Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = la revue spécialisée des sages-femmes

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 120 (2022)

Heft: 4

Artikel: Soins périnatals gérés par les sage-femmes : définitions et principes

Autor: Labrusse, Claire de / Abderhalden-Zellweger, Alessia / Pfund, Anouck

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-1002353

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Soins périnatals gérés par les sage-femmes: définitions et principes

Les auteures de cet articel offrent ici un aperçu du modèle de soin périnatals gérés par les sage-femmes, et exposent ses particularités, ses principes et ses apports tels que décrits dans la littérature scientifique.

TEXTE:
CLAIRE DE LABRUSSE, ALESSIA ABDERHALDEN-ZELLWEGER, ANOUCK PFUND

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) défend le droit pour toute femme enceinte de recevoir des soins de qualité tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Les soins périnatals s'inscrivent dans cette vision, dans la mesure où ils constituent un moment privilégié de prise en soin, permettant également des prestations visant la promotion de la santé, la prévention, le dépistage et le diagnostic des maladies (OMS, 2017).

Définitions et modèles

Les soins périnataux apportés aux femmes peuvent être pourvus selon différents modèles. Selon la littérature scientifique, 3 principaux modèles existent : (1) soins gérés par les sages-femmes (SF) *(midwife-led care),* (2) soins en collaboration avec un·e obstétricien·ne *(shared care)* (3) soins gérés par un·e obstétricien·ne *(obstetrical led-care).*

Cet article, explorant le modèle de soins périnatals gérés par les sages-femmes (SGSF), se fonde essentiellement sur la littérature internationale car il existe peu de recherches faites en Suisse sur ce thème. Le modèle SGSF se base sur le principe que la grossesse et l'accouchement sont des événements naturels de la vie (Sandall *et al.,* 2016). Dans ce sens, ce modèle adopte une philosophie des soins basée sur la physiologie et s'adresse principalement aux femmes en bonne santé ayant une grossesse sans complication ou à bas risque. Ainsi, les maisons de naissances ou les unités physiologiques situées dans le même bâtiment que la salle de naissance sont souvent les structures qui permettent de proposer de tels soins. Certaines études considèrent que l'essor d'unités dirigées par des SF s'est élaboré en réponse à ce que *The Lancet's Maternal Health Series* a appelé *«too much, too soon»* – c'est-à-dire des soins médicaux qui seraient trop nombreux, inutiles, inappropriés, voire nocifs (Edmonds *et al.,* 2020; Miller *et al.,* 2016).

L'*International Confederation of Midwives* (ICM) (2011), définit le modèle SGSF comme les soins auprès des femmes dans la période périnatale, où la sage-femme est le principal professionnel de santé dans la planification, l'organisation et la gestion des soins.

D'après Sandall *et al.* (2016) le modèle SGSF met l'accent sur plusieurs principes qui sont au cœur d'une prise en soins de qualité:

- continuité des soins par l'intermédiaire d'un groupe plus ou moins large de SF;
- présence d'une sage-femme connue pendant l'accouchement et la période postnatale immédiate;
- soutien continu pendant la période postnatale;
- suivi du bien-être physique, psychologique, spirituel et social de la femme, du partenaire, et de la famille tout au long de sa période reproductive;
- information, conseils et soins prénataux individualisés;
- réduction au minimum des interventions médicales non nécessaires;
- identification, orientation et coordination des soins pour les femmes ayant besoin de soins obstétricales ou d'autres soins spécialisés [traduction libre] (Sandall *et al.,* 2016; p. 7).

L'accent prioritaire mis sur le respect des besoins des femmes et de leurs familles, et la continuité dans les professionnel·le·s lors de la prise en soins font du modèle SGSF un terrain propice au modèle de soins centrés sur la femme (de Labrusse *et al.,* 2016; Leap, 2009). Au vu de ces éléments et de la philosophie adoptée, les SGSF diffèrent des autres modèles de soins. À titre d'exemple, les modèles de soins gérés par des obstétricien·ne·s sont plus adaptés dans des situations à risques et ne sont généralement pas en mesure de fournir la continuité des soins du prénatal au post-partum.

Le *«caseload midwifery»* fait partie des possibilités pour promouvoir des soins gérés par les SF en permettant d'offrir une continuité des soins. Une sage-femme pourrait ainsi avoir 35 à 45 femmes à suivre par an, avec le soutien d'une seconde sage-femme pour les accouchements et les remplacements (exemple: accompagnement global aux Hôpitaux universitaires de Genève[1], Arcade sages-femmes,…) (Sandall *et al.,* 2016).

