



Haute Ecole Namur-Liège-Luxembourg
Département paramédical Sainte-Elisabeth
39, rue Louis Loiseau
5000 Namur

Continuité et globalité des soins dans la pratique de la sage-femme au travers du cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité :
état des lieux.

Travail de fin d'études réalisé par

- AMOYEL Lucie
- POCHET Julie
- THOMAS Clara

en vue de l'obtention du diplôme de bachelier Sage-Femme

Promotrice : DONSE Miranda

Année académique 2018-2019



Haute Ecole Namur-Liège-Luxembourg
Département paramédical Sainte-Elisabeth
39, rue Louis Loiseau
5000 Namur

Continuité et globalité des soins dans la pratique de la sage-femme au travers du cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité :
état des lieux.

Travail de fin d'études réalisé par

- AMOYEL Lucie
- POCHEZ Julie
- THOMAS Clara

en vue de l'obtention du diplôme de bachelier Sage-Femme

Promotrice : DONSE Miranda

Année académique 2018-2019

Remerciements

Nous tenons à remercier l'ensemble des intervenants pour leur présence, leur écoute et leur soutien dans la rédaction du présent travail de fin d'études.

Mesdames Donse et Schoentjes, notre promotrice et notre référente théorique qui nous ont épaulées et guidées afin que l'on prenne les bonnes directions dans la rédaction de ce travail. Tout cela grâce à leur investissement, leur disponibilité, leurs lectures attentives, et leurs conseils avisés.

Madame Georges, pour son aide dans la rédaction d'une bibliographie répondant aux normes APA.

Madame Maulet, pour le partage de la documentation utilisée dans la rédaction de son mémoire.

Madame Léonard, pour la correction de ce travail tant au niveau de l'orthographe, de la grammaire que de la syntaxe, le rendant agréable à lire.

Madame Pochet, pour la mise au point d'un schéma explicatif du cadre d'analyse en version informatisée.

Enfin, toutes les personnes nous ayant encouragées et soutenues de près ou de loin dans la réalisation de ce projet.

Table des matières

Index des abréviations

Introduction.....	1
Corps de texte.....	4
Le modèle de soins.....	4
Les besoins perçus par les femmes.....	5
Résultats issus du suivi global et continu	7
Les obstacles à la mise en place de soins globaux et continus	9
Les solutions.....	11
Conclusion.....	14
Bibliographie	15

Annexes

Annexe 1 : Cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité publié dans "the Lancet"

Annexe 2 : Schéma global du travail de recherche en lien avec le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité

Annexe 3 : Recension de littérature

Résumé

Abstract

Index des abréviations

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé

MLC : Midwife-led center

NHS : National Health Services

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONE : Office de la Naissance et de l'Enfance

TMS : Travailleur Médico Social

WHO : World Health Organisation

Introduction

Dans le monde, à l'heure actuelle, la sage-femme demeure la principale prestataire des soins pour assurer le suivi de la femme enceinte à bas risque obstétrical (Sandall, Soltani, Gates, Shennan & Devane, 2016). Cependant, il existe de nombreuses variations dans l'exercice de la profession et ce travail de fin d'études s'intéresse à la mise en place des soins globaux et continus dans la pratique sage-femme.

Ces soins, entièrement dirigés par une ou un petit groupe de sages-femmes durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, sont déjà instaurés dans quelques pays du monde tels que l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Canada, et le Royaume-Uni. D'ailleurs, Sandall et al. (2016) définissent la sage-femme comme étant la principale professionnelle dans la planification et l'organisation de soins données à la femme, de la conception à la période post-natale. Dans ce contexte, les bénéficiaires de soins sont des femmes enceintes en bonne santé et à faible risque obstétrical. Selon différents auteurs (Butler et al., 2015 ; McDonald, Sword, Eryuzlu & Biringer, 2014 ; Sandall et al., 2016 ; Sword et al., 2012), ce suivi présenterait de nombreux bénéfices pour les patientes, pour les sages-femmes et pour l'État. Il permettrait l'instauration d'une relation de confiance grâce à un suivi sur le long terme, une prise en charge qui s'adapte aux besoins des familles, une absence de rupture dans les soins, une meilleure implication des patientes, et bien d'autres. Une revue de littérature éditée par la Cochrane en 2016 (Sandall et al., 2016) démontre les bénéfices d'un tel suivi ayant pour effet une diminution des interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement. D'autres études mettent également en avant des bénéfices financiers (Fawsitt et al., 2017 ; Homer, 2016 ; Tracy et al., 2014).

Les éléments déclencheurs de ces recherches sont nombreux mais intimement liés à la réalité du terrain. Tout comme cela s'observe dans de nombreux pays occidentaux, la durée des séjours hospitaliers en post-partum diminue. Ces modifications, qui touchent particulièrement la profession de sage-femme, s'observent depuis 2015 en Belgique, à la suite de l'appel aux projets pilotes lancé par Maggie De Block, la ministre de la santé. Les institutions hospitalières et les professionnels de santé s'adaptent à cette transformation qui entraîne des modifications organisationnelles, pour maintenir la continuité des soins dès le retour à domicile. D'après le Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé [KCE] (Benahmed, Hendrocks, Adriaenssens & Stordeur, 2016) et Maulet, Bouvy & Bazier (2017), la plupart de ces institutions considèrent

que les sorties précoces devraient être anticipées et préparées en période prénatale. Cette notion pourrait permettre l'expansion de la profession de sage-femme dans l'intérêt de favoriser une prise en soins continue des femmes à faibles risques en périnatalité.

Cependant en Belgique, de nombreux obstacles semblent freiner sa mise en place. D'une part, la politique du retour précoce en post-partum associée à l'existence de trois régions gérées de façon distinctes induit, notamment, une perte de repères sur la définition du cadre des compétences de la sage-femme. D'autre part, une réticence des gynécologues et/ou obstétriciens s'observe. Ceux-ci semblent redouter une dévalorisation de leurs compétences au profit de celles des sages-femmes. En 2015, Les gynécologues Masson et Van Wiemersch, rédigent une lettre ouverte, adressée à Maggie De Block, qui présente leurs craintes face à une "délégation de plus en plus grande des tâches en faveur des sages-femmes et [une] valorisation excessive de leurs prestations" (Radio-télévision belge de la Communauté française, 2015). De plus, une confusion des rôles entre les deux professions persiste. La sage-femme est, d'un côté, habilitée à assurer "la surveillance des femmes enceintes pour lesquelles une grossesse à haut risque a été exclue, [et] à pratiquer les accouchements dont l'évolution sera très probablement eutocique [...]" (Arrêté Royal, 1 février 1991). D'un autre côté, les gynécologues-obstétriciens sont des spécialistes de la physiologie et de la pathologie durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum (Arrêté ministériel, 15 septembre 1979). Cet amalgame s'observe aussi bien entre les professionnels que chez les patientes qui semblent peu informées des compétences d'une sage-femme (Vermeulen, Swinnen, D'haenens, Buyl & Beeckman, 2016).

Ce travail de recherche part des besoins exprimés par les femmes au cours de leur suivi périnatal et tente de répondre à leurs demandes, au travers de l'instauration de soins continus effectués par une sage-femme. Les obstacles et les solutions analysées permettent d'évaluer la possibilité de sa mise en place en Belgique de nos jours. La réalisation de ce travail est guidée par un cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité publié en 2014 dans la revue "the Lancet" (Renfrew et al. 2014). Ce cadre vise, comme son nom l'indique, à favoriser des soins maternels et néonataux de qualité. Il propose une vision complète de cette prise en soins, alliant les aspects physiques, psychiques, sociaux et environnementaux. Il s'adapte parfaitement à la profession de sage-femme et montre un idéal dans la prise en soins, répondant aux besoins des femmes. Au travers du cadre d'analyse des soins en périnatalité (Renfrew et al. 2014), ce travail tente d'explorer dans quelle mesure le suivi global et continu effectué par une sage-femme aurait sa place en Belgique.

Méthodologie de la recension de la littérature

De nombreuses recherches ont amené à la réalisation de ce travail. Pour commencer, l'utilisation du "Mesh" sur le site du "Cismef" a permis de déterminer les termes scientifiques adéquats. Les bases de données "Cinahl" et "PubMed" ont été consultées. Les plateformes d'édition de revues scientifiques telles que "Cochrane Library", "ScienceDirect" et "EM consulte", desquelles la plupart des articles de ce travail sont édités, ont permis d'approfondir les recherches. "Google Scholar" a également été utilisé pour certaines recherches en ligne.

Pour établir les équations de recherche, plusieurs mots-clés en vocabulaire libre ont été utilisés dans un premier temps : "sage-femme", "accompagnement continu", "accompagnement global", "suivi global et continu", "soins continus", "soins périnataux", "relations entre professionnels de santé et patients", "satisfaction maternelle". Puis ces mots-clés français ont été traduits en termes MeSH ainsi : "midwifery", "care continuity", "continuity of patient care", "care continuum", "perinatal care", "professional-patient relations", "patient satisfaction", "pregnant women", "parturition", "postnatal care".

Afin de cibler au mieux les différentes recherches, les opérateurs booléens "AND" et "OR" ont été utilisés dans l'association des différents mots-clés.

