

Dotation sage-femme, qualité et sécurité des soins : aperçu de la littérature

Autor(en): **Politis Mercier, Maria-Pia**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **113 (2015)**

Heft 12

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949637>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Dotation sage-femme, qualité et sécurité des soins: aperçu de la littérature

Il a été démontré que les accouchements se déroulant selon le principe «Une femme, une sage-femme» sont ceux qui ont le plus d'effets positifs pour la mère comme pour l'enfant. Mais, combien de sages-femmes faut-il engager pour généraliser ce principe dans un service de maternité? Il n'existe pas encore de formule mathématique précise, mais quelques indices pour calculer les dotations en sages-femmes. Cet article n'aborde donc pas la question des dotations en médecins.

.....
 Maria-Pia Politis Mercier

La dotation en sages-femmes des services de maternité est au cœur des préoccupations des sages-femmes praticiennes et des cadres. Craintes de l'accident, craintes de ne pouvoir faire face, prises en charge des femmes ou des nouveau-nés en dessous des standards minimaux (rationnement implicite), épuisement, sont des plaintes et des constats récurrents de la part des praticiennes.

La configuration des maternités hospitalières a beaucoup changé ces dernières décennies: nombre d'établissements ont fermé ou fusionné, ce qui a augmenté substantiellement le nombre d'accouchements dans les institutions restantes entraînant un bouleversement des organisations internes. Bien que cela ne soit pas chiffré, le nombre de situations complexes semblent avoir progressivement augmenté. Fœtus et nouveau-nés sont des sujets de soins à prendre en compte dans le calcul des dotations. L'informatisation en cours ne paraît guère simplifier l'ampleur de la charge administrative. Mentionnons encore que le panel et la fréquence des interventions est globalement en augmentation, même si certains soins

sont tombés en désuétude.

Différentes études internationales, dont celle conduite par Aiken et al. (2014) également en Suisse, démontrent qu'il existe une relation directe entre, d'une part, le nombre et la qualification des infirmières et, d'autre part, les résultats de soins en termes de morbidité et de mortalité. En ce qui concerne les soins en maternité, de nombreuses recherches effectuées dans des contextes variés et selon diverses méthodologies établissent que les sages-femmes sont les professionnelles les plus efficaces en ce qui concerne les prises en charge des femmes à bas risque et qu'elles sont complémentaires aux médecins lors de situations à plus haut risque (Cookson, 2014; Sandall, 2014).

Pourquoi sont-elles efficaces?

La profession de sage-femme implique la maîtrise d'un éventail de compétences établies qui permettent de couvrir les besoins en soins durant la période de maternité (préconception, grossesse, accouchement, post-partum mère-enfant). Elles sont constituées de savoirs, d'attitudes et d'habiletés recouvrant des dimensions d'ordre biologique, physiopathologique, psychologique, émotionnel, relationnel, social, anthropologique, technique, éthique, juridique, etc.). Les modèles de soins des sages-femmes mettent l'accent sur un modèle social, centré sur les femmes. Afin de fournir des soins de qualité aux femmes, aux nouveau-nés et aux familles, il est nécessaire que les sages-femmes puissent déployer le plein potentiel de leurs compétences, quel que soit le type de structures de soins où elles exercent.

La maternité et la petite enfance sont des périodes charnières de la vie des individus et des sociétés. Actuellement, tant les connaissances que les demandes de la population-cible (familles et futures familles) s'inscrivent dans une vision qui dépasse les objectifs de santé à court terme, sans grandes séquelles ou sans décès mais qui cherche aussi à optimiser la santé dans une compréhension large incluant le vécu de la maternité et de l'expérience de soins. Les répercussions à moyen ou long

.....
 Auteure



Maria-Pia Politis Mercier, sage-femme et maître d'enseignement à la Haute Ecole de Santé Vaud

terme tant positives que négatives du vécu de la période de maternité sur le devenir du nourrisson, de la mère, du père ou de la famille, nécessitent l'établissement ou le renforcement de standards de soins qui doivent être solidement implémentés.

Il faut aussi souligner les préoccupations des professionnels et des usagers relatives aux prises en charge actuelles des grossesses et des accouchements et des nouveau-nés se soldent par un recours considérable à des interventions invasives, le taux de césarienne étant emblématique à cet égard. Si ces interventions sont des plus salutaires dans certains cas, leur surutilisation peut produire des effets inverses. Chercher, d'une part, à limiter ou à diminuer certaines procédures et, d'autre part, à augmenter le taux d'accouchement sans intervention invasive demande un *aggiornamento* des pratiques et des organisations de soins dans lequel les sages-femmes ont un rôle de leader à prendre.