Santé maternelle et fœtale

Que ce soit pour les femmes, leur famille ou les SF, le modèle SGSF présente de nombreux avantages. Une revue systématique Cochrane effectuée en 2016 (Sandall *et al.,* 2016) sur le sujet montre que les femmes recevant des soins périnataux selon un le modèle SGSF ne présentent pas plus d'effets adverses que les femmes ayant été au bénéfice d'un autre modèle de soins *(shared care* ou *obstetrical-led care).* Mieux encore, elles accouchent davantage par voie basse spontanée (RR 1.05, $p<0.0001$); elles présentent en moyenne un moindre taux d'interventions durant le travail, telles que péridurale (RR 0.85, $p=0$), instrumentation (RR 0.90, $p=0.01$), épisiotomie (RR 0.84, $p<0.0001$) et

Antje Kroll Witzer

[1] Voir article p. 49 de la présente édition.

amniotomie (RR 0.80, p=0.03); et elles semblent moins à risque d'accoucher prématurément (RR 0.76, p=0) ou de perdre leur bébé durant la grossesse (RR 0.84, p=0.04) (Sandall *et al.,* 2016).

Satisfaction des familles et des sages-femmes

De plus, les femmes reportent généralement une meilleure satisfaction lorsqu'elles expérimentent des SGSF, notamment en ce qui concerne les domaines de l'information, des explications et des conseils reçus, de l'attitude et des soins du·de la professionnel·le de santé, de la préparation à l'accouchement ou encore de l'environnement de soins (Butler *et al.,* 2015; Symon *et al.,* 2011). McLachlan *et al.* (2016) démontrent par ailleurs que les femmes ayant reçu un suivi sous forme de *caseload midwifery* font état d'une expérience plus positive de l'accouchement et de la douleur, se disent plus fières d'elles, et reportent davantage de sentiment de contrôle et de capacité à faire face émotionnellement et physiquement. Finalement, bien que l'effet soit moins marqué, la satisfaction semble également améliorée pour la personne accompagnant la femme, notamment en ce qui concerne la perception des soins reçus et de l'environnement (Symon *et al.,* 2011).

Situations complexes

Les SGSF sont également particulièrement avantageux pour les femmes vivant des situations socioéconomiques complexes (par exemple, violences domestiques, santé mentale, refugiées,…). En plus d'avoir des effets bénéfiques en regard de certaines issues périnatales, un suivi anténatal sous forme de *caseload midwifery care* favoriserait l'accès au suivi de grossesse et la réorientation vers d'autres services socio-sanitaires, tels que les services de psychiatrie, d'aide aux personnes victimes de violences domestiques, de traduction, d'aide au logement, etc. (Rayment-Jones *et al.,* 2015). Les SGSF, en adoptant une approche centrée sur la femme et en privilégiant une continuité dans la relation avec les professionnel·le·s de santé peuvent jouer un rôle clé pour contrebalancer les iniquités dans les soins périnataux et pour répondre aux besoins particuliers des femmes en situation de vulnérabilité.

Compétences propres

Pour finir, plusieurs auteur·e·s soulignent l'intérêt des SGSF pour les SF elles-mêmes. Pratiquer selon ce modèle de soins permet d'améliorer les processus physiologiques de la naissance, tout en offrant la possibilité d'exercer sa profession avec plus d'autonomie et en mettant en pratique l'entièreté des compétences propres à la profession de sage-femme (Maillefer *et al.,* 2015; Norris & Murphy, 2020).

Freins à la mise en place des SGSF et moyens de les contourner

De manière générale, les facteurs permettant la mise en place et la pérennisation des SGSF sont essentiellement liés à des facteurs structurels tels que l'organisation par les SF permettant le suivi des femmes, leurs transferts, et la disponibilité de ressources humaines (nombre suffisant de SF) (Dharni *et al.,* 2021).

