

Les soins gradués sont-ils des soins dégradés ?

PAR ISABELLE DERRENDINGER, DIRECTRICE DE L'ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NANTES ET SYLVIE MOREL, SOCIOLOGUE

Le 27 décembre 2017, *Le Monde* publie un article intitulé « Consulter un gynécologue : la grande galère », qui tire la sonnette d'alarme sur les conditions d'accès aux soins médicaux pour les femmes.

S'appuyant sur les données fournies par l'Assurance Maladie, le journaliste précise que le nombre de gynécologues médicaux a chuté de 41,6 % entre 2007 et 2017, et que s'ils sont actuellement 1 136 sur le territoire français ; ils ne pourraient être que 531 en 2025. Les conséquences de cette « pénurie » sont détaillées : allongement considérable des délais de rendez-vous, dépassement d'honoraires, renoncement aux soins. Au terme de cette liste, le journaliste prédit « une mise en danger de la santé de millions de femmes, de jeunes filles en particulier ».

En réponse à cette alerte médiatique et devant la pré-occupation grandissante des femmes exprimée sur les réseaux sociaux, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes publie un communiqué de presse le 29 décembre pour rappeler et réaffirmer publiquement le rôle primordial des sages-femmes auprès des femmes en bonne santé, et ainsi rassurer la population. Si ces publications mettent une nouvelle fois en première ligne une vieille querelle interprofessionnelle, elles posent surtout la question de la prise en charge de la santé génésique des femmes en France, organisée dans un parcours de soin dont l'efficacité reste à construire.

Au travers de ce communiqué, les sages-femmes affichent leur volonté d'être reconnues et identifiées par les femmes comme un acteur de premier recours dans leur domaine de compétences qu'est la physiologie. Certains voient dans cette graduation des soins une « ubérisation » de la santé des femmes, à l'instar d'Odile Buisson en 2013. Cependant, faut-il considérer cette modification de l'offre de soin comme le signe de sa dégradation ? Et les sages-femmes comme des acteurs de santé « low cost » ?

La mobilisation de cet argument des « soins dégradés » par une poignée de médecins n'est pas nouvelle dans le débat portant sur l'inégalité géographique dans l'accès aux soins. En 2012, lorsque François Hollande s'engage à « garantir pour chaque Français un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015 », le SAMU-Urgences de France, un syndicat de médecins urgentistes, avançait déjà cet argument pour justifier son refus d'une « paramédicalisation » des urgences, soit une approche qui implique de déléguer certaines compétences de soins d'urgence, considérées comme médicales en France, à des professionnels non-médecins (infirmiers et/ou

Selon cette approche du problème, les « soins gradués » c'est-à-dire envisagés ici avec des paramédicaux, sont considérés comme des solutions « dégradées » et « non éthiques ».

ambulanciers privés). Lors des premières assises organisées en 2012 pour répondre à l'engagement de François Hollande, les élus du SAMU-Urgences de France ont en effet affirmé publiquement : « les “soins gradués” seraient, en fait des “soins dégradés” pour la partie de la population concernée ; il n'est, en effet, en rien légitime de considérer que certains patients (dans les villes) auraient accès à des médecins spécialisés en médecine d'urgence tandis que d'autres (dans les campagnes reculées) auraient seulement accès à des infirmières ». Selon cette approche du problème, les « soins gradués » c'est-à-dire envisagés ici avec des paramédicaux, sont considérés comme des solutions « dégradées » et « non éthiques ». Suivant ce raisonnement, seuls les médecins spécialistes ou ayant reçu une formation spécifique, à savoir les médecins correspondants SAMU, sont en capacité d'assurer l'efficacité et la qualité des soins d'urgence en tout point du territoire.

Pour mieux comprendre les enjeux de cette controverse, approche médicale versus paramédicale des urgences, il est important de préciser le contexte de production de ce discours

Dans les faits, le discrédit public porté par ce syndicat sur l'approche paramédicale des urgences constitue une réponse à la politique de « paramédicalisation des secours » initiée depuis 2007 par la Fédération Nationale des Sapeurs-Pompiers de France (FNSPF), via la création des véhicules de liaison infirmiers (VLI). L'objectif de cette politique, soutenue par le ministère de l'Intérieur, est de pallier l'insuffisance connue du maillage territorial par les services mobiles d'urgence et de réanimation, la FNSPF considérant par ailleurs que l'idée de médicaliser les urgences est désormais obsolète. En cela, elle s'oppose aux élus du SAMU-Urgences de France, pour qui seuls les médecins spécialisés – urgentistes – peuvent assurer un accès aux soins d'urgence de qualité, l'intervention d'autres professionnels de santé (non-médecins) constituant une « perte de chance » pour les patients.