Enfin, les articles obtenus ont été analysés en fonction de certains critères d'inclusion et d'exclusion définis au préalable. La recension de littérature, placée en annexe, comprend des articles scientifiques, des études originales, des études de synthèses, des revues de littérature, ainsi que des recommandations de pratiques en lien avec la continuité des soins dans la pratique de la sage-femme en Belgique. Les critères d'inclusion comprennent des études publiées entre 2009 et 2019 en langue française ou anglaise uniquement. Il s'agit d'articles qualitatifs et/ou quantitatifs et en version "full text". Chaque étude a été analysée selon la grille Bordage.

Les articles qui ont été exclus ne répondaient pas aux différents critères mentionnés ci-dessus. Ils dataient notamment de plus de 10 ans et ne répondaient pas au sujet de recherche. Certains articles analysés se sont avérés non fiables pour intégrer ce travail.

Corps de texte

Le modèle de soins

L'accès et la mise en place de soins de santé périnataux de qualité est une préoccupation mondiale. Les gouvernements cherchent en effet à "réduire les taux de mortalité et de morbidité mais également à améliorer la santé et le bien-être de la mère et du nouveau-né" (Symon et al., 2016). Dans les pays à revenus élevés, le choix et l'autonomie des femmes en matière de santé est davantage mis en avant et entraîne la mise en place de nouveaux systèmes de soins.

En 2014, Renfrew et al. (2014) ont développé un cadre d'analyse pour des soins maternels et néonataux de qualité (cf : annexe 1). Ce cadre met en avant les besoins des femmes et de leur nouveau-né et favorise une approche des soins systémique, globale et non fragmentée. Il fournit l'information et l'éducation nécessaires pour les femmes en s'appuyant sur leurs points de vue et leurs expériences. Ainsi, les capacités des femmes sont renforcées et leur autonomie est favorisée.

Ce cadre d'analyse répond à la définition émise par Sandall et al. (2016) concernant les soins entièrement dirigés par une sage-femme. Ils définissent ces soins comme comprenant la surveillance du bien-être physique, psychologique, spirituel et social de la femme et de la famille en période périnatale, l'apport de conseils et de soins prénataux individualisés, la présence d'une sage-femme connue pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum immédiat, ainsi qu'un soutien continu en période postnatale. Cette définition met en avant le rôle crucial de la sage-femme dans le maintien de la continuité des soins.

L'utilisation de ce cadre comme modèle de soins dans la réalisation de ce travail semble donc appropriée et adéquate. En effet, il permet de guider les recherches à effectuer afin de réaliser un état des lieux en matière de suivi global et continu par la sage-femme en périnatalité. Ainsi, quels sont les besoins des femmes ? Les soins continus apportent-ils des bénéfices ou des inconvénients, et pour qui ? En pratique, y a-t-il des obstacles à la mise en place de ce type de suivi ? Si oui, comment les contourner ? En résumé, ce cadre d'analyse, par les réponses apportées à ces questions, n'amènerait-il pas à la réflexion sur les possibilités d'aménagement du système de soins périnataux en Belgique ?

Les besoins perçus par les femmes

Afin de s'inscrire dans le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité (Renfrew et al., 2014), il semble important de connaître les besoins des patientes pour observer si le suivi global et continu fourni par les sages-femmes pourrait y répondre.

Il semblerait que le temps est une composante relevée dans plusieurs études (Boyle, Thomas & Brooks, 2016 ; Butler et al., 2015 ; McDonald et al., 2014 ; Sword et al., 2012). Selon Sword et al. (2012), il permettrait aux patientes de sentir que le soignant est disponible pour elle et favorise la mise en place d'une relation de confiance. Cette relation permettrait de diminuer l'anxiété, favoriserait un certain confort des patientes lorsqu'elles ressentent le besoin de poser des questions et renforcerait leur implication dans les soins.

Boyle et al. (2016) et Sword et al. (2012), relèvent également qu'une attitude respectueuse comprenant un soutien émotionnel, une écoute, un respect mutuel, ainsi qu'un soignant sensible, compréhensif et ayant le souci du bien être psycho-social de ses patientes, favoriserait cette relation de confiance. Celle-ci est donc signe de soins de qualité au même titre que le définit le cadre d'analyse de Renfrew et al. (2014). A contrario, l'absence de compassion de la part du soignant dissuaderait les patientes de suivre les conseils reçus mais aussi de venir aux consultations suivantes (Sword et al., 2012). Autrement dit, le temps pour créer une relation de confiance, semble être un élément essentiel afin d'établir la continuité des soins. De ce fait, il est donc important de le prendre en compte dans la prise en charge pour que celle-ci s'inscrive dans le modèle de soins de qualité (Renfrew et al., 2014).

Dans leurs rencontres avec les professionnels, les femmes expriment le besoin d'être informées afin de pouvoir prendre des décisions de manière libre et éclairée (Boyle et al., 2016). Aussi, pour que l'information fasse sens, il faudrait qu'elle soit adaptée à la patiente en tenant compte de son contexte de vie actuel (Sword et al., 2012).

L'étude de Sword et al. (2012) a relevé que les femmes s'attendent à recevoir des informations provenant d'une part, de prestataires qualifiés qui se basent sur des connaissances suivant les recommandations, et d'une autre part, de professionnels ayant une expérience personnelle de la grossesse et l'accouchement. Elles souhaiteraient que les informations soient complètes, compréhensibles, honnêtes et auraient le désir d'être personnellement incluses dans la transmission de ces informations quelle qu'en soit la teneur.

L'information doit aussi comprendre des connaissances qui les aideraient à se sentir prêtes pour le travail et l'accouchement, que ce soit dans un cadre physiologique ou pathologique. Le

sentiment d'autonomie dans le choix permettrait aux femmes de gagner en assurance, de devenir un partenaire actif de leurs soins et d'améliorer leur sentiment d'être de bonnes mères (McDonald et al., 2014).

La continuité de l'information entre deux rendez-vous semble être importante à leurs yeux. Les femmes de l'étude de Boyle et al. (2016) émettent le souhait de pouvoir prendre contact avec un professionnel lorsqu'elles ont des questions non urgentes et ne nécessitant pas un rendez-vous. Cela est proposé aux femmes dans l'étude de Sword et al. (2012) et est considéré comme un aspect positif par les patientes.

Au-delà de la continuité entre deux rendez-vous, les participants des études de Jenkins et al. (2015) et Psaila, Schmied, Fowler & Kruske (2014), évoquent différentes formes de continuité. Les principales concernent la continuité relationnelle et du personnel, la continuité par la centralisation des soins et la continuité permettant des transferts respectueux.

En matière de continuité du personnel, les multipares de l'étude de Jenkins et al. (2015) parlent de reporter la confiance qu'elles ont en leur soignant d'une grossesse à l'autre en choisissant d'être à nouveau suivies par la même personne. Les auteurs parlent donc de "continuity across pregnancies". Dans ce cas la continuité est établie par le même prestataire. Par ailleurs, dans les lieux de soins qui ne pratiquent pas le one to one, la continuité du personnel s'inscrit au sein d'une équipe partageant des valeurs et une pratique commune. Les femmes sont alors susceptibles d'être suivies pendant le travail et l'accouchement, par des sages-femmes jamais rencontrées. Elles émettraient le souhait de prendre contact avec l'équipe une fois pendant la grossesse (Jenkins et al., 2015 ; Sword et al., 2012).

Une autre forme de continuité semble émerger des études de Butler et al. (2015) et McDonald et al. (2014). Il s'agit de la continuité du lieu, qui répondrait à un besoin de centralisation du suivi périnatal en rassemblant l'entièreté du programme de soins. Elle permettrait de combiner la surveillance clinique ainsi que la transmission de connaissances théoriques et éviterait aux femmes de devoir aller chercher les informations en d'autres lieux. Jenkins et al. (2015) parlent de "continuity across locations", définie par le maintien d'une proximité avec le domicile de la patiente. Cela correspondrait à leur souhait de se retrouver dans un environnement familial. Butler et al. (2015) relèvent que les femmes qu'ils interrogent apprécient les "midwife-led center", centres dirigés par des sages-femmes, car ils répondent à leur attente de centralité des soins.

Lorsque la situation l'impose, la sage-femme doit pouvoir passer le relais vers d'autres professionnels. Dans ce cas, il est essentiel que le professionnel puisse effectuer un transfert respectueux des besoins relationnels et médicaux de la patiente. Il doit faire ressentir à sa patiente qu'il fait confiance à son successeur pour que celle-ci puisse également lui faire confiance (Sword et al., 2012) et qu'il y ait une cohérence dans les informations véhiculées par le(s) soignant(s) relais (Jenkins et al., 2015). La transition, pour qu'elle soit respectueuse, doit se faire en douceur et véhiculer un maximum d'informations nécessaires à la bonne prise en charge du patient (Boyle et al., 2016 ; Sword et al., 2012) sur le plan clinique mais également pour assurer le bien-être des femmes en termes de relation avec le soignant. En effet, le transfert touche à deux types de continuité, exposés par Jenkins et al. (2015). La continuité relationnelle dans laquelle le changement de prestataire peut créer un sentiment de déception lorsque la personne relais n'est pas connue par la patiente. Et la continuité de l'information, qui, pour assurer la qualité des soins (Renfrew et al., 2014), doit se faire via un dossier complet, avec des informations actualisées disponibles pour chaque soignant. Bien que, dans le relais d'information, un point d'attention soit mis sur l'importance d'un dossier complet plutôt que sur la constance du prestataire, l'étude confirme que le manque d'information est moins fréquent quand le soignant reste le même (Jenkins et al., 2015).