En Suisse, les SGSF ne représentent pas la norme dans les soins périnataux, même dans le suivi de grossesses physiologiques et à bas risque, où la majorité des femmes sont suivies par leur obstétricien·ne (Brailey *et al.,* 2017). Selon, le rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière des soins somatiques aigus (Conseil d'Etat du Canton Vaud, 2021), «les accouchements en maisons de naissances et à domicile présentent des risques importants pour la mère et le/les enfant/s en cas de complications. L'expérience montre que ces situations ne sont pas rares (un accouchement en maison de naissances sur cinq donne lieu à un transfert à l'hôpital)». Il est important de signaler que ce rapport, ne faisant référence à aucun chiffre et aucune référence bibliographique, ne permet pas de savoir l'origine de cette conclusion, alors que les évidences médicales revues par des pairs et citées plus haut présentent un message contradictoire. Néanmoins, ce

Références

Brailey, S., Luyben, A., Van Teijlingen, E. & Frith, L. (2017) Women, midwives, and a medical model of maternity Care in Switzerland. *International Journal of Childbirth;* 7(3), 117-125. doi:10.1891/2156-5287.7.3.117

Butler, M. M., Sheehy, L., Kington, M. M., Walsh, M. C., Brosnan, M. C., Murphy, M., … Barry, T. (2015) Evaluating midwife-led antenatal care: choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy. *Midwifery;* 31(4), 418-425. doi:10.1016/j.midw.2014.12.002

Conseil d'Etat du Canton Vaud (2021) Rapport du Conseil d'Etat concernant la planification hospitalière des soins somatiques aigus. 2ème partie: Conditions-cadres. www.vd.ch

de Labrusse, C., Ramelet, A. S., Humphrey, T. & Maclennan, S. J. (2016) Patient-centered Care in Maternity Services: A Critical Appraisal and Synthesis of the Literature. *Womens Health Issues;* 26(1), 100-109. doi:10.1016/j.whi.2015.09.003

Dharni, N., Essex, H., Bryant, M. J., Cronin de Chavez, A., Willan, K., Farrar, D., … Better Start Bradford Innovation, H. (2021) The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: findings from a qualitative implementation evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth;* 21(1), 205. doi:10.1186/s12884-021-03671-2

Edmonds, J. K., Ivanof, J. & Kafulafula, U. (2020) Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Ann Glob Health;* 86(1), 44. doi:10.5334/aogh.2794

International Confederation of Midwives (ICM). (2011) Position statement. Midwifery Led Care, the First Choice for All Women. www.internationalmidwives.org

Leap, N. (2009) Woman-centred or women-centred care: does it matter? *British Journal of Midwifery;* 17(1), 12-16. doi: https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646

Maillefer, F., de Labrusse, C., Cardia-Voneche, L., Hohlfeld, P. & Stoll, B. (2015) Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth;* 15, 56. doi:10.1186/s12884-015-0477-4

McLachlan, H. L., Forster, D. A., Davey, M. A., Farrell, T., Flood, M., Shafiei, T. & Waldenström, U. (2016) The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology;* 123(3), 465-474. doi:10.1111/1471-0528.13713

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comande, D., … Althabe, F. (2016) Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet;* 388(10056), 2176-2192. doi:10.1016/S0140-6736(16)31472-6

Midwifery Unit Network (2018) Midwifery unit standards. www.midwiferyunitnetwork.org

Norris, S. & Murphy, F. (2020) A community of practice in a midwifery led unit. How the culture and environment shape the learning experience of student midwives. *Midwifery;* 86, 102685. doi:10.1016/j.midw.2020.102685

Organisation mondiale de la Santé (2017) Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive [WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience]. Genève: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. www.who.int

Rayment-Jones, H., Murrells, T. & Sandall, J. (2015) An investigation of the relationship between the caseload model of midwifery for socially disadvantaged women and childbirth outcomes using routine data – a retrospective, observational study. *Midwifery;* 31(4), 409-417. doi:10.1016/j.midw.2015.01.003

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016) Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev;* 4, CD004667. doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5

Symon, A. G., Dugard, P., Butchart, M., Carr, V. & Paul, J. (2011) Care and environment in midwife-led and obstetric-led units: a comparison of mothers' and birth partners' perceptions. *Midwifery;* 27(6), 880-886. doi:10.1016/j.midw.2010.10.002

message politique représente un frein important à la mise en place de SGSF notamment au sein des maisons de naissance et *via* les accouchements à domicile. Ces constats amènent à s'interroger si actuellement en Suisse les femmes enceintes (surtout celles à bas risques) bénéficient des bonnes informations leur permettant de choisir un lieu de naissance leur permettant d'accoucher dans les meilleures conditions en termes de satisfaction et d'issues maternelles et fœtales.

