 [8%]	0 [0%]	2 [1,7%]	8 [4%]
Entre 26 et 35, n [%]	53 [79%]	16 [94%]	95 [77%]	168 [80%]
>35 ans, n [%]	14 [19%]	1 [6%]	19 [16%]	34 [16%]
Lieu d'habitation :				
≤ 30 minutes du cabinet, n [%]	53 [74%]	12 [70%]	91 [78%]	158 [75%]
Entre 30 et 60 minutes, n [%]	18 [23%]	4 [23%]	23 [20%]	46 [22%]
>60 minutes du cabinet, n [%]	2 [3%]	1 [6%]	2 [2%]	5 [2%]
Données manquantes, n [%]				1 [1%]
Niveau socioprofessionnel :				
●Agriculteurs exploitants, n [%]	1 [1%]	0	3 [2,5%]	2 [1%]
●Artisans, Commerçants, chefs d'entreprise, n [%]	2 [3%]	0	0 [0%]	5 [2%]
●Cadres et professions intellectuelles supérieures, n [%]	18 [25%]	4 [23%]	37 [32%]	59 [29%]
●Professions Intermédiaires, n [%]	23 [30%]	8 [47%]	32 [28%]	63 [30%]
●Employés, n [%]	14 [19%]	4 [23%]	20 [27%]	38 [18%]
●Ouvriers, n [%]	1 [1%]	0 [0%]	0 [0%]	1 [0,5%]
●Autres personnes sans activité professionnelle, n [%]	14 [19%]	1 [6%]	24 [20%]	40 [19%]
●Données manquantes				2 [0,5%]
Parité :				
Primipare, n [%]	50 [78%]	4 [23%]	56 [48%]	112 [54%]
Deuxième Pare, n [%]	13 [18%]	10 [59%]	42 [36%]	67 [31%]
Troisième Pare, n [%]	7 [10%]	3 [18%]	12 [10%]	22 [11%]
Quatrième Pare et plus, n [%]	2 [1%]	0 [0%]	6 [5%]	7 [3%]
Données manquante				2 [0,5%]
Gestité :				
Primigeste, n [%]	34 [48%]	4 [23%]	43 [37%]	83 [38%]
Deuxième Geste, n [%]	18 [25%]	8 [43%]	42 [36%]	69 [33%]
Troisième Geste, n [%]	10 [14%]	3 [17%]	18 [15%]	32 [15%]
Quatrième Geste et plus	9 [13%]	2 [12%]	13 [11%]	24 [11%]
Données manquantes	2			2 [0,5%]

Carte n°5 : Domiciliation des patientes en demande de PT quelle que soit l'issue de l'accouchement



La carte N°5 montre la provenance de la patientèle du cabinet des sages-femmes libérales. Si 75% des femmes habitent à proximité d'Annecy, on observe également que le PT couvre de larges distances, avec certaines domiciliations se trouvant à plus de 70km d'Annecy.

4. Indication des transferts parmi les patientes en demande de PT

Tableau N°6 : Les raisons des transferts

	Population N=210	
Nombre de transferts pré-partum N=48		
Déclenchement pour RPM sans mise en travail, n [%]	12	[25%]
Déclenchement pour terme dépassé, n [%]	7	[15%]
Pathologie maternelle, n [%]	15	[31%]
Siège, n [%]	4	[8%]
Pathologie fœtale, n [%]	5	[10%]
Dystocie de démarrage, n [%]	3	[6%]
Plateau technique non disponible, n [%]	2	[4%]
Nombre de transferts per-partum N=25		
Demande de péridurale, n [%]	13	[52%]
Aide instrumentale à l'expulsion, n [%]	5	[20%]
Anomalies RCF, n [%]	1	[4%]
Stagnation de la dilatation, n [%]	6	[24%]
(Dont 6 pour qui l'issue de l'accouchement était une césarienne)		
Nombre de transferts post-partum N=13		
Détresse respiratoire à la naissance, n [%]	1	[8%]
Infection materno-fœtale, n [%]	3	[23%]
Complications maternelles (PC, fatigue, ...), n [%]	2	[15%]
Hémorragie du post-partum immédiat, n [%]	2	[15%]
Nouveau-né à risque infectieux, n [%]	5	[38%]

Ainsi sur les 210 demandes d'accouchement en plateau technique analysées 46 parturientes au total soit 23% ont été transférées à l'équipe hospitalière au cours de la grossesse, 26 patientes soit 12% ont été transférées pendant le travail, et 13 femmes ont été transférées dans la période du post-partum soit 6%.

5. Caractéristiques obstétricales et néonatales des patientes ayant accouché en PT

Tableau n° 7 : Caractéristiques des accouchements sur le PT:

Population N=118

Dilatation à l'arrivée sur le PT en cm

Phase de latence (≤ 5 cm), n [%]	31	[26%]
Phase active du travail, n [%]	79	[67%]
Données manquantes, n [%]	8	[7%]

Rupture artificielle des membranes

Spontanée ou Intactes, n [%]	95	[81%]
RAM, n [%]	18	[15%]
Données manquantes, n [%]	5	[4%]

Durée des efforts expulsifs (en minutes)

≤ 20 MIN, n [%]	54	[46%]
> 20 MIN, n [%]	35	[30%]
Données manquantes, n [%]	29	[16%]

Variété lors de l'expulsion

OP, n [%]	114	[97%]
OS, n [%]	2	[1,5%]
Données manquantes, n [%]	2	[1,5%]

Etat périnéal

Périnée intact, n [%]	57	[48%]
Périnée simple, n [%]	57	[48%]
↳ Dont Episiotomie, n [%]	8	[7%]
Périnée complet ou PC compliqué, n [%]	1	[1%]
Données manquantes, n [%]	3	[3%]

5. Caractéristiques obstétricales et néonatales des patientes ayant accouché en PT (Suite)

Population N=118

Age gestationnel

Entre 37 et 41 SA, n [%]	92	[78%]
Terme dépassé, n [%]	21	[18%]
Données manquantes, n [%]	5	[4%]

Sexe de l'enfant

Féminin, n [%]	53	[45%]
Masculin, n [%]	65	[55%]

Poids des enfants (en grammes)

>4500g, n [%]	1	[1%]
Entre 3500g et 4500g, n [%]	34	[29%]
Entre 2500g et 3500g, n [%]	74	[63%]
≤ 2500g, n [%]	3	[2%]
Données manquantes, n [%]	6	[5%]

Apgar à 5min de vie

≤ à 7	0	[0%]
8-9	9	[8%]
10	103	[87%]
Données manquantes, n [%]	6	[5%]

Allaitement

Maternel, n [%]	112	[95%]
Mixte, n [%]	1	[1%]
Artificiel, n [%]	4	[3%]
Données manquantes, n [%]	1	[1%]

Ainsi 67% des patientes ont été admises en phase active, la rupture fut spontanée dans 81% des cas, le périnée est intact dans 48% des cas et une déchirure du 3 e degré à été répertoriée (1%). Les nouveau-nés présentaient une bonne vitalité foetale : 100% d'Apgar >7 à 5min de vie. Le taux d'allaitement était dans 95% des cas.

6. Facteurs de risques de transfert en fonction des caractéristiques des patientes

Tableau 8: Existe-t-il une différence significative des caractéristiques des patientes qui ont accouché sur le PT et celle qui ont eu transfert : Test Chi 2

		Accouchement PT	Transfert	P-Value
Catégories d'âges	≤ 25 ans	7 [3%]	8 [4%]	0.376 NS
	Entre 25 et 35 ans	81 [43%]	60 [32%]	
	> 35 ans	15 [8%]	18 [10%]	
Parité	Primipare	50 [28%]	57 [30%]	0.035
	Multipare	52 [27%]	29 [15%]	
Gestité	Primigeste	40 [21%]	38 [20%]	0.506 NS
	Multigeste	63 [34%]	48 [25%]	
Nombres de minutes du cabinet	< 30 min	81 [43%]	63 [33%]	0.687 NS
	entre 30 et 60 min	20 [11%]	21 [11%]	
	> 60 min	2 [1%]	2 [1%]	

NS = Non significatif

- Concernant les catégories d'âges, il n'a pas été démontré que l'âge avait un lien direct avec la possibilité d'accoucher en PT ou le risque d'être transféré avec un risque de 5%. (p=0,376).

