

Université d'Angers,
École de sages-femmes René Rouchy

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

EVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTES CONCERNANT LE NOUVEL ESPACE PHYSIOLOGIQUE DU C.H.U. D'ANGERS

Étude rétrospective réalisée au C.H.U. d'Angers du 4 octobre 2011 au 5 octobre 2012



Soutenu et présenté par SEJOUR Claire

Sous la direction de

Madame BOUREL-HERAULT Martine et Madame GOICHON Brigitte

Mai 2013

Université d'Angers,
École de sages-femmes René Rouchy

DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

<p>EVALUATION DE LA SATISFACTION DES PATIENTES CONCERNANT LE NOUVEL « ESPACE PHYSIOLOGIQUE » DU C.H.U. D'ANGERS</p>
--

Étude rétrospective réalisée au C.H.U. d'Angers du 4 octobre 2011 au 5 octobre 2012

Soutenu et présenté par SEJOUR Claire

Sous la direction de

Madame BOUREL-HERAULT Martine et Madame GOICHON Brigitte

Mai 2013

REMERCIEMENTS

Je remercie Mme BOUREL-HERAULT, cadre du service de grossesses pathologiques puis du service de consultations prénatales, pour avoir su me guider dans la rédaction de ce mémoire et pour le temps qu'elle m'a consacré.

Je remercie le personnel de l'école de sages-femmes René Rouchy d'Angers, notamment Mme Brigitte GOICHON et Mme Catherine GAUDIN pour leur aide quant à la méthodologie d'un mémoire et leur relecture. Ainsi que Laurence SADI, secrétaire, sans qui cette école ne fonctionnerait pas.

Je remercie tout particulièrement les mamans pour leur participation, leur investissement, leur sympathie et leurs réponses précieuses.

Je remercie également mes parents et ma sœur qui ont toujours eu confiance en moi et qui m'ont soutenue pendant ces années d'études. Je les remercie aussi pour leurs multiples relectures.

Pour terminer, je remercie mes amies de leur soutien et de leur bonne humeur pendant ces 4 années passées à l'école.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
TABLE DES MATIERES.....	5
ABREVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE : GENERALITES	9
1 Historique de la naissance en France.....	9
1.1 Institutionnalisation de l'accouchement.....	9
1.2 Évolution des méthodes de lutte contre la douleur	10
2 Politique de périnatalité.....	10
2.1 Les plans de périnatalité 1970/1976 et 1994/2000.....	10
2.2 Décrets de périnatalité de 1998 : mise en place d'une nouvelle politique.....	11
2.3 La situation française en 2002/2003.....	12
2.4 Plan de périnatalité 2005-2007 : Humanité/Proximité/Sécurité/Qualité.....	13
3 L'évolution du « paysage obstétrical » français.....	14
3.1 La réduction du nombre de maternités en France.....	14
3.2 La iatrogénie due à l'hypertechnicisation	15
3.3 L'offre de soins limitée en France.....	16
3.4 L'exemple du C.H.U. d'Angers.....	17
3.5 Autonomie des sages-femmes.....	19
4 La « colère » des usagers.....	19
4.1 Loi du 4 mars 2002.....	19
4.2 États généraux de la naissance de juin 2003.....	20
4.3 Création du CIANE.....	21
4.4 Demandes des usagers concernant le lieu et les modalités d'accouchement.....	22
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS.....	24
1 Matériels et méthodes.....	24
1.1 Constitution de la population étudiée.....	24
1.2 Le recueil des données obstétricales.....	25
1.3 Le questionnaire.....	25
1.4 Mode de recueil.....	26

1.5 L'analyse statistique des résultats.....	26
2 Résultats.....	27
2.1 Profil de la population étudiée.....	27
2.2 Choix du lieu d'accouchement.....	28
2.3 Le projet de naissance et la préparation à l'accouchement.....	30
2.4 Les modalités d'accouchement.....	33
2.5 Satisfaction des patientes.....	35
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....	40
1 Limites et difficultés de l'étude	40
2 Biais de l'étude.....	40
2.1 Défaut de puissance.....	40
2.2 D'intervention	41
3 Comparaison des résultats.....	41
3.1 Concernant le choix du lieu d'accouchement	41
3.2 Les attentes des patientes concernant l'espace physiologique.....	42
3.3 Modalités d'accouchement	43
3.4 Comparaison des prises en charge « classiques » et « physiologiques ».....	44
3.5 Satisfaction des patientes.....	46
3.6 Axes d'amélioration.....	50
4 Perspectives d'avenir.....	53
CONCLUSION.....	56
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXES.....	61
RESUME.....	72
ABSTRACT.....	72

ABREVIATIONS

AMP : assistance médicale à la procréation

ANA : accouchement non assisté

APD : analgésie péridurale

ARCF : anomalies du rythme cardiaque fœtal

AUDIPOG : associations des utilisateurs de dossiers informatisés en périnatalité, gynécologie et obstétrique

CIAN : collectif inter-associatif de la naissance

CIANE : collectif inter-associatif de la naissance aux états généraux

CNGOF : conseil national des gynécologues et obstétriciens de France

C.H.U. : centre hospitalo-universitaire

CNN : commission nationale de la naissance

CRN : commission régionale de la naissance

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EGN : états généraux de la naissance

ENP : enquête nationale périnatale

HAS : haute autorité de santé

HCSP : haut comité de santé publique

HDD : hémorragie de la délivrance

IMC : indice de masse corporel

IHAB : initiative hôpital ami des bébés

MDN : maison de naissances

OMS : organisation mondiale de la santé

PMI : protection maternelle et infantile

PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins

SA : semaine d'aménorrhée

SDC : suites de couches

SSPI : salle de surveillance post-interventionnelle

UNAF : union nationale des associations familiales

UNICEF : united nations international children's emergency fund

INTRODUCTION

De tous les temps, les femmes mettent leur enfant au monde, seules, ou entourées de matrones. Le savoir de l'accouchement se transmet à l'oral. L'accouchement est une affaire de femmes, qui reste souvent familial et est réalisé à domicile. Il se médicalise au sein des maternités dans les années 1950, laissant ainsi le travail aux sages-femmes et aux médecins et diminuant aussi la morbi-mortalité maternelle et néonatale.

En France à l'inverse d'autres pays européens, l'accouchement est appréhendé comme un acte médical potentiellement dangereux. Il est considéré comme normal seulement 2 heures après celui-ci une fois que l'enfant et la mère vont bien. La dangerosité de la naissance est le postulat qui a conduit l'ensemble des politiques périnatales depuis 40 ans, corroboré par des chiffres médiocres de mortalité et morbidité périnatale.

Les réformes successives ont organisé un système de soins où la grossesse est prise en charge comme une maladie.

En réaction à cela, des associations d'usagers, de nombreuses mères ou futures mères, des couples expriment leur besoin de revenir à des méthodes plus naturelles en délaissant la surmédicalisation qui se développe autour de la naissance.

Des professionnels aussi ont perçu la iatrogénie de nos prises en charge stéréotypées.

C'est dans ce contexte que naissent les pôles physiologiques dans plusieurs maternités de l'hexagone.

Pour notre mémoire de fin d'études, nous avons donc choisi d'évaluer le ressenti des femmes qui ont souhaité accoucher de façon physiologique dans un espace nouvellement créé au sein de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers.

L'intérêt de notre étude est de savoir si la création de tels espaces répond aux attentes et aux envies des futurs parents. Il nous permettra également de connaître leur satisfaction à l'égard de ces nouveaux pôles et les points que nous pourrions encore améliorer.

Après avoir évoqué quelques généralités sur un rapide historique de la naissance en France, une description des différents plans de périnatalité qui ont été mis en place, une description de l'évolution du paysage obstétrical français, et enfin les attentes des usagers, nous aborderons plus précisément l'objet de notre recherche, les résultats et leurs analyses.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1 Historique de la naissance en France

1.1 Institutionnalisation de l'accouchement

Jusqu'à la fin du XVIème siècle, l'accouchement était pratiqué à domicile dans un cadre familial et réalisé par les sœurs, les mères, les tantes qui étaient dépourvues de formation. Ce n'est que vers le XVIIème siècle, grâce au soutien de l'église, que la formation de matrone est apparue. Les accouchements se faisaient toujours à domicile mais avec un minimum de règle d'hygiène (notamment port de gants lors de l'accouchement) [1].

Au XVIIIème siècle, les femmes accouchaient principalement grâce à l'aide des sages-femmes et des accoucheurs. Ces « professionnels » avaient reçu une formation orale. Dans les années 1900 il était de coutume d'accoucher à domicile. Pourtant les premières maternités existaient déjà. Mais les règles d'hygiène étaient peu respectées et la fièvre puerpérale tuait plus à l'hôpital qu'à domicile. C'est à Ignace Semmelweis, chirurgien et obstétricien hongrois, que revient le mérite d'avoir analysé et compris la transmission des germes et les premières règles d'asepsie furent mise en pratique [1]. Dans les années 1920, 1/3 des accouchements était réalisé dans les établissements de l'assistance publique à Paris puis 2/3 en 1939.

Après la seconde guerre mondiale, le nombre d'accouchements à l'hôpital a beaucoup augmenté du fait de la création de la sécurité sociale et de la notion de remboursement des soins liés à la maternité.

Au début des années 1940, des professionnels de l'obstétrique tentèrent de proposer des alternatives aux procédures conventionnelles de sécurisation du déroulement des accouchements à l'hôpital. Des médecins, tel que Michel Odent, et des sages-femmes, Ina May Gaskin, furent les avant-gardistes des maisons de naissance, de l'accouchement dans l'eau et des accouchements à domicile [2].

En 1960 est apparu le mouvement de l'accouchement non assisté (ANA). Les femmes décrivaient elles mêmes les circonstances d'un accouchement naturel : elles ne voulaient pas de la présence d'un personnel de santé. Elles ne voyaient pas d'effets bénéfiques aux services médicaux offerts mais au contraire une augmentation de l'interventionnisme

(césarienne, extractions instrumentales en nombre croissant). Elles voyaient l'ANA comme étant plus adapté à la mère et à l'enfant lors de l'accouchement mais aussi dans les suites de couches. Toutefois ce courant ne dispensait pas du suivi médical de la grossesse et des cours de préparation à l'accouchement [3].

1.2 Évolution des méthodes de lutte contre la douleur

En parallèle, dans les années 1950, F. LAMAZE préconisait un accouchement sans douleur par méthode psychique « déconnecter de la douleur en pensant à autre chose ». C'est la création de la clinique des Bleuets et les prémices de l'hypnose. La première préparation à l'accouchement (méthode haletante) a été mise en place.