Cet argumentaire visant à disqualifier sur le mode de l'évidence une approche pourtant en vigueur dans de nombreux pays européens (Autriche, Allemagne, etc.) et outre-Atlantique (Canada, États-Unis, etc.), n'est étayé par aucune référence scientifique. En outre, que l'on prenne

en compte les seuls polytraumatisés ou bien l'ensemble des interventions d'urgence pré-hospitalières, aucune étude n'a semble-t-il prouvé la supériorité du système médical d'urgence français sur l'approche paramédicale.

Comparant l'organisation des urgences médicales pré-hospitalières de l'hexagone au système paramédical anglais, Jean-Dominique Bellier concluait d'ailleurs, en 2001, dans sa thèse de médecine qu'« *en fait, le bénéfice de ces deux types d'organisation pré-hospitalière n'est pas clair. Deakin souligne d'ailleurs qu'il n'existe aucune preuve qu'un des deux systèmes soit supérieur à l'autre lorsqu'est prise en compte la traumatologie pré-hospitalière dans son ensemble* » (Bellier, 2001). Ses résultats rejoignent ceux du Dr David Trewick qui, dans sa thèse de médecine, relève que « *jusqu'à présent, aucune étude prospective n'a comparé directement la survie des patients et la morbidité, à l'organisation des systèmes de secours* »¹ (Trewick D., 2000).

Bien plus encore, selon l'auteur, une étude comparée de la prise en charge de l'accident cardio-respiratoire indiquerait que la Grande-Bretagne obtient de meilleurs résultats que la France, du fait notamment de la diffusion précoce du défibrillateur semi-automatique (DSA) parmi le personnel de secours alors que dans l'Hexagone, son usage « *la été réservé longtemps au corps médical* ». Ce blocage a conduit à ce qu'« *en matière d'équipement en défibrillateurs, la France accuse un retard significatif en comparaison avec certains pays comme la Grande-Bretagne, l'Autriche, les États-Unis, etc.* ». En effet, dans ces pays, « *le taux de survie après un arrêt cardiaque atteint 10 à 30 %, contre seulement 2 à 3 % en France* » (Aliot, Mansourati, Gueugniaud, Occulti, 2008). D'après les données de la Fédération Française de Cardiologie, il est pourtant aujourd'hui acquis que la mise en place du DSA dans les lieux publics ainsi que la formation de la population à son usage, a permis de réduire sensiblement la mortalité des victimes d'arrêt cardiaque. Or, il a fallu des années en France pour qu'une poignée de représentants élus de la profession médicale acceptent sa diffusion et, par là même, de former des professionnels non-médecins et la population à un acte qu'elle considérerait comme relevant strictement de sa compétence.

La comparaison entre pays nous enseigne ainsi que des compétences considérées comme « naturellement » médicales en France, relèvent bien souvent chez nos voisins européens et outre-Atlantique de compétences propres de profession-

La comparaison entre pays nous enseigne ainsi que des compétences considérées comme « naturellement » médicales en France, relèvent bien souvent chez nos voisins européens et outre-Atlantique de compétences propres de professionnels de santé non-médecins.

nels de santé non-médecins. En restant dans le domaine de l'urgence, prenons l'exemple cette fois-ci des ambulanciers paramedics canadiens dont les compétences sont graduées². Dans ce pays, on distingue les techniciens ambulanciers qui ne disposent d'aucune compétence médico-technique avancée, des « paramedics » dont les soins incluent « *l'installation d'un tube (Combitube®) pour sécuriser les voies respiratoires, de même que l'administration de certains médicaments par voies intramusculaires, sous-cutanée, sous-linguale, orale, intranasale, et par inhalation.* » (Dodeler et Tremblay, p. 10). Ces gestes, réalisés sous protocoles validés par des médecins, sont considérés en France comme relevant du rôle médical et, à ce titre, ils restent interdits aux ambulanciers français.

