

Le Birth Centre de l'Hôpital St Mary à Londres

Autor(en): **Maillefer, Françoise**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **111 (2013)**

Heft 3

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949127>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Le Birth Centre de l'Hôpital St Mary à Londres

Dans le cadre du projet de création d'une nouvelle unité au CHUV¹ pour l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement physiologique par les sages-femmes, Françoise Maillefer a séjourné à Londres à la fin 2011, avec deux collègues, afin de visiter plusieurs de ces unités. Son intérêt portait plus particulièrement sur les structures créées à l'intérieur d'un hôpital universitaire. L'objectif consistait à rencontrer des professionnelles responsables de la mise en place et de la conduite de ces unités – afin de poser des questions touchant à leur organisation – et de s'immerger dans leur quotidien.

.....
Françoise Maillefer, Lausanne



Françoise Maillefer
infirmière, sage-femme, master en santé publique (MPH)

Le Birth Centre de l'Hôpital St Mary nous a servi de référence car, de toutes les unités que nous avons visitées, c'est la structure la plus récente. Le St Mary's Hospital est un important établissement de soins londonien du quartier de Paddington, au nord-ouest de Londres. Jusqu'au début du XX^e siècle, cet hôpital possédait sa propre école de médecine, laquelle fusionna ensuite avec celle de l'Imperial College London. L'hôpital est aujourd'hui géré par l'Imperial College Healthcare (NHS Trust).

Nous avons rencontré la sage-femme responsable du projet, Pauline Cooke, qui a répondu patiemment à nos questions et nous a fait visiter les lieux. L'impulsion pour la création du Birth Centre est venue de l'hôpital lui-même pour les raisons suivantes: outre un manque de place se faisant de plus en plus fréquent en raison de

l'augmentation de l'activité en obstétrique, l'augmentation du taux de césariennes a engendré une réflexion sur la mise en place d'un modèle de soins obstétricaux qui favorise la physiologie. L'évidence scientifique montrait que ces unités intra-hospitalières étaient sûres et que les femmes souhaitaient un environnement similaire à celui de la maison. Une enquête menée auprès des femmes a démontré que 85% d'entre elles utiliseraient le Birth Centre. C'est le gouvernement qui a financé la création du Birth Centre.

Un groupe de conduite du projet a été constitué et la mise en place du Birth Centre a pris trois ans. Le soutien des obstétriciens a été tout à fait déterminant pour mener à bien ce projet, soutien qui a perduré après l'ouverture du Birth Centre. Toutes les sages-femmes avec qui nous avons discuté ont insisté sur le rôle crucial de la collaboration avec les obstétriciens. Paradoxalement, la plus grande opposition au projet est venue de certaines sages-femmes elles-mêmes.

Tous les soins sont suivis et contrôlés: issues maternelles et fœtales pour chaque accouchement et compte rendu dans un rapport publié annuellement. Les femmes remplissent un questionnaire avant leur sortie de l'hôpital; ceux-ci sont ensuite remis mensuellement et discutés lors de différentes réunions à l'hôpital.

Un document explique la politique de fonctionnement du Birth Centre; il en décrit la philosophie, les objectifs, les fondements de la création, les prestations, l'organisation du personnel, le transfert, les critères d'admission, le recrutement, les soins pendant le travail et le post-partum, la communication, la surveillance des risques, la mise à jour des guidelines.

Nous avons observé à St Mary des points qui sont communs à toutes les unités visitées et qui font la spécificité de ce type d'infrastructures. Avant tout, il faut relever l'appui incontestable que procure le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) aux professionnels britanniques: le NICE a pour objectif de fournir des documents et un support qui permettent d'offrir des soins «evidence based». Le NICE bénéficie d'une influence

¹ Voir l'article de Françoise Maillefer dans le numéro 9/2011 aux pages 36 et 37: CHUV – «Vers une nouvelle unité gérée par des sages-femmes».

et d'une crédibilité telles qu'il sert de référence absolue au niveau national, ce qui amène une grande cohérence dans les prises en charge avec un minimum de variations et d'inégalités dans les soins. Pour les patients, il donne accès à une information claire qui les incite à tenir un rôle actif par rapport leur santé.

Les Birth Centres ont donc édicté des protocoles de prise en charge avec, par exemple, des critères stricts pour l'admission et le transfert dans les Birth Centres. Chaque hôpital publie ses propres recommandations mais l'étude des différents protocoles hospitaliers montrent qu'il existe une très faible variation des recommandations d'un établissement à l'autre.

Fonctionnement et statistiques

Le Birth Centre comprend cinq salles d'accouchements et le staff est de 13,6 postes de sages-femmes en équivalents temps plein sages-femmes, deux auxiliaires de santé, une secrétaire et une sage-femme responsable. Les femmes sont reçues à partir de 34 semaines, avec une préparation à l'accouchement qui intervient à 36 semaines. Les femmes sont vues en consultation à 38 et 40 semaines de grossesse.

En 2010, 904 femmes en travail ont été accompagnées (dont 53% multipares) et 762 naissances ont eu lieu, ce qui représente 19% de toutes les naissances à St Mary (4000 accouchements). La moyenne mensuelle du nombre de naissances est de 63,5 – chiffre quasiment atteint après deux ans d'activité (62).

En ce qui concerne la croissance de l'activité, la première année a compté 49 naissances par mois en moyenne, ce qui représente 75% de l'activité plein régime. Le taux de transfert intra-partum était de 18%. En cas de transfert, la sage-femme reste avec la femme si cela est possible (90% des cas).