Finalement, une majorité des femmes interrogées dans les études explorées, exprimeraient le souhait que la grossesse soit considérée comme un processus naturel et non comme une maladie. En termes de démedicalisation de la grossesse, les femmes identifieraient la sage-femme comme le prestataire idéal pour leur suivi (Boyle et al., 2016 ; Sword et al., 2012). Avec une nuance à apporter par l'étude de Sword et al. (2012), qui révèle, comme expliqué dans un paragraphe précédent, l'importance que le professionnel de référence ait un réseau solide vers lequel, rediriger sa patiente lorsque les événements dépassent le champ de ses compétences.

Résultats issus du suivi global et continu

Dans les pays industrialisés tel que la Belgique, l'hôpital est devenu le lieu privilégié où les femmes accouchent.

En matière de santé périnatale, l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] a recommandé en 1997 de limiter le recours aux interventions obstétricales. En 2016, la World Health Organization [WHO] va plus loin et propose la mise en place de soins globaux et continus dirigés par une sage-femme pour le suivi des femmes enceintes à bas risques dans les pays où la profession de sage-femme est bien établie. En effet, le suivi global et continu effectué par la

sage-femme comporte des avantages et des inconvénients pour les femmes, les sages-femmes, et l'État.

Les soins globaux et continus dispensés par une sage-femme pour les femmes à faible risque de complications induisent, de manière générale, une réduction des interventions obstétricales qui perturbent la naissance physiologique (Moncrieff, 2018). Cela inclut une baisse du nombre de césariennes non urgentes sans indication médicale (McLachlan et al., 2008 ; Moncrieff, 2018 ; Tracy et al., 2014). Ceux-ci ont également pour impact une réduction du nombre d'accouchements vaginaux instrumentaux, de l'utilisation de l'analgésie régionale par une amélioration de la confiance des femmes en elles et en leur capacité à faire face aux douleurs normales du travail et enfin une réduction du taux d'épisiotomies et du risque d'accouchement prématuré (Homer, 2016 ; McLachlan et al., 2008 ; Moncrieff, 2018 ; Sandall et al., 2016). Ces soins ont également pour impact d'augmenter le taux d'allaitement maternel (Butler et al. 2015), et la probabilité d'avoir un accouchement spontané par voie basse (Homer, 2016 ; Sandall et al., 2016 ; Tracy et al., 2014) ; ils réduisent donc la proportion de déclenchements artificiels du travail (Moncrieff, 2018). De plus, en comparaison avec d'autres types de suivi mis en place, la prise en charge par la sage-femme n'occasionne aucune différence statistiquement significative de morbidité ou de mortalité périnatale (McLachlan et al., 2008). Dans un contexte de soins globaux et continus fournis par une sage-femme, les femmes se sentiraient dans le contrôle de la situation (Forster et al., 2016 ; McLachlan et al., 2008 ; Moncrieff, 2018 ; Sandall et al., 2016) et seraient aptes à prendre des décisions libres et éclairées, ce qui réduirait leur morbidité psychologique à long terme (Moncrieff, 2018). Selon Moncrieff (2018), l'amélioration des résultats maternels pourrait être due à trois éléments distincts, soit par le suivi continu d'une patiente avec la même sage-femme, par la relation mère-sage-femme qui en résulte ou par la cohérence des conseils et du contenu des soins donnés.

La prestation de soins globaux et continus semblerait également avoir de nombreux avantages pour les sages-femmes qui l'utilisent. Selon l'étude de Moncrieff (2018), ce type de soins leur apporterait un sentiment d'épanouissement dans leur rôle, la satisfaction de pouvoir faire une réelle différence pour les femmes prises en soins, une autonomie et une flexibilité accrues. Cela offrirait ainsi un meilleur équilibre travail-vie personnelle et une protection contre le stress psychologique, l'épuisement professionnel, la dépression, et l'anxiété (Homer, 2016 ;

Moncrieff, 2018). De plus, cela impliquerait de plus hauts niveaux d'identité professionnelle et le développement d'attitudes professionnelles plus positives (Homer, 2016 ; Moncrieff, 2018). Cependant, les dernières recommandations de la WHO (2016) sont à prendre compte avant l'instauration de ce type de soins. Elle insiste sur l'importance de leur mise en place après avoir augmenté le nombre et la qualité des sages-femmes en activité. C'est pourquoi, dans les pays où les sages-femmes sont en nombre insuffisant et/ou ne reçoivent pas une formation adaptée à ce type de suivi, il n'est pas recommandé de mettre en place des programmes de soins globaux et continus fournis par celles-ci. De plus, dans les milieux propices à la mise en place de ces soins, la WHO (2016) note l'importance d'en surveiller les ressources, l'épuisement professionnel et la charge de travail afin de déterminer si ce programme de soins est durable.

Le dernier avantage des soins continus et globaux dispensés par une sage-femme étudié dans ce travail est celui apporté à l'État, cela concerne donc un avantage financier. En effet, le taux d'interventions élevé affecte les finances de l'État, non seulement par le coût de l'intervention, mais également par une durée de séjour en maternité parfois prolongée en conséquence (Fawsitt et al., 2017). En diminuant les taux d'interventions, les soins globaux et continus fournis par une sage-femme peuvent donc réduire les coûts financiers à long terme (Homer, 2016 ; Tracy et al., 2014). Et c'est ce que confirment certaines études effectuées au Royaume-Uni, en Irlande et en Australie par divers auteurs ayant comparé le coût des soins dirigés par des sages-femmes, par rapport à d'autres programmes de soins (Kenny, Devane, Normand, Clarke, Howard & Begley, 2015 ; Sandall, 2014 ; Tracy et al., 2014).

En Belgique, des calculs de gain en ce qui concerne la réduction du séjour hospitalier compensé par le suivi par la sage-femme à domicile ont été effectués par le KCE (Benahmed et al., 2014). Ceux-ci démontrent un gain financier dans la diminution du séjour hospitalier à deux jours suivis par trois visites à domicile de la sage-femme.

Les obstacles à la mise en place de soins globaux et continus

La mise en vis-à-vis des résultats de certaines études avec le cadre d'analyse des soins périnataux de qualité, permet de révéler un certain nombre d'obstacles. Ceux-ci sont distincts ou interconnectés tels des causes et/ou des conséquences les uns des autres.

Il y a tout d'abord, la méconnaissance de la profession d'une part des professionnels entre eux et d'autre des femme envers les compétences de la sage-femme. Au sujet des professionnels, il semblerait, selon Psaila et al. (2014), que ceux qu'ils ont interrogés ne soient pas au clair par rapport aux compétences de leurs potentiels collaborateurs. Si bien que chacun d'entre eux se

considérerait comme étant la meilleure personne pour coordonner les soins d'une famille. Cette vision s'oppose à la bonne organisation des soins comme le définit le cadre d'analyse des soins de qualité, par un refus de voir la complémentarité d'un autre professionnel (Renfrew et al. 2014). Dans leur étude, Psaila et al. (2014) incluent des médecins traitants, des sages-femmes et des travailleurs médico-sociaux (équivalant des TMS de l'ONE). Cette opposition au modèle est contrebalancée par le fait de se tourner vers un spécialiste en cas de besoin.

Finalement le manque de connaissances interprofessionnelles ne pourrait-il pas créer une certaine forme de désinformation des femmes par rapport aux compétences de la sage-femme et limiter leurs possibilités de faire un choix ? Cela mettrait en balance l'importance de l'information comme le décrit le cadre d'analyse des soins de Renfrew et al. (2014) et limiterait la possibilité des bénéficiaires de faire des choix que ce soit dans leurs soins comme pour les professionnels qui vont les fournir. Concrètement, en Belgique, Vermeulen et al. (2016) démontrent par leurs chiffres que les femmes bruxelloises ont une connaissance incomplète des compétences de la sage-femme. Si bien qu'un rapprochement peut être fait avec leurs préférences pour un suivi gynécologique pendant le travail sans complication (88% ont une préférence pour le gynécologue contre 68% pour la sage-femme) et l'accouchement (91,1% des femmes préfèrent le gynécologue et 66,3% la sage-femme). Cette information se vérifie en Suisse, où Maillefer, De Labrusse, Cardia-Vonèche, Hohlfeld & Stoll (2015) font le même constat. Ils ajoutent que les femmes se sentiraient plus en sécurité chez un gynécologue.

Un autre obstacle est relevé au travers des études explorées, celui des rivalités professionnelles. Celui-ci pourrait remettre en question le point concernant les méconnaissances interprofessionnelles (Psaila et al., 2014). Y a-t-il réellement un vide de connaissances entre ces différents professionnels ou serait-ce lié à cette constatation (cette rivalité)?

Behruzil, Klam, Dehertog, Jimenez & Hatem (2017) relèvent qu'il existe une forme de conflit sur l'autonomie, le territoire professionnel, le style de travail et la compensation monétaire. Cela générerait des tensions sur les lieux de travail entre sages-femmes et gynécologues donnant naissance à des obstacles de collaboration.