Cette comparaison présente ici l'intérêt de faire apparaître la relativité culturelle de la frontière juridico-professionnelle entre acte médical et non médical qui, dans l'Hexagone, tend trop souvent à être naturalisée. Ces études montrent au contraire qu'elle est le produit d'une construction socio-culturelle (Pasveer et Akrich, 1996 ; Morel, 2018). Rarement mobilisées dans les débats, voire occultées, ces études jettent ainsi le trouble sur l'argumentaire des « soins dégradés » en rappelant l'existence d'autres formes de coopérations inter-professionnelles. Ces travaux démontrent par ailleurs que le « transfert de tâches », la « délégation de compétences » ou encore, les « pratiques avancées »³, quel que soit le nom qu'on leur donne, ne sont pas forcément synonymes de « soins dégradés » ou d'une « ubérisation » de la santé, loin s'en faut (Reynaudi, Sauneron, 2011).

Plus largement, un rapport d'évaluation de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) et de la Haute Autorité de Santé (HAS), publié en 2008, a d'ailleurs souligné les résultats positifs de seize expérimentations de « transferts de compétences » menées entre 2003 et 2007⁴ (HAS, 2008). Ces expérimentations portaient sur des actes techniques et médico-techniques variés (échographie, échocardiographie, explorations fonctionnelles digestives, suivi de patients recevant des chimiothérapies à domicile), ainsi que sur des actes médicaux (consultation de prévention et de dépistage pour le suivi des maladies chroniques). Leur évaluation montre, entre autres, que la délégation d'actes médicaux à des professionnels non-médecins bien formés (avec de la théorie et de la pratique), permettait la réalisation de soins dans des conditions de sécurité satisfaisantes pour les patients. Au regard de ces résultats scientifiques, la notion de « soins dégradés » apparaît finalement relever davantage de l'argument d'autorité et de la formule politico-médiatique que du raisonnement scientifique. À cet égard, une recherche doctorale menée sur la question de l'inégalité géographique dans l'accès aux

1. Il précise que son étude a juste pour objectif de « poser la question de l'intérêt de la médicalisation des secours ».

2. Nous aurions aussi pu prendre l'exemple allemand, suisse, autrichien ou encore, anglais. En Allemagne par exemple, on distingue trois grades d'ambulanciers : les Rettungshelfen, les Rettungssanitäter et les Notfallsanitäter. En France, la formation est graduée depuis 2007 (auxiliaire ambulancier, ambulancier diplômé d'État), mais la formation d'un ambulancier DEA reste encore largement inférieure à ses homologues européens.

3. La notion de pratique avancée en soins infirmiers a été officialisée par l'article 119 de la loi de modernisation du système de santé promulguée le 26 janvier 2016. Cette appellation remplace la notion de délégation de tâches médicales validée par la HAS et reconnue par l'ARS, en application de l'article 51 de la loi Hôpital, patients, santé, territoire (HPST) promulguée le 21 juillet 2009.

4. Ces expérimentations ont été menées suite à la publication de l'article 131 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui donne une base juridique aux transferts de tâches.

soins d'urgence montre que le débat sur l'accès aux soins d'urgence gagnerait à se déplacer d'une approche dominante en termes de « déserts médicaux » et donc de répartition géographique des médecins, vers une approche en termes de répartition des compétences entre les professionnels (Morel, 2014).

Qu'en est-il de l'organisation de l'offre de soins concernant la santé des femmes ?

Si l'enjeu ne se situe pas ici au niveau d'une délégation médicale à une profession paramédicale, le spectre des « soins dégradés » n'en reste pas moins brandi par une poignée de médecins dans le débat sur les inégalités d'accès aux soins gynécologiques. À l'instar du débat sur les urgences, il apparaît bien comme étant le symptôme de la vision « médecin-centrée » de ce problème de santé publique, fondée ici sur une méconnaissance des compétences des sages-femmes. En cela, il se rapproche du discrédit porté sur l'approche paramédicale des urgences.

