

Les soins obstétricaux intégrés

LA FEMME ENCEINTE EST ACCOMPAGNÉE PAR QUI ET À QUEL MOMENT ?



PAR M^{me} LIDEWIJDE JG JONGMANS, SAGE-FEMME¹, Dr CORINE JM VERHOEVEN-SMEIJERS, SAGE-FEMME^{1,2},
Dr HENNIE AA WIJNEN, SAGE-FEMME³, Dr PIETER J VAN RUNNARD HEIMEL, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN- PÉRINATOLOGUE

INTRODUCTION

Aux Pays-Bas, le système obstétrical proprement dit connaît trois échelons. Dans le premier échelon c'est la sage-femme libérale qui intervient. Dans le deuxième et le troisième échelons, ce sont le gynécologue-obstétricien et la sage-femme hospitalière qui interviennent. Le troisième échelon diffère du deuxième par la présence d'un service de néonatalogie c'est-à-dire un service avec des soins intensifs pour les nouveau-nés malades, surtout pour les grands prématurés.

Si nous évoquons, dans la suite de cet article, le deuxième échelon, nous sous-entendons le deuxième et le troisième échelon.

En 2003, les deux associations professionnelles dans le domaine de l'obstétrique (des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes) en coopération avec des assurances de soins, ont réactualisé la liste des indications médicales. Cette liste contient 103 situations obstétricales analysées et indique quel intervenant obstétrical et quel lieu d'accouchement sont indiqués (*Verloskundige Indicatie Lijst = VIL*). Cette liste est la notice pour la conduite à tenir en obstétrique en ce qui concerne *qui fait quoi et où*.

Toutes les sages-femmes libérales (1^{er} échelon) forment avec un hôpital une "coopération obstétricale" (CO) pour mieux collaborer.

Les Pays-Bas connaissent 93 coopérations obstétricales. Ils ont des réunions régulières, font des protocoles ensemble et organisent des formations pratiques ensemble.

En 2008, le premier rapport du PERISTAT montrait que les Pays-Bas avaient une mortalité périnatale élevée en comparaison avec d'autres pays d'Europe. C'est la raison pour laquelle le gouvernement néerlandais a décidé de démarrer un projet pour améliorer ces chiffres.

On a introduit, entre autres, l'audit périnatal pour étudier de façon très détaillée l'analyse des soins autour d'une mort périnatale.

À part l'audit périnatal, le gouvernement a mis en route le processus des soins obstétricaux intégrés. Car la grande différence entre les soins obstétricaux aux Pays-Bas et les autres pays européens est la séparation entre les sages-femmes libérales et les hôpitaux, donc une séparation entre le premier et le deuxième échelon. Beaucoup de projets différents ont commencé afin d'améliorer les chiffres de mortalité périnatale.

Un des aspects de ces soins intégrés est **l'entretien multidisciplinaire (EM) au début de la grossesse**, après la première consultation de grossesse. Le 1^{er} janvier 2015, la CO de Veldhoven (les sages-femmes libérales autour du Centre Médical Máxima de Veldhoven), a débuté cet EM. Les données médicales et obstétricales ont été envoyées à l'hôpital et mises dans le dossier électronique.

Pendant cet entretien, on décide quel parcours de soins est approprié pour la femme enceinte.

Les femmes enceintes donnent leur accord avant cet entretien.

Comme c'était nouveau pour nous, nous avons enregistré les données de toutes les femmes enceintes à qui a été attribué un parcours de soins au début de leur grossesse.

Nous avons voulu obtenir une réponse aux questions suivantes :

- Comment est la répartition des parcours des soins ?
- Combien de fois la femme enceinte change de parcours ?
- Quel est le risque pour une femme enceinte d'être envoyée à l'hôpital ?
- Quel est le risque de la femme enceinte d'être confrontée au BIG 3 (l'accouchement prématuré, un retard de croissance intra-utérin ou l'asphyxie à terme) ?
- Est-ce que l'incidence des accouchements instrumentaux et les césariennes augmenteraient depuis l'implication du 2^e échelon ?