Puis apparut la technique LEBOYER : réduire tous les stimuli agressifs pour accueillir le bébé dans les meilleures conditions possibles (baisser la lumière, diminuer l'intensité des voix,...). Le bébé est considéré comme un être humain qui va vivre ; la mortalité néonatale est en baisse [4].

En 1970-1980, apparut la péridurale en Europe, alors qu'elle est utilisée dans certains pays depuis les années 40 [5]. Elle avait des conséquences positives : diminution de la douleur des parturientes, mais aussi négatives : augmentation des déclenchements et de l'interventionnisme médical. Elle n'est d'abord que très peu utilisée et seulement sur indications médicales (environ 4% en 1981), aujourd'hui son utilisation est d'environ 80% [5].

2 Politique de périnatalité

2.1 Les plans de périnatalité 1970/1976 et 1994/2000

Bien que de plus en plus de femmes accouchaient à l'hôpital, les chiffres de morbi-mortalité maternelle et néonatale n'étaient pas satisfaisants. Le premier plan de périnatalité, Dienesch, a été mis en place en 1970, il s'établissait sur 6 ans et il avait pour objectif principal le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités ainsi que la formation des professionnels et la disponibilité immédiate de ces derniers. Il visait à renforcer la surveillance médicale des femmes enceintes en vue de rechercher les facteurs de risques obstétricaux qui peuvent menacer la santé de la mère et de l'enfant [6, 7, 27].

Parallèlement la France était face à un réel avènement des progrès médicaux : échographie,

nouvelles méthodes de prélèvements et de surveillance du fœtus,... . Mais les résultats escomptés n'étaient pas ceux espérés comme le montre le rapport du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) de 1993 [6].

Toujours dans le but d'améliorer nos chiffres de morbi-mortalité, un nouveau plan de périnatalité a vu le jour en 1994 et s'établissait sur 6 ans.

Les objectifs prioritaires de ce nouveau plan étaient de privilégier la sécurisation de l'accouchement par la restructuration des maternités et la fermeture des plus petites d'entre elles [27].

La mise en œuvre de ce plan s'était concrétisée par la mise en place des décrets de 1998.

2.2 Décrets de périnatalité de 1998 : mise en place d'une nouvelle politique

Ces décrets imposaient de nouvelles normes à respecter en terme de professionnels et de matériel afin d'augmenter la sécurité de la naissance dans les différents établissements et d'adapter les structures de soins aux impératifs de sécurité sanitaire [8, 9].

Pour avoir le droit d'exercer, les maternités devaient répondre à des critères précis et posséder certaines unités indispensables : c'est ce qui était à l'origine de la graduation des soins par niveau : [9]

* niveau I : prise en charge des grossesses à bas risque et accouchements à terme > 37 SA. Les maternités de niveau I assurent tous les jours 24h/24 les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance.

* niveau II : prise en charge des accouchements entre 32 et 36 SA ou des nouveau-nés de poids supérieur à 1500g. On distingue :

- le niveau II a (prise en charge des prématurés de plus de 34 SA), sans service de soins intensifs en néonatalogie
- le niveau II b (prise en charge des nouveau-nés de plus de 32SA), avec service de soins intensifs en néonatalogie

Les maternités de niveau II a et II b sont situées dans un établissement disposant d'un service de médecine néonatale et/ou pédiatrique.

* niveau III : prise en charge des grossesses avant 32 SA, des nouveau-nés de poids inférieur à 1500g ou ayant des malformations graves nécessitant de lourdes opérations. De plus, on y trouve un service de réanimation adulte et un bloc de radiologie interventionnelle. Les maternités de niveau III sont situées dans un établissement (centre hospitalier universitaire ou non) disposant d'une unité individualisée de soins intensifs ou d'un service de réanimation pédiatrique et/ou néonatal.

Ces décrets avaient entraîné une politique de régionalisation des soins permettant d'orienter les femmes enceintes selon leur niveau de risque. En effet les maternités qui ne disposaient pas des moyens nécessaires ni des budgets adéquats pour répondre aux normes imposées par les décrets, ont dû fermer ou s'associer à d'autres établissements, augmentant ainsi la taille des maternités restantes et entraînant une concentration des établissements [8,9].

Cette régionalisation s'est faite grâce au développement des réseaux de périnatalité. En effet les établissements non autorisés à pratiquer l'obstétrique par manque d'une des unités étaient encouragés à adhérer à un réseau de soins avec d'autres établissements, afin de faciliter et d'organiser les transferts des femmes enceintes [8].

2.3 La situation française en 2002/2003

En 2002 la situation française au niveau périnatalité, bien qu'en constante amélioration, était loin d'être optimale : manque de personnel, taux de morbi-mortalité médiocre, sages-femmes insatisfaites de leurs conditions de travail et usagers mécontents des conditions de naissance en France. Ils reprochaient aux établissements une hypertechnicisation et un manque d'écoute et de dialogue [6].

En réponse, le ministre de la santé (J.F. Mattei) a donné pour mission à 3 professionnels, un épidémiologiste (G. Bréart), un néonatalogue (J.C. Rozé) et un gynécologue-obstétricien (F. Puech) de faire un état des lieux de la situation de la périnatalité en France. Ce rapport a été rendu en 2003 et il a été repris point par point par le plan de périnatalité 2005-2007 en insistant sur la sécurité émotionnelle, médicale et sociale de la mère et l'enfant, en permettant une égalité d'accès à des soins adaptés et en répondant aux différentes attentes des usagers [6].

Un des axes envisagés permettant d'améliorer la situation périnatale en France a été

de différencier la notion de bas risque et de haut risque, il fallait donc « faire plus et mieux dans les situations à haut risque et faire moins (et mieux) dans les situations à faible risque » [6]. Il s'agissait d'adapter nos prises en charge au niveau de risque de la grossesse. Car effectivement, jusque là en France à l'inverse d'autres pays européens, un accouchement n'était jamais considéré comme physiologique à priori, mais seulement 2 heures après celui-ci, une fois que l'enfant et la mère allaient bien. Dans cette continuité, il n'était donc pas possible de définir des niveaux de risque concernant la grossesse. Et tous les accouchements étaient pris en charge de la même façon avec une surveillance médicale très importante.

2.4 Plan de périnatalité 2005-2007 : Humanité/Proximité/Sécurité/Qualité

Par la suite, paru le plan de périnatalité 2005-2007 qui décrit 4 axes prioritaires : humanité, proximité, sécurité, qualité.

Philippe Douste-Blazy, Ministre de la Santé et de la Protection sociale de l'époque, avait décidé de mettre en œuvre un plan d'actions ambitieux pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. Ce plan comportait un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche en favorisant l'écoute [10].

Les principales avancées du plan de périnatalité 2005-2007 étaient les suivantes:

- Création d'un entretien individuel et précoce du 4^{ème} mois : dépister les situations à risque, orienter la patiente vers les professionnels adaptés et favoriser le travail pluridisciplinaire en réseau afin d'évaluer le risque psycho-médico-social.
- Un soutien renforcé aux femmes et aux couples en difficultés psycho-médico-sociales : création du PRAPS (Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins) qui s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes
- Le développement des réseaux : renforcer le développement des réseaux ville/hôpital/PMI (Protection Maternelle et Infantile) en amont, et en aval des réseaux inter-établissements, afin de permettre un meilleur accès aux soins et de faciliter les transferts nécessaires.
- Poursuivre la sécurisation des accouchements : en terminant la mise aux normes

des maternités, en adaptant nos prises en charge au niveau de risque et en améliorant l'organisation des transports maternels et pédiatriques entre établissements

- Assurer une meilleure formation des professionnels : objectif qui passera par la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles des intervenants médicaux

- Expérimenter les maisons de naissance (MDN) : le projet était d'ouvrir des maisons gérées exclusivement par des sages-femmes qui prennent en charge les femmes enceintes du début de leur grossesse jusqu'à la fin de l'accouchement, lorsqu'il est annoncé à priori normal. Ces nouveaux concepts étaient destinés à des femmes qui souhaitaient accoucher de manière physiologique tout en gardant une sécurité maximale, car ces établissements étaient prévus attenants aux maternités de telle sorte qu'un transfert était toujours possible si une urgence se présentait. Cela permettait d'augmenter l'offre de soins.

Un groupe de travail, associant toutes les parties prenantes, a contribué à l'élaboration d'un cahier des charges établissant la définition et le périmètre d'activité de la maison de naissance. A ce jour aucune MDN ne s'est ouverte sur le territoire. Il s'agit d'un dossier complexe quant aux modalités de financement, mais aussi sur le plan juridique et assurantiel.

Le plan avait aussi permis la mise en place de la Commission Nationale de la Naissance (CNN) « Elle est chargée de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique pour la périnatalité... Elle est un lieu de discussion en matière de périnatalité, un lieu d'échange entre professionnels et usagers, un lieu de retour d'expérience des réseaux, contribuant ainsi à l'élaboration et à l'évaluation de la politique périnatale. Elle doit apporter son concours à l'évaluation des actions engagées en la matière. » [10].

3 L'évolution du « paysage obstétrical » français

3.1 La réduction du nombre de maternités en France

En 1975 on comptait 1369 maternités, en 2002 653 et en 2010 on n'en comptait plus que 535 (soit 834 maternités fermées en 35 ans) [27] dû, en grande partie, aux normes imposées par les décrets de périnatalité de 1998 et à l'incapacité financière pour certains établissements à mettre en place ces normes [11].

Le nombre moyen d'accouchements par maternité est donc passé de 528 en 1975 à 1153 en

2002, puis 1357 en 2007, sans pour autant que les maternités aient augmenté leur nombre de lits ni leur ratio de personnel. Les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) indiquaient qu'en 2010, un établissement sur quatre réalisait plus de 2000 accouchements par an, tandis qu'un établissement sur 10 en réalisait moins de 500 [11]. La proportion d'accouchements dans les établissements de plus de 3000 naissances est passée de 8 à 18%. On assiste donc à une tendance générale d'une concentration des accouchements dans des maternités publiques de niveau II ou III et de taille de plus en plus grande [11]. Les patientes se dirigent de plus en plus vers les grosses structures car, sous la pression des médias et des enquêtes de périnatalité, elles pensent que c'est un gage de qualité et de sécurité maximale [22].

3.2 La iatrogénie due à l'hypertecnicisation

Nous sommes donc arrivés à un schéma de prise en charge stéréotypée des grossesses qu'elles soient physiologiques ou pathologiques, par manque de temps et nécessité de sécuriser le suivi. Face à l'augmentation d'activité, les maternités de taille importante ont protocolisé et standardisé leur prise en charge à l'extrême.

En contrepartie, les petites maternités, où étaient pratiqués des soins plus personnalisés, tendent de plus en plus à disparaître.