-Concernant la parité cette différence est statistiquement significative (p=0,035).Après la réalisation d'un test de proportion, au seuil de 5%, on peut conclure que la proportion de primipare transférées est significativement supérieur à celle de multipare transférées avec un intervalle de confiance à 95% = [55,8%, 75,9%]. Les multipares en demandes d'accès au PT ont donc plus de chance d'accoucher en PT sans transfert que les primipares.

-Concernant la gestité des patientes en demandes de PT, il n'a pas été démontré de différence statistiquement significative entre les femmes ayant accouché sur le PT et celles ayant eu un transfert (p=0,506).

-Concernant la distance entre le cabinet et le lieu d'habitation des patientes en demandes de PT, il n'a pas été démontré de différence statistiquement significative entre les femmes ayant accouché sur le PT et celles ayant eu un transfert (p=0,687).

IV – DISCUSSION

1-Biais et limite de l'étude

1. A - Biais de sélection

Il n'a pas été réalisé de contrôle de qualité avec le registre d'accouchement du CHANGE et celui de Saint-Julien-en-Genevois. Il est donc possible que toutes les femmes ayant accouché en PT n'aient pas été incluses dans notre étude. Nous suggérons, la création d'un registre des demandes d'accompagnement global avec mention de l'issue des accouchements afin de suivre plus facilement l'activité.

1. B - Faible Validité externe

La patientèle du cabinet de sages-femmes libérales d'Annecy n'est pas représentative de la population générale : il existe une faible validité externe du fait du caractère monocentrique de l'étude. Elles accueillent des patientes susceptibles d'avoir moins de complications et moins de facteurs de risques. Dès le premier entretien, les patientes qui n'ont pas une grossesse à bas risque sont non éligibles au plateau technique.

1. C - Biais d'information

Le troisième biais est qu'il y a une erreur de classement non différentielle liée aux données manquantes, par remplissage incomplet des dossiers et par le caractère rétrospectif de l'étude. En effet, tous les dossiers étant détaillés par plusieurs sages-femmes, les données étaient renseignées de manière différente et inégale.

1. D - Limite de l'étude

Cette étude est purement quantitative et ne prend pas du tout en compte le ressenti des patientes ou leur satisfaction : de leur accompagnement global à la naissance, de la prise en charge lors de leur accouchement en plateau technique, mais aussi leur vécu lors d'un transfert vers l'équipe hospitalière. Il aurait pu être intéressant de soumettre, de façon rétrospective, le questionnaire (non distribué par faute de temps) afin d'avoir une vision globale de l'état des lieux du PT d'Annecy (cf. annexe 5).

2 - Discussion des résultats

2. A - Objectif Principal

L'objectif principal est atteint. Nous observons une nette progression du nombre de patientes participant au plateau technique. Cette évolution se traduit, en moyenne, par un accouchement de plus par mois, chaque année.

Lors de la création du PT en 2013, nous observons une période de latence de six mois avant que les accouchements sur le PT ne débutent. En avril 2016, nous aurions pu supposer que le phénomène se réitère à l'arrivée d'une troisième sage-femme. Or nous observons, au contraire, une augmentation quasi instantanée de l'activité du plateau technique. Cette croissance nous indique probablement qu'il existait dans la région un certain nombre de demandes d'accompagnement global à la naissance qui ne pouvaient être satisfaites. C'est aussi vraisemblablement le reflet de la qualité de soins et de la rigueur des sages-femmes libérales.

En 2010, Bénédicte Lafont propose un mémoire [8] pour analyser « l'accès des sages-femmes libérales en PT ». Elle démontre alors que de nombreuses causes peuvent entraver le souhait de participer à un plateau technique. En effet, la majorité des sages-femmes interrogées sont freinées par les horaires et l'engagement de disponibilité envers la patiente qu'elles jugent souvent incompatibles avec une vie de famille. L'autre cause principalement évoquée dans ce travail est le coût de souscription des contrats d'assurances.

L'autre élément intéressant du graphique est le parallélisme qui existe entre les deux courbes de tendances linéaires. En effet, le delta entre les demandes d'accès au PT et les accouchements réalisés est fixe : ceci est probablement le reflet de la qualité du travail et des compétences des sages-femmes libérales qui respectent les indications de transferts vers l'équipe médicale au bénéfice de la santé de la mère et de l'enfant.

2. B - Objectifs Secondaires :

2. B.1 - Caractéristiques des patientes

- La moyenne d'âge des patientes participant au PT est de 31,8 ans. Selon l'INSEE [18] l'âge moyen de la mère à l'accouchement en 2016 était de 30,4 ans ce qui reste légèrement inférieur à celui de notre étude.

- Un peu plus de 50% des patientes en demande de PT sont des primipares.
- La distance entre le lieu d'habitation des patientes et le cabinet des sages-femmes libérales est de 20 min en moyenne en voiture, avec un minimum de 5 min et pouvant aller jusqu'à 1h20. Compte-tenu du faible nombre de plateaux techniques ouverts dans cette région, un quart des patientes mettent plus de 30 min pour rejoindre le cabinet. En effet, on recense en Haute-Savoie seulement 3 plateaux techniques, celui d'Annecy, un à Chambéry et un à Thonon. Une autre formule est possible en Suisse celle de l'accouchement en maison de naissance. Les sages-femmes libérales, face à la croissance des demandes d'accès au plateau technique, envisagent désormais de déterminer une limite de temps entre le domicile de la patiente et le cabinet (45 mn maximum). La sage-femme doit impérativement être en mesure d'intervenir rapidement en cas de problèmes lors de l'accouchement ou du retour à domicile précoce (4h après la naissance).
- Par ailleurs, il n'a pas été recueilli de demande d'accès en PT refusée par manque de place.
- D'après nos résultats, les patientes sont en situation d'emploi dans 80% des cas dont 30% de professions intermédiaire et 29% de cadres et professions intellectuelles supérieures. Notre population est différente de celle de l'enquête nationale de périnatalité (ENP) de 2010 [19], qui recense 16,5% de cadres et 27% de profession intermédiaire. Les patientes en demande de PT semblent donc bénéficier d'un statut socioprofessionnel plus favorable que la population de référence de l'ENP. Il aurait pu être intéressant de distinguer parmi les 20% de patientes sans profession, celles qui étaient mères au foyer et celles qui étaient au chômage. L'autre limite de notre étude est que la profession des pères n'a pas été recueillie, ni le pays où ils travaillent. En effet Annecy est géographiquement proche de la Suisse. Les frontaliers qui exercent en Suisse ont un revenu nettement supérieur au salaire moyen français. Cet élément aurait pu nous indiquer de manière plus précise les ressources de ces couples.

Pourquoi ce choix de PT parmi ces couples ? Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées :

- le projet d'accompagnement à la naissance et d'accouchement en PT nécessite une vraie réflexion au sein des couples. Ils ont un regard critique sur le système médical et font plus facilement la démarche de s'informer.

-De plus, d'un point de vue financier, cet accompagnement impose de pouvoir financer soi-même les dépassements d'honoraire, soit 600 euros (non remboursés par la Sécurité Sociale).

2. B.2- Etat des lieux et comparaisons des résultats avec la littérature

Nos résultats montrent un réel décalage entre les demandes initiales de PT et celles qui y arrivent sans transfert. En effet, 49% des patientes éligibles en début de grossesse accouchent finalement en plateau technique, soit une patiente sur deux. On peut donc légitimement se demander quelles sont les raisons de ces transferts ?

Initialement 216 patientes faisaient le choix d'un accompagnement global dans le cadre d'un rattachement au plateau technique. Nous remarquons que certaines grossesses se sont vues refuser cet accès en tout début de grossesse pour antécédents obstétricaux. Cela concerne principalement des utérus cicatriciels et antécédents de pré-éclampsie.