Selon les résultats de cette étude, ces rivalités tiennent leurs fondements d'une part dans une répartition des rôles non clairement définie dans laquelle devrait transparaître la distinction suivante : la sage-femme est la référente des grossesses à bas risque et le gynécologue le référent des grossesses à risques. D'une autre part, dans un décalage du style de travail de ces deux professions. La philosophie de travail des gynécologues identifie la grossesse comme un événement à haut risque et celle des sages-femmes la considèrent comme un événement

physiologique. Ces dernières soulignent d'ailleurs que le gynécologue voit la grossesse comme une maladie et organise son travail de manière très « proactive » à l'aide de soins « interventionnistes » et « invasifs » par opposition à leur pratique qui « laisse la nature suivre son cours » en accordant beaucoup d'importance à la continuité des soins, à l'autonomisation des femmes et aux soins individualisés.

Ces tensions entre les deux professions vont à l'encontre de la définition des fournisseurs de soins telle qu'elle est proposée par le cadre d'analyse des soins de qualité (Renfrew et al. 2014). Sans limite claire, elles ne peuvent fonctionner de manière complémentaire et être adaptées aux besoins.

La mise en liens de différentes informations concernant la médicalisation de la grossesse révèle que celle-ci pourrait être un hypothétique obstacle. En effet, une majorité de femmes se feraient suivre par un gynécologue dans les études de Maillefer et al. (2015) et Vermeulen et al. (2016). Par ailleurs, ce type de suivi médicalisé ramène, comme le disent Sword et al. (2015), à considérer la grossesse comme une maladie. Ce qui va à l'encontre du besoin de démedicalisation de la grossesse exprimé par les femmes et éloigne de ce fait la sollicitation par la patiente de la sage-femme. A cela s'ajoute la création au fur et à mesure des rendez-vous médicaux, d'une dépendance des femmes vis-à-vis des soins (Sword et al., 2015), qui sont, de manière erronée, rendus nécessaires.

Finalement, la médicalisation de la grossesse mise en relation avec le cadre d'analyse des soins de Renfrew et al. (2014), permet de l'identifier comme un obstacle. Elle éloignerait les soins de la philosophie de ce cadre qui souhaitent optimiser les processus biologiques.

Les solutions

Tous les prestataires de soins de maternité travaillent de concert pour atteindre un objectif commun : la sécurité et le bien-être des patientes (Behruzil et al., 2017). Pour ce faire, la collaboration entre les professionnels de la santé impliqués dans ces soins est essentielle, de même que le respect du rôle central des sages-femmes dans la prestation des soins de maternité (Homer, 2016). Plusieurs auteurs proposent donc diverses solutions qui vont dans le sens du cadre d'analyse des soins périnataux de qualité (Renfrew et al, 2014).

La première solution identifiée est la collaboration interprofessionnelle. En effet, dans son cadre d'action sur la formation interprofessionnelle et la pratique en collaboration, la WHO (2010) reconnaît que le travail interdisciplinaire joue un rôle important dans les soins de santé. La

pratique en collaboration renforcerait les systèmes de santé et favoriserait l'amélioration des résultats concernant la santé. C'est pourquoi le cadre d'analyse (Renfrew et al., 2014) encourage une collaboration efficace, avec des praticiens associant des connaissances et des compétences cliniques à des compétences interpersonnelles. Il serait donc essentiel que les professionnels de la santé comprennent et respectent les compétences de chacun. Pour cela, les auteurs insistent sur l'importance d'élaborer des définitions claires des rôles et des responsabilités.

La WHO (2016) va également dans ce sens et affirme que la mise en place de soins globaux et continus dans un pays peut entraîner des changements dans les rôles et la responsabilité des professionnels de santé impliqués. Le comité conseille donc que tous les professionnels soient consultés et que le département des ressources humaines soient impliquées afin d'éviter l'apparition de tensions entre les différents prestataires. Ils précisent également que des consultations au niveau gouvernemental pourraient faciliter la mise en œuvre des changements. En effet, McInnes, Martin & McArthur (2018), expliquent que cette restructuration nécessite une évaluation minutieuse afin de "surveiller et de comprendre le processus et les effets de la politique sur les prestataires de soins et les utilisateurs et de garantir la fourniture continue de soins de haute qualité pour les sages-femmes". L'étude de Psaila et al. (2014) propose de clarifier les rôles et responsabilités de chaque professionnel entre eux pour assurer une transition en douceur entre les services. Ainsi, le soignant qui prend le relais est introduit, ce qui favorise la continuité d'un système collaboratif respectueux entre les professionnels et pour le patient. Une autre solution facilitant la collaboration interprofessionnelle serait l'organisation de transferts sûrs, rapides, anticipés et annoncés rapidement au service concerné (Maillefer et al., 2015) afin de fournir aux femmes des soins et une expertise obstétricale sans barrière financière, professionnelle et/ou organisationnelle (Sandall, 2014).

La deuxième solution identifiée est la communication interprofessionnelle. Psaila et al. (2014) affirment qu'une communication orale et écrite adaptée entre professionnels est un point essentiel sur lequel il faudrait travailler pour créer une cohésion interprofessionnelle. En effet, celle-ci permet de fournir des soins de qualité et un confort pour le patient comme pour le soignant. Tout d'abord, cela permet au soignant de connaître l'histoire du patient, ses antécédents, et ses résultats cliniques, tandis que les supports écrits évitent la perte d'informations. Cela a inévitablement une répercussion positive pour le patient car la continuité informationnelle permet à chaque intervenant de créer un lien de confiance et des pratiques sécuritaires pour le patient. Afin d'atteindre ces répercussions positives, plusieurs documents

de liaison existent tels que les dossiers informatisés, les dossiers papier, les e-mails et les contacts téléphoniques. Afin d'en optimiser l'accessibilité, Boyle et al. (2016) suggèrent que des tablettes électroniques soient mises à disposition des soignants. En Belgique, l'outil de communication "Réseau de Santé Wallon" (Réseau Santé Wallon, 2019) a été mis au point dans ce but. D'une part, il respecte le patient qui peut gérer les informations qu'il souhaite divulguer et l'implique dans ses soins, et, d'autre part, permet au soignant d'assurer une continuité des soins optimale grâce à la centralisation des informations qui se complètent au fur et à mesure. Aussi, ce type d'outil pourrait être financièrement bénéfique pour le patient comme pour la sécurité sociale car il limiterait les examens réalisés en doublon. Il pourrait être intéressant qu'un accès à cet outil de communication soit possible pour les sages-femmes, car actuellement, seuls les établissements hospitaliers faisant partie de ce projet et possédant un serveur peuvent avoir accès aux données complètes, tandis que les généralistes ont accès à des données de première ligne. De plus, ce système collaboratif requiert un esprit de collaboration interprofessionnelle, une communication ouverte, la résolution des conflits, la cohésion, la confiance interpersonnelle et le respect mutuel afin de créer un retour positif pour les professionnels en soins de maternité (Behruzil et al., 2017 ; Homer, 2016). D'ailleurs, le KCE (Benahmed et al., 2014) a émis des recommandations allant dans ce sens pour des soins postnatals intégrés et continus. Il préconise la mise en place d'un réseau multidisciplinaire autour des patientes qui utilise des outils tel que le dossier médical global pour le partage d'informations.

Une autre solution ayant pour but de faciliter la mise en place de soins continus fournis par des sages-femmes serait la promotion de la profession. Cela semble cohérent car, d'une part, elle répondrait à la nécessité d'informer les femmes en périnatalité au vu des résultats relevés par Vermeulen et al. (2016) sur la méconnaissance des compétences de la sage-femme. Les cibles seraient toutes les potentielles patientes avec une attention particulière pour les primipares et les femmes de la tranche d'âge des quinze à dix-neuf ans qui semblent moins informées à ce sujet. D'autre part, un grand nombre d'études déterminant les besoins des femmes en périnatalité démontrent leur souhait que la grossesse soit considérée comme un événement naturel et leur préférence pour un suivi par une sage-femme. Cela peut se faire grâce à une meilleure connaissance de leur champ d'action, valorisant ainsi le rôle et les compétences des sages-femmes, qu'elles peuvent ainsi exercer pleinement.

Conclusion

Le suivi global et continu effectué par une ou un petit groupe de sages-femmes est déjà mis en place dans quelques pays du monde, auprès des femmes enceintes à bas risques. Les bénéfices identifiés sont nombreux et concernent aussi bien les femmes, les sages-femmes que l'Etat.

Le cadre d'analyse des soins du Lancet (Renfrew et al., 2014) qui sert de modèle dans ce travail, s'adapte parfaitement aux soins continus effectués par une sage-femme. Il met en avant les besoins des femmes qui semblent essentiels à respecter dans une prise en soins aujourd'hui. Les femmes recherchent un suivi respectueux dans lequel le temps pris par le professionnel permet l'instauration d'une relation de confiance et où l'information transmise leur permet une prise de décision libre et éclairée. Elles recherchent également une centralisation et une continuité relationnelle dans leurs soins et leurs transferts. De plus, elles souhaitent que leur grossesse soit vue comme un événement « naturel ».

En s'appuyant sur le modèle de soins du Lancet, les sages-femmes peuvent répondre aux demandes des femmes durant la période périnatale, tout en leur donnant accès à un suivi de qualité.

Cependant, la mise en place d'un suivi global et continu par la sage-femme rencontre de nombreux obstacles qui s'appliquent en Belgique. D'une part, la méconnaissance de la profession se retrouve aussi bien entre professionnels que du côté des patientes. D'autre part, une rivalité professionnelle semble être propice aux tensions et serait en défaveur d'une continuité des soins de qualité. De plus, la culture du risque engendrée par des pratiques interventionnistes amènerait les femmes à se sentir plus en sécurité lorsqu'elles sont suivies par un gynécologue, alors qu'elles indiquent le besoin de considérer leur grossesse comme un événement physiologique.