Motifs de transfert (par ordre d'importance)

Taux de transfert intra-partum chez les primipares:

36% de toutes les primipares, soit 92% de la totalité des transferts.

Indications	chiffres en %
Prolongation de la 1 ^e phase du travail	33
Prolongation de la 2 ^e phase du travail	21
Demande d'analgésie	16
LAM	11
Anormalité du BCF	6
HTA	3
Hémorragie ante-partum	3
Siège	2
Autres	5



Claire de Labrusse
Professeure HES-SO, HESAV
Lausanne

Chère sage-femme, chère lectrice, cher lecteur,

En octobre 2011, le numéro de sage-femme.ch sur les «Soins gérés par les sages-femmes» détaillait plus particulièrement les objectifs quantitatifs et qualitatifs des unités ouvertes au sein de l'hôpital et gérées uniquement par des sages-femmes. Prenons un moment pour regarder ce qui a changé depuis lors dans notre contexte professionnel.

Nous parlions alors d'exemples tels que celui de la Clinique des femmes de l'Hôpital Universitaire de l'île de Berne. Aujourd'hui, nous pouvons constater que cet élan s'est renforcé en Suisse allemande avec le Triemli Spital à Zurich et s'est propagé vers d'autres directions, tout particulièrement en Suisse romande. Prenant appui et force sur l'expérience suisse et internationale, d'autres unités ont ainsi vu le jour ou sont en voie de création. Alors, qu'en est-il précisément aujourd'hui pour les sages-femmes et pour les patientes?

Vous découvrirez, dans ce numéro, les témoignages de différentes sages-femmes. Certaines participent aux soins prodigués dans ces unités, d'autres ont travaillé à intégrer ces unités ou encore accompagnent la mise en place de ces unités dans leur institution. Leurs efforts, associés à celui des partenaires institutionnels ainsi que la demande des femmes à obtenir des soins encore plus respectueux de leurs préférences, ont pu permettre la naissance de telles structures.

Avec ces articles et ces quelques pistes de réflexion, nous pouvons préparer le prochain Congrès à Thonon qui cherchera à «Repenser la prise en charge obstétricale: utiliser les ressources des sages-femmes». En vous souhaitant une bonne lecture!

Cordialement,
Claire de Labrusse

Taux de transferts intra-partum chez les multipares:
3% de toutes les multipares, soit 8% de la totalité des transferts

Indications	chiffres en %
Prolongation de la 1 ^e phase du travail	37
Anormalité du BCF	36
Prolongation de la 2 ^e phase du travail	9
Demande d'analgésie	9
Fièvre	9

Autres statistiques

Avril 2010 à mars 2011 (762 naissances)

Trauma périnéal	chiffres en %
Intact	43
Epi	2
Déch I	13
Déch II	40
Déch III	1
Déch lèvres	1
Transferts post-partum	3
Hémorragie	28
Suture déch III	27
Suture	18
Rétention placentaire	9
Autres	18
Issues néonatales	
Apgar < 6 à 1 min	0,5
Apgar < 6 à 5 min	0,2
Transferts en unité néonatale, 14 cas	1,8
Tachypnée, grunting (9)	
Jaunisse (2)	
Siège (1)	
Hypotonie (1)	
Imperforation anale (1)	
Transfert de nouveau-nés au post-partum, 13 cas	1,7
RCIU (7)	
Malformations congénitales (2)	
Autre (4)	
Taux allaitement dans les 24 heures	97

Déroulement standard

Soulagement de la douleur

L'utilisation de l'eau est prépondérante avec 44% d'accouchements dans la baignoire et 88% d'utilisation du bain pendant le travail.

L'Entonox® (mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène) est largement utilisé avec plusieurs prises d'accès dans chaque chambre. Des analgésiques sont prescrits pour le pré-travail (codéine-paracétamol per os, péthidine im) et le TENS est recommandé à domicile.

En cas de demande de péridurale, la femme est transférée.

Surveillance fœtale

Absence de CTG et surveillance par Doptone.

Admission

Dès 4 cm de dilatation, un contact téléphonique est pris pour le pré-travail. Tout est documenté de manière stricte et détaillée (fiche à remplir pour les appels téléphoniques et notes dans le dossier si admission et retour à domicile).

Induction

Un décollement des membranes est proposé à toutes les femmes à terme.

Accouchement

Il a lieu en général sur un matelas, par terre ou dans la baignoire, très rarement sur le lit d'accouchement.

Information

Il existe de très nombreux documents, des flyers, sur de nombreux sujets en lien avec grossesse, l'accouchement ou le post-partum.

Des séances d'information sur le fonctionnement de l'unité ont lieu régulièrement.

Post-partum

Le nouveau-né est pesé à la naissance puis à domicile après cinq jours. Il n'y a pas de contrôle des paramètres vitaux systématique au quotidien. De même, on ne baigne pas le bébé chaque jour, à moins que cela ne soit demandé par les parents. Il n'y a pas d'exigence de choix de contraception à la sortie de l'hôpital. Le séjour est habituellement très court (moins de 24 heures) et le relais est pris par les «community midwives».

Pour conclure, nous avons retenu de ces visites et des discussions avec les sages-femmes rencontrées à Londres la démonstration d'un très grand professionnalisme; les difficultés et les doutes n'ont pas été escamotés et le fait d'être restées plusieurs jours sur place nous a permis de comprendre une partie des problématiques que nous allions devoir anticiper au CHUV. Nous avons aussi perçu la préoccupation des sages-femmes rencontrées d'offrir des soins de haut niveau avec une surveillance et une remise en question permanente des prestations, condition sine qua non pour que ces modèles durent et perdurent!