Le pré-partum

La majeure partie des transferts vers l'équipe médicale se fait pendant la grossesse et ce, dès lors qu'une pathologie aussi bien maternelle que fœtale ou encore qu'une dystocie apparaît. Plus de 20% des patientes sont transférées pendant la période pré-partum. Dans 30% des cas, les pathologies maternelles en sont la raison : les étiologies peuvent être variées avec notamment l'apparition d'un diabète gestationnel, une insertion basse du placenta, un accouchement avant 37 SA, ... Ces pathologies ne sont pas prévisibles, et sont le reflet du suivi rigoureux des grossesses selon les mêmes standards qu'à l'hôpital. Les pathologies fœtales découvertes lors d'une échographie représentent 10% des transferts pré-partum et la présentation de l'enfant à terme en siège 8%.

Parmi les accouchements qui ont eu lieu à l'hôpital, deux n'ont pas pu être réalisés par les sages-femmes libérales car un trop grand nombre d'accouchements avait eu le lieu le même jour. C'est un aléa de l'accouchement en PT pour les patientes : il existe toujours un risque que leur projet d'être accompagné par leur sage-femme au moment de l'accouchement ne puisse pas se réaliser.

Nous notons également un certain nombre de déclenchements avec 24% de RPM sans mise en travail, 15% de déclenchement pour termes dépassés et 6% de déclenchements pour dystocie de démarrage. L'étude Dress [20], publiée en décembre 2014, conduite sur des données de

l'enquête de périnatalité de 2010, s'intéresse à l'accouchement de 9 530 femmes dont la grossesse ne présentait pas de complication. Ce sont donc des patientes comparables à notre étude.

	Notre étude	DRESS	Enquête de périnatalité 2003	Enquête de périnatalité 2010
	Effectifs = 163	Effectifs = 9530	Effectifs = 14446	Effectifs = 14624
Déclenchement	13,4%	23,9%	32,2%	33,6%

Lorsqu'une patiente dépasse le terme ou rompt la poche des eaux sans se mettre en travail, les sages-femmes du PT proposent des méthodes naturelles pour déclencher le travail : l'acupuncture, l'homéopathie, la stimulation des seins à l'aide d'un tire-lait, ou encore la phytothérapie. Elles n'ont en revanche aucune possibilité de déclencher elle-même le travail de façon artificielle, soit avec de l'ocytocine de synthèse soit avec une RAM avant le travail : ceci est une contre-indication du plateau technique.

13,4% de déclenchements dans notre étude est un taux inférieur à celui des enquêtes nationales. Ce taux s'explique en parti par le fait que les patientes présente une grossesse sans pathologie (ni maternelle ni foetale). Par ailleurs, le travail spontané étant une réelle attente des patientes, les sages-femmes s'engagent à être le moins interventionniste possible et à privilégier les méthodes naturelles.

Le per-partum

Quand arrive le moment du travail, la patiente prévient la sage-femme et plusieurs modalités de fonctionnement sont alors possibles. Soit la sage-femme rejoint la parturiente chez cette dernière et en fonction de la dilatation du col, la patiente peut faire une partie du travail à son domicile. Soit elles peuvent se retrouver directement à la maternité. La majorité des patientes (67%) arrivent sur le PT en phase active. Celle-ci a été définie selon les nouvelles recommandations 2016 par le CNSF [21] entre 5 et 10 cm de dilatation.

Nous remarquons par ailleurs que 18% des patientes admises sur le PT sont à terme dépassé (entre 41+0S et 42SA), ce qui est tout à fait comparable à la population générale puisque selon le CNGOF en France, la grossesse prolongée concerne 15 à 20 % des femmes enceintes [22].

La rupture artificielle des membranes est pratiquée dans notre étude dans 15,5% des cas contre 51% dans l'ENP de 2010 [19]. Les sages-femmes libérales dont l'objectif est de respecter au plus près la physiologie de l'accouchement, et de diminuer la douleur du fait d'un travail sans analgésie péridurale, préservent le plus longtemps possible les membranes.

D'ailleurs pour 8% des accouchements, des nouveau-nés sont nés « coiffés ».

L'indication la plus fréquente du transfert per-partum est la demande d'APD par la parturiente qui concerne 11% des patientes admises au plateau technique. Ce taux d'APD est extrêmement bas en comparaison des enquêtes nationales (77,8%) et s'explique par le fait qu'accoucher sans aucune analgésie fait partie du projet de naissance. Les patientes sont préparées par les sages-femmes libérales aussi bien physiquement que psychiquement lors des cours de préparation à l'accouchement. Par ailleurs, la sage femme qui les accompagne depuis le début de leur grossesse et en qui elles ont une totale confiance, sont à même de leur donner la force de gérer la douleur.

L'extraction par voie basse en urgence chez une patiente représente dans notre étude 4% des patientes admises au plateau technique. Ceci démontre que même sur une population « à bas risque » on ne peut pas prédire les altérations du rythme fœtal, ni le caractère eutocique de l'accouchement.

On note dans notre étude que les sages-femmes du cabinet ont très peu recours à la pratique de l'épisiotomie : 6,7% contre 19,6% dans l'étude Dress [20]. Ceci s'explique, en partie par le fait le refus de l'épisiotomie est une des exigences principales du projet de naissance des patientes. De plus, notre population est composée pour moitié de multipares donc avec un périnée peut-être moins tonique. Pour autant, le nombre de déchirure simple restent légèrement supérieur dans notre étude avec 48,5% contre 41,8% dans l'ENP 2010[19]. Cela peut s'expliquer par le fait que 48% des accouchements réalisés sur le PT sont des primipares et donc potentiellement plus à risque de déchirures.

Le taux de périnée complet de 0,8% est identique dans notre étude et l'ENP 2010.

Nos résultats semblent se rapprocher, par ailleurs, d'une étude de 2016 sur une population de 1196 femmes norvégiennes accouchées par des sages-femmes [23]. Elle démontre que les

femmes qui accouchent autrement qu'en position allongées ont moins d'épisiotomie et une tendance à avoir plus souvent un périnée intacte.

	Notre étude Effectifs = 116	Midwifery 2016 Effectifs = 1196	DRESS Effectifs = 9530	Enquête de périnatalité 2010 Effectifs = 14624
Périnée intact	49%	47%	NC	57,4%
Périnée simple	48,5%	51%	NC	41,8%
Dont Episiotomies	6,7%	14%	19,6%	26,9%
Périnée complet ou PC compliqué	0,8%	2%	NC	0,8%

La position à l'accouchement n'a pas été recueillie dans notre étude, car elle est rarement mentionnée. Il aurait été intéressant d'avoir cette précision qui est un exemple du respect du choix de la femme et de la physiologie. D'autant, que certaines positions pourraient permettre un meilleur respect du périnée [24]. Les dossiers du cabinet sont désormais informatisés, nous suggérons d'y faire figurées de manière systématique, la position d'accouchement souhaitait initialement par la patiente et la position effective au moment de l'accouchement. La variété à l'expulsion se fait dans 97% des cas en occipitaux pubien, certainement favorisé par le fait que les positions d'accouchement sont libres ce qui favorisent la descente et la rotation du mobile fœtal.

Le post-partum

Les nouveau-nés pèsent en moyenne 3324gr. Le pourcentage d'enfants hypotrophes est de 2% et le taux d'enfants macrosomes est de 1%.

Le nombre de transferts dans le post-partum représente 12,6% des couples mères-enfant ayant accouché en plateau technique. Ces transferts sont dus à des pathologies néonatales : une détresse respiratoire à la naissance, cinq nouveau-nés à risque infectieux nécessitant une surveillance rapprochées et 3 infections materno-fœtale exigeant un traitement par antibiotique (cf. annexe 6 et 7).

Les pathologies touchant les mères de notre étude en suite de couches sont les suivantes : une hospitalisation pour fatigue maternelle, un périnée complet et deux hémorragies du post-

partum immédiat. Il n'y a eu aucune ré-hospitalisation après un retour précoce à domicile, qui a lieu dans les 4h maximum après la naissance.

Le taux d'allaitement maternel est très significativement supérieur au taux national : 95% dans notre étude contre 65% en 2013, en France, d'après l'étude Dress [20] [25].

L'allaitement maternel est en accord avec le projet de naissance de ces femmes : privilégier la physiologie et respecter l'enfant. La limite de cette étude est de ne pas connaître la durée de ces allaitements. Cette information pourrait être recueillie de façon rétrospective lors de la distribution du questionnaire de satisfaction (cf. Annexe).