À ce titre, les années 1970 ont marqué un tournant en faisant émerger la notion de risque périnatal. Perçue auparavant comme un état physiologique, la périnatalité se définit dès lors comme une situation potentiellement dangereuse. En 1972, le ministère de la Santé édite une brochure précisant que l'accouchement dit normal est une notion *a posteriori*. Tout accouchement comporte donc un risque et doit être surveillé. Cette perception de la naissance va changer définitivement l'approche obstétricale. La maternité va devenir, pour les femmes et les professionnels qui les accompagnent, une source de préoccupation permanente, nécessitant un environnement de plus en plus technique à visée sécuritaire, trouvant sa légitimité dans une *evidence based medicine* qui compose le socle scientifique des décisions cliniques de plus en plus soumises aux actions juridiques. Elle engage parallèlement les pouvoirs publics à centrer les décisions politiques sur l'hôpital, lieu de la médecine programmée et d'urgence pour tous, visant à réduire les inégalités sociales et territoriales.

S'il compose la principale structure de l'enseignement clinique, l'hôpital concentre aussi la recherche fondamentale et appliquée. Il héberge ce qu'Ulrich Beck définit comme une « *professionnalisation réussie* » : il délivre à la clinique et aux médecins qui l'exercent le cercle du pouvoir professionnel. Fondé sur la triade soin-enseignement-recherche, il leur confère une dimension « sub-politique », illustrée par les sociétés savantes qui définissent les enjeux de santé publique et le niveau de risque acceptable pour la population, fondé sur des niveaux de preuve scientifique. Dès lors, la scientification croissante de la santé des femmes laisse de côté la dimension holistique, préoccupation au cœur des débats actuels.

Ces orientations ont conduit à ce qu'Ulrich Beck nomme la « *déstandardisation du travail* » : la segmentation de l'exercice professionnel des sages-femmes hospitalières, parallèlement à la diminution de l'exercice libéral, a contribué à la fragmentation de cette prise en charge de la santé des femmes, reléguant la profession au rang d'auxiliaire médicale.

Tout comme la démonstration a été faite que la notion de « soins dégradés » des urgences n'est pas fondée scientifiquement dès lors que les professionnels paramédicaux sont

1/3 des grossesses est non désiré et la moitié va donner lieu à une IVG... 1 femme sur 5 entre 25 et 50 ans n'a pas bénéficié de frottis cervico-utérin au cours des cinq dernières années... 12 % des femmes n'ont aucun suivi gynécologique entre 20 et 23 ans...

bien formés, il apparaît nécessaire de lever le malentendu à propos de la formation initiale en maïeutique, les détracteurs des sages-femmes évoquant souvent une faiblesse de leur formation en comparaison des douze années d'étude nécessaires pour devenir médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique.

Si le programme des études est certes sans commune mesure avec les trois cycles des études de médecine, seul le troisième cycle de formation médicale est consacré à la spécialisation dans sa dimension physiopathologique. Il ne s'agit donc plus d'opposer la « faiblesse » d'une formation en 5 ans à une en 12 ans, mais un parcours de spécialisation en 4 ans centrés sur la physiologie en santé génésique pour les sages-femmes *versus* 6 ans de spécialisation faisant une part importante à la pathologie et aux techniques opératoires pour les médecins.

Si la formation initiale ne justifie donc pas la crainte de l'« ubérisation » de la santé des femmes évoquée par Odile Buisson, intéressons-nous aux indicateurs de santé de celles-ci : les résultats ne démontrent pas la supériorité du système actuel fondé sur l'action médicale spécialisée.

La principale spécificité des femmes est la santé reproductive, qui nécessite une prise en charge optimale afin d'éviter les grossesses non désirées, les interruptions volontaires de grossesse (IVG), les complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Le suivi gynécologique s'attache particulièrement à permettre le dépistage des cancers gynécologiques, les consultations de régulation des naissances, la prévention et le dépistage des infections sexuellement transmissibles, la prévention et le dépistage des violences, des troubles de la sexualité, la prise en charge des IVG.

Aujourd'hui, en France, un délai d'attente de 4 à 8 mois est nécessaire pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste. Un tiers des grossesses est non désiré et la moitié va donner lieu à une IVG. De même, 1 femme sur 5 entre 25 et 50 ans n'a pas bénéficié de frottis cervico-utérin au cours des cinq dernières années contrairement aux recommandations des sociétés savantes. Par ailleurs, 12 % des femmes n'ont aucun suivi gynécologique entre 20 et 23 ans et 40 % ne réaliseraient pas de frottis réguliers⁵. *Last but not least*, les femmes les plus défavorisées ou habitant un territoire de santé à faible densité de gynécologues médicaux ne bénéficient, quant à elles, d'aucun suivi régulier⁶.