Certaines solutions apportées dans ce travail pourraient permettre l'expansion de ce type de suivi notamment par une meilleure collaboration et communication interprofessionnelle ainsi qu'une valorisation de la profession de sage-femme.

En 2016, la WHO recommande la mise en place de soins globaux et continus dirigés par une sage-femme dans le suivi des femmes enceintes à bas risques, au sein des pays où la profession de sage-femme est bien instaurée, tel qu'en Belgique. Cependant, un vide de littérature persiste en ce qui concerne les besoins des sages-femmes. Ainsi, le suivi global et continu répond-il réellement aux besoins des sages-femmes belges ?

Bibliographie

Arrêté ministériel du 15 septembre 1979 fixant les critères spéciaux d'agrégation des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage pour la spécialité de la gynécologie-obstétrique. (1979). Service publique fédéral : Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 15 septembre.

Arrêté royal du 1 février 1991 relatif à l'exercice de la profession de sage-femme. (1991). Service publique fédéral : Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 6 avril.

Behruzil, R., Klam, S., Dehertog, M., Jimenez, V. & Hatem, M. (2017). Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital : a case study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 200. DOI 10.1186/s12884-017-1381-x.

Benahmed, N., Hendrocks, E., Adriaenssens, J. & Stordeur, S. (2016). *Synthèse : Planification des ressources humaines pour la santé et données relatives aux sages-femmes*. En ligne, <https://kce.fgov.be/fr/planification-des-ressources-humaines-pour-la-santé-et-données-relatives-aux-sages-femmes>, consulté le 23/05/2019.

Boyle, S., Thomas, H. & Brooks, F. (2016). Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth. *Midwifery*, 32(1), 21-29. DOI 10.1016/j.midw.2015.09.001.

Butler, M.M., Sheehy, L., Kington, M., Brosnan, M.C., Walsh, 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.

Fawsitt, C., Bourke, J., Lutomski, J., Meaney, S., McElroy, B., Murphy, R. & Greene, R. (2017). What women want: Exploring pregnant women's preferences for alternative models of maternity care. *Health Policy*, 121(1), 66-74. DOI 10.1016/j.healthpol.2016.10.010.

Forster, D., McLachlan, H., Davey, M., Biro, M., Farrell, T., Gold, ... Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 28. DOI 10.1186/s12884-016-0798-y.

Homer, C. (2016). Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *The Medical journal of Australia*, 205(8), 370-374. DOI 0.5694/mja16.00844.

Jenkins, M-G., Ford, J-B., Todd, A-L., Forsyth, R., Morris, J-M. & Roberts, C-L. (2015). Women's views about maternity care: how do women conceptualise the process of continuity? *Midwifery*, 31(1), 25-30. DOI 10.1016/j.midw.2014.05.007.

Kenny, C., Devane, D., Normand, C., Clarke, M., Howard, A. & Begley, C. (2015). A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery*, 31(11), 1032-8. DOI 10.1016/j.midw.2015.06.012.

Maillefer, F., De Labrusse, C., Cardia-Vonèche, 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 and Childbirth*, 15(1), 56. DOI 10.1186/s12884-015-0477-4.

Maulet, N., Bouvy, A.-F. & Bazier, G. (2017). *Travail en réseau et offre intégrée des services périnataux*. En ligne, https://www.researchgate.net/publication/316740309_Synthese_du_rapport_de_recherche_O NE_Travail_en_reseau_et_offre_integree_des_services_perinataux, consulté le 14/03/19.

McDonald, S., Sword, W., Eryuzlu, L. & Biringer, A. (2014). A qualitative descriptive study of the group prenatal care experience: perceptions of women with low-risk pregnancies and their midwives. *BioMed Central Pregnancy Childbirth*, 14(1), 334. DOI 10.1186/1471-2393-14-334.

McInnes, R.J., Martin, C.J.H. & McArthur, J. (2018). Midwifery continuity of carer: developing a realist evaluation framework to evaluate the implementation of strategic change in Scotland. *Midwifery*, 66, 103-110. DOI 10.1016/j.midw.2018.07.007.

McLachlan, H., Forster, D., Davey, M., Lumley, J., Farrell, T., Oats, J., ... Biro, M. (2008). COSMOS: COmparing Standard Maternity care with One-to-one midwifery Support: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1), 35. DOI 10.1186/1471-2393-8-35.

Moncrieff, G. (2018). Can continuity bring birth back to women and normality back to midwives?. *British Journal of Midwifery*, 26 (10). DOI 10.12968/bjom.2018.26.10.642.

Organisation Mondiale de la santé. (1997). Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique. En ligne, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24/fr/, consulté le 19/05/2019.

Psaila, K., Schmied, V., Fowler, C. & Kruske, S. (2014). Discontinuities between maternity and child and family health services: health professional's perceptions. *BioMed Central Health Services Research*, 14(4). DOI 10.1186/1472-6963-14-4.

Radio-télévision belge de la Communauté française. (2015). *Les gynécologues déclarent la guerre aux sages-femmes*. En ligne, https://www.rtb.be/info/societe/detail_les-gynecologues-declarent-la-guerre-aux-sages-femmes?id=9048631, consulté le 18/11/18.

Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., Campbell, J., Channon, A.A., Cheung, N.F., ... Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*, 384 (9948), 1129-45. DOI 10.1016/S0140-6736(14)60789-3.

Réseau de Santé Wallon. (2019). *Espace professionnel*. En ligne, <https://www.reseausantewallon.be/FR/professionals/Pages/default.aspx>, consulté le 22/03/19.

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD004667), 1-118. DOI 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Sandall, J. (2014). *The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care*. En ligne, <https://www.nursingtimes.net/download?ac=3036813>, consulté le 23/05/2019.

Sword, W., Heaman, M.I., Brooks, S., Tough, S., Janssen, P.A., Young, D., ... Hutton, E. (2012). Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 12(29). DOI 10.1186/1471-2393-12-29.

Symon, A., Pringle, J., Cheyne, E., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., ... Alderdice, F. (2016). Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(168), 1-15. DOI 10.1186/s12884-016-0944-6.

Tracy, S., Welsh, A., Hall, B., Hartz, D., Lainchbury, A., Bisits, A., ... Tracy, M. (2014). Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(46). DOI 10.1186/1471-2393-14-46.

Vermeulen, J., Swinnen, E., D'haenens, F., Buyl, R. & Beeckman, K. (2016). Women's preferences and knowledge about the legal competences of midwives in Brussels, Belgium. A descriptive observational study. *Midwifery*, 40, 177-186. DOI 10.1016/j.midw.2016.07.002.

World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. En ligne, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1, consulté le 07/04/19.

World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. En ligne, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/, consulté le 21/11/18.

Annexes

Annexe 1 : Cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité publié dans "the Lancet"

Version en anglais :

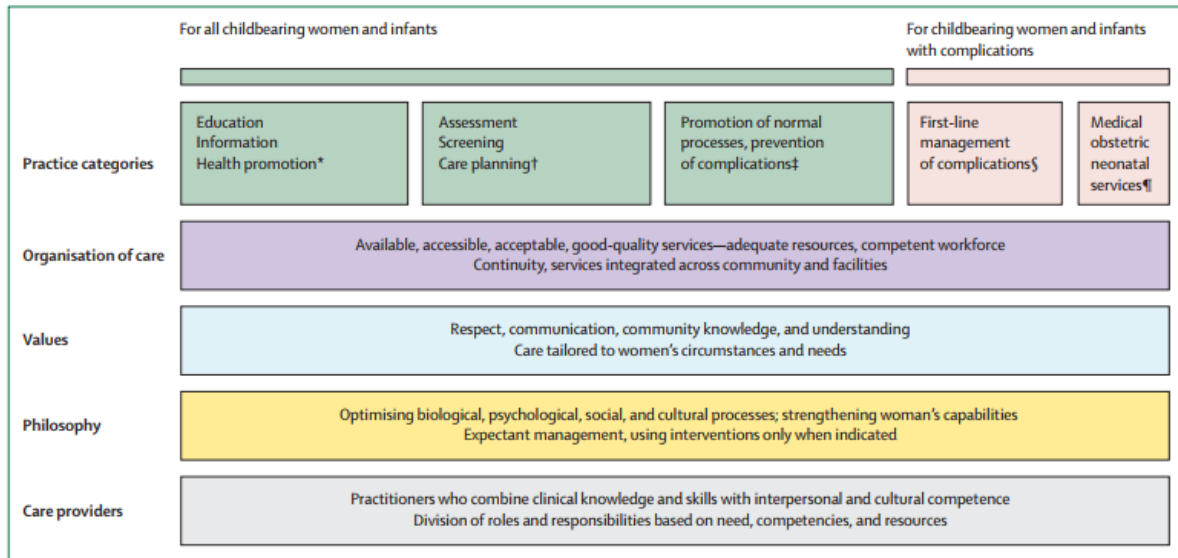


Figure 2: The framework for quality maternal and newborn care: maternal and newborn health components of a health system needed by childbearing women and newborn infants

Tiré de Renfrew et al., 2014.