Et, pour terminer, nous avons demandé leur avis sur l'EM aux sages-femmes et aux gynécologues. À la suite des réponses données, l'EM a été modifié.

1. Máxima Medisch Centrum, Veldhoven (Pays-Bas).

2. Amsterdam UMC, VUmc, Midwifery Science, AVAG, Amsterdam Public Health research instituut, Amsterdam (Pays-Bas).

3. Présidente de la Coopération des Sages-femmes libérales, Brabant Sud-Est (Pays-Bas).

MÉTHODES

POPULATION

Il s'agit d'une recherche de cohorte prospective à laquelle 17 des 18 cabinets libéraux de la CO de Veldhoven ont participé. Toutes les femmes enceintes qui ont été discutées pendant l'EM entre le 1^{er} janvier 2015 et le 1^{er} janvier 2016 sont incluses dans cette recherche.

La sage-femme libérale, la sage-femme hospitalière, le gynécologue et l'interne sont présents. Si l'avis d'autres spécialistes (pédiatre, anesthésiste ou autre) était nécessaire, ils étaient contactés directement.

Pendant cet entretien, il est décidé du parcours de soins nécessaire pour la femme enceinte.

PROCÉDURE

Nous avons défini neuf parcours de soins (Tableau 1). Dans ces parcours sont déterminés :

- La fréquence des consultations,
- Le professionnel qui mène la consultation,
- L'information à transmettre à la femme,
- Les examens qui doivent être faits.

Des femmes enceintes qui ont eu le parcours *Low risk A* étaient des femmes en bonne santé, nullipares, non fumeuses, ayant l'indice de masse corporelle (IMC) < 30. Des femmes enceintes qui ont eu le parcours *Low risk B* étaient en bonne santé (non fumeuses, IMC < 30) avec un ou plusieurs accouchements par voie basse.

PARAMÈTRES DE RÉSULTATS

Toutes les données, comme l'âge et la parité des femmes enceintes, étaient enregistrées. Puis, on a enregistré qui

était le professionnel au début de la grossesse, au début de l'accouchement et à la fin de l'accouchement. La répartition des parcours de soins et le changement du parcours sont également enregistrés. De plus, nous avons étudié l'incidence des BIG 3 (l'accouchement prématuré, le retard de croissance intra-utérin et l'asphyxie), par rapport au premier parcours de soins. Pour terminer, nous avons fait une enquête parmi les intervenants pour avoir leur opinion sur la valeur de l'EM.

RÉSULTATS

Au total 2 216 femmes enceintes ont suivi l'EM. Les résultats des 2 109 femmes (accouchées de 2 154 enfants) sont décrits. 107 femmes enceintes ont été exclues pour cause de fausse couche (n = 38), déménagement (n = 44), interruption médicale de la grossesse (n = 14), transfert dans un autre hôpital (n = 4) et les données manquantes (n = 7). Des 2 109 femmes enceintes, 937 (44,4 %) étaient primipares et 1 172 femmes (55,5 %) étaient multipares. L'âge moyen était de 30,5 ans.

Une grande partie des femmes (84 %) avaient leur première consultation au premier échelon (Figure 1). Sur le plan national ce pourcentage est de 87,3 %.