Les accouchements à domiciles : [26] [27]

Les AAD inopinés représentent de façon non négligeable 8% des patientes en demande d'accouchement en plateau technique. Il n'y a pas de corrélation entre le risque d'accouchement à domicile et la distance entre le domicile et le lieu d'hospitalisation puisque 70% des AAD ont lieu dans un périmètre inférieur à 30 mn. Plusieurs hypothèses peuvent justifier ce chiffre : tout d'abord l'accompagnement à l'AAD étant peu développé en France, certaines femmes font en sorte que l'accouchement se déroule à la maison, en prévenant la sage-femme le plus tardivement possible par exemple. L'autre hypothèse est la difficulté à repérer le début du travail pour certaines patientes, notamment les multipares, devant des contractions irrégulières, pas aussi douloureuses qu'attendu, différentes de celles du premier accouchement. Les AAD concernent dans 77% des cas les multipares dans notre étude.

3 -Analyse des variantes à l'accouchement en Centre Hospitalier

3. A- La délivrance dirigée :

La délivrance dirigée est une direction pharmacologique de la délivrance. Son but est de raccourcir la période de la délivrance en limitant ainsi les pertes sanguines. Lors d'un accouchement en plateau technique, les sages-femmes pratiquent la délivrance naturelle c'est à dire non dirigée par des moyens médicamenteux.

L'hémorragie de la délivrance concerne 1,6% des patientes dans notre étude contre 12% dans l'ENP 2010 [19] [28]. Cela signifie que les patientes ayant un accouchement physiologique ont probablement moins de risque de faire une HDD par rapport à la population générale.

Malgré tout, elle reste une complication de l'accouchement absolument imprévisible et est

encore en France la première cause de mortalité maternelle [29]. Il est par conséquent indispensable que l'accouchement en PT soit réalisé au sein du Centre Hospitalier afin de prendre en charge les patientes dans les plus brefs délais.

3. B - Temps des efforts expulsifs (EE)

Dans le milieu hospitalier, la durée des EE ne doit pas excéder 30 mn, voire 20 mn pour certaines équipes. On note dans notre étude que 30% des accouchements dépassent ce laps de temps qui peut même aller jusqu'à deux heures. Toutefois en l'absence d'anesthésie, le réflexe involontaire de poussée survient plus précocement que sous APD. Ceci peut expliquer l'allongement des efforts expulsifs sans pour autant avoir des effets préjudiciables sur le fœtus : 100% des nouveau-nés ont un score d'Apgar strictement supérieur à 7 à 5 minutes de vie.

4 - Les perspectives d'avenir pour le plateau technique d'Annecy

4. A - Elargissement de l'accès au PT pour les patientes ayant un diabète gestationnel équilibré [30]

Le centre régional d'Annecy rend obligatoire, pour les patientes présentant un ou des facteurs de risque de diabète gestationnel, la réalisation d'une HGPO entre 24 et 28SA avant d'accéder au plateau technique. Si une des trois valeurs du test est supérieure à la norme, on diagnostique alors chez la patiente un diabète gestationnel et ce dernier devient alors une contre-indication médicale à l'accouchement en plateau technique. La prise en charge de la patiente se fait en collaboration entre la sage-femme, un obstétricien et un endocrinologue et l'accouchement est réalisé par l'équipe médicale de garde.

Le diabète gestationnel équilibré sans macrosomie ne représente pas une indication médicale de déclenchement et si l'enfant naît eutrophe, il ne nécessitera pas une surveillance néonatale supplémentaire. Pour ces raisons, le CHANGE est en cours de réflexion pour permettre à ces patientes présentant un diabète gestationnel équilibré et sans retentissement fœtal, la possibilité d'accoucher avec les sages-femmes libérales en plateau technique.

4. B - Diminution du nombre de transferts : meilleure information sur les facteurs de risque d'un transfert

Le taux de transfert semble difficilement compressible. La majorité des transferts dans le pré et le per-partum concerne des primipares (78%), qui représentent la 50% de la population du plateau technique. Il paraît donc inenvisageable de priver les primipares de cet accompagnement dans le simple but de faire diminuer le nombre de transfert. En revanche, il paraît judicieux d'informer les femmes nullipares de leur sur-risque de transfert lié à leur statut de nulliparité (intervalle de confiance à 95% = [55,8%, 75,9%]). Il est important qu'elles soient préparées à vivre au mieux la naissance de leur bébé qu'elle ait lieu ou non dans le cadre du PT.

Le transfert pré-partum est indiqué en cas de présentation du siège et a concerné 8% des transferts pré-partum. En complément de la version par manœuvre externe pour les enfants en siège réalisée par le CH vers 37 SA, les sages-femmes libérales proposent à leur patientes des exercices et positions qui peuvent favoriser la rotation de l'enfant et donc diminuer le transfert pour cette raison.

Les pathologies maternelles et fœtales détectées pendant la grossesse sont imprévisibles. La demande de péridurale représente 11% des transferts. Il faut donc continuer à encourager à la préparation à l'accouchement en couple, ne pas hésiter à les préparer aux méthodes de gestion de la douleur telles que la relaxation, la sophrologie, l'haptonomie...etc, en parallèle aux cours de préparation à l'accouchement.

Il serait souhaitable de diminuer le taux d'ADD chez les femmes en demandes de PT.

L'accouchement inopiné hors maternité représente 8% dans notre étude contre environ 0,5 % en France [27]. Atteindre le taux national est un des objectifs des sages-femmes du PT. Il faut pour cela distinguer de façon précise le réel désir du couple : celui d'avoir un suivi personnalisé et d'accoucher dans un Centre Hospitalier ou à domicile. Les cours de préparation à la naissance et à la périnatalité peuvent être un levier pour apprendre aux femmes à déterminer le début du travail ou à reconnaître la phase active du travail pour les multipares.

V) CONCLUSION

Le but de cette étude était de déterminer l'évolution de l'activité du PT, l'état des lieux des demandes d'accès, et des accouchements réalisés sur le PT. L'accès aux plateaux techniques et l'AGN par les sages-femmes répond bien à une demande sociétale. En effet, il existe depuis ces quatre dernières années une demande croissante de la part des couples d'un accompagnement global à la naissance et d'un accouchement en plateau technique dans la région d'Annecy.

Bien que ce cas les sages-femmes prennent en charge uniquement les grossesses à bas risque obstétrical, il persiste un risque de transfert vers l'équipe médical de garde dès le début de la grossesse et ceci jusque dans la période post-partum. C'est aujourd'hui le cas pour 1 patiente sur 2 sur le PT d'Annecy. Les résultats de notre étude montre que malgré un « tri » des femmes à bas risque, des situations d'urgence vitale (les hémorragies, anomalies du rythme cardiaque fœtal, les détresses respiratoires à la naissance,...) peuvent survenir à tout moment. C'est pourquoi le rattachement à un PT semble être une alternative au suivi classique et ainsi empêche les femmes enceintes de se tourner vers des pratiques plus risquées comme l'AAD, en particulier dans une région montagneuse qui peut vite devenir difficile d'accès. Toutefois l'AGN et l'accouchement en PT n'est pas une pratique généralisable à toutes les femmes à bas risque : l'accouchement sans APD, l'absence d'hébergement dans les SDC et le dépassement d'honoraires ne correspondent probablement pas aux attentes de tous les couples.

Lors de l'accouchement, les sages-femmes préfèrent utiliser des méthodes non invasives dans le but de respecter au plus près la physiologie de l'accouchement, comme le respect des membranes, le faible recours à l'épisiotomie, l'emploi de méthodes naturelles pour déclencher le travail.

Nous tenions également à ajouter, que les conclusions obtenues sur une si petite population ne sont pas significatives. Il serait intéressant de poursuivre notre étude sur un laps de temps plus long afin d'obtenir un plus grand échantillon et des résultats plus affinés.

L'obstétrique étant en perpétuellement renouvellement, les conditions d'éligibilité et d'inéligibilité au PT sont amener à changer rapidement. Il faudra donc essayer de trouver le juste équilibre entre la confiance, le désir des femmes et la sécurité médicale.

