



CONGRÈS INTERNATIONAL DES SAGES-FEMMES FRANCOPHONES

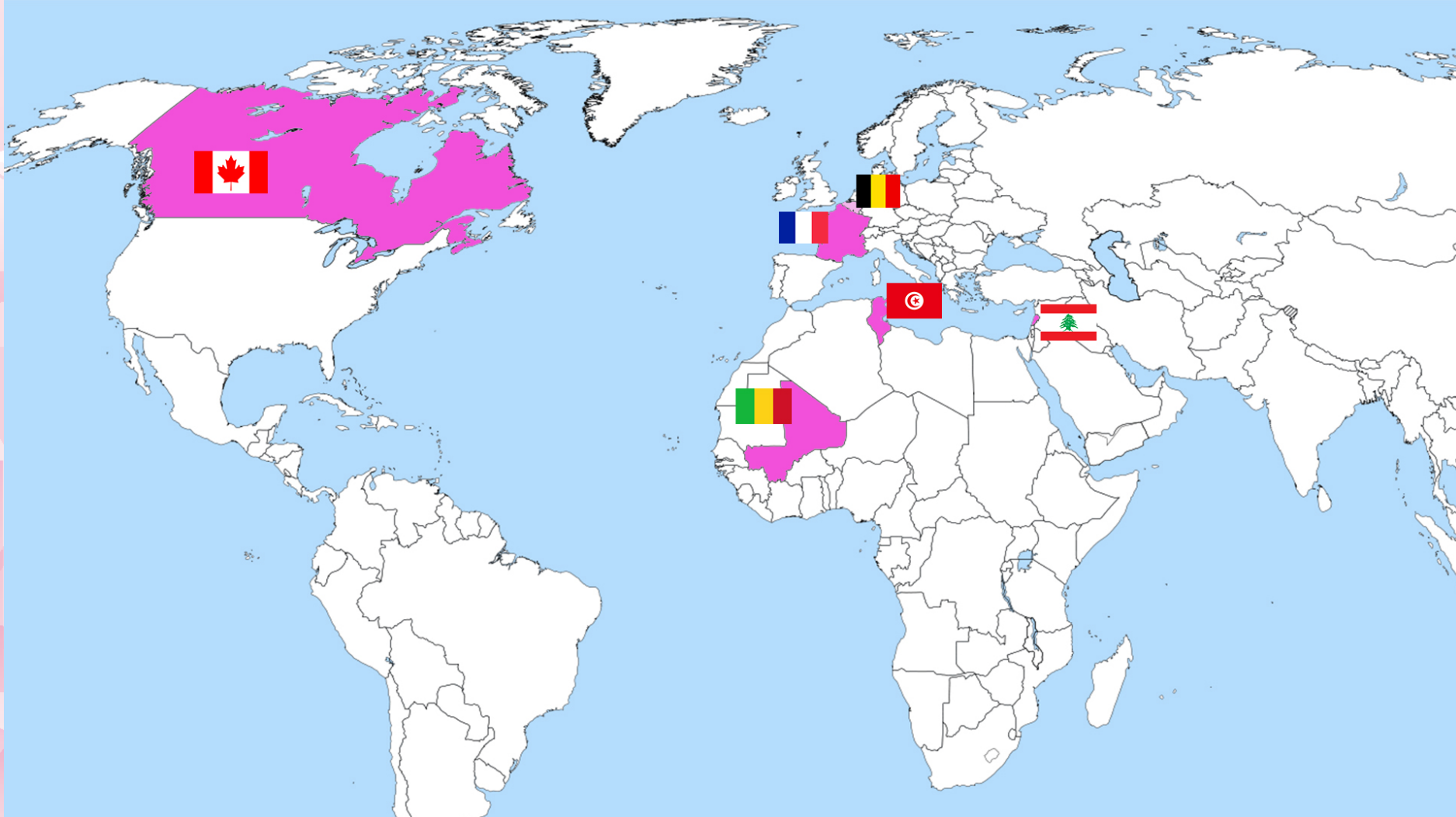
Conférence-débat



***" Comment préserver la physiologie
tout en assurant un haut niveau
de sécurité des patientes ? "***

Méridien Beach Plaza
22 avenue Princesse Grace
MONACO

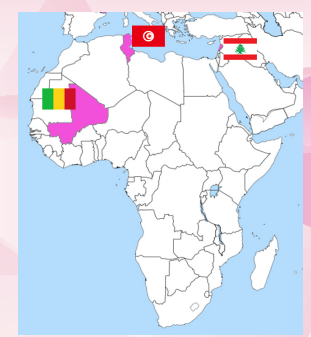
CONGRES INTERNATIONAL DES SAGES-FEMMES FRANCOPHONES



Norma AOUAD ASSAF



Liban

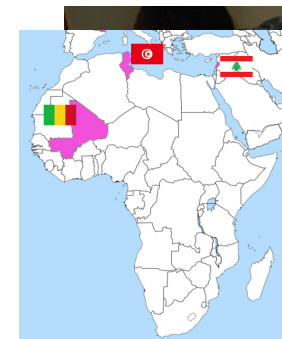


- Fonction:
 - Sage femme soignante
 - Sage-femme cadre
- Suivi des parturientes
 - La grossesse
 - L'accouchement: Le travail



Les SDC

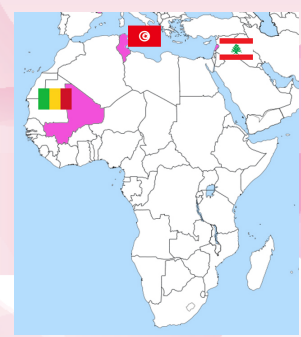
L'éducation parentale



Yolla ATALLAH



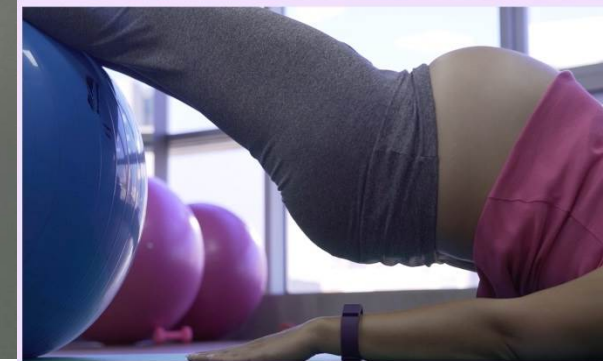