FIGURE 1 > Répartition entre le 1^{er} et le 2^e échelon de la première consultation de la grossesse

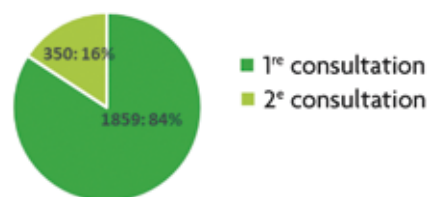
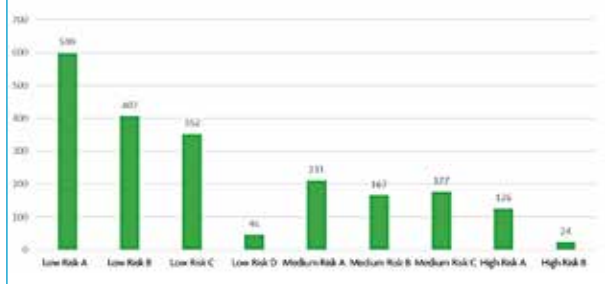


TABLEAU 1 > LES 9 PARCOURS DE SOINS

PARCOURS DE SOINS	CATÉGORIE ET ÉCHELON	ÉCHELON	EXEMPLES
LOW RISK A	Nullipare en bonne santé	1 ^{er} échelon	
LOW RISK B	Multipare en bonne santé	1 ^{er} échelon	
LOW RISK C	Femme enceinte avec un ou plusieurs points d'attention	1 ^{er} échelon	Arrêter de fumer, dépistage de diabète gestationnel
LOW RISK D	Femme enceinte qui désire être suivie à l'hôpital	2 ^e échelon	
MEDIUM RISK A	Soins prénataux au 1 ^{er} échelon mais avec une ou plusieurs consultations chez le gynécologue-obstétricien	1 ^{er} et 2 ^e échelons	Hémorragie de la délivrance dans les antécédents
MEDIUM RISK B	Soins prénataux au 1 ^{er} échelon jusqu'à 36 SA et la suite à l'hôpital.	1 ^{er} et 2 ^e échelons	Césarienne dans les antécédents
MEDIUM RISK C	Soins prénataux à l'hôpital par le gynécologue-obstétricien et la sage-femme hospitalière	2 ^e échelon	Hypertension artérielle
HIGH RISK A	Soins prénataux à l'hôpital par le gynécologue-obstétricien et la sage-femme hospitalière	2 ^e échelon	Des jumeaux bi-choriaux bi-amniotiques
HIGH RISK B	Soins prénataux à l'hôpital par le gynécologue-obstétricien	2 ^e échelon	Des jumeaux mono-choriaux bi/mono amniotiques

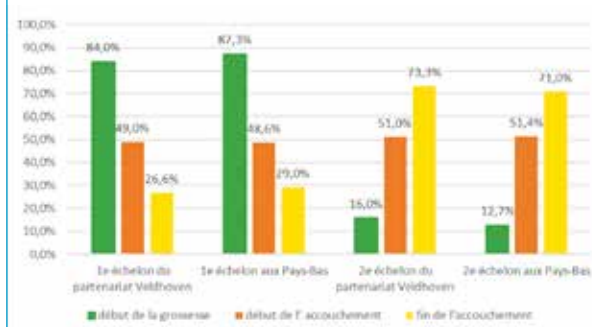
FIGURE 2 > Répartition des parcours de soins



Des 2 109 femmes enceintes, 701 (33 %) ont changé de parcours parmi 326 après 37 SA. 692 femmes ont changé vers un parcours "plus haut risque" et 9 femmes ont changé de parcours dits "plus bas risque".

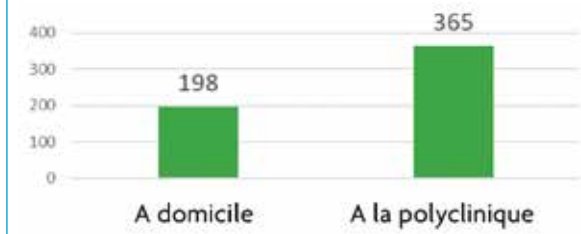
La figure 3 montre le responsable au début de la grossesse, au début de l'accouchement et à la fin de l'accouchement dans notre CO de Veldhoven par rapport aux chiffres nationaux ³.

FIGURE 3 > Participation aux soins obstétricaux



Dans la figure 4 ci-dessous, le lieu d'accouchement sous la responsabilité du premier échelon.