Gage de sécurité dans l'inconscient collectif, les structures hospitalières à gros volume d'activité sont aussi les plus pourvoyeuses d'interventions médicales autour de la naissance, notamment en pratiquant plus de déclenchements, en effectuant plus de césariennes, plus d'extractions instrumentales, plus d'épisiotomies [6, 12].

Face à ce constat, certains usagers et professionnels se sont interrogés sur les conséquences de ces pratiques standardisées et ont comparé avec d'autres pays où la prise en charge de la grossesse est bien différente.

Ainsi en 1995 a été publié un rapport « Mire » qui comparait les systèmes de santé néerlandais et français. Le point de départ de cette comparaison était le constat suivant : « comment était-il possible qu'il existe en cette fin de 20^{ième} siècle, deux organisations si différentes dans deux pays développés, au sein desquels l'utilisation des techniques était si inégale et les résultats en terme de mortalité et de morbidité étaient si proches? [12] Avec

même un avantage pour le pays le moins instrumenté. » Ils se sont donc posés cette question : se pourrait-il que l'effort d'une technicité toujours plus performante soit finalement inefficace voire délétère?

Pour cela 3 points essentiels du système périnatal avaient été comparés : la sécurité de la naissance, les dispositifs de surveillance et la prise en charge de la douleur et son traitement. Il en ressort des différences profondes entre Pays-Bas et France et font émerger de nombreuses questions : Quel pays a le plus « raison »? Faut-il diminuer les dispositifs de surveillance en France? Les augmenter aux Pays Bas? Dans quelles mesures et pour quels résultats?

Cette étude peut peut-être expliquer qu'en France le suivi des grossesses physiologiques tend à se rapprocher de celui des grossesses pathologiques, comprenant un niveau médical très élevé et une manœuvre de liberté plus que réduite.

3.3 L'offre de soins limitée en France

En France l'offre de soins était limitée : environ 70% des accouchements étaient réalisés en maternité publique et 29% en secteur privé [11] tandis que les accouchements à domicile ne représentaient qu'1 % de toutes les naissances [13].

Cela est très différent d'autres pays comme la Hollande où les lieux d'accouchements sont multiples : hôpital, maisons de naissance, domicile ou polyclinique [12]. Dans ce pays, l'accouchement à domicile représente environ 25 à 30% des naissances [12].

Préconisé par certains, l'accouchement à domicile choisi reste anecdotique en France. Les maisons de naissance pouvaient apparaître comme une alternative intéressante pour séduire les patientes candidates à l'accouchement à domicile comme en témoigne leur succès dans les pays européens voisins (Le premier réseau européen de maisons de naissance a vu le jour en 1993, il concernait l'Allemagne, la Belgique, la Suisse, la Hollande). Mais pour le moment aucune MDN de ce type n'existe car en France on s'oriente plus vers l'ouverture d'Espace de Naissance dit physiologique au sein des maternités.

Soutenus par le Collège Nationale des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), ces « pôles physiologiques » ou « salles natures » sont des espaces de naissances au sein des plateaux techniques, agencés différemment des salles d'accouchement classiques et

permettant une naissance "démédicalisée" avec des sages-femmes comme seules intervenantes.

Ces pôles physiologiques représentent actuellement la seule alternative en France, alliant la personnalisation des soins et la sécurité, tout en répondant aux besoins des patientes. Déjà plusieurs maternités ont créés ces espaces : Strasbourg et Bordeaux Rive Droite, et maintenant Angers.

Ce concept novateur répond encore et toujours à une question d'amélioration de la qualité des soins et permet une nouvelle offre de soins.

3.4 L'exemple du C.H.U. d'Angers

La maternité du C.H.U. d'Angers est un établissement de niveau III qui réalisait 2900 accouchements en 1995 contre 4200 actuellement. Cet établissement s'est récemment remis aux normes architecturales car la structure interne n'était plus en règle de sécurité face au nombre toujours croissant d'accouchements. On trouve maintenant 11 salles d'accouchements contre 7 en 2011. Cette maternité fait partie du réseau sécurité naissance Pays de la Loire « Naître Ensemble » qui regroupe près de 23 maternités, dont 3 niveaux III (deux CH.U. et un C.H.). Cet établissement a ouvert récemment un espace physiologique.

L'espace physiologique du C.H.U. d'Angers a été inauguré le 4 octobre 2011. Il propose 2 « salles nature » avec matériel médical dissimulé, lianes de suspension, ballon de mobilisation. On y trouve également une table d'accouchement de forme ronde possédant une grande modularité et donnant la possibilité d'accoucher dans diverses positions [29]. Accolées à ces 2 salles, se trouvent deux baignoires de dilatation. Elles peuvent être utilisées par toute patiente en travail et/ou en pré-travail.

Avec tous ces éléments les femmes pouvaient donc tenter de recréer un espace intime.

Dans ces salles physiologiques, la liberté de mouvement est entière, le monitoring permettant l'écoute du cœur fœtal pouvant être discontinu et sans fils. La patiente n'est pas dans l'obligation d'être perfusée, la déambulation est donc possible. Les examens obstétricaux peuvent être espacés à plus d'une heure d'intervalle. Le choix de la posture d'accouchement est discuté avec la patiente. Une fois l'accouchement terminé, si le nouveau-né et la mère vont bien, le peau à peau est directement réalisé et les soins aux

nouveau-nés peuvent être retardés.

Des informations sur l'accouchement en « salle nature » sont proposées aux femmes enceintes lors de leur consultation mensuelle, précocement lors de leur entretien prénatal du 4^{ème} mois ou plus tard dans la grossesse (7^{ème}, 8^{ème} voire même 9^{ème} mois). Cette consultation leur permet d'élaborer leur projet de naissance, de définir leurs envies et leurs besoins. Puis elles bénéficient d'une seconde consultation au cours du 8^{ème} et/ou 9^{ème} mois afin de vérifier que l'évolution de la grossesse permet toujours la réalisation de leur projet d'accouchement.

Lors de ces séances une visite des locaux leur est proposée (si les conditions en salle de naissance le permettent). Elles sont aussi informées des conditions et des modalités de fonctionnement de cet espace. (Annexe n°2)

Cependant, l'accouchement dans ces salles n'est pas ouvert à toutes, il y a de nombreux critères d'exclusion que nous détaillerons dans notre étude.

L'élaboration d'un projet de naissance est obligatoire afin de voir si les envies du couple sont en accord avec ce qui est proposé dans ces salles.

Le projet de naissance est défini comme l'expression personnelle des souhaits et des besoins de la patiente et du couple quant à la naissance à venir. Il permet de se réapproprier la naissance. L'absence d'expression lors de l'accouchement réduit celui-ci à un acte hospitalier, médicalisé voir surmédicalisé. La rédaction du projet de naissance est personnelle mais elle peut être aidée par une sage-femme, un médecin. De plus il sert de base de négociation avec les équipes de la maternité, il doit donc être individuel pour être pris plus au sérieux [6].

L'écriture d'un projet de naissance permet aussi d'être acteurs de la naissance et donc de faire tomber cette image de paternalisme qu'ont les professionnels de la santé sur les patients. De nos jours, les patients pensent savoir ce qui est bon pour eux, et sont beaucoup plus renseignés qu'avant. Ils ne souhaitent plus être infantilisés. C'est pourquoi le projet de naissance permet un changement de pratique des professionnels au profit d'un accompagnement plus personnalisé. Il permet également d'entretenir une relation de confiance entre soignés et soignants.

3.5 Autonomie des sages-femmes

La création des « espaces physiologiques » au sein des maternités de niveau III a également permis un remaniement et une réorganisation du travail entre les professionnels. Effectivement, les accouchements réalisés étant à priori eutociques, ils sont suivis exclusivement par les sages-femmes. Elles peuvent donc mettre en pratique toutes leurs compétences et leurs connaissances. Leur travail est revalorisé. De plus elles peuvent entretenir une relation particulièrement intime avec la patiente et le couple, entraînant une certaine communion entre les deux parties. Elles ont donc une autonomie totale dans leurs compétences et peuvent bénéficier de l'avis et de l'intervention d'un médecin pour tout problème éventuel.

Les femmes ont donc pris conscience que l'hypermédicalisation et l'évolution des techniques médicales ont diminué le côté naturel de l'accouchement d'aujourd'hui et elles revendiquent leurs droits à « *faire ce qui est bon pour elle, à accoucher dans un endroit naturel et intime et à être maître de leur accouchement* ».

Les usagers ont donc émis leurs réclamations et ont sollicité le gouvernement afin de les faire prendre part aux décisions les concernant.

4 La « colère » des usagers

Suite au plan de périnatalité 1994/2000, on a vu apparaître les CRN (Commission Régionale des Naissances) par l'arrêté du 8 janvier 1999. Les usagers étaient représentés au sein de ces CRN et pouvaient aider aux prises de décisions, leur rendant une part de responsabilité. Les besoins des usagers constituaient un élément essentiel des textes régissant l'organisation des soins. Si la sécurité affective de l'enfant passait par celle de ses parents, la sécurité des parents passait notamment par celle des professionnels qui les entouraient [6].

4.1 Loi du 4 mars 2002

« Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » dite loi Kouchner. Elle a été créée afin de réformer le fonctionnement du système de santé en consacrant le premier chapitre au droit du patient à l'information [15]. On passait d'une loi qui dictait les devoirs du professionnel à une loi qui énonçait les droits des patients. En

effet les usagers avaient une place entière dans cette loi et étaient même tenus à prendre « des responsabilités à garantir la pérennité du système et des principes sur lequel il repose » Chapitre 2, titre II [15].

Cette loi avait permis d'inverser le rapport de forces qui s'était créé entre soignés et soignants en mettant fin au paternalisme médical et à sa « toute puissance ». En effet le pouvoir médical jusque là considéré comme infaillible, a été discrédité à cause notamment de deux affaires :

- celle du sang contaminé dans les années 1980-1990, en raison de mesures de sécurité inexistantes ou inefficaces plusieurs personnes avaient été contaminées par le virus du sida ou de l'hépatite C
- et celle des hormones de croissance en 1985 qui aurait transmis des bactéries infectées responsables par la suite du développement de la maladie de Creutzfeldt-Jakob.

Les patients s'étaient sentis en danger face à des professionnels médicaux qui étaient censés protéger leur santé. A partir de ces deux faits de société, le pouvoir médical a été mis à mal, les patients voulaient des explications afin d'être mieux informés. Ils souhaitaient aussi être concertés avant toute décision concernant leur santé (codécision avec le médecin) avec ainsi la possibilité de refuser des soins. Un consentement était dorénavant nécessaire avant toute intervention, sauf urgence vitale.