Le CHANGE effectue actuellement des travaux pour ouvrir prochainement une salle nature. Elle est née de la volonté de l'établissement de répondre aux attentes nouvelles émanant des ces couples et se traduisant par la recherche d'un univers moins médicalisé lors de l'accouchement. Cette proposition permettra aux sages-femmes libérales la possibilité de créer un espace personnalisé et adaptée à la parturiente, et ainsi d'effectuer une plus grande partie du travail directement au centre hospitalier.

La sage-femme est aujourd'hui la professionnelle de santé la plus qualifiée, susceptible de prendre une place centrale dans les filières de soins en maternité, pour une prévention efficace, un renforcement de la sécurité des naissances, une plus grande satisfaction des couples ainsi qu'une maîtrise des dépenses en périnatalité.

BIBLIOGRAPHIE :

[1]-CNGOF, CNSF, SNF.

Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités Fondamentaux. 2007 [Consulté le 12/01/2017]. Disponible sur URL : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_physiologiques.pdf

[2]-CIANE, CNGOF, CNSF, SFN, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé [Issu d'un groupe de travail]

Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités. Fondamentaux.2009¹

[3]-Association nationale des sages-femmes libérales. Disponible sur URL : www.ansfl.org/

[4]-Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes

Référentiel métier et compétences des sages-femmes Octobre 2007

[5]-Touchard C

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, mars 2011. Ecole de sages-femmes René Rouchy-Université d'Angers.

[6]-Code de la Santé Publique.

[7]-Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes

Quelles sont les formalités à accomplir lors d'une installation en libéral [Consulté le 06/11/2016]. Disponible sur URL : <http://www.ordre-sages-femmes.fr>

[8]-Lafont B

L'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques

Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Ecole de sages-femmes Lyon, mars 2010.

[9]-Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque, 2010

[10]-Loi du 31 juillet 1991 : Article L.711-5 du Code de la Santé Publique Abrogé en juin 2000, remplacé par l'article L.6112-4 Relatif à l'accès aux plateaux techniques pour les médecins et sages-femmes

[11]- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires Article 86

[Consulté le 16/12/2016]. Disponible sur URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>

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

[13]-BENIFLA JL.
La périnatalité : un enjeu de santé publique mal compris!,
Elsevier Masson, Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2004, 32, p.107

[14]-Nisand I.
Le point sur les espaces physiologiques - 34e Journées Nationales du CNGOF Consulté le
15.01.2017, disponible sur URL :
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2010/vendredi_2010.htm

[15]-Tan W. M., Klein M. C., et al., 2008, “How do physicians and midwives manage the
third stage of labor?” Birth 35(3): 220-229.

[16]-Haute Autorité de Santé(HAS)
Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.
Mis à jour en mai 2016 [Consulté le 12/11/2016]. Disponible à partir de : URL ;
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes -
_recommandations_23-04-2008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf)

[17]-Moore Er, Anderson Gc, Berman N.
Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. The Cochrane
Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3, article n° CD003519. 18 juillet 2007

[18]-INSEE
Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2016
[Consulté le 12/01/2017]. Disponible sur URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>

[19]-Direction générale de la santé, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des
statistiques, Institut national de la santé et de la recherche médicale, VILAIN A.
Enquête nationale périnatale 2010, Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003,
Paris, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, INSERM, 2011

[20]-DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques Série
statistiques : les professions de santé
1er janvier 2009 Sicart D. n°131 – avril 2009 INSERM

[21]-CNSF, CNGOF

« Administration de l'oxytocine au cours du travail spontané – Recommandation pour la pratique clinique 2016

[22]-Collège national des gynécologues et obstétriciens français

Recommandations Pour La Pratique Clinique, Grossesse Prolongée et Terme Dépassé. Extrait Des Mises À Jour En Gynécologie et Obstétrique, décembre 2011

[23]-Warmink-Perdijk WDB et coll.

Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery* 2016; 34: e1-6.

[24]- Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women and Birth*. sept 2012;25(3):100-106.

[25]- COLLET M, VILAIN A.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour validités 2006 et 2007. N° 12 – juin 2010.

[26]- Vik ES et coll.

Women's experiences with giving birth before arrival. *Midwifery* 2016 ; 42 : e10-15.

[27]-J.- Bouet P-E, et al.

Accouchements inopinés extrahospitaliers. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.04.007>

[28]-Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosser S

Hémorragie du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol* 2004 ; 33 (8) : 4S9-4S16

[29]-BROCKLEHURST P., et al., Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies : the Birthplace in England national prospective cohort study, *British Medical Journal*, 2011, 343, p.1-13

[30]-Haute Autorité de Santé (HAS)

Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel » Date de parution : Juillet 2005 [Consulté le 24/02/2017]. Disponible sur URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_gestationnel_synth.pdf

ABRÉVIATIONS :

PT Plateau technique

CNGOF Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France

CNSF Collège National des Sages-Femmes

SNF Société Française de Néonatalogie

ANSFL Association Nationale des Sages-femmes Libérales

HAS Haute Autorité de Santé

CIANE Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

OMS Organisation Mondiale de la Santé

HPTS Hôpital Patient Santé Territoire

CHANGE Centre Hospitalier ANnecy GENEvois

ENP Enquête Nationale de Périnatalité

DRESS Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des statistiques

INSEE Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

RSM Rupture Spontanée des Membranes

RAM Rupture Artificielle des Membranes

PC Périnée Complet

SA semaine d'aménorrhée

HGPO Hyperglycémie orale provoquée

SDC Suite de Couches

APD Analgésie péridurale

HDD Hémorragie De la Délivrance

RCF Rythme cardiaque fœtale

Mn minute

ANNEXES :

Annexe 1 :

Critères d'inéligibilités à la 1ère consultation

Les situations à risques accrus, selon l'HAS, détectables dès la première visite sont (liste non exhaustive) :

- « -les facteurs de risque généraux, dont les antécédents familiaux,
- les facteurs sociaux et environnementaux
- les toxiques
- les antécédents personnels préexistants, gynécologiques ou non
- les antécédents personnels liés à une grossesse précédente
- les facteurs de risque médicaux
- les maladies infectieuses
- les facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux. »

Les situations à risque de transferts pendant le travail sont :

- Hémorragie maternelle en cours de travail, au cours de la délivrance ou du post-partum immédiat
- Hyperthermie maternelle
- Anomalie du rythme cardiaque fœtal
- Liquide amniotique teinté ou méconial
- Stagnation de la dilatation supérieure à 2 h
- Désir du couple (demande de péridurale, angoisse....)
- Accouchement instrumenté (ventouse, forceps,...)

Contrat d'accompagnement pour les accouchements Sur le PT(PT)

Vous avez choisi d'être accompagnés pour la naissance de votre enfant sur le plateau médicotechnique du service d'obstétrique du centre hospitalier d'Annecy.

Mme TUTTINO Céline, 1 Allée de l'Arcalod - 74000 Annecy
(04 50 46 54 18 / 06 73 04 66 90)

Mme BERTHIER-DUBOZ Marion, 1 allée de l'Arcalod 74000 Annecy
(04 50 46 54 18 / 06 07 02 21 48)

Mme MARCHAND Pauline (07 87 14 49 06)
(07 87 14 49 06)

Sf.tuttinobertthier@orange.fr

1. Conditions d'accès au PT d'Annecy

○ Critères materno-fœtaux

- Absence de pathologie maternelle à risque obstétrical. Cette pathologie peut être décelée par votre sage-femme responsable, l'obstétricien ou l'anesthésiste, au cours de votre grossesse.
- Absence de pathologie fœtale reconnue en anténatale

○ Critères obstétricaux

- Absence d'antécédents obstétricaux à risque de récurrence (hémorragie, dystocie des épaules, extraction difficile, périnée complet, utérus cicatriciel)
- Grossesse monofoetale
- Présentation céphalique
- Placenta normalement inséré
- Liquide amniotique clair
- Travail spontané entre 37 SA et 42 SA. A partir de 41SA, surveillance terme dépassé : échographie + monitoring toutes les 48h au CHANGE.