FIGURE 4 > Lieu d'accouchement sous la responsabilité de la sage-femme libérale



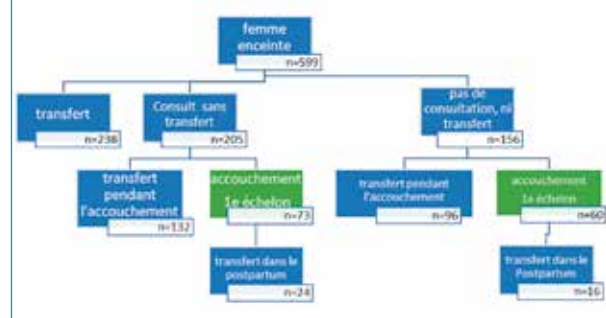
Des 1 035 femmes qui ont commencé leur accouchement sous l'accompagnement de la sage-femme libérale, 440 femmes (42,5 %) n'ont pas eu de consultation dans le deuxième échelon. Les femmes enceintes (n = 595/57,4 %) qui ont visité le gynécologue pendant la grossesse, le nombre moyen des consultations était de 2,7 (répartition 1-16 fois).

La figure 5 ci-après montre une analyse détaillée du groupe de femmes qui ont suivi le parcours de soins *Low Risk A*. Elles sont en bonne santé, pas d'antécédents médicaux graves, non fumeuses, indice de masse corporelle < 30 et accompagnées par la sage-femme libérale.

De ces 599 femmes nullipares, 92,7 % sont quand même vues en deuxième échelon pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. Cela peut être pour une seule consultation ou pour un transfert définitif.

Pour les 407 femmes qui ont le parcours *Low Risk B* (multipares en bonne santé avec un ou plusieurs accouchements par voie basse), 282 femmes (69,2 %) ont eu au moins une consultation ou un transfert vers le 2^e échelon pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum.

FIGURE 5 > La nullipare sans facteurs de risques au début de la grossesse - LOW RISK A



Le risque d'un accouchement spontané dans cette cohorte est de 78,4 % (n = 1 654). Dans 6,4 % des cas, un accouchement instrumental est effectué et dans 15 % des cas une césarienne est faite.

La mortalité périnatale (mortalité ≥ 22 SA jusqu'aux 7 jours de post-partum, n = 6/2 109) était basse dans cette cohorte : 2,8‰ (Pays-Bas : 7,8‰ ²).

115 (5,5%) de femmes accouchaient avant 37 SA. Parmi ces femmes, 98 femmes (84,4 %) étaient déjà dans le 2^e échelon avant le début de l'accouchement. Dans cette cohorte, 147 enfants (6,8 %) sont nés avec un poids de naissance ≤ P 10. Le retard de croissance était dépisté dans 52 des cas (35,3 %) et non dépisté dans 93 cas (63,2 %).

TABLEAU 2

FIN DE L'ACCOUCHEMENT	2014 PAYS BAS	2014 CO DE VELDHOVEN	COHORT MDO*	2016 PAYS-BAS	2016 CO DE VELDHOVEN
Accouchement spontané	74,8 %	77,0 %	78,4 %	76,0 %	77,0 %
Accouchement instrumental	8,7 %	6,0 %	6,4 %	8,0 %	6,0 %
Césarienne	16,5 %	16,0 %	6,4 %	16,0 %	18,0 %

* CM en 2015, accouchées en 2015/2016

Dans 25 cas (1,25 %) il y avait une question d'asphyxie à terme. Au total, 6 femmes (24 %) ont été transférées pendant l'accouchement du 1^{er} vers le 2^e échelon et dans les 19 enfants qui sont nés asphyxiés (76 %) la mère a débuté son accouchement au 2^e échelon.

La figure 6 ci-dessous montre l'incidence du BIG 3 par rapport au premier parcours de soins.