Version en français :

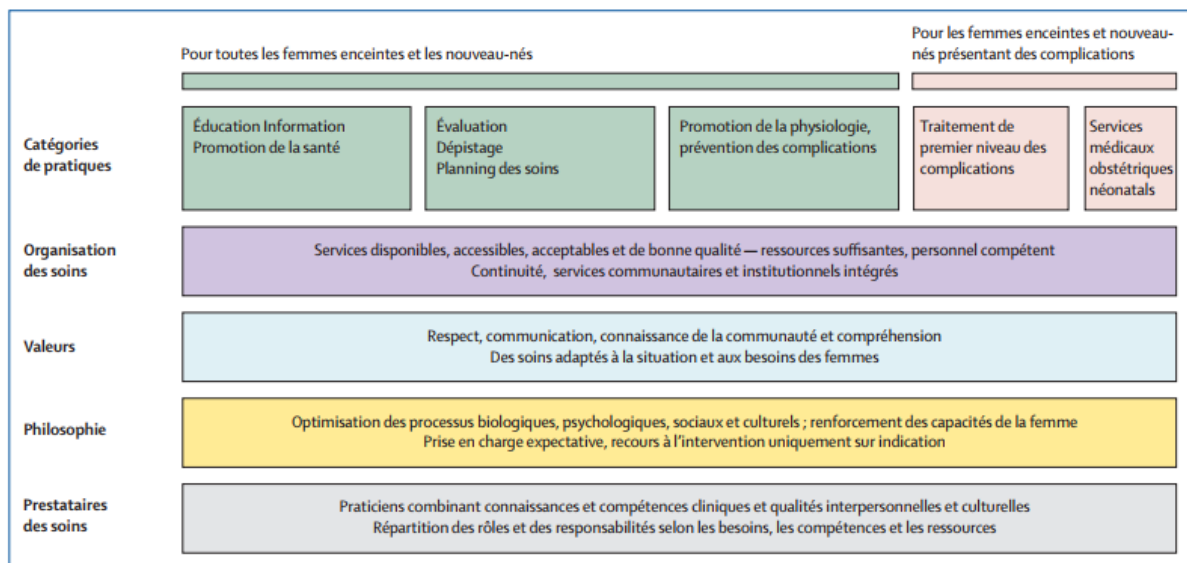
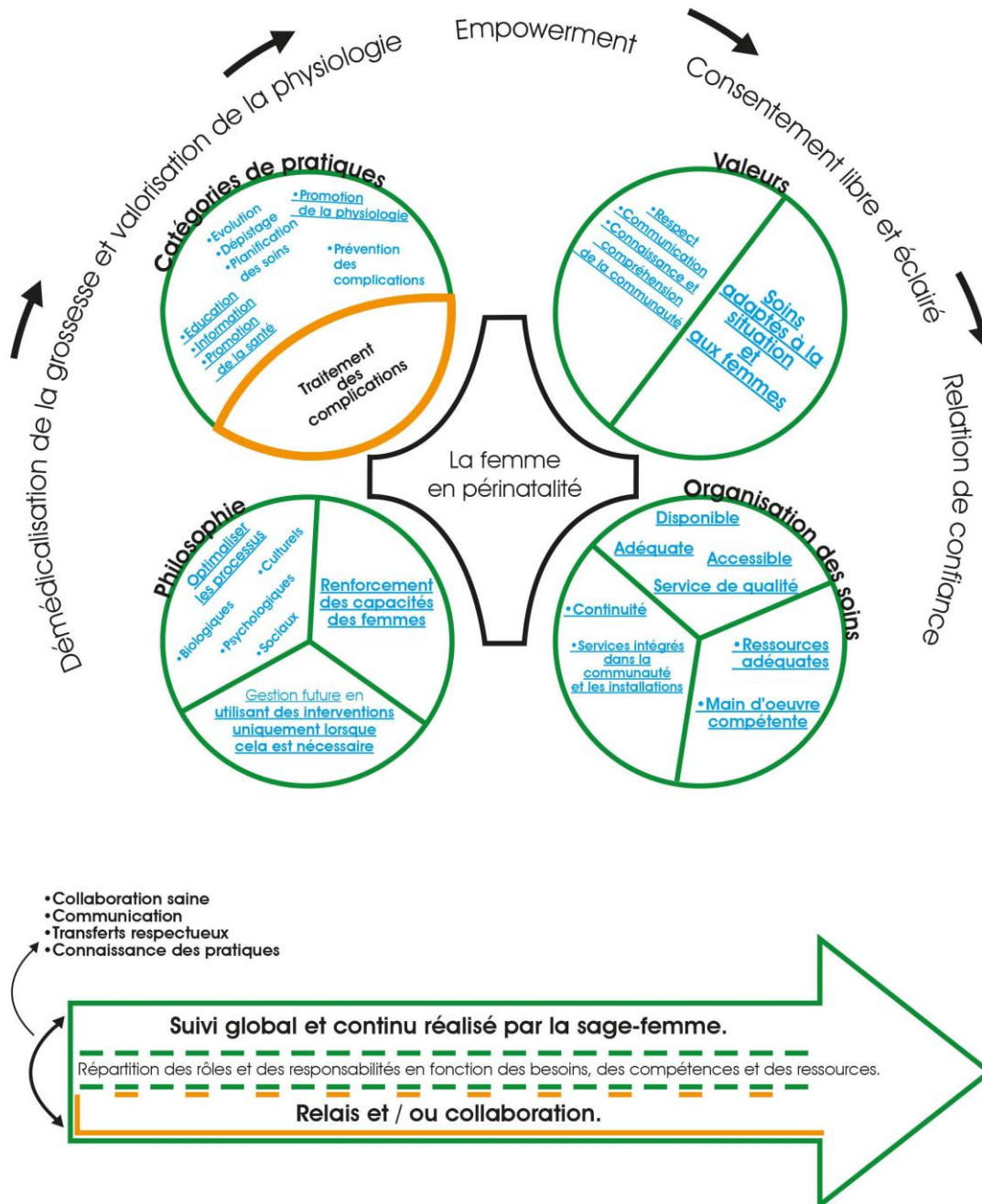


Figure 1 : Le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité
Composantes maternelles et néonatales d'un système de santé requises par les femmes enceintes et les nouveau-nés (tiré de Renfrew et al.).

Tiré du résumé analytique de la série du Lancet, 2014.

Annexe 2 : Schéma global du travail de recherche en lien avec le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité.

- Pour toutes les situations physiologiques et pathologiques.
- Pour les situations pathologiques uniquement.



Annexe 3 : Recension de littérature

Auteur, Année, Titre	Méthode d'analyse des données (qualitatives ou quantitatives)	Population visée, échantillon, et méthode d'échantillonnage	But(s), question(s), hypothèse(s), concept(s)	Cadre de mes recherche (cadre, modèle, théorie)
<p>1/ Behruzil, R., Klam, S., Dehertog, M., Jimenez, V. & Hatem, M. (2017).</p> <p>Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital : a case study.</p>	<p>Étude originale qualitative.</p>	<p>25 professionnels de santé.</p>	<p>Malgré de nombreux progrès dans la légitimation de la profession de sage-femme au Canada, les professionnels en soins de maternité ne s'entendent toujours pas sur l'autonomie de la sage-femme et sa pratique. Pourtant, la réduction des conflits et le renforcement de la collaboration profiterait aux femmes enceintes.</p>	<p>Les enjeux de la collaboration interprofessionnelle et comment y faire face.</p>
<p>2/ Boyle, S., Thomas, H. & Brooks, F. (2016).</p> <p>Women's views on partnership working with midwives during pregnancy and childbirth.</p>	<p>Étude originale qualitative.</p>	<p>16 femmes à environ 10 semaines d'aménorrhée, recrutées par des sages-femmes : elles ont dû remplir un carnet de bord tout au long de la grossesse et remettre le carnet à 34 semaines d'aménorrhée et 4 semaines</p>	<p>Les femmes disent préférer recevoir des soins par une ou un petit groupe de sages-femmes qui ont une philosophie de suivi centré sur la femme et ses besoins. Elles estiment ne pas recevoir suffisamment de temps d'écoute dans les lieux médicalisés et ne pas pouvoir établir une relation de confiance, car les sages-femmes de ces lieux n'ont pas suffisamment de temps à leur</p>	<p>Quels sont les besoins des femmes en matière de suivi et de continuité ?</p>

		<p>après leur accouchement. Ensuite, les femmes ont été interviewées à domicile.</p>	<p>consacrer et remplissent leurs tâches sans se centrer sur leurs besoins. Les femmes ne se sentent donc pas soutenues émotionnellement et au niveau psycho-social. Aussi, elles préfèrent les soins fournis par les sages-femmes car elles sont les gardiennes de la physiologie et voient la grossesse et l'accouchement comme un processus naturel et non une maladie → suivi moins médicalisé, moins d'interventions et de meilleurs résultats. Les femmes ont le souhait qu'une continuité puisse se faire en dehors des rendez-vous par des moyens de communication rapides pour des questions non urgentes. L'auteur propose des moyens de communication pour le partage d'informations adapté et améliorant la continuité informationnelle.</p>	
<p>3/ Butler, M.M., Sheehy, L., Kington, M., Brosnan, M.C., Walsh, M.C., Murphy, M., ... Barry, T. (2015).</p> <p>Evaluating midwife-led antenatal care: Choice, experience, effectiveness, and preparation for pregnancy.</p>	<p>Étude originale qualitative.</p>	<p>Enquête par questionnaire sur une population de 186 femmes enceintes à bas risque sélectionnées au hasard ; ainsi que des entretiens cognitifs avec 9 femmes.</p>	<p>Évaluer les soins prénatals dispensés par les sages-femmes par rapport aux soins prénatals dispensés dans les hôpitaux dirigés par un obstétricien traditionnel (soins habituels). L'étude relève des pistes d'amélioration tels que les thèmes abordés en préparation à la naissance.</p>	<p>Évaluation de ce que veulent les femmes et ce qu'elles apprécient dans le suivi continu par la sage-femme. Aussi, évaluation de la qualité des soins prénatals fournis exclusivement par une ou des sages-femmes.</p>