Liban

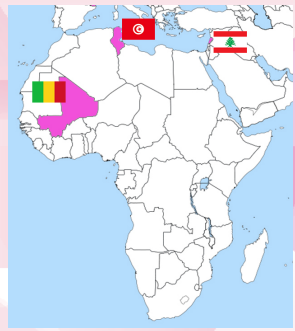


- Directrice ESF/USJ



- Liberal:
 - Centre de périnatalité
 - Suivi pré per et post natal
 - Initiation de l'accouchement physiologique dans l'eau





❖ **Fonction : point focal /PF à (DNS)**

Présidente de l' ASFM

❖ **Suivi des femmes enceintes : consultation P R dans les centres de santé à tous les niveaux.**

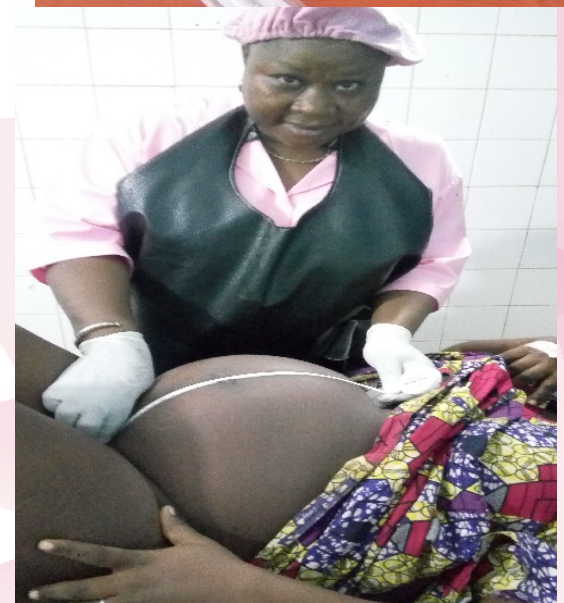
❖ **Suivi des femmes en salle d' accouchement: partographe modifié de l' OMS.**

❖ **Environnement : femmes accouchent sur des tables d' accouchement en décubitus dorsale**

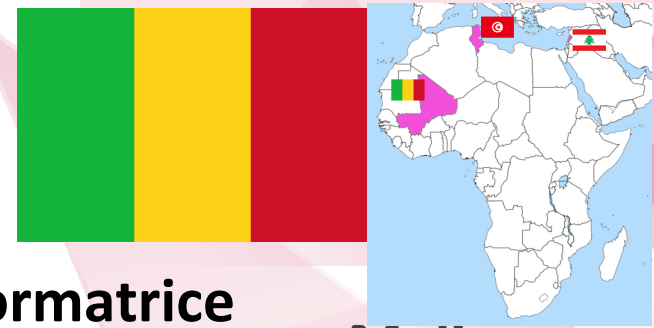
❖ **Salle d' accouchement avec deux box**