L'enquête est réalisée par 57 intervenants (34 sages-femmes libérales, 6 sages-femmes hospitalières, 9 internes et 8 gynécologues), soit environ 63 % du total des intervenants. Tous les intervenants ne sont pas impliqués dans la CM.

La plupart des professionnels estiment que la collaboration entre le 1^{er} et le 2^e échelon a été améliorée après l'introduction de l'EM. Cet entretien donne la possibilité de mieux se connaître, de se concerter plus facilement ; on se parle souvent et les données principales sont déjà dans le dossier électronique de l'hôpital, ce qui facilite le transfert d'urgence.

Quand on réfléchit ensemble, on découvre plus d'aspects qui demandent de l'attention. La réunion en petits groupes est très appréciée. Quelques sages-femmes estiment qu'elles sont trop maternées, ce qui affecte l'autonomie et l'indépendance de la sage-femme libérale.

Dans l'enquête, 73,6 % disent être contents des parcours de soins et 54 % veulent continuer l'EM de cette manière. L'entretien sur les femmes enceintes de parcours *Low Risk A et B* est estimé comme inutile par la plupart des sages-femmes libérales.

CONCLUSION ET DISCUSSION

Le but de cette recherche de cohorte prospective est de déterminer où la femme enceinte est accompagnée pendant sa grossesse, l'accouchement et les suites de couches après l'introduction de l'EM. La CO de Veldhoven suit la tendance nationale quant au pourcentage de femmes qui commencent l'accompagnement de leur grossesse dans le 1^{er} échelon.

Il s'est avéré que les primipares en bonne santé (*Low Risk A*) ont un risque de plus de 92 % d'être transférées temporairement ou définitivement vers le 2^e échelon. Pour les multipares (*Low Risk B*), ce pourcentage est presque de 70 %.

Donc, la femme enceinte a un très grand risque d'être transférée au 2^e échelon. Il convient d'informer la femme enceinte au début de la grossesse pour éviter les déceptions quant au transfert.

L'introduction de l'EM dans des soins obstétricaux intégrés n'a pas mené à un nombre accru d'interventions comme la ventouse ou la césarienne. La plupart des professionnels sont contents des parcours et estiment que l'EM améliore la collaboration et facilite la personnalisation des soins de la femme enceinte.

Notre étude a une grande limitation : l'opinion de la femme enceinte y manque. Cette année, nous allons commencer avec des questionnaires pour les femmes enceintes et accouchées.

Depuis juillet 2017, on ne discute plus les femmes enceintes (*Low Risk A en B*). Les données de ces femmes sont quand même envoyées à l'hôpital avec une proposition de parcours de soins, la sage-femme hospitalière prépare l'EM et, si elle est d'accord, la femme n'est plus discutée pendant l'EM. Puis, par suite de l'enquête, les parcours *High Risk A et B* sont intégrés dans **un seul parcours**.

Pour rendre l'EM plus pratique, nous avons commencé un test de la conférence vidéo par ligne sécurisée. La sage-femme peut participer à la réunion depuis chez elle, sa voiture ou son cabinet. C'est un gain de temps pour la sage-femme libérale.

En conclusion, les parcours de soins et l'EM répondent aux demandes des soins intégrés dans l'obstétrique. Il est estimé que cette collaboration augmente la qualité des soins obstétricaux. •

Un mot de gratitude pour notre collègue Sofie van Weelden, qui a enlevé beaucoup de fautes d'orthographe.

LITTÉRATURE

1. A.D. Mohangoo, S.E. Buitendijk, C.W.P.M. Hukkelhoven, A.C.J. Ravelli, G.C. Rijninks-van Driel, P. Tamminga en J.G. Nijhuis. *Hoge périnatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen : de Peristat-II-studie*. Ned Tijdschr Geneesk. 2008 ; 152 : 2718-27.
2. Perined. *Perinatale zorg in Nederland 2015*. Utrecht : Perined, 2016.

FIGURE 6 ➤ Premier parcours de soins par rapport au Big 3