Ainsi, les SF doivent continuer à informer et conseiller les femmes en vertu des données fondées sur les preuves *(evidence base) (Midwifery Unit Network,* 2018). Cependant, en Suisse, les données sur l'impact des SGSF sur les issues materno-fœtales par rapport à d'autres modèles de soins manquent cruellement. De telles données permettraient une meilleure compréhension de l'étendue de la pratique des SGSF par l'évaluation de tous les indicateurs materno-foetaux possibles. ⊙

AUTEURES

Claire de Labrusse,
Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale.

Alessia Abderhalden-Zellweger,
Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale; Unisanté.

Anouck Pfund,
Haute Ecole de Santé Vaud – Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale.

«Il faut ouvrir nos maisons de naissance pour mieux faire connaître notre travail»

Fanny Mewes-Toumi et Sandrine Oberson décrivent dans cet entretien leur travail au sein de la maison de naissance Le petit prince (Fribourg). Son fonctionnement, soutenu par une structure associative et s'appuyant sur un réseau interprofessionnel solide, apporte à l'équipe de la maison de naissance des conditions de travail globalement satisfaisantes. Les deux sages-femmes pointent toutefois l'équilibre fragile et les gageures importantes qu'il reste encore à relever pour ce type de structure.

Obstetrica: Comment concrètement s'organise votre travail?

Fanny Mewes-Toumi et Sandrine Oberson: A la maison de naissance du Petit Prince de Fribourg, nous sommes onze sages-femmes à temps partiel, proposant un suivi global d'équipe aux familles de la région. C'est l'ensemble des sages-femmes de l'équipe qui suivent les familles durant les consultations de grossesse, les accouchements et le post-partum stationnaire et à domicile. Un couple n'est donc pas suivi par une seule sage-femme durant toute la période autour de la naissance de son enfant. Nous pouvons suivre les femmes depuis le début de leur grossesse. Cependant, nous constatons que la majorité des femmes voit un gynécologue en début de grossesse et commence le suivi auprès de notre équipe au début du 3e trimestre. Nous les rencontrons, avec leur compagnon, lors d'un entretien prénatal qui nous permet d'explorer leur dossier de début de suivi de grossesse, effectuer une anamnèse complète, expliquer notre offre et explorer avec le couple ses motivations pour un suivi par notre équipe. Nous accompagnons ensuite la fin de leur grossesse. Nous les redirigeons au besoin vers leur gynécologue ou les médecins de notre hôpital de référence, par exemple, lors des situations sortant de la physiologie, en cas de dépassement de terme, besoins d'échographie ou de certificats médicaux pour des arrêts de travail.

Deux sages-femmes agréées viennent en outre avec les couples qu'elles suivent personnellement pour la naissance de leur enfant, dans notre maison de naissance. Les familles qui vivent la naissance de leur enfant à l'hôpital, peuvent aussi rejoindre ensuite notre maison de naissance pour le post-partum stationnaire. Par ailleurs, nous collaborons avec des thérapeutes qui proposent des consultations dans des locaux de la maison de naissance. Ainsi, nous sommes en mesure de proposer une offre variée de thérapies et de cours pour les femmes durant la période périnatale et au-delà, leur compagnon et les enfants, en particulier jusqu'à leur deuxième année de vie. Nous proposons aussi des places de stages de trois à quatre mois pour les étudiant·e·s HES et de plus courte durée pour des stagiaires.

Des infirmières travaillent également chez nous pour s'occuper des femmes en post-partum. Notre équipe du ménage est également très importante: les cuisinières préparent des repas fantastiques et notre femme de ménage veille à ce que l'endroit soit toujours propre et confortable. Et nous avons aussi des collègues dans l'administration. Il est important de souligner qu'une grande équipe interprofessionnelle est nécessaire pour pouvoir gérer une maison de naissance.

Qu'appréciez-vous le plus dans votre modèle de travail… Et qu'est-ce qui est plus complexe?

Ce que nous apprécions toutes les deux le plus est le travail en équipe et sa dynamique notamment par les échanges, les réflexions et la collaboration en lien avec les pratiques. C'est également ce qui nous apparaît comme le plus complexe! Parce que onze personnes différentes essaient de trouver des solutions à des situations complexes (par exemple, comment accompagner au mieux une famille ou comment organiser au mieux notre travail). Cela ne va pas sans tensions ou malentendus. L'art consiste à toujours trouver un moyen d'aller vers l'autre, de discuter ensemble et de trouver la meilleure solution possible.