❖ **Salle de suites de couches qui sert de salle de travail**

❖ **Salle de repos pour les sages-femmes**



Binta Havé TRAORE



Mali

Sage-femme praticienne (cabinet de consultation) et formatrice

Pendant la grossesse : consultations prénatales recentrées sur les SF

Pendant l'accouchement : surveillance clinique + partogramme

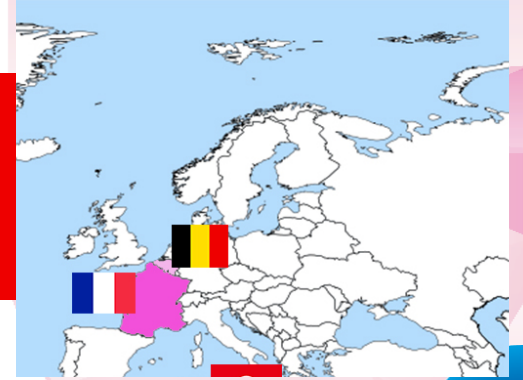
Hôpital Bamako : 7669 accts/an – 43 SF – durée hospitalisation = 24 heures



Salle d'accouchement a 3 box :

- Salle d'attente = salle de travail
- Salle des SDC
- Salle de repos pour les SF





Directrice du département paramédical, section sage-femme HENALLUX:

Responsable pédagogique, de programme, de l'internationalisation.

Baccalauréat SF (UE niveau 6) en 4 ans; entrée directe; 9 écoles de SF en Wallonie, +/- 500 inscr./an

Henallux: 7000 étudiants, 5 départements, dont le paramédical: section soins infirmiers et spécialités, section sage-femme: 220 étudiantes, staff 10 enseignantes SF Master santé publique, centre de simulation haute fidélité NASIM, centre FoRS, partenariats avec écoles de Flandres...

•**Défis:** EBM et recherche, identité professionnelle, travail en réseau (interdisciplinarité).

Déléguée au conseil de l'ICM pour la partie francophone belge:

Premier mandat (Janvier 2017): participation au Conseil Toronto juin 2017.

•**Défis:** engagement des SF francophones à l'international

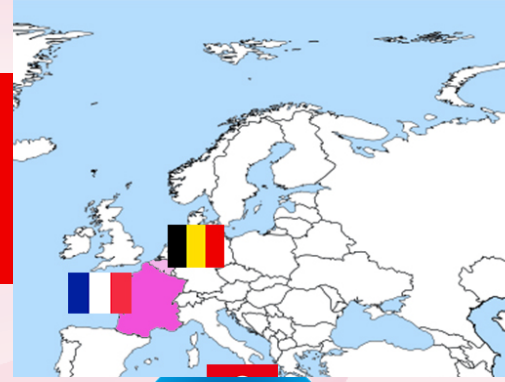
Secrétaire du Belgian Midwives Association (BMA)

Groupe travail de la Commission de Planification de l'offre médicale



Milena JAROSIK

Belgique



Maître Assistant/ Maître de formation pratique au département paramédical, section sage-femme HENALLUX:

Responsable du partenariat des activités d'intégration professionnelle (stages).

Contraintes: législations communautaire/fédérale/européenne, liste d'actes, ...

Défis: place de la SF en intra-extra hospitalier, promotion de la mobilité (Midwives Moving On MIMO)

- *Indice de fécondité Belgique: 1,74 (Banque mondiale, 2015)*

- *11 642 Sages-femmes ou visa/autorisation dont 76% actives, 7,18% indép. excl., 83,20% salariée excl. (SPF 2014)*

Centre d'Epidémiologie périnatale CEpiP (2015) Wallonie:

- *Nombre de maternités : 36 [et 2 MDN, 2 gîtes intra hospitaliers]*

- *Accouchements : 35 268 singletons, 569 multiples*

Extra-Hospitaliers: 0,8% soit 267: 91 en MDN, 104 à domicile programmé, 70 à domicile inopinés.

