



Une présence **active** au service des **sages-femmes**

CHARTRE pour les accouchements par sage-femme autonome

Introduction

A l'instar d'autres pays, l'UPSfB propose une charte dans le but de donner les recommandations minimales à suivre lors du suivi de travail et d'une naissance en toute autonomie : à domicile, en Maison de naissance, en plateau technique, en gîte intra-hospitalier, en pôle physiologique. Cette charte est portée à la connaissance des parents et sert de base de consentement entre la sage-femme et les parents. Celle-ci pourrait être signée par les deux parties.

1/ Compétences de la sage-femme et ses limites

- Les limites de la pratique autonome de la sage-femme sont celles de la physiologie : femme et bébé unique, en bonne santé, et naissance entre 37 et 42 semaines en présentation céphalique¹
- La sage-femme connaît les recommandations nationales du KCE, de l'OMS, l'EBM pour «le suivi d'une grossesse, d'un accouchement et d'un postpartum à bas risque» et la convention de l'INAMI (nomenclature, réglementation). Elle les respecte, en informe les parents et précise si elle est conventionnée ou pas. Une information au sujet des frais supplémentaires doit être dispensée clairement aux parents.
- La sage-femme a une connaissance approfondie des textes de lois relatifs à sa profession et s'engage à respecter la législation en vigueur dont l'obligation d'une formation continue.
- Chaque sage-femme a le droit, dans les limites déterminées pour l'exercice de la profession et selon ses propres critères et ceux basés sur l'evidence based



medecine, KCE², liste de Klosterman, HAS³, OMS⁴ d'accepter ou non un projet d'accouchement en toute autonomie : à domicile, en Maison de naissance, en plateau technique ou en gîte intra-hospitalier.

2/ Droit des parents

Chaque femme a le droit d'accoucher là où elle se sent en sécurité. Le domicile, les maisons de naissance, le gîte intra-hospitalier et l'accès en plateau technique font partie de ces lieux⁵.

3/ Responsabilité professionnelle de la sage-femme

La sage-femme s'engage à :

- Connaître la physiologie de la maternité. Chaque sage-femme a la responsabilité et le devoir d'actualiser les connaissances qu'elle a acquises. En ce qui concerne l'accouchement dans l'eau, la sage-femme doit veiller à s'informer et se former auprès de collègues qui le pratiquent.
- Connaître les Recommandations Nationales du KCE pour « le suivi d'une grossesse, d'un accouchement et d'un postpartum à bas risque ».
- Ouvrir pour chaque projet d'accouchement par sage-femme autonome un dossier regroupant le suivi régulier de la grossesse, le suivi de l'évolution du travail, les mentions relatives à l'accouchement et le suivi post-natal.
- Préparer la naissance en tenant compte de la spécificité relationnelle et affective qui entoure les futurs parents.
- Créer le climat serein et la relation de confiance indispensables à l'accouchement sans quoi il pourrait être contre-indiqué.



- Présenter et discuter des risques inhérents au suivi du travail et de l'accouchement, que ce soit à domicile, en Gîte, en Maison de naissance ou à l'hôpital. La sage-femme relève de l'art de guérir dans le cadre du suivi de la grossesse à priori normale et de l'eutocie. Les parents en seront informés.
- Suivre une formation complète et reconnue dans le domaine de la réanimation bébé et des urgences obstétricales. Cette formation devra avoir été suivie au plus tard au démarrage de la pratique autonome et ne pas dater de plus de cinq ans. La sage-femme se tiendra au courant des nouveautés en la matière et prévoira un recyclage, une fois par an, en pratiquant les gestes d'urgence et de réanimation bébé sur mannequin sur base des dernières recommandations.
- Dans le cas d'une expérience professionnelle hospitalière en salle de naissance inférieure à 2 ans , commencer sa pratique de suivi de travail et accouchement à domicile, en Maison de naissance, en plateau technique ou en gîte intra-hospitalier, par une période de compagnonnage en travaillant en « binôme » avec une sage-femme expérimentée dans ce domaine afin d'acquérir l'expérience nécessaire à une pratique autonome responsable.
- Etablir autour de sa pratique un réseau multidisciplinaire (gynécologues, pédiatres, médecins traitants, ONE, collègues sages-femmes, psychologues, assistantes sociales, ostéopathes...)
- Etablir le lien entre les parents, le gynécologue de référence et l'hôpital de référence par les moyens qu'elle juge adéquats.
- Faciliter la transmission et le partage de ses connaissances - Travailler en réseau professionnel et pluridisciplinaire.
- Participer à des intervisions régulières avec des collègues et autres professionnels concernés.
- Disposer du matériel et des médicaments nécessaires.
- Favoriser la présence d'une seconde sage-femme lors de l'accouchement.
- Dans le cas d'un accouchement à domicile planifié, organiser une visite au lieu de naissance prévu au plus tard à 36 semaines d'aménorrhée.
- Pour le domicile et la maison de naissance : avoir prévu un transfert vers l'hôpital réfléchi et organisé.
- Souscrire à une assurance professionnelle.



4/ Responsabilités des parents

La demande d'accouchement à domicile, en Maison de naissance, en plateau technique ou en gîte intra-hospitalier doit être exprimée par les parents.

