Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 116 (2018)
Heft: 10

Artikel: Modèles des soins en matenité : ce qui fait la différence
Autor: Michoud Bertinotti, Bénédicte
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949540

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

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

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

Download PDF: 05.12.2025

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

Modèles de soins en maternité: ce qui fait la différence

Voilà un thème bien théorique a priori. Surtout que dès les premières lectures sur le sujet, on est un peu ballotté·e entre des termes intimidants comme paradigme, concept, théorie ou philosophie. Afin de s'y retrouver, cet article propose une mise en lien entre quelques textes, la santé des femmes, de leur famille et la pratique des sages-femmes.

TEXTE:
BÉNÉDICTE MICHOUD BERTINOTTI

Le modèle de soins s'articule autour d'un but précis et oriente le futur en termes de relève et de production des connaissances.

Commençons par les définitions. Le Larousse en ligne (2018) décrète qu'un modèle est notamment «ce qui est donné pour servir de référence, pour être reproduit». La littérature professionnelle des sages-femmes (Bryar & Sinclair, 2011) ajoute à cette définition qu'un modèle de soins permet de comprendre et de développer une pratique, de guider des actions, d'organiser la formation et d'identifier les besoins de recherche. Dans le cadre des soins en maternité, il devrait répondre aux préférences et besoins de chaque femme et chaque bébé aux niveaux personnel, social, culturel et de santé (Sandall et al., 2016b).

Selon ces définitions, un modèle de soins est donc une sorte de ligne directrice spécifique à une profession ou à une organisation. Il détermine non seulement les prestations offertes mais également la façon dont elles sont mises en pratique. Il s'articule autour d'un but précis et oriente le futur en termes de relève et de production des connaissances.

Lorsque l'on recense différents modèles de soins en maternité dans la littérature, il apparait que plusieurs niveaux sont concernés. Un modèle de soins peut ainsi déterminer la façon dont sont organisés les soins en maternité au niveau du système de santé (Homer, Brodie & Leap, 2008), comme un modèle de soins fragmenté par opposition à la continuité des soins; il peut déterminer qui est le principal prestataire de soins (Sandall et al., 2016 a), comme le modèle de soins dirigés par l'obstétricien·ne ou par la sage-femme; la façon dont les sages-femmes gèrent leur travail au quotidien (McCourt 2014 ; Davis Floyd et al. eds. 2009), comme le modèle du *caseload midwifery*[1]; ou encore déterminer qui/quoi est au centre du soins (De Labrusse et al., 2016 ; Leap 2009), comme le modèle des soins centrés sur la femme.

Loin d'être incompatibles, ces différents niveaux semblent souvent imbriqués les uns dans les autres en fonction des orientations prises par le système de santé, les institutions et/ou par les professionnel·le·s eux·elles-mêmes.