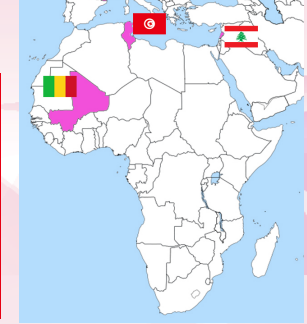
- *Analgesie péridurale: 80,2%*

- *Épisiotomie: 28,7%*

- *Césarienne: 21,5%*

- *Inductions: 31,6%*





Sage Femme Enseignante

Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé de Tunis

Université Tunis El Manar

- Taux de couverture par 4 visites prénatales est passé de 67.5% en 1988 à 98.1% en 2012
- 99 % des naissances en Tunisie ont eu lieu dans une structure de santé
- Taux d'accouchement assisté par un personnel qualifié est passé de 69% en 1988 à 98.6% en 2012
- 26,7 % d'accouchement par césarienne





Marie ERUIMY

Sage-femme remplaçante à la Maison Arc Ciel (MAC)

espace physiologique à Lormont

9% des accouchements à l'hôpital (75 % sous APD), 1% AAD

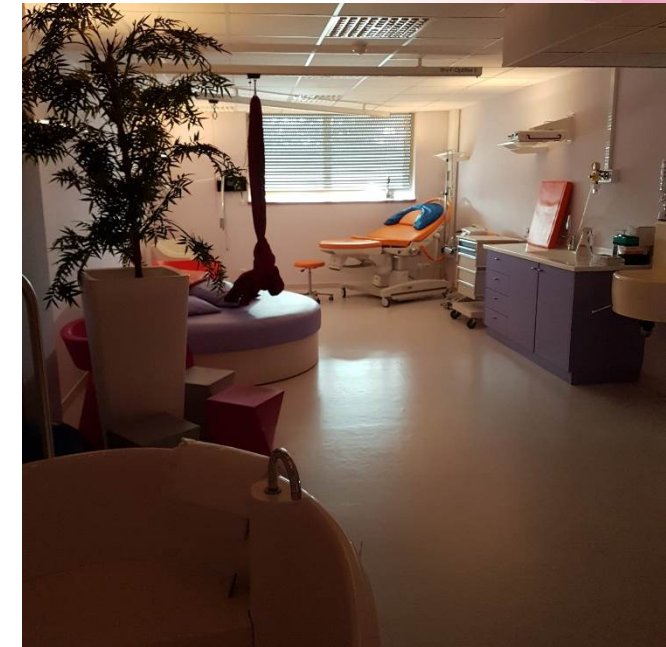
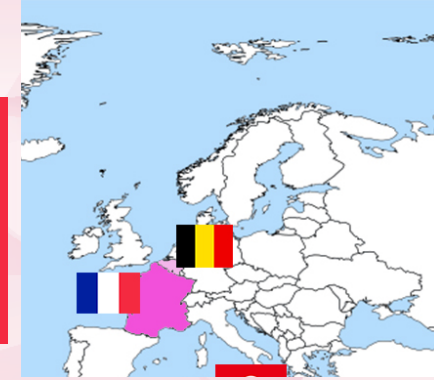
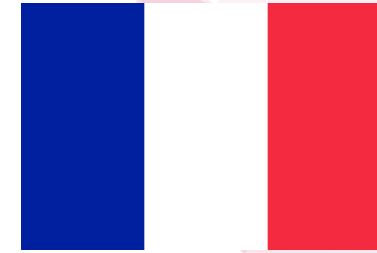
premières maisons de naissances : 2013 (67 plateaux techniques / 528 maternités)

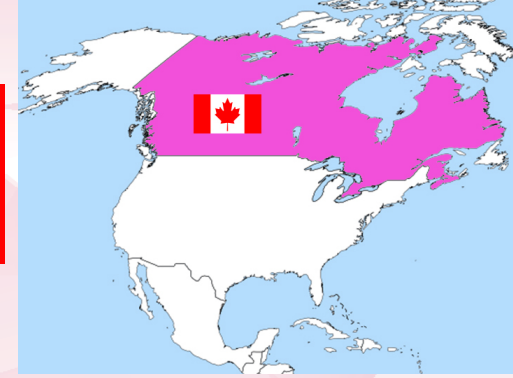
Diplôme d'Etat de sage-femme à Bordeaux (2006)

a exercé Morocco, au Togo, au Benin, en Afrique du Sud

expérience [d'accouchements à domicile](#) à Charlotte (Vermont-USA)

France





- Sage-femme depuis plus de 35 ans, je fais partie de celles qui ont fait reconnaître la profession sage-femme et ont créé les maisons de naissance au Québec.
- J'ai aussi travaillé à domicile, ainsi que dans le Grand Nord québécois.
- Le respect de l'accouchement physiologique, l'approche globale et l'autonomie des femmes sont au cœur de l'approche sage-femme au Canada.
- En 2016, 9% des accouchements au Canada ont eu lieu sous la responsabilité d'une sage-femme, en suivi global, avec choix du lieu de naissance: domicile, hôpital, et là où il y en a, maison de naissance.