La participation des usagers au fonctionnement du système de santé prenait toute sa place ici. Cette participation se faisait sous forme d'associations agréées qui avaient une activité dans le domaine de la qualité, de la santé et de la prise en charge des malades.

4.2 États généraux de la naissance de juin 2003

Les premiers États Généraux de la Naissance (EGN) s'étaient réunis à Paris à l'initiative du CNGOF en juin 2003. L'intérêt de ce congrès était d'analyser les conditions de la naissance en France afin de pouvoir concilier les notions de sécurité-proximité et les souhaits des usagers. A ce congrès, étaient conviées de nombreuses associations d'usagers qui se sont ensuite regroupées créant le CIANE : Collectif inter-associatif autour de la naissance [16].

A la suite de ces EGN, un groupe représentatif des différents participants avait réalisé un

texte de synthèse, à partir des contributions et des débats du 6 juin. Ces débats avaient essentiellement permis de prendre en considération chaque point de vue et d'entraîner une démarche de texte commun et de nombreuses propositions. Parmi celles concernant « l'état des lieux de la naissance » on trouvait : une diversification de l'offre de soins, une réorganisation des maternités et une augmentation du nombre de professionnels de périnatalité. Venaient ensuite celles concernant « l'équilibre entre sécurité et proximité » : humaniser les grosses structures et faciliter la communication entre professionnels et usagers, évaluer les maisons de naissances et enfin renforcer les réseaux inter-établissements et développer les réseaux locaux. Pour finir venaient celles sur « la place des différents professionnels de la santé » : la place des sages-femmes devait être revalorisée au profit de la physiologie de la naissance, le libre choix des usagers, les missions et les moyens des maisons périnatales devaient être mieux définis, enfin les usagers devaient être considérés comme de vrais interlocuteurs des structures de santé.

Par la suite d'autres EGN avaient été réalisés à l'initiative du CIANE en 2006 [17]. Ce nouveau rassemblement avait permis la création d'une plateforme de propositions commune aux usagers, aux professionnels de la périnatalité, enseignants et étudiants des écoles de sages-femmes.

4.3 Création du CIANE

Le CIANE a été créé lors des EGN de 2003. C'est un collectif constitué d'usagers, de parents, de citoyens et d'associations nationales et européennes qui toutes concernaient la santé en général ou la naissance en particulier. Ce collectif s'était ensuite organisé afin que les usagers puissent participer aux décisions qui les concernaient, conformément aux droits octroyés par la loi du 4 mars 2002 [18].

A ce congrès, les représentants du CIANE ont exposé une plateforme de 40 propositions pour l'amélioration des services de maternité et des conditions de la naissance en France. Leur but était de rendre une dimension plus humaine, plus sociale, plus affective à l'accouchement et à la naissance et de ne plus voir la naissance seulement comme un acte technique. Son action principale s'appliquait à promouvoir les responsabilités et les droits des personnes, usagères du système périnatal. Leur mission était de mettre en place un modèle d'attitudes et de pratiques entourant la maternité, fondé sur la physiologie et le respect des personnes, permettant l'établissement du lien parents/enfants et de réduire les

effets iatrogènes de la médicalisation.

Le CIANE s'est organisé pour être présent dans tous les lieux où l'on parlait de la naissance : maternité, réseaux de périnatalité, congrès, commission régionale à la naissance, ministère de la santé. De plus, il ne faut pas négliger l'influence qu'a joué ce collectif associatif sur les usagers du système périnatal.

Le suivi et l'accompagnement des grossesses étaient des points remis en cause de façon continue. En effet les débats lancés par les usagers sur une moindre médicalisation et une moindre technicisation ont été vite repris par les professionnels. On se posait alors cette question : quel suivi et quel accouchement voudront les femmes qui accoucheront demain?

4.4 Demandes des usagers concernant le lieu et les modalités d'accouchement

Dans un sondage IPSOS réalisé en 2005 intitulé « Le système français de maternités plébiscité par les femmes », il a été montré que les femmes choisissaient leur maternité sur des critères de sécurité et de confiance plus que de confort [19].

Une seconde enquête de la DREES avait été réalisée en 2006. Elle portait sur la « satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement ». Les points clés à améliorer étaient surtout le manque d'information clair et précis par les professionnels à expliquer leur démarche médicale ; ainsi que la sortie de la maternité et le retour à domicile qui manquaient de conseils [20].

Une autre enquête avait été réalisée par UNAF/CIANE. Elle interrogeait 1000 femmes qui avaient accouché entre 2004 et 2009 et leur demandait de témoigner sur leur maternité. Les critiques qui avaient pu être faites étaient les suivantes : [21]

- le problème de l'allaitement et ses multiples discours par les équipes soignantes
- les actes médicaux qui restent parfois sans explications
- les femmes décrivent leur sentiment de solitude en sortie de maternité
- les femmes souhaitent être actrices de leur accouchement

- les attentes varient entre sécurité et individualisation

Un mémoire, paru en 2008, tentait de définir « Le vécu et les attentes des usagers d'une maternité francilienne ». Il en ressortait que les femmes souhaiteraient une plus grande personnalisation dans leur suivi de grossesse et d'accouchement, ainsi qu'une plus grande participation de leur part dans les décisions les concernant [22].

Une autre enquête avait été réalisée dans la région Nord de la France pendant que le plan périnatalité 2005-2007 était actif [23]. Elle s'intitulait « l'hôpital ami des bébés : la parole est aux usagers ». Elle interrogeait 165 femmes de 25 à 34 ans qui avaient accouché en maternité publique, privée ou à domicile. Il en ressortait qu'elles avaient à cœur d'être engagées dans cette étape de la vie qui leur est propre. Les évolutions qu'elles proposaient étaient les suivantes :

- un nouveau mode de relation professionnels/patients
- en attente de plus d'humanité, d'écoute et de non jugement
- des nouvelles pratiques obstétricales : plus de choix dans le lieu , le mode d'accouchement et les positions
- mieux connaître la physiologie de la naissance

Leurs demandes essentielles faites aux professionnels reposaient sur : plus d'humanité, moins de médicalisation, une présence médicale certaine mais discrète.

Ma position en tant qu'étudiante sage-femme m'a permis de prendre en charge de nombreux couples en salle de naissances. Chaque accompagnement, chaque accouchement et chaque couple étaient différents. Ce qui m'a marqué pendant mes 4 années de formation était que les patientes savent ce qu'elles veulent. Elles souhaitent un accompagnement individuel, personnalisé qui est propre à leurs choix et à leurs envies. Nous sommes présents pour leur offrir une aide à l'accouchement mais elles veulent être les actrices de celui-ci.

C'est pourquoi évaluer la satisfaction des patientes face aux nouveaux « espaces physiologiques » proposés m'a paru intéressant.

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE ET RESULTATS

L'objectif principal de cette étude était de savoir si la création de « l'espace physiologique » d'Angers répondait aux attentes des femmes souhaitant accoucher dans ces nouvelles salles. Elle permettait également d'évaluer leur satisfaction et de connaître les motivations des femmes enceintes à revenir aux méthodes d'accouchement naturel alors qu'on est en mesure de leur offrir une technicisation de pointe.

Nous avons effectué une étude rétrospective afin de définir les attentes et les motivations des femmes enceintes concernant « l'espace physiologique » et d'évaluer leur satisfaction.

Cette étude a été menée au Centre Hospitalier Universitaire d'Angers sur une année, depuis l'inauguration du nouveau plateau technique de la fédération de gynécologie obstétrique, soit du 4 octobre 2011 au 5 octobre 2012.

L'enquête a été menée par des entretiens téléphoniques auprès des patientes ayant pour projet d'accoucher dans « l'espace physiologique ».

Ces appels ont été effectués entre le 15 août 2012 et le 30 octobre 2012.

1 Matériels et méthodes

1.1 Constitution de la population étudiée

Étaient choisies, toutes les patientes souhaitant accoucher dans l'espace physiologique du 4 octobre 2011 au 5 octobre 2012. Le recrutement a été réalisé par les sages-femmes lors des consultations prénatales dites « espace physiologique » ou lors des entretiens prénataux du 4^{ème} mois.

Les critères d'inclusion de l'étude sont définis par :

- parturientes à terme (> 37SA)
- grossesse singleton
- francophones
- réalisation d'un projet de naissance et consultation effectuée afin de valider celui-ci
- grossesse de déroulement normal sans antécédents obstétricaux graves et sans pathologie (maternelle ou foetale) découverte pendant la grossesse ou l'accouchement

nécessitant une prise en charge spécifique et/ou des traitements.

- présentation céphalique
- patiente majeure

1.2 Le recueil des données obstétricales

Les différents paramètres étudiés ont été recueillis manuellement sur les dossiers type AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalité, Obstétrique et Gynécologie) des patientes et oralement lors des entretiens téléphoniques. Ils permettaient d'analyser les modalités d'accouchement des patientes éligibles à un accouchement dans l'espace physiologique et de les comparer à la population générale.

1.3 Le questionnaire

Le questionnaire (annexe n°1) comprenait 21 questions fermées, semi-ouvertes et ouvertes. Les entretiens téléphoniques étaient semi-directifs. Ils permettaient de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et d'obtenir des informations sur ces thèmes. Ce principe d'entretien laisse libre cours aux choix de réponse des personnes interrogées, avec leurs mots et leurs détails. Les entretiens étaient également indirects c'est à dire que l'enquêteur notait directement les réponses, il était donc forcément présent.

Un premier appel était donné aux patientes afin de recueillir leur consentement et de fixer un rendez-vous ultérieurement.

Le questionnaire était réalisé en 3 parties.

Une première partie présentait les caractéristiques générales de la population concernant l'âge, la situation familiale, la gestité, la parité et la catégorie socio-professionnelle.

Une seconde partie évaluait les attentes et les motivations de ces femmes à vouloir utiliser l'espace physiologique

Et enfin la troisième et dernière partie qui s'intéressait à leur satisfaction quant à leur accouchement, leur prise en charge pendant le travail, le respect de leur intimité, leur autonomie, leur rapport avec l'équipe médicale et l'équipement des salles.

Pour les multipares, une question leur était posée sur le vécu de cet accouchement comparé aux précédents.

On leur demandait également de nous faire part de leurs remarques ou suggestions afin d'améliorer cet espace et la prise en charge.

1.4 Mode de recueil

Au total 108 dossiers étaient exploitables. Ils répondaient au critère « projet d'accouchement en espace physiologique ». Cependant, après étude de nos critères d'inclusion et d'acceptation dans l'espace physiologique, 34 patientes ont été exclues d'emblée :

=> soit sur critères médicaux : pathologie maternelle ou fœtale découverte au cours de la grossesse, accouchement à domicile, anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) à l'admission, grossesse gémellaire, présentation autre que céphalique, déclenchement ou direction du travail, césarienne programmée, un âge gestationnel <37 SA

=> soit par impossibilité de les joindre (au-delà de 7 tentatives, elles étaient considérées comme « patientes n'ayant jamais répondu »)

Il y a donc 74 patientes qui ont pu accéder à l'espace physiologique et pour lesquelles un entretien téléphonique a été réalisé.