Pendant l'accouchement, un transfert vers l'équipe médicale est toujours envisageable, et ce, dès qu'une pathologie apparaît :

- Hémorragie maternelle en cours de travail, au cours de la délivrance ou du post-partum immédiat
- Hyperthermie maternelle
- Anomalie du rythme cardiaque fœtal
- Liquide amniotique teinté ou méconial
- Stagnation de la dilatation supérieure à 2 h
- Non délivrance du placenta supérieure à 30 minutes
- Désir du couple (demande de péridurale, angoisse....)

Lorsque tout se déroule de manière physiologique, vous rentrez chez vous dans les 4 heures **maximum** suivant la naissance.

Votre sage-femme vous détaillera ces informations pour une totale compréhension et ainsi diminuer les imprévus le jour de la naissance.

2. Vous faites partie des couples pouvant bénéficier de cet accompagnement, vous avez des démarches à accomplir

o Démarches *médicales*

- Effectuer une visite anesthésiste au cours du **8^{ème} mois**.
- Effectuer une visite au début du **9^{ème} mois** auprès d'une sage-femme ou d'un médecin du CHANGE dans le but de constituer votre dossier médical.

o Démarches *administratives*

- Faire parvenir à la direction du CHANGE une demande d'accès sur le PT. Votre sage-femme vous transmettra un courrier type (cf. annexe 2)
- Vous vous engagez à déclarer votre enfant sur la commune de naissance (Metz-Tessy) dans les 3 jours ouvrés **obligatoirement**. Votre sage-femme vous remet les documents nécessaires à cette déclaration.

3. Vous avez également des obligations de suivi

- Afin de vous assurer une continuité de soin, votre sage-femme travaille en trinôme. Vous vous engagez donc à effectuer un suivi en parallèle avec chacune des trois sages-femmes.
- La préparation à la naissance. Elle s'effectue en couple.
- Le jour de la naissance, l'une ou l'autre des sages-femmes sera présente. Un planning et les coordonnées de chacune de SF vous seront donnés pour la période du 9^{ème} mois.
- **Important** : la sage-femme qui vous accompagne sur le PT est seule responsable de l'accouchement. C'est à elle que vous versez le règlement des honoraires relatifs à la naissance. Votre sage-femme vous remet un détail des honoraires pratiqués.
- Le suivi des suites de couches sera assuré par l'une ou l'autre des sages-femmes. Celui-ci dépendra de la disponibilité de chacune et de votre situation géographique.
- Vous effectuez un retour précoce à domicile, il vous faut prévoir une visite médicale de l'enfant dans les 8 jours qui suivent la naissance (généraliste ou pédiatre). Cette visite est **obligatoire**.

4. Informations complémentaires

- Votre sage-femme possède une assurance en responsabilité professionnelle pour accompagner la naissance de votre enfant sur le PT du CHANGE
- Ce contrat doit être en votre possession le jour de la naissance.

5. Règlement honoraires

Les honoraires seront versés lors de la consultation du 8ème mois et encaissés après l'accouchement.

Après lecture et réflexion, ce contrat est établi le 5 juillet 2017 pour le PT d'Annecy, entre :

MME MARCHAND PAULINE	MME TUTTINO CELINE	MME BERTHIER- DUBOZ MARION	MME
SAGE-FEMME	SAGE-FEMME	SAGE-FEMME	Mr

Annexe 3 : Courrier type Plateau Technique

Mme

Adresse

Tel

CHANGE- direction générale
Affaires juridiques-relations avec les usagers
1, avenue de l'hôpital- BP 90074- Metz-Tessy
74374 PRINGY Cedex

Objet : demande d'accès au plateau médico-technique du service d'obstétrique.

Monsieur,

Par la présente, je vous informe de mon souhait d'être accompagnée par une sage-femme libérale pour la naissance de mon enfant prévu le

Je vous sollicite donc pour obtenir l'accord d'accéder au plateau médico-technique du service d'obstétrique de votre établissement.

Après avoir été informée des modalités d'accès et de nos engagements respectifs, nous souhaitons être accompagnés par Madame TUTTINO Céline, Madame BERTHIER-DUBOZ Marion ou Madame MARCHAND Pauline.

Je vous informe également que mes rendez-vous avec le centre hospitalier sont fixés pour le chez l'anesthésiste et le chez la sage-femme/gynécologue.

En espérant recevoir une réponse favorable, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

Fait à le

Signature

Annexe 4 :

	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL
Nombres de demandes pour accès au PT (n)	23		52		63		78		216
Nombres de patientes non éligibles (contre-indications) (% ,n)	1		1		4		0		6
Nombres de patientes participants au plateau technique) = éligibles (% ,n)	22		51		59		78		210
Caractéristiques des patientes éligibles									
Age:	22		51		59		78		210
<=25	1	5%	3	6%	2	3%	2	3%	
entre 25 et 35	18	82%	41	80%	47	80%	62	79%	
>35	3	14%	7	14%	10	17%	14	18%	
Lieu d'habitation	21		51		59		78		209
<30 minutes du cabinet (% ,n)	14	67%	38	75%	46	78%	60	77%	
ENTRE 30 ET 60 minutes	7	33%	11	22%	12	20%	16	21%	
>60 minutes (% ,n)	0	0%	2	4%	1	2%	2	3%	
Niveau socioprofessionnel	21		51		58		78		208
Agriculteurs exploitants	1	5%	0	0%	0	0%	1	1%	
Artisans, Commerçants, chefs d'entreprise (% ,n)	2	10%	1	2%	2	3%	0	0%	
Cadres et professions intellectuelles supérieures (% ,n)	6	29%	19	37%	14	24%	20	26%	
Professions Intermédiaires (% ,n)	6	29%	17	33%	13	22%	27	35%	
Employés (% ,n)	2	10%	8	16%	13	22%	15	19%	
Ouvriers (% ,n)	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%	
Autres personnes sans activité professionnelle (% ,n)	4	19%	6	12%	16	27%	14	18%	
Parité	21		51		58		78		208
1 (% ,n)	15	71%	25	49%	35	60%	37	47%	
2 (% ,n)	5	24%	13	25%	18	31%	31	40%	
3 (% ,n)	0	0%	12	24%	3	5%	7	9%	
4 et plus (% ,n)	1	5%	1	2%	2	3%	3	4%	
Gestité	21		51		58		78		208
1 (% ,n)	13	62%	18	35%	27	47%	25	32%	
2 (% ,n)	3	14%	16	31%	18	31%	32	41%	
3 (% ,n)	2	10%	12	24%	7	12%	11	14%	
4 et plus (% ,n)	3	14%	5	10%	6	10%	10	13%	
Ratio Accouchement PT / Transferts									
Nombre d'accouchements en plateau technique	10		28		28		37		103
Nombre de transferts pré-partum (1)	6		10		15		17		48
Déclenchement pour rupture prématurée des membranes sans mise en travail	3	50%	2	20%	3	20%	4	24%	
Déclenchement pour terme dépassé	0	0%	2	20%	2	13%	3	18%	
Pathologie maternelle	1	17%	4	40%	5	33%	5	29%	
Siège	2	33%	0	0%	2	13%	0	0%	
Pathologie fœtale	0	0%	2	20%	2	13%	1	6%	
Dystocie de démarrage	0	0%	0	0%	1	7%	2	12%	
Plateau technique non disponible	0	0%	0	0%	0	0%	2	12%	
Nombre de transferts per-partum (2)	4		6		5		10		25
Demande de péridurale	2	50%	1	17%	4	80%	6	60%	
Aide instrumentale à l'expulsion	0	0%	3	50%	0	0%	2	20%	
Anomalies RCF	0	0%	1	17%	0	0%	0	0%	
Stagnation de la dilatation	2	50%	1	17%	1	20%	2	20%	
Nombre de transferts post-partum (3)	0		1		2		10		13
Detresse respiratoire à la naissance	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%	
Infection materno-fœtale	0	0%	0	0%	1	50%	2	20%	
Complications maternelles (PC, fatigue, ...)	0	0%	0	0%	0	0%	2	20%	
Hémorragie du post-partum immédiat	0	0%	0	0%	0	0%	2	20%	
Nouveau-né à risque infectieux	0	0%	1	100%	1	50%	3	30%	
Accouchement à domicile inopiné	1		6		6		4		17

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des patientes participantes au PT et issue de leur accouchement de 2013 à 2016.