Lesthèmes

DE LA FORMATION À L'EXERCICE PROFESSIONNEL,

Quelles sages-femmes sommes-nous ?

Les sages-femmes dans la recherche

Actrices de l'évolution de leur profession ?

QU'EST-CE QU'UN ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE ?

Définition de la physiologie

Prise en charge d'un accouchement physiologique

Le souhait des femmes

Qu'en est-il de la délivrance dirigée lors de l'accouchement ?

VAINCRE SA PEUR POUR MIEUX ACCOMPAGNER

> De quelles peurs parle-t-on ?

-> Comment vaincre nos peurs ?

La surveillance du travail : la femme et le fœtus

- > La surveillance maternelle (la gestion de la douleur est abordée l'après-midi)
- > La surveillance fœtale

Les positions de travail et d'accouchement, pourquoi s'en préoccuper ?

- > Pendant le travail
- > Pendant la phase d'expulsion

Les efforts expulsifs et l'aide à l'expulsion

Les efforts expulsifs

L'extraction instrumentale

L'aide non instrumentale à l'expulsion

La gestion de la douleur

- > La sage-femme et la douleur de la femme
- > Les différentes techniques de gestion de la douleur
- > La femme et sa douleur
- > Le père et la douleur de la femme

Comparaison de la gestion physiologique et active de la troisième phase du travail chez les femmes en Nouvelle Zélande

Lesley Dixon, PhD, MA, BA(hons), RM (Midwifery Advisor)'Correspondence information about the author PhD, MA, BA(hons), RM Lesley Dixon Email the author PhD, MA, BA(hons), RM Lesley Dixon, Sally K. Tracy, DMid, MA, BNurs, AdvDipN, RM, RGON (Professor of Midwifery) Email the author DMid, MA, BNurs, AdvDipN, RM, RGON Sally K. Tracy, Karen Guilliland, MA, RGON, RM (Chief Executive Officer), Lynn Fletcher, BSc(hons), DipStat, MSc (Independent Biostatistician), Chris Hendry, DMid, MPH, RM (Executive Director), Sally Pairman, DMid, MA, BA, RM, RGON (Head of School)



Contents lists available at [SciVerse ScienceDirect](http://SciVerse.Sciencedirect.com)

Midwifery

journal homepage: www.elsevier.com/midw



Comparaison de la gestion physiologique et active de la troisième phase du travail chez les femmes en Nouvelle Zélande

Outcomes of physiological and active third stage labour care amongst women in New Zealand

Lesley Dixon, PhD, MA, BA(hons), RM (Midwifery Advisor)^{a,*},
Sally K. Tracy, DMid, MA, BNurs, AdvDipN, RM, RGON (Professor of Midwifery)^b, Karen Guilliland, MA,
RGON, RM (Chief Executive Officer)^c, Lynn Fletcher, BSc(hons), DipStat, MSc (Independent
Biostatistician)^d, Chris Hendry, DMid, MPH, RM (Executive Director)^d, Sally Pairman, DMid, MA, BA, RM,
RGON (Head of School)^e

^a *New Zealand College of Midwives, PO Box 21 106, Christchurch 8143, New Zealand*

^b *University of Sydney & Royal Hospital for Women, Sydney Midwifery Research Unit, Level 1, Barker Street, Royal Hospital for Women, Randwick 2031 NSW, Australia*

^c *New Zealand College of Midwives, New Zealand*

^d *Midwifery and Maternity Provider Organisation, New Zealand*

^e *Otago Polytechnic, New Zealand*

Background: during the third stage of labour there are two approaches for care provision – active management or physiological (expectant) care. The aim of this research was to describe, analyse and compare the midwifery care pathway and outcomes provided to a selected cohort of New Zealand women during the third stage of labour between the years 2004 and 2008. These women received continuity of care from a midwife Lead Maternity Carer and gave birth in a variety of birth settings (home, primary, secondary and tertiary maternity units).

Methods: retrospective aggregated clinical information was extracted from the New Zealand College of Midwives research database. Factors such as type of third stage labour care provided; estimated blood loss; rate of treatment (separate to prophylaxis) with a uterotonic; and placental condition were compared amongst women who had a spontaneous onset of labour and no further assistance during the labour and birth. The results were adjusted for age, ethnicity, parity, place of birth, length of labour and weight of the baby.