<p>4/ Fawsitt, C., Bourke, J., Lutomski, J., Meaney, S., McElroy, B., Murphy, R. & Greene, R. (2017).</p> <p>What women want: Exploring pregnant women's preferences for alternative models of maternity care.</p>	<p>Étude originale qualitative.</p>	<p>19 femmes à faible risque de complications, choisies à partir de 20 semaines de grossesse.</p>	<p>L'intervention pendant l'accouchement est à son plus haut niveau jamais atteint. Or, les taux d'intervention élevés affectent les finances des hôpitaux et de l'État. Ainsi, quelles sont les preuves de sécurité et de rentabilité en faveur des soins dispensés par des sages-femmes qui se veulent moins interventionnistes ?</p>	<p>Quels sont les gains financiers des soins globaux et continus fournis par les sages-femmes aux femmes à faible risque ?</p>
<p>5/ Forster, D., McLachlan, H., Davey, M., Biro, M., Farrell, T., Gold, ... Waldenström, U. (2016).</p> <p>Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial.</p>	<p>Étude originale qualitative et quantitative.</p>	<p>2 314 femmes à faible risque de complications fréquentant le Monash Medical Center, un service d'obstétrique à Melbourne, en Australie. Essai contrôlé randomisé.</p>	<p>Évaluer l'effet de la prise en charge continue d'une sage-femme sur la satisfaction des femmes, suivies par celle-ci lors de leur grossesse, leur accouchement et le post-partum.</p>	<p>Quels sont les impacts d'une prise en soins continue de la grossesse par une/des sages-femmes sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que la satisfaction des patientes ?</p>

<p>6/ Homer, C. (2016)</p> <p>Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care.</p>	<p>Étude non-originale (ensemble d'essais) qualitative.</p>	<p>Inconnu car regroupement d'un certain nombre d'essais et aucune information à ce sujet.</p>	<p>Les soins globaux et continus fournis par une sage-femme ont démontré leurs avantages pour les femmes et les sages-femmes dans certaines unités en Australie, mais comment l'appliquer dans tout le pays ? Comment réorganiser les services de maternité du pays ?</p>	<p>Quelle est la place des soins globaux et continus fournis par une sage-femme en Australie ?</p>
<p>7/ Jenkins, M-G., Ford, J-B., Todd, A-L., Forsyth, R., Morris, J-M. & Roberts, C-L. (2015).</p> <p>Women's views about maternity care: how do women conceptualise the process of continuity?</p>	<p>Étude originale qualitative.</p>	<p>53 femmes enceintes ou ayant récemment accouché ayant entre 18 et 44 ans et ayant bénéficié de soins continus en maternité. Femmes au statut de risques obstétricaux variés, divers statuts socio-économique et issues de milieu ruraux et urbains. Données récoltées lors d'entretiens semi-structurés.</p>	<p>L'étude australienne complexifie la définition de continuité des soins vue par des femmes, en ajoutant un angle de vue propre à la périnatalité. En plus de la continuité de la gestion, de l'information et de la relation, elles évoquent la continuité des soins d'une grossesse à l'autre et la continuité environnementale, c'est-à-dire recevoir des soins à proximité de chez elles. Elles insistent sur la qualité de la relation avec un soignant et l'avantage que celui-ci a de connaître l'histoire de la patiente ainsi que ses besoins. Aussi, l'importance d'un dossier complet qui est bien complété de visite en visite. → Cette étude ne donne pas beaucoup de réponses en ce qui concerne la continuité entre les différents prestataires de soins.</p>	<p>Vision de la continuité des soins en périnatalité par des femmes en bénéficiant ou en ayant bénéficié.</p>
<p>8/ Kenny, C., Devane, D., Normand, C., Clarke, M., Howard, A. & Begley, C. (2015).</p>	<p>Étude originale quantitative.</p>	<p>Vaste essai randomisé en Irlande incluant toutes les femmes sans facteurs de risque inscrites dans l'une des deux unités avant 24 semaines de gestation.</p>	<p>L'objectif est de comparer le coût des soins de maternité de deux unités. L'une est dirigée entièrement par des sages-femmes et l'autre est dirigée par des "consultants" (ensemble de professionnels tel que gynécologues, infirmiers, aide soignants, etc...)</p>	<p>Comparer le coût des soins effectués par des sages-femmes par rapport aux soins effectués par d'autres professionnels de la naissance.</p>

<p>A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study)</p>		<p>1 539 femmes ont été incluses dans l'échantillon.</p>		
<p>9/ Maillefer, F., De Labrusse, C., Cardia-Vonèche, L., Hohlfeld, P. & Stoll, B. (2015).</p> <p>Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital : a qualitative study.</p>	<p>Étude originale qualitative.</p>	<p>63 participants : 14 femmes enceintes, 30 femmes qui ont accouché, 10 sages-femmes et 9 obstétriciens.</p>	<p>Les interventions inutiles sont encore pratiquées dans les grossesses à faible risque, contrairement aux recommandations internationales. Le passage à un modèle de soins moins interventionniste pourrait-il se développer dans des modèles tels que «l'unité dirigée par une sage-femme» (MLU) dans laquelle la sage-femme joue un rôle prédominant avec un minimum d'interventions de routine ?</p>	<p>Quelles sont les opinions des femmes à faible risque au sujet d'un suivi global et continu en périnatalité ? Que pensent-elles des services de MLU ?</p>
<p>10/ McDonald, S., Sword, W., Eryuzlu, L. & Biringer, A. (2014).</p> <p>A qualitative descriptive study of the group prenatal care experience: perceptions of women with low-risk</p>	<p>Étude originale qualitative</p>	<p>9 femmes et 5 sages-femmes ayant participé au GPC. Collecte d'info via des focus groupes au Canada.</p>	<p>Cette étude est explicite sur le fait que la préparation à la naissance a un impact sur la continuité de gestion de la patiente, c'est-à-dire par son autonomisation. Elle donne une solution à un des soucis relevés par beaucoup de femmes dans d'autres études qui est le manque de temps passé avec le professionnel pour répondre à leurs questions. Et pour le professionnel, ce genre de préparation permet un gain d'énergie en réduisant la charge de travail, en réduisant le</p>	<p>Les besoins des femmes en période prénatale.</p>

<p>pregnancies and their midwives.</p>			<p>nombre d'heures et en améliorant la qualité dans la transmission d'informations aux femmes. Une autre forme de continuité est évoquée, c'est celle de la continuité relationnelle pour les participantes avec d'autres personnes qui sont dans la même situation qu'elles.</p>	
<p>11/ McInnes, R.J., Martin, C.J.H. & McArthur, J. (2018). Midwifery continuity of carer: developing a realist evaluation framework to evaluate the implementation of strategic change in Scotland.</p>	<p>Etude originale qualitative</p>	<p>Quatre entretiens avec des décideurs politiques hauts placés au sein de l'organisation et des discussions informelles avec des sages-femmes ont permis de mettre au point un outil d'enquête. Celui-ci a été testé auprès de groupes de sages-femmes et réévalué quatre fois, jusqu'à l'élaboration de la version finale.</p>	<p>L'étude cherche à mettre en place, à travers l'élaboration d'un cadre "d'évaluation réaliste", une méthodologie appropriée afin d'évaluer des programmes de changement. Le but est d'évaluer les changements nécessaires au sein du système écossais afin de favoriser la mise en place de modèle de soins continus par des sages-femmes. Cette étude se concentre plus en détail sur le 1er élément de ce cadre : l'élaboration d'une enquête sur les sages-femmes.</p>	<p>Les théories clés du programme ont été identifiées pour éclairer un cadre d'évaluation permettant d'évaluer la mise en œuvre d'un modèle de continuité des soins dirigé par une sage-femme. L'outil d'enquête exhaustif mis au point pourrait être utilisé plus largement pour évaluer des changements stratégiques comparables dans ce domaine. Pourrait-il être utilisé en Belgique ?</p>
<p>12/ McLachlan, H., Forster, D., Davey, M., Lumley, J., Farrell, T., Oats, J., ... Biro, M. (2008).</p>	<p>Étude quantitative et qualitative pas encore réalisée.</p>	<p>Les femmes accouchant par césarienne sont le public cible. 2 008 femmes ont participé à l'étude. Les femmes en consultation prénatale à l'hôpital concernées ont été averties de</p>	<p>Étude qui vise à déterminer si une prise en soins en modèle continu (une sage-femme pour une femme) dispensés à des femmes à faible risque de complications diminuerait la proportion de femmes accouchant par césarienne, par rapport aux femmes recevant des soins «classiques».</p>	<p>Quels sont les impacts d'une prise en soins continue de la grossesse par une/des sages-femmes sur le déroulement de la grossesse et de</p>