5. www.e-cancer.fr/presse/8592-cancer-du-col-de-luterus-une-campagne-pour-savoir-ou-realiser-son-frottis

6. B. Jacques, S. Purges. *L'accès aux soins en santé génésique et reproductive des femmes précaires et/ou migrantes du Médoc : analyse sociologique*, Rapport final pour l'IREPS, Janv. 2014, 133 p.

S'agissant de la contraception, les études révèlent que même si 75 % des femmes déclarent utiliser un moyen contraceptif, les échecs demeurent fréquents. Sur ce point, il a été mis en évidence un manque important d'informations, notamment concernant la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule et de contraception d'urgence (délai d'efficacité, moyens de recours). La prévention des infections sexuellement transmissibles et des grossesses non désirées se révèle aussi insatisfaisante chez les jeunes. Selon l'enquête *Health Behaviour School-Aged Children* de l'OMS, 23 % des Françaises âgées de 15 ans ont déjà eu des rapports sexuels contre 32 % des garçons : seuls 41 % des adolescents utilisent des préservatifs lors de leurs rapports sexuels et seulement 19 % des filles utilisent un moyen contraceptif supplémentaire combiné au préservatif. En 2009, 339 045 boîtes de contraception d'urgence ont été distribuées par des infirmières scolaires françaises.

Par ailleurs, l'absence de dépistage est estimée à 23,7 % alors même qu'il est reconnu comme étant le principal facteur de risque du cancer du col. Et selon une étude réalisée par la Société française de Colposcopie et Pathologie cervico-vaginale, 43,1 % des femmes ont bénéficié d'un frottis dans un délai supérieur à trois ans. Enfin, il a été mis en évidence par plusieurs enquêtes « *un manque d'information médicale précise et compréhensible* » potentiellement anxiogène lors de la réalisation des dépistages par frottis. Une étude menée en France et en Europe⁷ en 2014 a permis d'observer, dans le cas d'un résultat anormal, une anxiété pour 74 % des cas, un stress pour 38,6 % et 25 % d'incompréhension. Ces valeurs sont supérieures aux observations menées dans les autres pays. Certes, nous constatons depuis plusieurs années une augmentation des politiques de prévention et de dépistage : des campagnes d'informations ont été mises en place et des primes à la performance sont attribuées aux médecins généralistes afin que ces objectifs soient atteints. Cependant, en 2012, encore 46 % des patientes n'ont pas eu un dépistage du cancer du sein alors qu'un quart des décès féminins survenus avant 65 ans pourrait être évité si la pathologie était diagnostiquée précocement. Pour expliquer ces résultats insatisfaisants, les spécialistes sont tentés de mettre en avant leur faible démographie : cet argument ne résiste pas à l'analyse des résultats obstétricaux qui restent tout aussi insatisfaisants alors même que la démographie des gynécologues-obstétriciens n'est pas mise en cause.

En France, bien que le suivi de la grossesse fasse l'objet de recommandations parfaitement codifiées par la Haute Autorité de Santé, l'enquête périnatale nationale conduite en 2016 a en effet montré que 71,5 % des femmes n'avaient pas d'entretien prénatal précoce, avec de grandes disparités régionales, et que 22 % des primipares ne suivaient pas de séances de préparation à la naissance et à la parentalité. De même, 8,5 % des femmes interrogées ne bénéficiaient pas non plus, du nombre de consultations recommandé et près de 8 % déclaraient leur grossesse après le premier trimestre. Ces résultats insatisfaisants s'expliquent, selon les Observatoires Régionaux de Santé (ORS), par un accès difficile aux soins dans un délai raisonnable rencontré par

La problématique actuelle de la santé des femmes gagnerait à se déplacer d'une approche alarmiste sur la démographie des gynécologues vers une approche ciblée sur la répartition des compétences entre professionnels, visant à lutter contre les inégalités sociales et territoriales.

la population sur certains territoires. Mais aussi, par un manque d'informations et d'actions de prévention auprès de la population. Sur ce dernier point, l'enquête de périnatalité de 2016 révèle en effet que le contexte social des femmes s'est dégradé depuis la précédente enquête de 2010 : si leur niveau d'études s'est élevé avec près de 55 % des femmes enceintes qui ont réalisé des études supérieures, la situation professionnelle des familles s'est altérée avec 28 % des familles bénéficiaires d'aides sociales de l'État. Par ailleurs, l'étude démontre que le rôle des sages-femmes, comme acteur de premier recours, semble mieux pris en compte même si le gynécologue-obstétricien reste le professionnel le plus consulté.