Modèles de soins en maternité, contexte Suisse

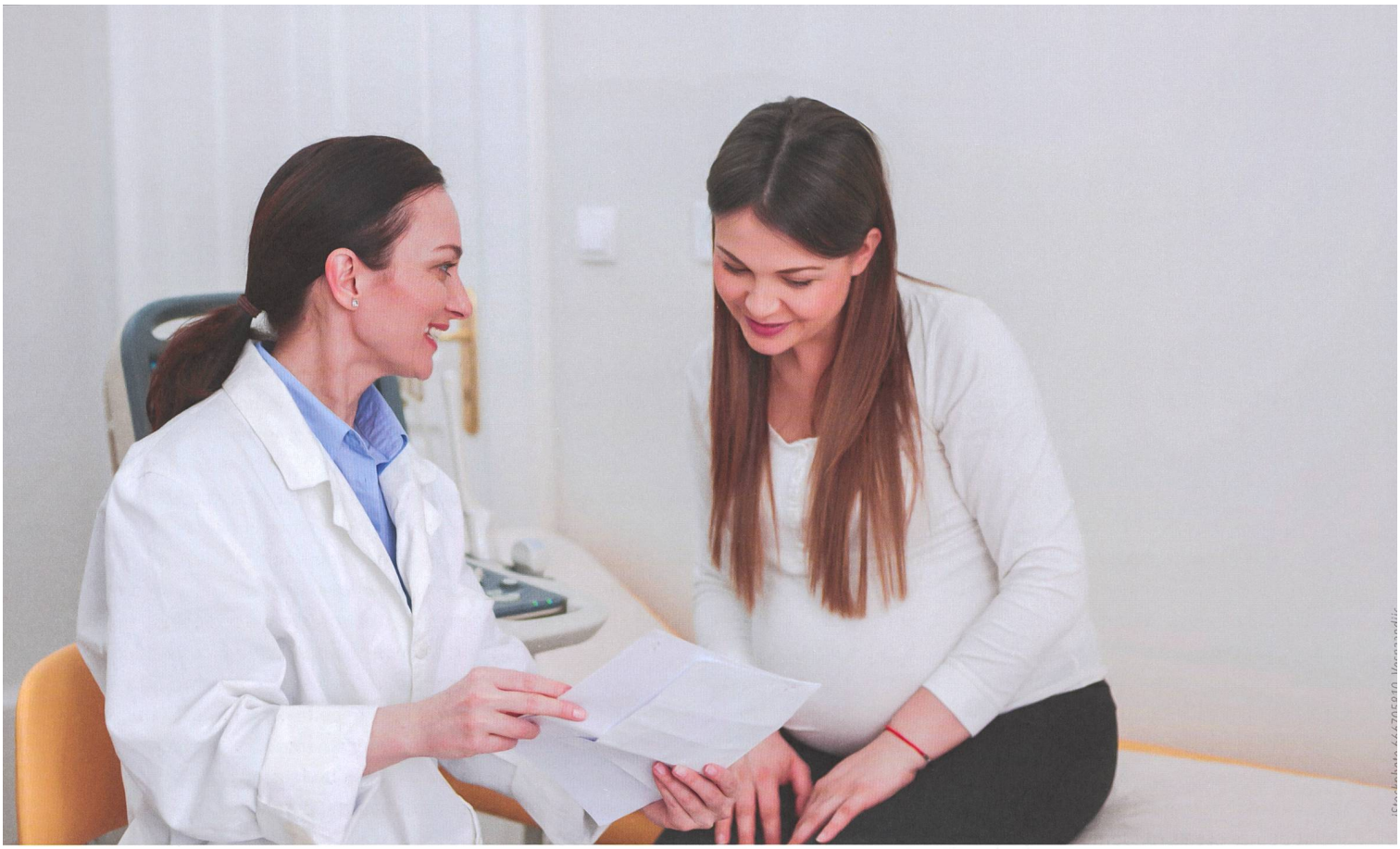
En Suisse, les soins en maternité sont définis au travers des prestations prises en charge par l'assurance de base (Office Fédéral de la Statistique 2018). Aucun modèle de soins en maternité explicite ne guide la pratique des professionnel·le·s du domaine au niveau national. Le cadre légal qui régit la profession semble être la seule référence communément adoptée par les sages-femmes. Ainsi, sauf initiative de leur part comme dans le cas de l'Accompagnement global à la Maternité des hôpitaux universitaires de Genève (Floris et al. 2017) par exemple, les sages-femmes hospitalières tendent à appliquer le modèle de soins dominant dans l'institution où elles travaillent. Du côté des sages-femmes indépendantes, une exploration en survol de différent sites internet met en évidence que le degré d'explicitation concernant le modèle de soin utilisé est variable.

Du point de vue des femmes, celles qui sont en bonne santé avec une grossesse physiologique peuvent choisir les options de suivi qui leur correspondent le mieux, pour autant qu'elles reçoivent et/ou sachent où trouver l'information. Ces femmes-là pourront ainsi se diriger vers un suivi de grossesse par un·e obstétricien·ne ou une sage-femme, vers un accouchement intra ou extrahospitalier, vers un accouchement ambulatoire ou un séjour hospitalier.

Elles peuvent donc opter sans contrainte ou presque pour l'un des trois modèles de soins en maternité dominant en Suisse identifiés par Floris et ses collègues (2017):

- Le modèle de soins partagés où les femmes enceintes sont suivies par leur obstétricien·ne ou en polyclinique, fréquentent éventuellement des séances de préparation à la naissance, se rendent à la maternité pour la fin du suivi de grossesse, y accouchent puis séjournent au post-partum avant de retourner à domicile avec une sage-femme indépendante et de retrouver leur obstétricien·ne pour la consultation des six semaines post-partum. Dans ce modèle, la responsabilité de l'organisation et de l'offre des soins est partagée par différents professionnels, répartis le plus souvent en fonction d'un moment particulier du processus de maternité (Sandall et al., 2016 a). Bien que non clairement explicité, ce modèle s'inscrit de façon assez évidente dans la catégorie des modèles de soins fragmentés, en raison du découpage d'un processus continu en moments spécifiques ainsi que du grand nombre de professionnel·le·s différent·e·s que vont rencontrer les femmes.
- Le modèle de soins continus dirigés par la sage-femme à l'intérieur duquel les femmes bénéficient du suivi par une sage-femme en particulier ou par un petit groupe de sages-femmes qu'elles connaissent, tout au long de leur parcours de maternité y compris durant le travail et l'accouchement. La sage-femme travaille sur une base de partenariat avec la femme, elle est la