<p>COSMOS : COMparing Standard Maternity care with One-to-one midwifery Support: a randomised controlled trial.</p>		<p>l'étude. Seules celles qui le souhaitent ont participé.</p>		<p>l'accouchement, et la satisfaction des patientes ?</p>
<p>13/ Moncrieff, G. (2018). Can continuity bring birth back to women and normality back to midwives?</p>	<p>Étude non-originale qualitative.</p>	<p>Inconnu car regroupement d'un certain nombre d'articles scientifiques.</p>	<p>La continuité des soins fournis par une sage-femme en périnatalité comprend des avantages pour les femmes et pour les sages-femmes. Quels sont les défis pour les sages-femmes dans la mise en place de ces soins ?</p>	<p>Quels sont les avantages des soins globaux et continus fournis par une sage-femme ?</p>
<p>14/ Psaila, K., Schmied, V., Fowler, C. & Kruske, S. (2014). Discontinuities between maternity and child and family health services: health professional's perceptions.</p>	<p>Selon l'article, la méthode utilisée serait issu d'un procédé mêlant qualitatif et quantitatif mais après lecture il est qualitatif.</p>	<p>Participants : des infirmières similaires aux infirmières de l'ONE (n=60), des infirmières (n=12), des sages-femmes (n=45), et des médecins généralistes (n=15). Focus groupe, téléconférence, questionnaire électronique.</p>	<p>Donne une définition de la continuité vue par des praticiens. Relève également l'importance des méthodes permettant une bonne communication entre les différents prestataires. Importance de la création d'une relation soignant-patient pour augmenter les chances d'assurer la continuité. Relève l'importance de la connaissance du rôle des différents prestataires de soins en périnatalité et l'établissement d'un dialogue entre ceux-ci pour limiter la fragmentation des soins. Une piste intéressante pour améliorer la transition entre les différents prestataires est le fait d'introduire celui qui prendra la suite des soins.</p>	<p>Comment les professionnels conceptualisent-ils la continuité ?</p>

<p>15/ Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., Campbell, J., Channon, A.A., Cheung, N.F., ... Declercq, E. (2014).</p> <p>Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care.</p> <p>→ Lucie 4</p>	<p>Revue de littérature incluant 173 revues réalisées par la Cochrane Pregnancy and Childbirth Group</p>	<p>Public cible : les femmes enceintes et leur nouveaux-nés.</p> <p>Pour recenser des données probantes d'excellente qualité, les auteurs ont utilisé 453 revues systématiques réalisées par la Cochrane Pregnancy and Childbirth Group et 8 revues provenant d'autres groupes Cochrane. Au total, 461 revues ont été analysées et 173 retenues.</p>	<p>En se basant sur les définitions internationales et sur la pratique actuelle en maïeutique, les auteurs ont développé un cadre d'analyse de la qualité des soins maternels et néonataux.</p> <p>Le but est de créer un cadre de référence sur lequel pourront se baser les systèmes de soins maternels et néonataux futurs ou en développement.</p>	<p>Cadre de référence dans les soins de santé qui peut être appliqué par les sages-femmes pratiquant le suivi global et continu.</p>
<p>16/ Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A. & Devane, D. (2016).</p> <p>Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review).</p>	<p>Article scientifique de synthèse regroupant 15 études originales quantitatives.</p>	<p>17 674 femmes enceintes au total, mais des populations différentes en fonction des études choisies.</p>	<p>Comparer les modèles de soins continus dispensés par une sage-femme avec d'autres modèles de soins pour les femmes enceintes et leurs bébés.</p>	<p>Quels sont les impacts d'une prise en soins continue de la grossesse par une/des sages-femmes sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et la satisfaction des patientes ?</p>
<p>17/ Sword, W., Heaman, M.I., Brooks, S., Tough, S., Janssen, P.A., Young, D., ... Hutton, E. (2012).</p>	<p>Étude scientifique originale, qualitative.</p>	<p>Entretiens semi-structurés de 40 femmes enceintes et 40 soignants recrutés au Canada dans cinq centres de soins urbains. Les femmes ont eu</p>	<p>Les thèmes évalués par cette étude nous intéressent car il permettent de définir les besoins exprimés des femmes sur ces différents thèmes. La structure des soins (accès, configuration physique, caractéristiques du</p>	<p>Quels sont les besoins exprimés par les femmes en termes de suivi de grossesse?</p>

<p>Women's and care providers' perspectives of quality prenatal care: a qualitative descriptive study.</p>		<p>une entrevue au troisième trimestre et une entrevue téléphonique après la naissance, tandis que les soignant n'ont eu qu'une seule entrevue.</p>	<p>personnel et des soignants), les processus cliniques (promotion et prévention de la santé, dépistage et évaluation, partage d'informations, continuité des soins, non médicalisation de la grossesse, approche centrée sur les femmes), les processus de soins interpersonnels (attitude respectueuse, soutien affectif, style d'interactions, prendre le temps, relation significative).</p>	
<p>18/ Symon, A., Pringle, J., Cheyne, E., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., ... Alderdice, F. (2016).</p> <p>Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care.</p>	<p>Revue de littérature qui analyse les modèles de soins dirigés par les sages-femmes selon le tableau du Lancet 2014. Étude quantitative.</p>	<p>17 Essais Contrôlés Randomisés de modèle de soins prénatals dirigés par les sages-femmes ont été étudiés.</p>	<p>Faire un mapping sur les caractéristiques des modèles de soins prénatals déjà testés dans le monde, afin de fonder des nouvelles preuves vers ce qui apporte des soins de qualité aux mères et aux nouveaux-nés → Identifier des caractéristiques de soins efficaces.</p>	<p>Revue de la littérature qui se base sur le cadre pour des soins de qualité aux mères et aux nouveaux-nés.</p>
<p>19/ Tracy, S., Welsh, A., Hall, B., Hartz, D., Lainchbury, A., Bisits, A., ... Tracy, M. (2014).</p>	<p>Étude originale qualitative et quantitative.</p>	<p>1 379 femmes primipares à faible risque de complications.</p>	<p>Comparaison des coûts et résultats à la naissance en comparaison des soins hospitaliers standard et les soins obstétricaux privés en Australie.</p>	<p>Quels sont les gains cliniques et financiers des soins globaux et continus fournis par les sages-</p>

<p>Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes.</p>				<p>femmes aux femmes à faible risque ?</p>
<p>20/ Vermeulen, J., Swinnen, E., D'haenens, F., Buyl, R. & Beeckman, K. (2016).</p> <p>Women's preferences and knowledge about the legal competences of midwives in Brussels, Belgium. A descriptive observational study.</p>	<p>Étude originale quantitative.</p>	<p>Étude belge réalisée sur la population bruxelloise : 830 femmes entre 15 et 44 ans n'ayant aucun lien avec le milieu infirmier. Questionnaires donnés aux participantes par des étudiantes de quatrième année de leur bachelier sage-femme.</p>	<p>Donne des données qui font dire que la femme bruxelloise a tendance à préférer être suivie pendant le travail et l'accouchement par un gynécologue que par une sage-femme. Une relation est établie entre cette préférence et le niveau de connaissance des compétences des sages-femmes de la part des femmes. Le niveau de connaissance est variable selon l'âge et le nombre de grossesses de la patiente. L'éducation et la localité d'une patiente a très peu d'influence sur ses connaissances de la sage-femme.</p> <p>→ Cette étude n'est pas généralisable car elle cible le public bruxellois, elle n'est pas validée par un comité d'éthique,... elle est néanmoins intéressante car ses sources peuvent être utilisées dans notre travail.</p>	<p>Mode de fonctionnement du système Belge.</p>

Résumé

Le suivi global et continu par une ou un petit groupe de sages-femmes auprès de femmes enceintes à faible risque est encore peu présent en Belgique. Pourtant, ce type de soins déjà en application dans certains pays du monde présente de nombreux avantages pour les femmes, les sages-femmes et l'État. De plus, il répond en grande partie aux besoins exprimés par les femmes au sujet de leur suivi périnatal.

Cependant, de nombreux obstacles tels qu'une méconnaissance de la profession de la sage-femme et des rivalités interprofessionnelles vont à l'encontre d'une prise en soins de qualité. Des solutions existent et pourraient permettre une expansion de la profession en Belgique.

En se basant sur le cadre d'analyse des soins maternels et néonataux de qualité édité par "the Lancet", ce travail tente d'identifier dans quelle mesure le suivi global et continu effectué par une sage-femme aurait sa place en Belgique.

Mots clés : sage-femme, continuité des soins, soins périnataux, relations entre professionnels de santé et patients, satisfaction des patients

Abstract

Global and continuous follow-up by one or a small group of midwives with low-risk pregnant women is still rare in Belgium. However, this type of care already in use in some countries around the world has many benefits for women, midwives and the state. In addition, it largely meets the needs expressed by women about their perinatal care.

However, many obstacles such as a lack of knowledge of the midwifery profession as well as inter-professional rivalries run counter to quality care. Solutions exist and could allow an expansion of the profession in Belgium.

Based on the quality analysis framework of maternal and neonatal care published by "the Lancet", this work attempts to identify to what extent the global and continuous monitoring carried out by a midwife would have its place in Belgium.

Key words : midwifery, continuity of patient care, perinatal care, professional-patient relations, patient satisfaction.