Comment s'organise le travail avec le réseau interprofessionnel?

Plusieurs sages-femmes de notre équipe rencontrent plusieurs fois par an une délégation de l'équipe obstétricale de l'hôpital afin d'optimiser notre collaboration. Des échanges réguliers ont aussi lieu avec les ambulancier·ère·s. Les formations en réanimation néonatale nous réunissent également.

Enfin, nous collaborons étroitement avec les sages-femmes indépendantes de la région, les puéricultrices, les pédiatres, une diabétologue, la sage-femme conseil de l'hôpital, les professionnel·le·s de santé mentale et l'association PanAné[1].

Vos conditions de travail actuelles dans le système de santé sont-elles satisfaisantes?

Nous nous rendons compte que du chemin a été parcouru par rapport à l'amélioration de nos conditions de travail. Nous apprécions notamment le fait que nous puissions avoir des horaires de travail fixes; notre qualité de vie personnelle s'en trouve améliorée. Notre dynamique d'équipe permet une entraide importante qui favorise également nos conditions de travail. Nous pouvons par ailleurs compter sur l'aide de l'association de soutien de notre maison de naissance.

D'un autre côté, nous constatons que les responsabilités que nous acceptons de prendre par devoir, éthique et passion sont nombreuses et importantes. Nous nous rendons disponibles pour de nombreux horaires de piquet. Notre effectif modeste, nous fait, malgré des adaptations d'organisation constantes, régulièrement nous sentir sous pression.

Ainsi, avoir accès à des ressources financières plus importantes, serait pour nous un moyen d'améliorer nos conditions de travail et de valoriser notre profession exigeante, notamment par une hausse de nos revenus.

Comment travaillez-vous en équipe et quelles sont d'après vous les conditions d'un bon fonctionnement?

L'ensemble de l'équipe des sages-femmes se réunit deux fois par mois afin de discuter et d'organiser les suivis des familles, d'analyser et de réfléchir à nos pratiques et d'échanger à propos de nos vécus.

Notre structure a une forme pyramidale dans le sens où deux sages-femmes prennent la responsabilité du cadre légal et financier de la maison de naissance et par conséquent, les décisions relatives à ceux-ci. Cependant, dans les autres domaines, la prise de décisions se veut partagée de manière horizontale. C'est pourquoi, un temps important est dédié aux échanges entre les sages-femmes et entre les sages-femmes et le reste de l'équipe; chacun·e offrant une richesse de compétences et d'expériences qui participent notamment à la qualité des échanges, au bien-être des collègues, des familles et au bon fonctionnement de la maison de naissance.

En outre, des entretiens individuels annuels font se rencontrer la direction et les employées. Le fait que les nouvelles sages-femmes de l'équipe soient doublées durant plusieurs semaines, les *workshops* réguliers et les moments informels tels que les sorties d'équipe participent à l'ambiance agréable et à l'efficience de notre travail.

Que faudrait-il améliorer pour que plus de sages-femmes puissent travailler ainsi à votre avis?

Selon nous, il faudrait:

- poursuivre les efforts d'amélioration des conditions de travail en maison de naissance afin de les rendre attractives du point de vue des horaires, des revenus, des possibilités de collaboration en équipes, réseaux, associations, notamment;
- continuer à rechercher le soutien des politiques;
- ouvrir nos maisons de naissance pour mieux faire connaître notre travail et ses conditions aux sages-femmes hospitalières, aux médecins et à l'ensemble de la population;
- offrir le plus possible de places de stage en milieu extra-hospitalier afin de faire connaître notre travail et de donner envie aux futur·e·s professionnel·le·s.

Propos recueillis par écrit par Jeanne Rey.

Plus d'informations sur www.le-petit-prince.ch

ENTRETIEN AVEC

Fanny Mewes-Toumi,
sage-femme, membre de la direction de la maison de naissance Le Petit Prince, Villars-sur-Glâne.

Sandrine Oberson,
sage-femme au sein de la maison de naissance Le Petit Prince, Villars-sur-Glâne.

[1] L'association fribourgeoise à but non lucratif offre des cours de préparations à la naissance, un suivi périnatal et des cours de gym maman-bébé, destinés à des femmes, des couples étrangers ou issus de la migration dans leur langue d'origine. Plus d'informatons sur www.panaae.ch