Table 1: Sociodemographic Characteristics of Patient Participants in the PT and Born Out from 2013 to 2016

	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	TOTAL
Durée du travail (en heure) (moyenne)	5,4		7		5,0096		5,7917		
Dilatation à l'arrivée sur le PT en cm	10		29		26		45		110
Phase de latence (<=5cm)	2	20%	5	17%	8	31%	16	36%	
Phase active du travail	8	80%	24	83%	18	69%	29	64%	
Durée des efforts expulsifs (en minutes)	4		21		19		45		89
<20 MIN	4	100%	16	76%	12	63%	22	49%	
>20 MIN	0	0%	5	24%	7	37%	23	51%	
Variété lors de l'expulsion	10		29		29		48		116
OP	10	100%	29	100%	28	97%	47	98%	
OS	0	0%	0	0%	1	3%	1	2%	
rupture artificielle des membranes	10		29		26		46		111
Spontanée(% ,n)	7	70%	21	72%	20	77%	38	83%	
RAM(% ,n)	2	20%	6	21%	4	15%	6	13%	
Intactes (% ,n)	1	10%	2	7%	2	8%	2	4%	
Durée de l'ouverture de l'œuf (en heure)	10		29		26		47		112
>12H	10	100%	28	97%	26	100%	45	96%	
<12H	0	0%	1	3%	0	0%	2	4%	
Allaitement	10		30		30		47		117
Maternel	9	90%	28	93%	30	100%	45	96%	
Mixte	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	
Artificiel	1	10%	2	7%	0	0%	1	2%	
Etat périnéal	10		29		30		46		115
Périné intact	6	60%	12	41%	19	63%	20	43%	
Déchirure du 1er degré	3	30%	13	45%	8	27%	18	39%	
Episiotomie	0	0%	1	3%	2	7%	5	11%	
Déchirure du 2ème degré	1	10%	3	10%	1	3%	2	4%	
Périné complet	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	
Periné complet compliqué	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
Sexe de l'enfant	11		30		30		47		118
Féminin	4	36%	12	40%	17	57%	20	43%	
Masculin	7	64%	18	60%	13	43%	27	57%	
poids des enfants (en grammes) (moyenne)	10		30		27		45		112
>4500g	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%	
Entre 3500g et 4500g	3	30%	9	30%	11	41%	11	24%	
Entre 2500g et 3500g	7	70%	18	60%	16	59%	33	73%	
<2500g	0	0%	3	10%	0	0%	0	0%	
Age gestationnel	10		29		27		47		113
Entre 37 et 41 SA	8	0,8	28	0,966	20	0,741	36	0,77	
Terme dépassé	2	0,2	1	0,034	7	0,259	11	0,23	
Apgar à 1 min	10		29		27		46		112
> ou = à 5	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
entre 6 et 7	0	0%	0	0%	0	0%	2	4%	
entre 8 et 9	2	20%	2	7%	6	22%	16	35%	
à 10	8	80%	27	93%	21	78%	28	61%	
Apgar à 5 min	10		29		27		46		112
> ou = à 7	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	
entre 8 et 9	0	0%	0	0%	0	0%	9	20%	
à 10	10	100%	29	100%	27	100%	37	80%	

Tableau 2 : Déroulements des accouchements des patientes ayant accouché sur le PT
Table 2: Procedures for deliveries of women who gave birth on the technical shelf

Enquête de satisfaction des patientes ayant participé au Plateau Technique d'Annecy

Bonjour,

Actuellement en dernière année d'études de sage-femme à l'Ecole de Grenoble, je réalise mon mémoire de fin d'études.

Mon mémoire traite du Bilan de l'activité des patientes ayant participé au Plateau Technique d'Annecy suivi par une enquête de satisfaction auprès des ces mêmes patientes

Afin de répondre à ces questions, j'ai réalisé un questionnaire qui s'adresse aux patientes ayant eu accès au plateau technique du CHU d'Annecy et du site de Saint-Julien en Genevois. Les réponses seront anonymes.

En vous remerciant du temps que vous voudrez bien m'accorder, Mesdames, recevez mes sincères salutations.

1. Question 1-Comment avez-vous été informée de la pratique de l'accouchement en plateau technique ?

Une seule réponse possible.

- Média
- Internet
- Affiches
- Medecin
- Sage-femme libérale
- Sage-femme hospitalière
- Autre : _____

2. Question 2-Votre choix d'un accouchement en plateau technique, découle-t-il ?

Une seule réponse possible.

- D'une expérience semblable, vécue dans votre entourage
- D'une démarche personnelle vis-à-vis de la naissance
- D'un conseil d'un professionnel de santé
- Autre : _____

3. Question 3-Concernant l'accompagnement global pendant la grossesse, avez-vous été (consultations, préparation à l'accouchement,...) ?

Une seule réponse possible.

- Très satisfaite
- Satisfaite
- Moyennement satisfaite
- Non satisfaite

Questions 4- L'accouchement sur le plateau technique :

A - L'accueil dans l'établissement

4. **1-A votre arrivée, votre contact avec la sage-femme de garde de l'établissement d'accueil fut (passez à la question suivante si non concernée) :**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
De pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

5. **2-Comment avez-vous perçu les rapports entre la sage-femme du plateau technique et l'équipe hospitalière ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
De pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

Passez à la question 6.

B-Les locaux

6. **1-Que pensez-vous de l'accessibilité au plateau technique d'Annecy ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

7. **2-Avez-vous été satisfaite de l'hygiène de la salle d'accouchement ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

8. **3-La salle d'accouchement était-elle adaptée au déroulement du travail ? (accessoires, musique..)**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

9. **4-La salle d'accouchement était-elle adaptée à votre accouchement (positions, tapis, ..) ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

Passez à la question 10.

C-La qualité de la prise en charge par les sages-femmes du plateau technique

10. **1-Vous êtes-vous sentie en sécurité pendant votre accouchement ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout	<input type="radio"/>	Tout à fait										

11. **2-Votre intimité a-t-elle été respectée pendant votre prise en charge sur le plateau technique ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

12. **3-Pendant votre travail, vos besoins, vos attentes ont-ils été pris en considération ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

13. **4-Pouvez-vous décrire le degré de prise en charge de votre douleur ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

14. 5-Votre accouchement a-t-il été conforme à votre projet de naissance initial ?

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout satisfaite Excellent

15. 6-La sage-femme a-t-elle été suffisamment présente pendant les différentes phases de l'accouchement ?

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout satisfaite Excellent

16. 7-Quel a été votre ressenti personnel au moment de l'accouchement ? Cochez 3 adjectifs qui vous caractérisaient le mieux

Plusieurs réponses possibles.

- Compétente
- Soutenue
- Active
- Détendue
- Responsable
- Sécurisée
- Incapable
- Anxieuse
- Épuisée
- Passive
- Dépendante
- A l'écart

Transfert ?

17. Avez-vous été pris en charge par l'équipe de garde ou hospitalisé dans le cadre d'une complication de l'accouchement ?

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 18.*
- Non *Passez à la question 25.*

Passez à la question 18.

Questions 5-Les patientes ayant été transférées du plateau technique vers un service hospitalier :

18. 1-Avez-vous été informée du motif du transfert ?

19. **2-Votre contact avec l'équipe de garde de l'établissement d'accueil fut :**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

20. **3-DÉROULEMENT DE VOTRE PRISE EN CHARGE :Avez-vous reçu des explications, spontanées sur votre état de santé, vos soins, vos traitements ?**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

21. **3'-NATURE DU OU DES EXAMEN(S) COMPLEMENTAIRE(S) : Avez-vous reçu des explications spontanées sur votre état de santé, vos soins, vos traitements**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

22. **4-Votre intimité a-t-elle été respectée par le personnel du service**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

23. **4'-La confidentialité et le secret médical ont-ils été respectés par le personnel du service**

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout satisfaite	<input type="radio"/>	Excellent										

24. **5-Quelle est votre opinion générale sur votre séjour à l'hôpital ? (Si vous avez été hospitalisée)**

Une seule réponse possible.