Au regard de l'ensemble de ces données, il nous semble important de rappeler ici les compétences des sages-femmes

Depuis la loi HPST de 2009, elles sont habilitées à pratiquer les consultations gynécologiques de prévention. Elles réalisent les frottis et peuvent dépister un cancer ainsi que prescrire des examens. Elles ont aussi la possibilité de prescrire tous les moyens de contraception et même, de poser et retirer un stérilet ou un implant contraceptif. Depuis 2016, elles sont également habilitées à prescrire et pratiquer les IVG médicamenteuses, à vacciner l'entourage de la femme et du nouveau-né. Dans ce contexte, la question de la filiarisation de l'offre de soin en santé génésique, qu'occulte l'argument des « soins dégradés » bien plus qu'il ne l'éclaire, apparaît au centre du débat. Et le verrou majeur bloquant toute réforme dans l'approche du problème de l'inégalité d'accès aux soins, que ce soit dans le domaine des soins gynécologiques ou d'urgence, apparaît donc bien d'ordre culturel et corporatiste.

Dans son projet stratégique 2013-2016, la Haute Autorité de Santé a déclaré vouloir « *répondre aux principaux enjeux de la régulation par la qualité et l'efficience que sont des parcours de soins efficaces et des approches centrées sur le patient en renforçant l'expertise et les modalités d'évaluation du système de santé.* » Selon les différentes études internationales, cette démarche consistant à considérer le patient comme une personne unique afin de construire une alliance thérapeutique entre ses attentes et la demande des professionnels, permet d'améliorer sa prise en charge. Cette approche holistique permet une meilleure observance, une diminution de la sous et sur-utilisation des soins médicaux ainsi qu'une diminution des coûts liés à la multiplication des examens ou des consultations de spécialiste. Tout comme le débat sur l'accès aux soins d'urgence, la problématique actuelle de la

7. Id.

santé des femmes gagnerait à se déplacer d'une approche alarmiste sur la démographie des gynécologues vers une approche ciblée sur la répartition des compétences entre professionnels, visant à lutter contre les inégalités sociales et territoriales.

Selon la HAS, la méthode centrée sur le parcours suppose une coordination de l'ensemble des déterminants et des acteurs qui interviennent, intégrant l'organisation des soins, d'une stratégie thérapeutique et de prise en charge, dans une perspective de parcours personnalisé pour un patient donné. Au vu des différentes spécificités territoriales, cette méthode doit se baser sur l'observation et l'analyse des difficultés et de l'état de santé des différentes populations, données fournies par les ORS. Chaque ARS, acteur majeur de la régulation des soins sur le territoire, doit donc prendre en main ce projet de parcours de santé des femmes afin de répondre aux besoins personnalisés de la population féminine qu'elle représente.

Au regard de la persistance voire de l'aggravation du problème de l'inégalité territoriale dans l'accès aux soins gynécologiques et d'urgence, il nous semble désormais urgent de sortir des postures défensives « médecin-centrées » qui ne font qu'opposer les professionnels entre eux et inquiéter inutilement la population pour, enfin, reconnaître les rôles de chacun dans un respect des compétences partagées visant un objectif commun : favoriser l'accès à des soins de qualité pour tous. Œuvrer à cette dimension collective nous permettra alors de « faire en sorte que la population reçoive la combinaison optimale, et non additionnelle des bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût. »⁸ •