37 ont été exclues pendant le travail ou l'accouchement et nous détaillerons dans l'étude les raisons de leur exclusion .

Finalement 37 patientes ont accouché dans l'espace physiologique sans intervention médicale.

Aucune des patientes contactées n'a refusé de répondre au questionnaire.

La durée moyenne des entretiens était d'environ 15 minutes.

1.5 L'analyse statistique des résultats

Le bordereau de recueil de données et la saisie informatique ont été effectués à partir des logiciels Open Office Calc et Open Epi, ainsi que l'analyse statistique.

2 Résultats

2.1 Profil de la population étudiée

L'âge moyen des mères était de 29,8 ans (\pm 4,6 ans) avec des extrêmes à 21 ans et 44 ans et une médiane à 30 ans.

Quand on classe les patientes par tranche d'âge, la part la plus importante est celle comprise entre 25 et 29 ans (39,2%), puis vient celle des 30-34 ans (35,1%), la troisième tranche de plus de 34 ans représente 17,6% et enfin les patientes ayant moins de 25ans représentent 8,1%.

56,8% des patientes étaient des multipares et 43,2% des primipares.

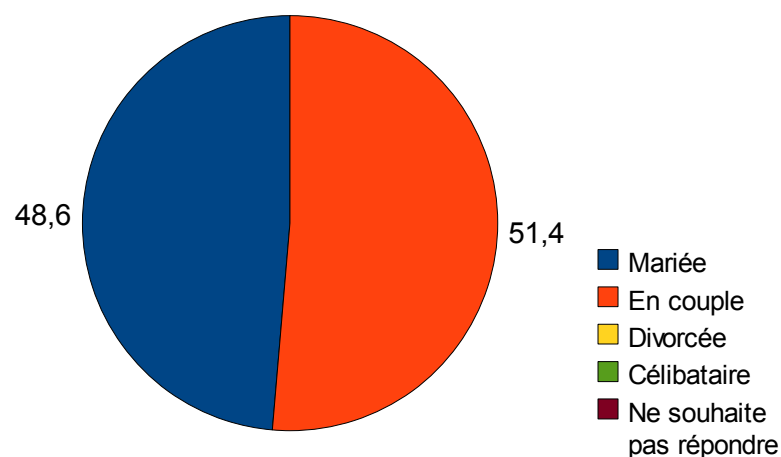


Figure 1 : Répartition des patientes selon leur situation matrimoniale (en %)

A l'interrogatoire, aucune des patientes ne se déclarait seule (célibataire ou divorcée).

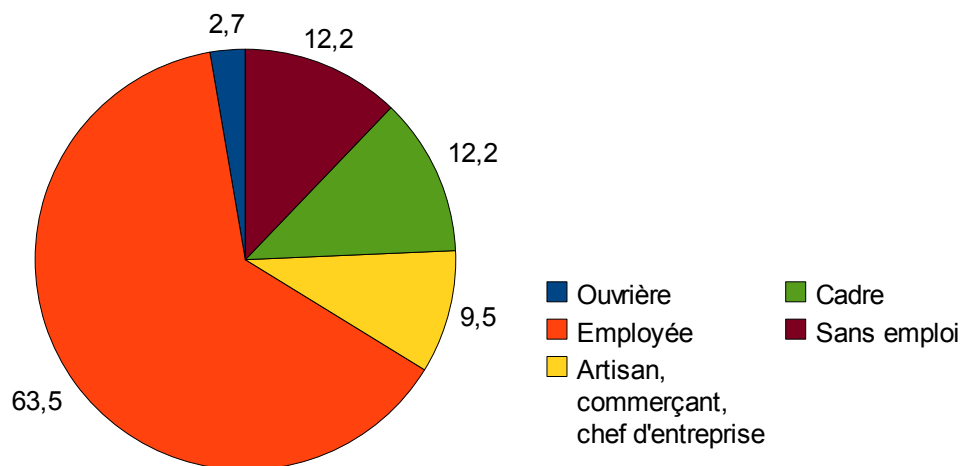


Figure 2 : Répartition des patientes selon leur catégorie socio-professionnelle (en %)

2.2 Choix du lieu d'accouchement

73% des patientes connaissaient la signification d'une maternité de niveau III. Pour celles qui ne la connaissaient pas, nous leur avons apporté la définition.

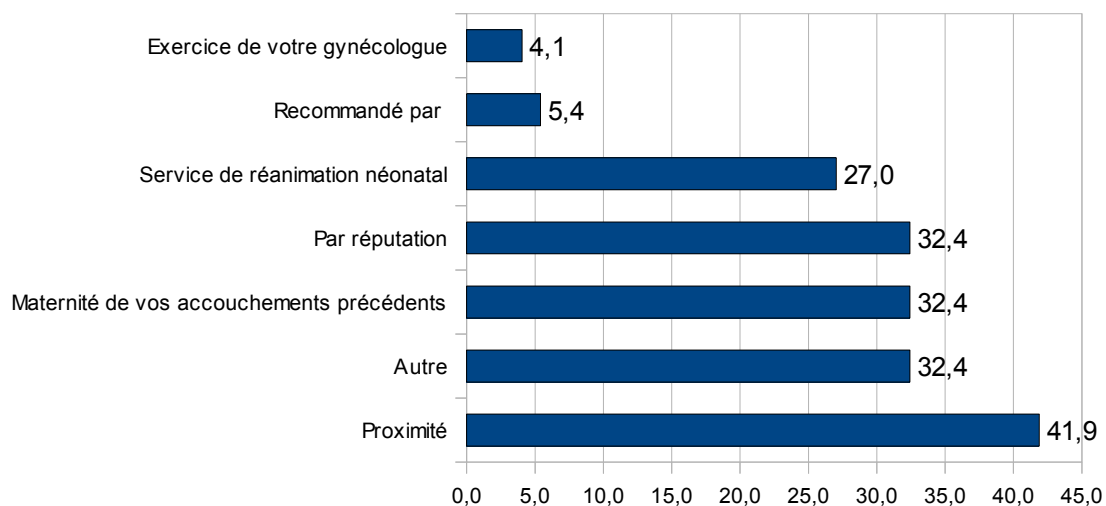


Figure 3 : Le choix de la maternité du C.H.U. d'Angers (en %)

Dans la catégorie « recommandé par » (n=4), pour 2 d'entre elles il s'agissait d'un proche, pour les 2 autres d'un professionnel de santé.

Dans la catégorie « autre » : 13 (17,6%) ont choisi le C.H.U. d'Angers pour bénéficier de l'espace physiologique, 5 (6,7%) l'ont choisi car elles souhaitent un service public, 1 (1,3%) l'a choisi car elle était prise en charge en assistance médicale à la procréation (AMP) au C.H.U., 5 (6,7%) des patientes l'ont choisi car elles y travaillent.

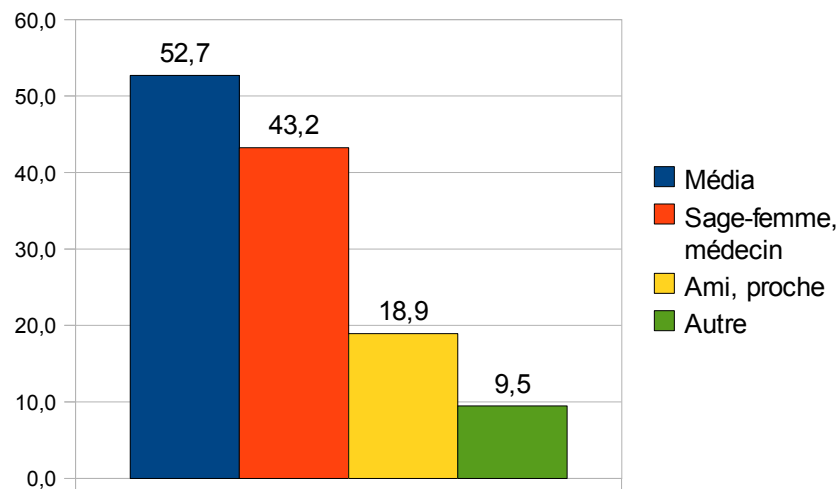


Figure 4 : La connaissance de l'existence de l'espace physiologique (en %)

Dans la catégorie « autre » : 5 (6,7%) ont eu connaissance de l'espace physiologique car elles travaillent au C.H.U. et 2 (2,7%) en ont eu connaissance par le secrétariat lors de la prise de rendez-vous.

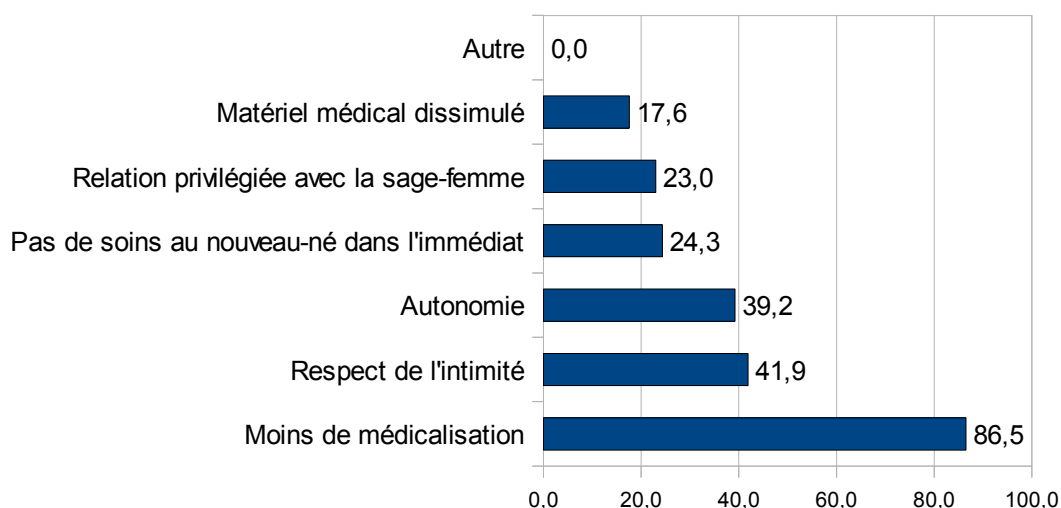


Figure 8 : Les motivations des patientes dans le choix d'accoucher en espace physiologique (en %)

2.3 Le projet de naissance et la préparation à l'accouchement

100 % des patientes interrogées ont rédigé un projet de naissance et ont eu une consultation « espace physiologique » afin de répondre à leurs questions, de visiter les salles natures et de confronter leur projet de naissance à la charte de l'espace physiologique.