- Très satisfaite
- Satisfait
- Assez Satisfait
- Peu satisfait
- Pas du tout satisfait

Question 6 : Le Retour à Domicile

25. **A-Combien de temps après votre accouchement êtes-vous rentrée chez vous ?**

26. **b-ALLAITEMENT : la qualité de la prise en charge par la sage-femme lors du retour à domicile fut :**

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout satisfaisante Excellente

27. **c-SOINS DU BEBE : la qualité de la prise en charge par la sage-femme lors du retour à domicile fut :**

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout satisfaite Excellent

28. **d-PHYSIQUE ET MORAL : la qualité de la prise en charge par la sage-femme lors du retour à domicile fut :**

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout satisfaite Excellent

29. **e-Combien de temps avez-vous allaité votre enfant ?**

Passez à la question 30.

Question 7 : Le Coût du Plateau Technique

30. **Le coût des prestations du plateau technique vous semble-t-il ?**

Une seule réponse possible.

- Adapté
 Correct
 Abusif

Passez à la question 31.

31. **Question 9 - Quelles étaient vos attentes dans ce projet d'accouchement en plateau technique ? Est-ce que cet accouchement a répondu à toutes vos attentes ?**

32. **Question 10-Si vous attendiez un autre enfant, où souhaiteriez-vous accoucher ?**

Une seule réponse possible.

- A l'hôpital public (par équipe de garde)
- En clinique privée
- En plateau technique
- À la maison
- Autre : _____

33. **Question 11-Expression libre : Commentaires personnels (suggestions, remarques, conseils, ...)**

Annexe 6 :

Indications des prélèvements néonataux selon le CNGOF :

Prélèvements et indications

- Liquide gastrique, placentoculture et procalcitonine au cordon (+++) :
- Tout prématuré < 37SA
- Tout nouveau-né symptomatique (fièvre > 38°C, mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, détresse respiratoire)
- Nouveau-né asymptomatique avec facteur de risque d'infection maternofoetale :
 - température maternelle
 - >38°C en début de travail
 - >38,5°C de fin de travail sous-péridurale
 - >38,2°C en fin de travail et sans péridurale
 - infection génitale ou urinaire en cours traitée ou non
 - travail prolongé avec phase active >12h
 - à partir de trois maturations
 - rupture de la poche des eaux > ou = 12h
 - anoxie périnatale aiguë sans cause obstétricale (Apgar <7 à 5 min)
 - tachycardie fœtale > ou = 160/mn pendant >10 min et persistante
 - liquide amniotique méconial (ou liquide teinté + autre facteur de risque)
 - Chorioamniotite avérée
 - naissance en dehors d'une salle de naissance dédiée
 - prélèvement vaginal de dépistage de 3^e trimestre positif à streptocoque B sauf si la mère a reçu doses d'antibioprophylaxie espacées de 4 h avant la naissance du bébé
 - grossesse non suivie

Annexe 7 :

Appel du pédiatre

1. Appel anténatal (information du pédiatre)

- Naissance d'un enfant d'âge gestationnel compris entre 23 et 34 semaines + 6j et/ou de poids fœtal estimé entre 500 et 1800 g
- Césarienne sous anesthésie générale
- Césarienne code rouge
- Siège chez une primipare
- Grossesse gémellaire avec une présentation non céphalique ou risque de VMI
- Diagnostic anténatal d'une pathologie nécessitant une prise en charge immédiate (cardiopathie, malformation intrathoracique, allo-immunisation RH...)
- Réanimation néonatale prévisible (hématome rétroplacentaire, procidence, extraction difficile, anomalies importantes du RCF)
- Soins palliatifs validés en prénatal
- En postnatal immédiat

2. En postnatal immédiat

- Toute détresse vitale
- Naissance avec PH > 7 : appel immédiat après la naissance pour évaluation et protocole hypothermie
- ph < 7,10 : appel avant de remonter le bébé dans sa chambre pour évaluation (et hypothermie ?)
- Allo-immunisation anti-RH (possibilité de photothérapie précoce)
- IMG
- Soins palliatifs validés en anténatal
- Détresse respiratoire
- Tout enfant qui inquiète ! (pâleur, cyanose, malformations)

RESUME

Contexte : Pour franchir l'étape du "devenir parents", certains couples souhaitent établir, avant l'accouchement, un véritable lien avec la personne qui les accompagnera tout au long de la grossesse. Trois sages-femmes libérales proposent un accompagnement global à la naissance ainsi qu'un accouchement physiologique au sein du Centre Hospitalier d'Annecy dans le cadre d'un rattachement à un plateau technique. Le PT est la location des locaux, du matériel et du personnel nécessaires à la pratique de l'accouchement par la sage-femme libérale qui le gère alors en toute autonomie et sous sa propre responsabilité. Il permet la possibilité d'un transfert immédiat en cas de complications obstétricales vers l'équipe médicale

Objectifs : Déterminer l'évolution de l'activité du PT d'Annecy de janvier 2013 à décembre 2016 ainsi l'état des lieux des demandes d'accès et des accouchements réalisés sur le PT.

Méthode : Etude observationnelle épidémiologique rétrospective des 210 dossiers complets de demandes d'accouchements en PT de juin 2013 à décembre 2016

Résultats : La demande d'accès en PT a augmenté de 3/mois environ en 2013 à 6.5/mois en 2016. Sur les 210 demandes d'accouchement en PT analysées, on recense 23% de transferts au cours de la grossesse, 12% de transferts pendant le travail (13,4% de déclenchement, 11% de demande d'analgésie péridurale), et 6% en post-partum. Les primipares ont un risque accru de transfert (28% vs 30%) chez les multipares ($p=0.035$). L'accouchement est survenu à domicile pour 8% des femmes. Les pratiques des SF respectent la physiologie (15% de rupture artificielle des membranes, 6.7% d'épisiotomie). Le taux d'allaitement maternel est très supérieur au taux national (95%). Aucune ré-hospitalisation n'a eu lieu après le retour précoce à domicile qui a lieu dans les 4h après la naissance.

Conclusion : Les sages-femmes sont de plus en plus sollicitées pour accompagner les couples dans leur demande d'accouchement naturel et démedicalisé. Leur rôle est d'être le moins interventionniste tout en respectant les indications de transfert si nécessaire. Un élargissement des indications au diabète gestationnel équilibré est également prévu.

Mots clés : soins périnataux, centres de naissance, grossesse à bas risque, accompagnement global

ABSTRACT

Context: In order to reach the stage of "becoming parents", some couples wish to establish, before the birth, a true link with the person who will accompany them throughout the pregnancy. Three liberal midwives offer comprehensive support at birth as well as a physiological delivery at the Annecy Hospital Center as part of a technical support. The PT is the rental of premises, equipment and personnel necessary for the practice of the birth by the liberal midwife who manages it then in full autonomy and under its own responsibility. It allows the possibility of an immediate transfer in case of obstetric complications to the medical team

Objectives: To determine the evolution of the activity of the PT of Annecy from January 2013 to December 2016 and the inventory of requests for access and deliveries made on the PT.

METHOD: Retrospective observational epidemiological study of the 210 complete applications for deliveries in PT from June 2013 to December 2016

Results: PT access demand increased from about 4 / month in 2013 to 7 / month in 2016. Of the 210 PT deliveries analyzed, 23% were transfers during pregnancy, 12% Of transfers during work (13.4% trigger, 11% request for epidural analgesia), and 6% postpartum. Primiparous have an increased transfer risk (28% vs 30%) in multiparous ($p = 0.03$). The delivery occurred at home for 8% of women. SF practices respect physiology (15% artificial rupture of membranes, 6.7% episiotomy). The breastfeeding rate is much higher than the national rate (95%). No re-hospitalization took place after the early return home which takes place within 4 hours after birth.

Conclusion: Midwives are increasingly being asked to support couples in their demand for natural and demedicalized childbirth. Their role is to be the least interventionist while respecting the indications of transfer if necessary. An expansion of indications to balanced gestational diabetes is also planned.

Key words: low risk pregnancy, healthy women, women centred care, midwife practice, perinatal care, birthing center