8. HAS, projet stratégique 2013-2016.

RÉFÉRENCES

- Pr Aliot E., Pr Mansourati, J. Pr Gueugniaud P-Y., Occulti J., « Arrêt cardiaque », Cespharm, Éducation et prévention pour la santé, fiche technique, décembre 2008.
- Beck U. (2008) *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Édition Flammarion.
- Bellier Jean-Dominique, *Les secours sanitaires d'urgence pré-hospitaliers en France et en Angleterre : état des lieux, organisation et fonctionnement en Ile-et-Vilaine et dans le West country*, Thèse de doctorat de médecine. Sous la direction de Brajeul Jean-Paul, Université Rennes I, 2001.
- Bernis (de) L. (2010) *Mortalité maternelle, estimations et stratégies*. Communication orale au Colloque MAE, Mortalité Maternelle.
- Brodin M., Naiditch M. (2001) *Les politiques publiques de santé et l'organisation des soins périnataux*. In : Pédiatrie hospitalière (Progrès en pédiatrie n° 8), Drouin.
- Buisson O., 2013 « *Salé temps pour les femmes, futures mères si vous saviez* », Édition J.-C. Gawsewitch. 240 p.
- Carricaburu D. (2005) *De la gestion technique du risque à celle du travail : l'accouchement en hôpital public*. In : Sociologie du travail, n° 47, 245-262.
- Cohen D., McDaniel R.R. Jr., Crabtree B.F., Ruhe M.C., Weyer S.M., Tallia A. et al. (2004) *A practice change model for quality improvement in primary care practice*. J HealthcManag May ; 49 (3) : 155-68.
- Derrendinger I. (2016), *Repenser le modèle périnatal français. La théorie des biens communs d'Elinor Ostrom*. Éditions Universitaires Européennes. 96 p.
- Dodeler, N., Tremblay, D-G., 2011, *Conciliation emploi-famille et horaires de travail chez les paramédics (ambulanciers)*, Téluc-Arucs-GATS, 50 p.
- European perinatal health report. (2010) *Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe*. Accessible en ligne.
- Haute Autorité de Santé, « Délévation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopérations entre professionnels de santé ? », 2008.
- International Confederation of Midwives (2013) *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme*. <http://internationalmidwives.org>
- Morel S., 2014, *L'urgence à plusieurs « vitesses » : Fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France. Genèse et réalité d'un sous-champ sanitaire*, Doctorat de sociologie, Université de Nantes.
- Morel S., « De transporteurs à soigneurs ? Vers une segmentation du travail des ambulanciers privés français », Sociologie du Travail, 60 (1), 2018.
- OMS (2014) Banque mondiale, UNFPA, UNICEF. *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2013*. Genève : OMS.
- Pasveer, B., Akrich, M., 1996. *Comment la naissance vient aux femmes : Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas*. Broché, Paris.
- Reynaudi M. et Sauneron S. (2011), « Quelles opportunités pour l'offre de soin de demain ? (volet 1), Les coopérations entre professionnels de santé », La note d'analyse, n° 254, Centre d'analyse stratégique.
- Ronsmans C. & Graham W. J. (2006) *Maternal mortality: who, when, where, and why*. www.thelancet.com Vol 368 30 : 1189-200.
- Souza JP, Gülmezoglu AM, Vogel J, et al. (2013) *Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality. The WHO multicountry survey on maternal and newborn health : a crosssectional study*. Lancet ; 381 : 1747 - 55.
- Treweek D., « Aide Médicale Urgente : comparaison du système français (Nantes) au système britannique (Southampton) au travers deux pathologies cibles : l'arrêt cardio-respiratoire et la douleur thoracique, d'origine cardiaque, extra-hospitaliers : mise en œuvre du protocole (de néphrologie) », Thèse d'exercice, Médecine, sous la direction du Docteur Frédéric Berthier, Université de Nantes, 2000, [chapitre III].
- Yee LM et coll. (2015) *Mode of delivery preferences in a diverse population of pregnant women*. AmJ Obstet Gynecol 212 : 377.e1-24.
- <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>.
- http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/12/27/consulter-un-gynecologue-la-grande-galerie_5234776_1651302.html#Z9LjEoiWhPwmBcy.99.

sonicaid® Team 3

La nouvelle génération de
cardiotocographes ante et intrapartum



Prise en charge des triplés



Archivage des tracés
Base de données patientes



Ecran tactile intuitif
Double affichage numérique ou tracé



Paramètres maternels
Surveillance RCM, PNI, SpO₂



Analyse OXFORD

Système expert breveté et exclusif d'aide à
la décision. Critères de Dawes & Redman.
Base de données de 100 000 tracés CTG.



TECHMED

Le spécialiste du monitoring fœtal

Retrouvez-nous sur www.techmed.fr ou contactez-nous au 01 48 03 88 88

8 rue de l'Hôpital Saint-Louis 75010 Paris - Tél : 01 48 03 88 88 - info@techmed.fr