Cette introduction est importante pour mieux identifier le cadre d'intervention à envisager pour les sages-femmes et les professionnels de la maternité ainsi que les enjeux et défis à relever. En outre, la visée de contribuer à la durabilité du système de santé est majeure; il s'agit d'inclure dans la réflexion les coûts mais aussi les bénéfices en terme de santé.

Plusieurs lignes directrices ont été établies par des organismes nationaux ou des sociétés scientifiques de sages-femmes, de gynécologues-obstétriciens, entre autres. Celles produites au Royaume-Uni par le NICE (*National Institute for health and care excellence*) sont réputées pour leur qualité. Elles prennent aussi en compte le point de vue médico-économique par l'intermédiaire d'analyses coût-efficacité dans le cas des soins de maternité. L'ensemble des parties prenantes à la thématique traitée est consulté, ce qui contribue à la validité et à l'acceptabilité des recommandations produites. En Suisse, les manières d'établir les effectifs ne sont pas publiées.

Durant la durée de l'accouchement, les meilleurs résultats de soins sont obtenus lorsque la parturiente bénéficie d'un soutien continu délivré par la même personne. Ce principe est repris par le NICE dans sa ligne directrice de 2014 concernant les soins des femmes en travail et de leur bébé; il est spécifié que chaque parturiente doit bénéficier de l'accompagnement d'une sage-femme (*one-to-one*).

Tour d'horizon des outils de calcul de dotation

Il n'existe pas d'instrument de calcul de dotation unique suffisamment précis et valide pour tous les cas de figure. Différentes méthodes sont utilisées, reprenant des données de dotations historiques ou des relevés de soins requis ou effectués (par exemple, systèmes PRN et LEP). A noter que ces exemples n'explicitent pas sur quelles bases les soins requis sont définis ni le modèle de soin déployé dans le service considéré. Il existe des approches basées sur le jugement professionnel, d'autres qui le sont



Barbara Kaiser

Professeure HES à la Haute école de santé de Genève,
filière sage-femme

Chère lectrice, cher lecteur,

La qualité des soins est actuellement au cœur des priorités politiques sanitaires suisses. En mai 2015, le Conseil fédéral a mis en place un «réseau qualité» national. Concernant les soins périnataux, les sages-femmes seront bien entendu des partenaires prépondérants et devront s'intégrer activement au sein de ce réseau afin de faire valoir leurs connaissances et expériences de ce qu'est l'optimisation de la qualité dans les soins périnataux.

Il ne fait aucun doute qu'en matière d'appréciation de la qualité, nous devons nous référer aux recommandations fondées sur les preuves (Evidence-based medicine) mais que l'on ne saurait se passer des indices de satisfaction recueillis auprès des femmes, ni du bon sens clinique parfois confronté à l'inflexibilité des protocoles standards. Ainsi, comme le disait Albert Einstein, «la science ne fait qu'établir ce qui est, pas ce qui devrait être». Le développement du concept spécifique de Best Practices semble alors indiqué pour optimiser la qualité dans nos pratiques, aller au-delà d'une simple prise en compte unilatérale de la dimension du savoir et envisager des notions de valeurs et de contextes spécifiques.

Via différents outils (notifications des incidents, entraînement par simulation, formations continues, etc.) les sages-femmes font d'ores et déjà partie intégrante de la gestion de la qualité clinique en obstétrique. Mais si près de 22 millions de francs seront mobilisés chaque année pour le «réseau qualité», les politiques ne devront pas oublier que, sans dotations en personnel adéquates, les sages-femmes et les maternités ne pourront fournir des prestations de qualité.

Alors afin d'atteindre ces objectifs ambitieux, et puisque «tout ce que nous pensons déjà connaître nous empêche souvent d'apprendre» (Claude Bernard), plongeons-nous dans ce numéro consacré à la qualité dans la profession de sage-femme. Bonne lecture!

Cordialement, Barbara Kaiser

sur le flux des patients et les durées de séjour ainsi que sur les qualifications du personnel. Parfois des normes sont utilisées mais elles ne sont pas forcément basées sur des approches de soins actualisées.

Les soins indirects, la formation, la configuration architecturale de l'établissement et sa taille, le type d'organisation sont des variables également à prendre en compte pour établir les dotations ainsi que les conditions-cadres du droit du travail (temps de travail, vacances, etc.).

Le concept de l'acuité du patient cherche à mettre en évidence ses caractéristiques afin de déterminer l'intensité des soins requis. Ce concept, issu des soins infirmiers, ne s'appuie pas uniquement sur le diagnostic médical mais sur la sévérité et la complexité des besoins du patient. Pour cela, plusieurs dimensions sont mesurées, ce qui permet de partir des besoins du patient pour déterminer la dotation du personnel en se référant à des données scientifiques. C'est un exemple qui pourrait être envisagé par les sages-femmes en Suisse. Il permettrait de préciser les besoins des femmes et des nouveau-nés et de mettre également en lumière les activités de la sage-femme qui sont encore insuffisamment documentées: que fait-on quand on «est avec» une femme en travail durant plusieurs heures?