[1] Sages-femmes organisées en binômes ou en petit groupe. Chaque sage-femme est référente pour un nombre défini de femmes ainsi que deuxième sage-femme pour les femmes suivies par sa collègue. Modèle qui permet plus de souplesse dans l'organisation et un allégement des gardes.



prestataire de soins principale et assume la responsabilité de l'évaluation des besoins de chaque femme, de la planification des soins et des soins prodigués. Elle se réfère à d'autres professionnel·le·s si nécessaire (Sandall et al., 2016 a). Ce modèle s'inscrit dans les modèles de soins basés sur la continuité.

- Le modèle de soins dirigé par l'obstétricien·ne offre aux femmes d'être suivies par un·e obstétricien·ne durant leur grossesse, leur accouchement et le post-partum, deux périodes durant lesquelles il·elle va tout de même travailler en collaboration avec des sages-femmes (Sandall et al. 2016 a). Ce modèle de soins implique une certaine continuité au sens où l'obstétricien·ne, parfois connu·e depuis l'adolescence, représente la personne de référence tout au long du parcours des femmes. Il n'empêche pas une certaine fragmentation lors de l'accouchement puis du post-partum où l'intervention des sages-femmes est inévitable.

Dans les soins en maternité en Suisse, le modèle de soins partagé est le modèle le plus largement répandu. De par sa structure et son organisation, il est accessible à toutes les femmes sans distinction. Le modèle de soins continus dirigés par la sage-femme est, lui, surtout développé par les sages-femmes indépendantes et offert aux femmes qui connaissent cette option, désirent un accouchement extrahospitalier et en remplissent les critères. Quant au modèle de soins dirigés par l'obstétricien·ne, il s'adresse principalement aux femmes bénéficiant d'une assurance privée. Tous deux sont donc réservés à une minorité de la population des femmes accouchant en Suisse (Floris et al., 2017).

Dans les soins en maternité en Suisse, le modèle de soins partagé est le modèle le plus largement répandu.

Ce qu'en dit la littérature

En Suisse, trois modèles dominent l'offre des soins en maternité et il est probable que de nombreux autres modèles existent en raison des orientations choisies par les professionnels. Cependant, ces modèles de soins étant peu souvent explicites, rares sont les évaluations de leur qualité.

Le seul document national à disposition qui évalue les soins en maternité est un rapport du Conseil fédéral publié en 2009, sur l'état de santé et la prise en charge des femmes ayant accouché (Confédération helvétique, 2009). Si les conclusions relèvent que la santé des accouchées et l'offre en soins avant et après l'accouchement sont satisfaisantes, peu d'éléments abordent explicitement la qualité de cette offre à la lumière des six critères[2] de qualité déterminés par l'*Institute of Medicine* (2001). De même, aucun modèle de soins n'y est traité en particulier.

Au niveau international en revanche, les évaluations de la qualité des modèles de soins en maternité sont plus répandues. Tout d'abord, un rapport sur les décès fœtaux et néonataux effectué au Royaume-Uni soulève que les modèles de soins fragmentés associés à un manque de personnalisation de la prise en charge contribuent à diminuer la sécurité et la qualité des soins en maternité (SANDS, 2015). Ce constat est ren-

forcé par l'Organisation mondiale de la santé qui relève que cette fragmentation représente un risque accru pour les populations vulnérables de se perdre dans les failles du système (2008). Du côté des sages-femmes, il semble également que ce modèle ait un impact sur leur bien-être au travail en augmentant leur niveau de stress, les symptômes dépressifs et le taux de burn out (Dixon et al., 2017).

A l'inverse, les modèle de soins basés sur la continuité semblent offrir de meilleurs résultats pour les femmes et leur famille comme pour les sages-femmes. En effet, Sandall et ses collègues ont mené une revue systématique de la littérature portant sur le modèle de soins continus dirigé par la sage-femme comparé à d'autres modèles, comme celui dirigé par l'obstétricien·ne, dirigé par le·la médecin de famille ou le modèle de soins partagés (2016 a). Cette revue inclut quinze essais randomisés impliquant plus de 17'000 femmes. Les résultats mettent en évidence que les femmes suivies selon le modèle de soins continus dirigés par la sage-femme ont eu moins souvent recours à l'analgésie régionale, moins de risque d'accouchement instrumentés, de naissances prématurées, de mort in utero avant et après 24 semaines d'aménorrhée et de risque de décès néonatal. Ces mêmes femmes ont eu plus de chance d'accoucher spontanément par voie basse. Aucune différence n'était notable concernant le taux de césarienne ou de périnée intact. Le niveau de satisfaction semble plus élevé et une tendance vers des moindres coûts se dégage[3]. Il est à noter que ce modèle de soins a été offert le plus souvent aux femmes en bonne santé présentant une grossesse à bas risque. Lorsqu'il a été offert à toutes les femmes sans distinction, les issues de santé se sont avérées similaires à celles atteintes dans d'autres types de modèles de soins, à l'exception du taux de césariennes électives et des coûts des soins prodigués significativement diminués (Tracy et al., 2013).