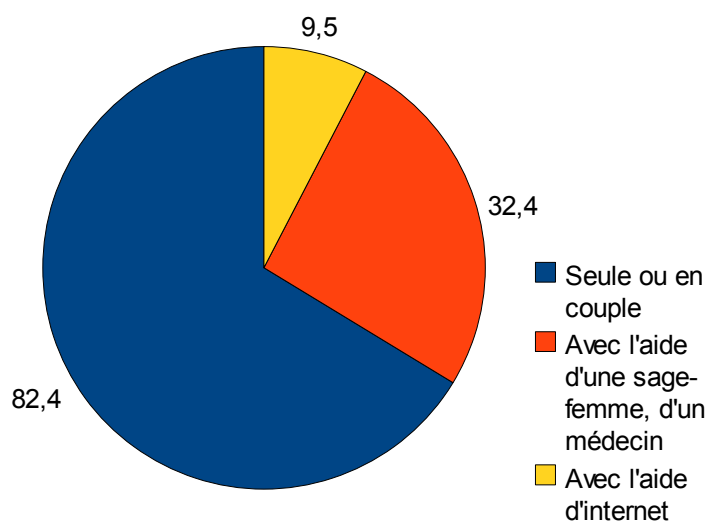


Figure 5 : Aide pour la rédaction du projet de naissance (en %)

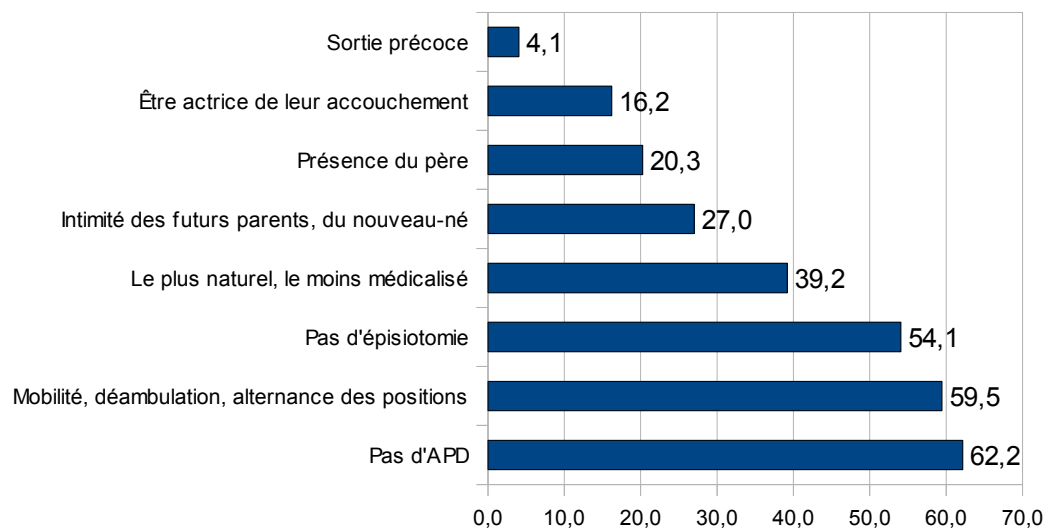


Figure 6 : Les grands thèmes évoqués dans leur projet de naissance (en %)

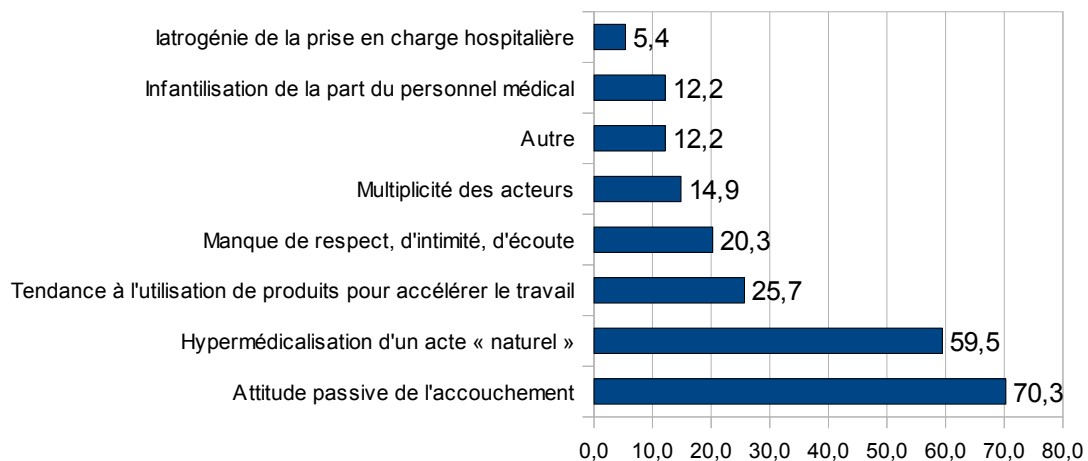


Figure 7 : Opinions concernant la prise en charge « classique hospitalière » (en %)

Dans la catégorie « autre » : 1 (1,3%) n'aimait pas la structuration des salles classiques qui fait « trop hôpital » (matériel médical voyant,...), 5 (6,7%) ont dans l'idée qu'une prise en charge « classique » est une prise en charge à la chaîne/protocolisée (APD-rupture de la poche des eaux-utilisation d'ocytociques-abandon par la sage-femme), 2 (2,7%) avaient peur de la péridurale et n'en voulaient surtout pas et 1 (1,3%) n'avait pas d'avis sur une prise en charge « classique ».

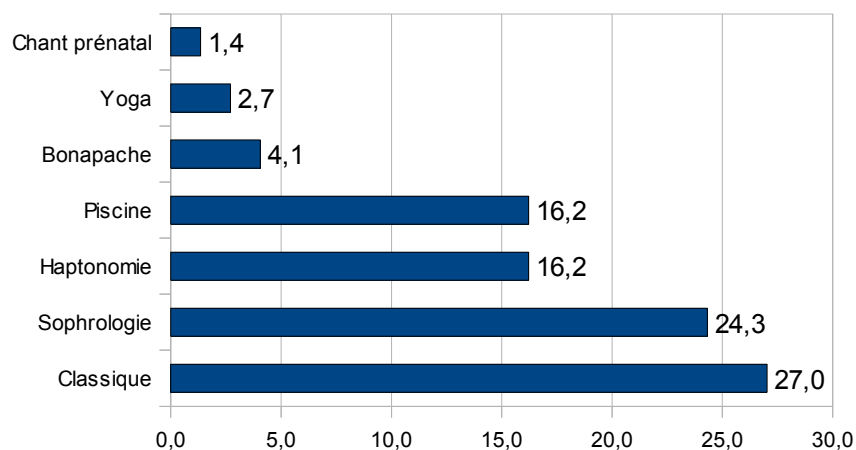


Figure 8 : Type de préparation à l'accouchement (en %)

89,2% des patientes ont fait une préparation à l'accouchement

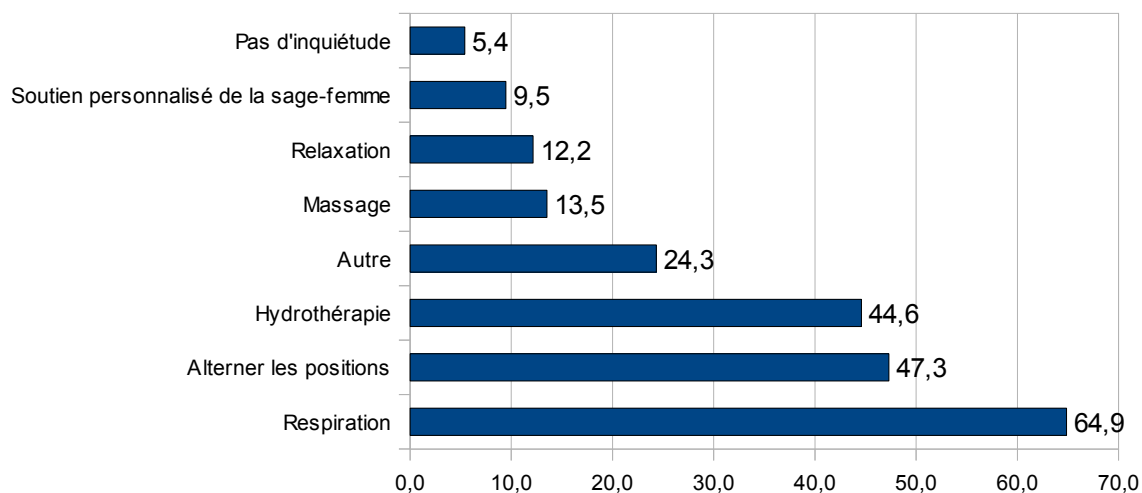
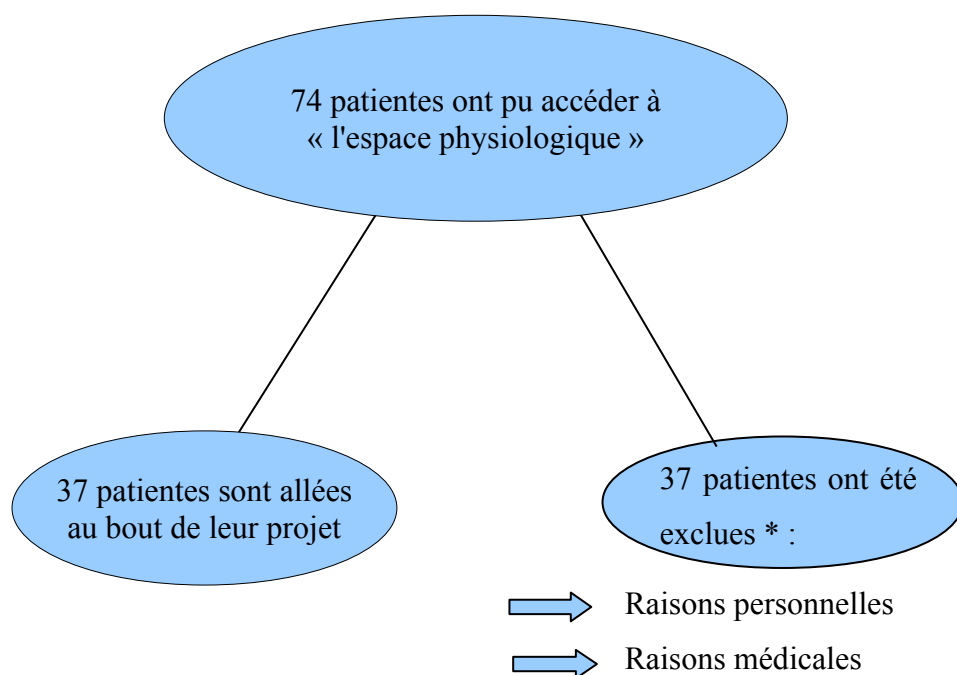


Figure 9 : Prise en charge de la douleur (en %)

Dans la catégorie « autre » : 3 (4,05%) ont pratiqué le yoga, 2 (2,7%) l'acupuncture, 1 (1,3%) la digiponcture, 2 (2,7%) ont fait appel à leur mental, 1 (1,3%) au chant prénatal, 7 (9,5%) à la visualisation (qui est la méthode enseignée lors des cours de sophrologie afin de se recentrer sur le bébé et de communiquer avec lui), 1 (1,3%) a eu besoin du protoxyde d'azote au masque et 3 (4,05%) de l'homéopathie.