Les parents s'engagent à :

- Préparer ce projet avec la ou les sages-femmes qui ont accepté de les accompagner (suivi de grossesse, suivi de travail, accouchement et suivi post-natal).
- Signer éventuellement un consentement écrit qui reprend l'ensemble de ces informations, après une information éclairée sur les compétences et les limites de l'exercice de la sage-femme.
- Préparer le matériel indiqué par écrit par la sage-femme.
- Se sentir serein et tisser le lien de confiance indispensable à l'accouchement à domicile avec la sage-femme autonome, sans quoi il pourrait être contre-indiqué.
- Reconnaître que le processus de maternité présente des risques inhérents à son existence, que ce soit à domicile, en Gîte intra-hospitalier, en Maison de naissance ou à l'hôpital. Selon le lieu et le type d'accompagnement, les risques sont différents, les manières de les prévenir aussi. « Le risque zéro n'existe pas ».

5/ Responsabilité professionnelle de la sage-femme en cas de transfert

La sage-femme s'engage à :

- Inciter, en cas de pathologie suspectée au cours de la grossesse, à consulter un médecin pour un avis. Le suivi peut être repris par la sage-femme si la pathologie est écartée.
- Respecter le fait qu'un accouchement avec une sage-femme et en toute autonomie ne peut avoir lieu avec une sage-femme que s'il n'existe pas de risque connu de complications. L'accouchement doit avoir lieu entre 37 et 42 SA.
- Permettre l'accompagnement personnalisé et global valorisant les propres capacités de la femme et du couple et du bébé, et leur permettre ainsi d'être acteurs de la mise au monde.
- Transférer la patiente pour un avis médical en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal que ce soit durant la grossesse ou le suivi du travail.



- Ce qu'un transfert ait lieu à tout moment du travail de l'accouchement ou du post-partum, à chaque fois que la situation sort de la physiologie et lorsque l'accouchement requiert la pose d'une péridurale, d'ocytocine, d'un forceps, d'une ventouse etc, ou si le couple en fait la demande.
- Organiser, lors de la visite à domicile et avant la mise en travail, les conditions de transfert : moyens de transport, distance aux lieux de transferts potentiels et temps nécessaire selon les circonstances. Noter ces informations dans le dossier. Elle peut proposer aux parents un document à signer qui atteste de leur compréhension et de leur adhésion au fonctionnement proposé en cas de transfert.
- En cas de transfert en milieu hospitalier, prévenir le service et accompagner les parents. S'ils le souhaitent, et quand cela est possible, poursuivre l'accompagnement à l'hôpital.
- Si la péridurale est réalisée dans un but de confort alors que le travail est physiologique, la sage-femme pourrait en plateau technique, en fonction des termes de la convention, poursuivre le travail et pratiquer l'accouchement en toute autonomie. Par contre, si la péridurale est suggérée ou installée parce qu'il y a dyscinésie, la sage-femme peut poursuivre un accompagnement psycho-affectif. La responsabilité est alors transférée à l'équipe hospitalière.
- Transmettre à l'équipe prenant le relais toutes les informations pertinentes, médicales et autres.
- Décrire dans le dossier de « suivi sage-femme » la situation obstétricale et/ou pédiatrique qui motive la décision de transfert. A l'arrivée, noter la situation et la prise en charge effectuée.
- Dans le cas particulier du suivi du travail à domicile avec accouchement prévu en milieu hospitalier, mentionner clairement dans le dossier cette intention et ses modalités pratiques.

« Nous vous invitons à ne pas faire d'amalgame entre le statut « d'accompagnante de la naissance » pour lequel la sage-femme s'engage à ne pas interférer avec les décisions de l'équipe hospitalière et celui de la prise en charge autonome pour lequel, en réflexion préalable et approfondie avec l'équipe des sages-femmes et des gynécologues qui y participent, les limites de sa pratique autonome ont été définies (la physiologie). Le statut d'accompagnante est très inconfortable puisque nous sommes là pour soutenir affectivement et émotionnellement la traversée des sensations, nous sommes avec le papa la garante de la parole de la mère, une sorte de tampon entre les parties. Celui de la pratique autonome est tout à fait différente puisqu'il s'agit d'une prise en charge médicale à part entière dans laquelle l'autonomie est beaucoup plus grande, en accord préalable avec l'équipe. La pratique autonome ne se limite donc pas à appliquer les protocoles de l'hôpital. »



Ce texte fera l'objet d'une évaluation et sera actualisé chaque année.

La sage-femme qui souhaite que l'item «accouchement en toute autonomie » soit mentionnée sur le site télécharge la charte, la signe et la remet à l'UPSfB (webmaster@sage-femme.be), qui la gardera en archive. L'item : domicile, maison de naissance et/ou plateau technique sera spécifié.

Références Bibliographiques

1. **Une grossesse à bas risque concerne** les femmes enceintes en bonne santé présentant un risque obstétrical bas qui accouchent ≥ 37 et < 42 semaines. Un accouchement à un âge gestationnel < 37 semaines ou ≥ 42 semaines n'est pas considéré comme "normal" KCE 2010.

AR du 01/02/1991: La grossesse normale et l'accouchement eutocique sont l'ensemble des phénomènes physiologiques, mécaniques et psychologiques qui aboutissent à l'expulsion spontanée, à terme, du fœtus en présentation du sommet et ensuite du placenta.

2. KCE, Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque, 2010 https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_139B_recommandations_accouchement_%C3%A0_bas_risque.pdf

3. HAS, Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales, 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales

4. OMS, Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, 2018 <https://ansfl.org/document/oms-2018-recommandations-de-loms-concernant-les-soins-prenatals-pour-que-la-grossesse-soit-une-experience-positive/>

5. Cour Européenne des Droits de L'homme 2010 Ternovsky v. Hungary