Findings: the rates of physiological third stage care (expectant) and active management within the cohort were similar (48.1% vs. 51.9%). Women who had active management had a higher risk of a blood loss of more than 500 mL, the risk was 2.761 when a woman was actively managed (95% CI: 2.441–3.122) when compared to physiological management. Women giving birth at home and in a primary unit were more likely to have physiological management. A longer labour and higher parity increased the odds of having active management. Manual removal of the placenta was more likely with active management (0.7% active management – 0.2% physiological $p < 0.0001$). For women who were given a uterotonic drug as a treatment rather than prophylaxis a postpartum haemorrhage of more than 500 mL was twice as likely in the actively managed group compared to the physiological managed group (6.9% vs. 3.7%, RR 0.54, CI: 0.5, 0.6).

Conclusions: the use of physiological care during the third stage of labour should be considered and supported for women who are healthy and have had a spontaneous labour and birth regardless of birth place setting. Further research should determine whether the use of a uterotonic as a treatment in the first instance may be more effective than as a treatment following initial exposure prophylactically.

CONTEXTE

3ème phase du travail : « période entre la naissance du bébé et la délivrance complète du placenta et des membranes ».

2 modèles de gestion:

- Délivrance physiologique ou expectative : pas de médicament en prophylaxie, pas de traction du cordon, clampage du cordon retardé, poussée maternelle spontanée après signes de séparation.
- Délivrance active ou dirigée (DD) : uterotoniques donnés à la sortie de l'épaule du bébé ou juste après la naissance, cordon clampé rapidement, traction du cordon après signes de séparation.

Revue Cochrane Begley et al. 2010 : délivrance active → diminution risque hémorragique de plus de 1000ml.

Effets indésirables : Augmentation pression diastolique, tranchées, utilisation antalgiques en post partum, diminution poids bébé, plus de patientes revenant en consultation pour saignements abondants en post partum.

Conclusion : patientes devraient être informées des bénéfices risques délivrance physiologique vs délivrance active.

Limites de l'étude : pas de données pour patientes accouchant en dehors de l'hôpital;

Nouvelle Zélande : patientes suivies par SF du début de grossesse à 6 semaines Post Partum.

Patientes peuvent donner naissance à la maison, maison de naissance ou à l'hôpital essentiellement suivies par des SF.

Rôle de la SF en Nouvelle Zélande : s'assurer d'informer la patiente de manière accessible et promouvoir l'accès à une grossesse et naissance physiologique.

Méthode : MMPO (New Zealand Maternity and Midwifery Provider Organization) récolte informations administratives et cliniques pour les soins prodigués par des SF membres du New Zealand College of Midwives.

Nouvelle Zélande : patientes suivies par SF du début de grossesse à 6 semaines Post Partum.

Patientes peuvent donner naissance à la maison, maison de naissance ou à l'hôpital essentiellement suivies par des SF.

Rôle de la SF en Nouvelle Zélande : s'assurer de délivrer une information accessible à la patiente et promouvoir l'accès à une grossesse et une naissance physiologique.

Méthode : MMPO (New Zealand Maternity and Midwifery Provider Organization) récolte informations administratives et cliniques pour les soins prodigués par des SF membres du New Zealand College of Midwives.

But de l'étude Néo-Zélandaise

Décrire, analyser et comparer le modèle sage-femme pour la gestion de la 3ème phase entre 2004 et 2008.

Critères d'inclusion :

accouchement par voie basse spontanée,

> 37SA,

Présentation céphalique,

Singleton,

Poids bébé C10 à C90.

Critères d'exclusion :

- grossesse multiple,
- antécédent HPP,
- utérus cicatriciel,
- présentation non céphalique,
- épisiotomie,
- déclenchement et augmentation du travail,
- naissance instrumentale, césarienne,
- MFIU.

Après exclusion, 32 652 patientes (sur 88 781).

Données analysées : type de délivrance (active ou physiologique), saignements, utérotoniques, lieu de naissance, poids NN, Durée du travail, parité, âge, ethnicité et condition du placenta.

Parité analysée pour évaluer si influence le type de gestion de la délivrance.

RESULTATS

- 16 238 (48.1%) délivrance physiologique dont 979 patientes qui ont refusé la DD alors que recommandée par la SF.
- 17 514 (51.9%) délivrance active.
- Primipares 33.9% Multipares 66.1%.
- Patientes recevant une délivrance dirigée sont 2. 761 fois plus à risque d'HPP >500ml comparées à la délivrance physiologique (95% CI : 2.441- 3.122).