2.4 Les modalités d'accouchement



* pendant le travail, l'accouchement ou la délivrance

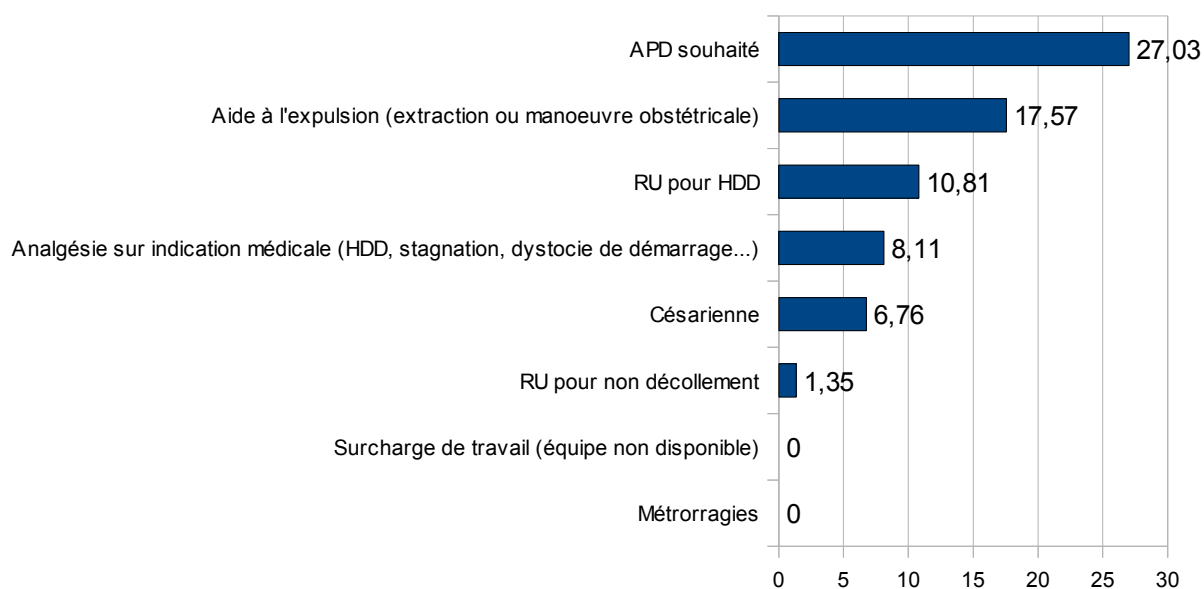


Figure 10 : Raisons (personnelles et médicales) entraînant l'exclusion à une prise en charge physiologique (en %)

Concernant la phase d'expulsion, 19 patientes (25,7%) ont eu une épisiotomie, 20 (27%) une déchirure simple du 1er degré et 1 (1,3%) déchirure complète compliquée.

Pour les 74 nouveaux-nés, les scores d'APGAR étaient les suivants :

Variables	Espace physiologique (n=37)	Exclusion (n=37)	p
Apgar à 1 min			
<5	0 (0%)	4 (10,8%)	0,05
6 ou 7	2 (5,4%)	4 (10,8%)	
8 ou 9	1 (2,8%)	4 (10,8%)	
10	34 (91,9%)	25 (67,6%)	
Apgar à 5 min			
<5	0 (0%)	0 (0%)	Non significatif
6 ou 7	0 (0%)	2 (5,4%)	
8 ou 9	0 (0%)	1 (2,8%)	
10	37 (100%)	34 (91,9%)	

L'APGAR à 1 minute de vie est à la limite de la significativité en faveur de l'espace physiologique.

Tandis que l'APGAR à 5 minutes de vie n'est pas significatif.

Concernant les nouveaux-nés issus de patientes ayant nécessité une prise en charge physiologique jusqu'à l'accouchement, on ne compte pas de réanimation néonatale.

Pour les nouveaux-nés issus des patientes ayant été exclues d'une prise en charge physiologique, on compte 3 réanimations néonatales (8,1%).

Concernant les pH des nouveaux-nés :

Variables	Espace physio (n=37)	Exclusion (n=37)	p
pH>7,15	27 (36,5%)	24 (32,4%)	0,02
pH<7,15	3 (4%)	11 (13,5%)	
PH non faits	7 (9,5%)	2 (2,7%)	
Total	37 (50%)	37 (50%)	

$p = 0,02$; risque relatif = 2,471 ; intervalle de confiance = [0,87, 6,96]

Les pH sont significatifs en faveur de l'espace physiologique.

2.5 Satisfaction des patientes

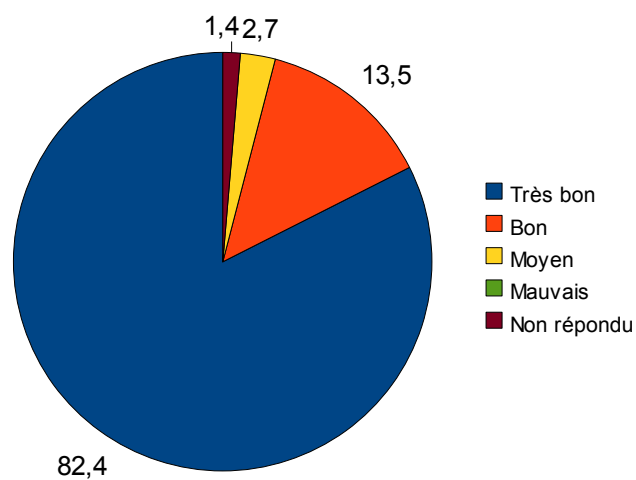


Figure 11 : Satisfaction des patientes quant à la réussite et au ressenti de leur accouchement (en %)

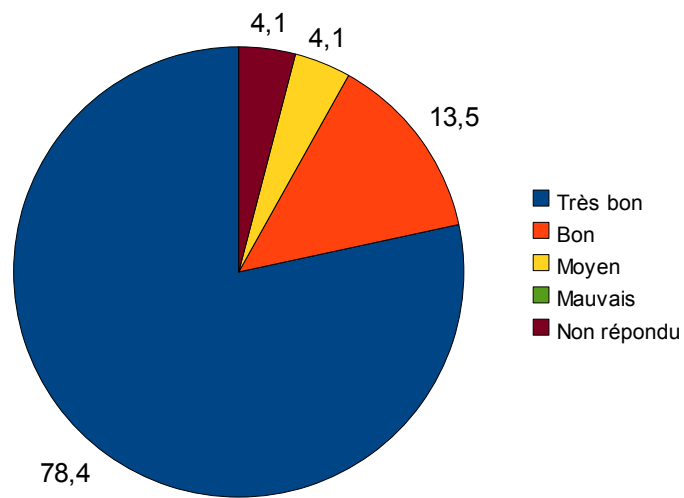


Figure 12 : Satisfaction des patientes quant au respect du projet de naissance (en %)

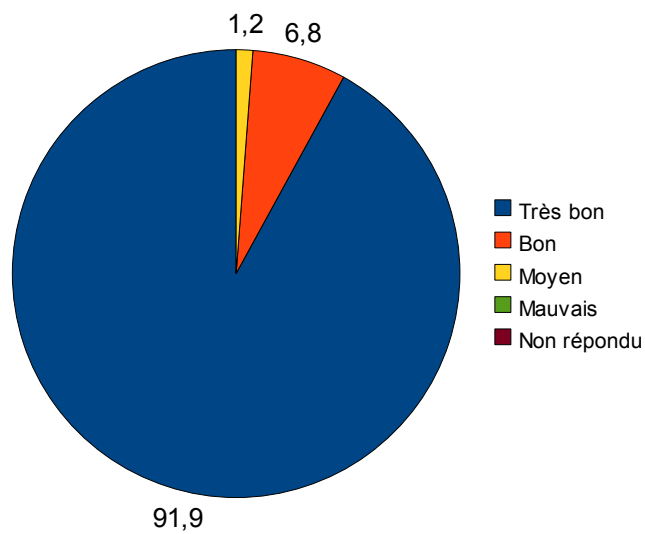


Figure 13 : Satisfaction des patientes quant au respect des patientes et à leur intimité (en %)

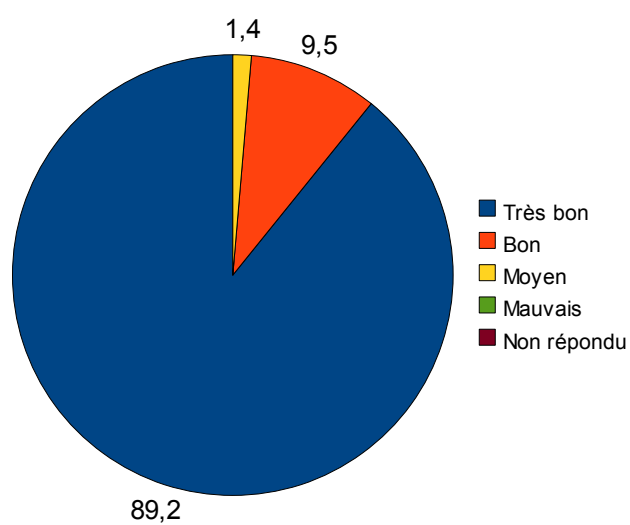


Figure 14 : Satisfaction des patientes quant à la prise en charge globale du travail et de l'accouchement (en %)