L'expérience des femmes met en évidence que celles qui ont accès à un modèle de soins continu dirigé par la sage-femme, ont plus facilement accès aux différents intervenants du système de santé, sont plus satisfaites des informations reçues, se sentent mieux préparées pour la naissance de leur enfant et pour le choix d'une analgésie. Leur vécu est globalement plus positif, marqué par un meilleur sentiment de contrôle et une diminution de l'anxiété (McLachlan et al., 2015).

Du côté des sages-femmes, il semble que le modèle de soins continus dirigé par la sage-femme augmente la satisfaction au travail (Newton et al., 2014).

Ce qui fait la différence

Ces résultats démontrent que les modèles de soins les plus bénéfiques pour les femmes et leur famille comme pour les professionnels sont ceux qui offrent de la continuité. A l'intérieur de cette continuité, il semble que ce soit la relation développée entre la femme et son prestataire de soins, possiblement la sage-femme qui mène à des meilleures issues de santé (Freeman et al., 2007). En effet, une relation soutenante construite sur la durée va assurer la possibilité d'un réel partenariat et une meilleure coordination des soins. Il s'agit donc de continuité relationnelle ou continuité du·de la soignant·e, comme le pratiquent notamment et sur une des périodes de la maternité les sages-femmes indépendantes lors des suivis post-partum à domicile durant deux mois. La continuité des soins au sens de la transmission de l'information ou de la cohérence du management des soins relayée d'un·e prestataire à un·e autre ne démontre pas les mêmes bienfaits (Sandall et al. 2016 b). Du côté des sages-femmes, cet investissement relationnel semble entraîner une diminution du stress et du risque de burn out (Creedy et al., 2017 ; Dawson et al., 2018).

Et maintenant ?

Ce tour d'horizon de la littérature portant sur les modèles de soins en maternité est unanime: un modèle de soins basé sur la continuité relationnelle offre à la femme et à sa famille les meilleures issues de santé tout en favorisant le bien-être au travail des sages-femmes et en maîtrisant les coûts.

Reste à savoir quoi faire de ces informations. Parce que oui, il va falloir en faire quelque chose: pour que les femmes et les bébés de tous horizons puissent accéder à ce qu'il y a de mieux et pour que chacune puisse se lover dans la chaleur d'une relation construite sur la durée. Et aussi pour que nous, sages-femmes de tous horizons, connaissions le plaisir intense d'accompagner une femme et une famille que l'on connaît réellement et prenions soins de nos valeurs, nos aspirations, notre engagement. Alors osons: parler entre habituées ou novices, de ce que ce modèle nous apporte en plus; l'expérimenter lors de nos propres grossesses; le promouvoir auprès des femmes enceintes que l'on rencontre dans le privé comme au travail; créer l'opportunité de faire entrer cette continuité à l'hôpital aussi. Pour finalement nous engager pour sa mise en pratique face aux décideurs du système de santé et des institutions.

Pour aller plus loin:

- Un guide pratique pour l'implémentation de la continuité des soins sages-femmes venant de l'Australie où la continuité est entrée à l'hôpital :
  Homer, C. et al. (2008). Midwifery Continuity of Care. Sydney: Elsevier
- Un Mooc (Massive Online Open Course) australien aussi qui traite des soins basés sur la relation. Dynamique, instructif, bien pensé et gratuit. Date de début des sessions à voir en ligne. Durée trois semaines:
  Maternity Care: building Relationships Really Does Save Lives: www.futurelearn.com/courses/maternity-care

Retrouvez toutes les références de cet article sur notre site www.sage-femme.ch dans la rubrique Fédération / Revue spécialisée.

AUTEURE

Bénédicte Michoud Bertinotti,
sage-femme, Master européen, maître d'enseignement à la Haute école de Santé Vaud, Lausanne.

2 Les six critères sont: sécurité, pertinence, centration sur le·la patient·e, efficacité, efficience, équité (Institute of Medicine 2001)

3 Résultats complets dans l'article accessible en ligne sur www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/full