- Parité et longueur du travail augmente les chances d'avoir une Délivrance Active.
- Plus de Délivrance artificielle avec délivrance active (0.7%) que délivrance physiologique (0.2%).
- Chez les patientes qui ont reçu des utérotoniques en traitement et pas en prophylaxie : le taux d'HPP >500ml est 2 x plus élevé dans le groupe DD que dans le groupe Délivrance physiologique (6.9% vs 3.7%, RR 0.54, CI : 0.5, 0.6).

CONCLUSION

1. L'utilisation d'une gestion physiologique de la 3ème phase du travail devrait être considérée pour les femmes en bonne santé entrant en travail spontanément quelque soit le lieu d'accouchement.
2. D'autres recherches doivent déterminer si l'utilisation d'utérotoniques en traitement de première instance est plus efficace qu'en utilisation suivant une première exposition prophylactique.

« La physiologie procurerait une sécurité endogène pour la mère et pour le bébé. Au terme d'un travail physiologique une femme a toutes les hormones en jeu pour compléter son accouchement et faire naître son placenta d'autant plus que l'ocytocine endogène est produite en très grande quantité au moment de la naissance de l'enfant. »

Céline Lemay SF, PhD

Revue Canadienne de la recherche et de la pratique sage-femme. Volume 13, Numéro 1, Printemps 2014

CiSof Etude présentée par Geneviève CASTIAUX

The tensions of uncertainty: Midwives managing risk in and of their practice. Midwifery. Skinner, J., & Maude, R. (2016)

Midwifery ■ (■■■■) ■■■-■■■



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Midwifery

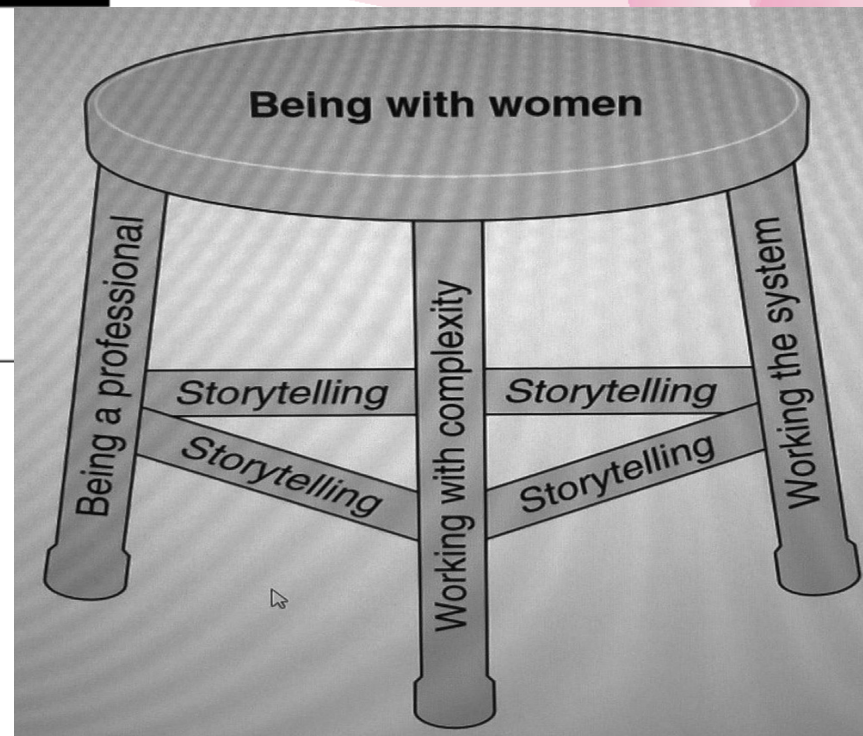
journal homepage: www.elsevier.com/midw



The tensions of uncertainty: Midwives managing risk in and of their practice

Joan Skinner, R.M., PhD (Senior lecturer)*, Robyn Maude, R.M., PhD (Senior lecturer)

Graduate School of Nursing Midwifery and Health, Victoria University of Wellington, New Zealand