Comment expliciter, nommer, mesurer, enseigner, évaluer nos pratiques de manière claire (Clark & Lang, 1992)? Déjà en 2010, Cignacco (sage-femme et PhD) & Georg avaient attiré l'attention de la profession sur la nécessité d'objectiver et d'actualiser les processus de travail de la sage-femme ainsi que ses interventions. Il est indispensable de pouvoir faire valoir le travail effectué par les sages-femmes. Ce travail a déjà été entrepris en partie par les infirmières et infirmiers afin d'inclure leurs prestations dans l'établissement du coût des soins lors de certaines prises en charge et de l'ajouter aux prestations médicales de manière explicite. Ainsi, le financement des effectifs est consolidé et cette visibilité permet de donner des arguments solides pour calculer les dotations. Lors des accouchements physiologiques, un complément au diagnostic médical ICD-10* utilisé pour la facturation du séjour par le DRG correspondant pourrait être inclus vu qu'il est particulièrement lacunaire à cet égard.

Les textes identifiés sur les dotations qui donnent le plus d'arguments proviennent principalement des USA et du Royaume-Uni. Dans ce dernier pays, les pratiques, bien que différentes de celles en vigueur en Suisse, sont davantage transposables que celles utilisées aux USA. Au Royaume-Uni, un instrument de calcul de dotation pour les soins en maternité a été mis en place dès 1986 par des sages-femmes. Il s'agit du *Birth Rate Plus*, également doté d'un logiciel commercialisé. Cet outil semble être largement utilisé dans les maternités britanniques, conjointement aux recommandations émanant du NICE (2014; 2015). Il fournit une méthodologie pour établir les dotations.

Les dotations proposées n'incluent pas les sages-femmes en charge de l'encadrement, de la gestion ou de la formation. La charge en soins est établie en fonction de certaines caractéristiques des parturientes et de leur nouveau-né (*case-mix*), ce qui recoupe le concept d'acuité. Cinq catégories sont définies qui prennent en compte les indicateurs suivants: état de santé, durée de la grossesse, durée du travail, interventions obstétricales, score d'Ap-gar, poids néonatal. Les femmes en pré-travail, en début de provocation, les transferts et les urgences sont incluses dans une autre catégorie. Les pourcentages de chacune de ces catégories sont fonction de l'état de santé des femmes et des nouveau-nés et du niveau de soins de la maternité mais aussi des pratiques en vigueur.

Alors, quel ratio femme/sage-femme?

Selon les catégories, le ratio sera de 1 à 1,4 sages-femmes par parturiente, certaines situations particulières pouvant en nécessiter davantage. Ce ratio est ensuite traduit en temps de travail sage-femme puis en équivalent plein temps. Les temps d'absence tels que les vacances sont compris. En ajustant sur le nombre de naissances annuelles et les séjours en pré- et postnatal, une fourchette allant de 27,3 à 31,5 naissances par sage-femme est obtenue. Dans certaines publications, il est relevé que ce ratio ne permet pas de faire face aux soins requis et qu'il faudrait le modifier à la baisse (Fowler, 2015). Il est clair que le degré d'acuité des parturientes est une variable majeure dans le ratio femme/sage-femme, en plus du nombre de naissances et de l'organisation générale des soins. A noter que la durée du séjour en post-partum est plus longue en Suisse qu'au Royaume-Uni.

Dans ce calcul, les sages-femmes prodiguent l'ensemble des soins directs en salle d'accouchement et il est prévu une *skill mix* de 10% d'assistants en soins maternels dans les autres services, avec 90% de sages-femmes.

L'outil permet aussi de calculer les effectifs pour les sages-femmes travaillant dans la communauté ou dans un service dirigé par les sages-femmes (*midwifery led-unit*). Dans ce dernier cas, le ratio proposé est d'une sage-femme pour 35 naissances par an.