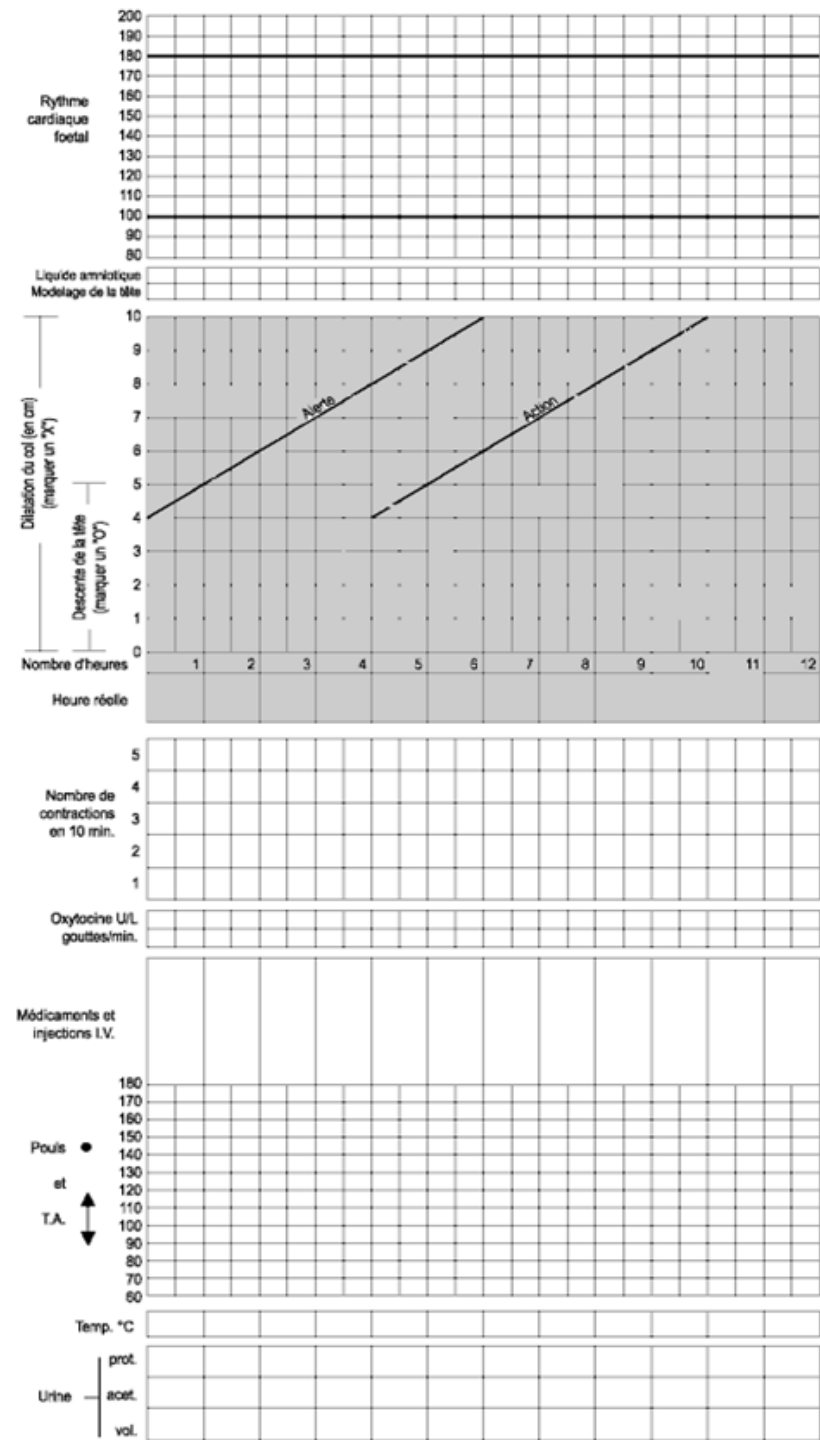


Partogramme de l'OMS avec ligne d'action et ligne d'alerte

présenté par

YALCOUYE Aoua GUINDO et

Binta Havé TRAORE



HYMNE SONU

Hymne de la sage-femme du Bénin

REFRAIN

Ne plus mourir en donnant la vie, c'est la devise de la sage-femme,

Ne plus mourir en donnant la vie, c'est la devise de l'équipe SONU.

COUPLET I

Sage-femme du Bénin, tu as la responsabilité,
L'obstétricien viendra après, le réanimateur et le pédiatre,

Alors coup d'œil, célérité et compétence.

Ne plus mourir...

COUPLET II

Décideurs du pays, jouez bien votre partition,
Un personnel sans compétence, des compétences sans moyens,
Ne riment à rien Je ne vous apprends rien.

Ne plus mourir...

COUPLET III

Oh toi ma sage-femme, n'oublie pas que tu as prêté serment,
A chaque maman son bébé, à chaque bébé sa maman,
A chaque papa la maman et le bébé.

Ne plus mourir...

**CONGRÈS INTERNATIONAL DES
SAGES-FEMMES FRANCOPHONES**
Conférence-débat



**Rendez-vous pour le
2^{ème} CISAf en 2019**