Compte tenu de l'imprévisibilité et de l'incertitude de la demande en soins en maternité, plus particulièrement dans les salles d'accouchement, il sera important d'être attentif aux signes d'alarme indiquant une surcharge (NICE, 2015). Pour cela, il est demandé de consigner toutes situations où un soin a été supprimé ou reporté, un antalgique a été délivré avec un délai supérieur à 30 minutes, un examen clinique n'a pas été effectué, délai pour iden-

* Classification internationale des maladies version 2010 Classification internationale des maladies (CIM-10) CIM-10-GM version 2014 – <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=5757>: accouchement unique et spontané (code O80) – Incl.: accouchement tout à fait normal, cas avec assistance minime ou sans assistance, avec ou sans épisiotomie, accouchement spontané avec présentation en tête, naissance spontanée par voie vaginale d'un enfant unique (p. 564).

tifier un signe clinique perturbé, toutes les fois où le *one-to-one* n'a pas été réalisé, les heures supplémentaires réalisées et les pauses non prises par les sages-femmes. Le relevé systématique de ces signes d'alarme permet d'en connaître les causes, d'examiner des solutions et d'ajuster la dotation.

Ces ruptures d'équilibre entre capacité et demande impliquent d'éviter la sur- ou la sous-dotation. Selon une étude anglaise (Siddiqui, 2014), il faudrait que l'effectif corresponde non pas à la moyenne de la demande (percentile 50) mais au percentile 80 pour éviter la sous-dotation et les risques y relatifs.

En résumé, on peut dire que les dotations doivent être adossées à des modèles de soins explicites visant à promouvoir la qualité et la sécurité des soins, compatibles avec l'innovation et l'adaptation aux besoins de la population desservie. Le moral et l'absentéisme du personnel doivent aussi être considérés. Les coûts non directement liés aux soins doivent être distingués. Les données servant à établir les dotations doivent être accessibles et le personnel doit être inclus dans les démarches. Et il est bon de garder en mémoire que des dotations trop faibles conduisent à une inefficacité financière.

Références

- Aiken, L. H. et al. (2014) Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, Volume 383, Issue 9931, 1824-1830 doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8.
- Birth Rate Plus www.birthrateplus.co.uk
- Clark, J. et Lang, N. (1992) Nursing's next advance: An internal classification for nursing practice. *International Nursing Review*, 39(4), 109-111, 128.
- Cignacco, E. et Georg, J. (2010) Diagnostics par les sages-femmes. Réflexions pour un débat urgent. *Sage-femme.ch*, 3: 4-7.
- Cookson, G. et al. (2014) The cost effectiveness of midwifery staffing and skill mix on maternity outcomes. The University of Surrey. UK.
- Fowler, D. et Lister, V. (2015). Board Briefing Paper on the Birthrate Plus review of HHCT Maternity Services www.hinchingbrooke.nhs.uk
- NICE (2015) Safe midwifery staffing for maternity settings. www.nice.org.uk
- NICE (2014) CG 190: intrapartum care for healthy mothers and their babies during childbirth. www.nice.org.uk
- Sandall, J. et al. (2014) The efficient use of the maternity workforce and the implications for safety and quality in maternity care: a population-based, cross-sectional study. *Health Services and Delivery Research*, 2(38).
- Siddiqui, I. et al. (2014) Health services research: Developing Objective Metrics for Unit Staffing (DOMUS) study. *BMJ Open*, 4:9 e005398 doi:10.1136/bmjopen-2014-005398.

Seconde phase du travail: quel délai idéal pour les primipares sous analgésie péridurale?

Laisser du temps au temps, c'est aussi garantir une qualité du travail de la sage-femme. Deux étudiantes de Genève ont montré dans un travail de bachelor que ce qui est important, ce n'est pas de s'en tenir à une durée inflexible de la seconde phase du travail, mais d'évaluer la bonne évolution de la situation au cours de cette phase pour laisser du temps au temps quand on le juge nécessaire.

Claire Dufour, Céline Mosteau

La seconde phase du travail (SPT) est la période allant du diagnostic de dilatation complète à la naissance de l'enfant. Le NICE(2014) la divise en deux étapes: la seconde phase passive, de la dilatation complète au moment qui précède les efforts de poussée, et la seconde phase active, correspondant aux poussées, qu'elles soient volontaires ou réflexes.

Les enjeux de la seconde phase du travail

L'introduction de l'analgésie péridurale en obstétrique a été à l'origine de nombreux changements dans le déroulement du travail, et notamment l'allongement de la SPT (Cheng, 2014). Les équipes obstétricales ont alors dû prendre en compte ces nouveaux éléments et adapter

leurs conduites à tenir. En pratique, tout l'enjeu réside dans le fait de laisser suffisamment de temps pour permettre un accouchement spontané, tout en assurant le bien-être materno-fœtal, et en évitant les interventions inutiles (par exemple, une instrumentation motivée uniquement après un temps défini de poussée, alors que le RCF est R-NP).

Cette étape requiert souvent toute l'attention de la sage-femme, car prolonger la SPT est fréquemment considéré comme dangereux, notamment pour l'adaptation néonatale, motivant parfois une intervention médicale (césarienne et instrumentation) sans raison médicale ou