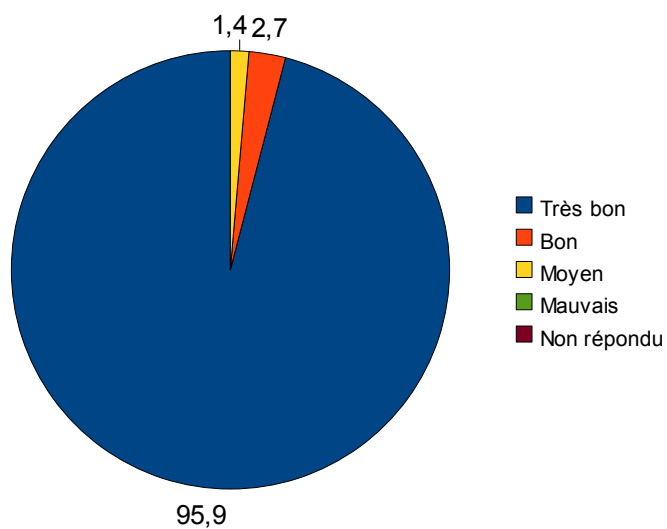


Figure 15 : Satisfaction des patientes quant au niveau d'équipement des salles « natures » (en %)

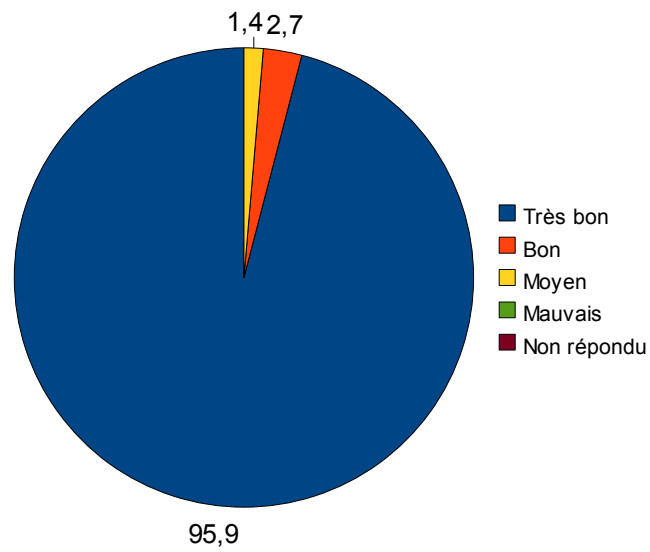


Figure 16 : Satisfaction des patientes quant au contact avec l'équipe médicale (en %)

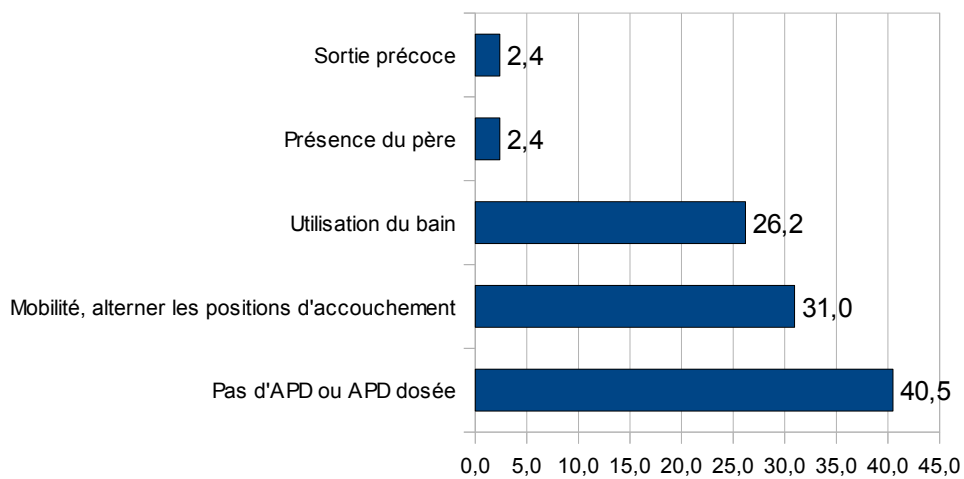


Figure 17 : Chez les multipares : ce qui a pu être réalisé à cet accouchement contrairement à leur(s) précédent(s) accouchements (en %)

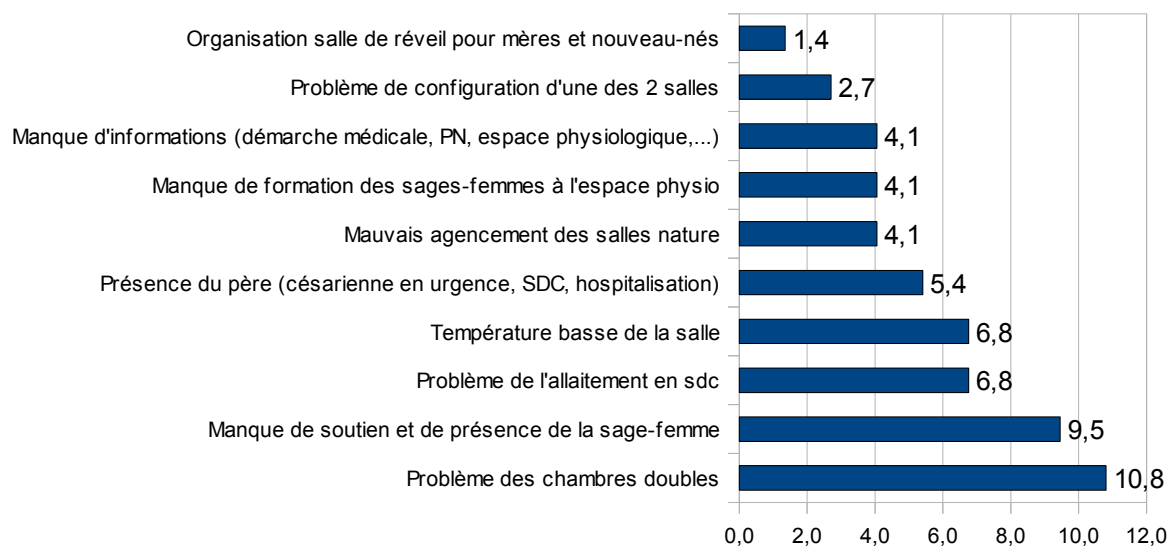


Figure 18. Les axes d'amélioration suggérés par les patientes (en %)

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

Le but de notre étude était de comprendre les raisons qui incitent les femmes enceintes à revendiquer un accouchement démedicalisé dans un contexte où la sécurité de la naissance passe par une hyper technicisation de celle-ci. Il s'agissait aussi de vérifier que l'ouverture d'un « pôle physiologique » au sein de notre établissement répondait aux attentes de la population et qu'il était un bon compromis entre un accouchement alliant sécurité et autonomie.

1 Limites et difficultés de l'étude

Nos entretiens téléphoniques ont débuté mi-août 2012 jusqu'en octobre 2012. Certaines des patientes avaient accouché depuis quasiment 1 an alors que pour d'autres, c'était plus récent (quelques mois voire seulement un mois). On sait que la satisfaction est une donnée très subjective qui évolue au cours du temps donc déjà très difficile à interpréter. De plus la satisfaction ne sera pas la même pour une patiente sortant tout juste de la maternité que pour une patiente qui aura eu le temps d'avoir une regard critique et global sur son accouchement, les suites de couches, un début de retour à domicile voire même la reprise de son travail. Il est légitime de se demander si ce délai n'interfère pas sur ce point de vue en influençant la femme vers un regard plus favorable et donc plus satisfaisant de sa prise en charge. Afin de diminuer l'effet du temps sur la satisfaction nous aurions pu réaliser une étude prospective où toutes les patientes auraient été contactées à 6 mois de leur accouchement. Cependant par manque de temps et afin d'avoir un échantillon de population plus grand nous n'avons pu réaliser ce deuxième genre d'étude.

2 Biais de l'étude

2.1 Défaut de puissance

Notre étude ne comporte que 74 dossiers. Il est difficile d'interpréter des résultats et d'en tirer des conclusions avec un si petit échantillon. Les chiffres ainsi présentés dans notre étude ne donnent que des tendances de résultats. Cependant on peut quand même penser que cette étude est quelque peu représentative pour ce qui est de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, car en général, 80% des grossesses se déroulent bien [27].

2.2 D'intervention

Le fait de réaliser ces entretiens par téléphone était à la fois un choix économique et stratégique. En effet, le fait que l'enquêteur soit présent lors de l'entretien permettait à la patiente de demander plus d'explications si la question n'était pas comprise, ainsi que d'éviter d'avoir des questionnaires non exploitables (par oubli de réponses à certaines questions ou par non compréhension). Le paradoxe est que les femmes se sentaient peut-être moins libres de leur choix de réponses et tendaient dans certains cas à aller dans le sens de l'enquêteur.

3 Comparaison des résultats

3.1 Concernant le choix du lieu d'accouchement

La grande majorité des femmes ont accouché dans la maternité de leur choix, ce qui est source d'une grande satisfaction.

Dans le sondage IPSOS 2005, on notait que les femmes choisissaient leur maternité en fonction des notions de sécurité (matériel de pointe, service de réanimation néonatale) [19]. Dans notre enquête, on retrouve des notions similaires. En effet les femmes qui choisissent d'accoucher en « espace physiologique » mentionnent le fait que leur sécurité et celle de leur enfant passent avant tout. Ce qui implique donc une maternité de niveau 3, elles sont d'ailleurs 73% à en connaître la signification, elles savent donc tout à fait où et comment elles veulent accoucher.

De même dans l'enquête UNAF/CIANE [21] les attentes des patientes varient entre sécurité et individualisation.

Dans notre enquête la principale raison qui a fait choisir le C.H.U. d'Angers est la proximité (42%). « *J'ai choisi l'hôpital car c'était le plus proche de chez nous et c'est ce qui me rassurait* ». Ce résultat semble assez étonnant. Nous nous attendions à trouver comme principale raison « l'espace physiologique » mais il semblerait que la proximité restera l'élément essentiel ; le C.H.U. ayant l'avantage d'allier la proximité à un maximum de sécurité.

Dans notre étude, les patientes mettent en évidence 3 points essentiels qui leurs déplaisent concernant une prise en charge médicale classique, lors du travail et/ou de l'accouchement :

- une attitude passive de leur part à 70,3%
- l'hypermédicalisation d'un acte naturel à 59,5 %
- la tendance à l'utilisation de produits pour accélérer l'accouchement à 25,7%

Nous allons essayer de montrer que la création de « l'espace physiologique » a pu pallier à ces désagréments.

3.2 Les attentes des patientes concernant l'espace physiologique

Dans notre enquête, les femmes souhaitent à 40% être actrices et autonomes dans leur travail et surtout souhaitent en grande majorité (86,5%) une naissance moins médicalisée. En accord avec ces idées, le mémoire « Attentes et vécues des usagers d'une maternité francilienne » concluait que les femmes souhaitaient être maîtres de leur accouchement [22]. Mais contrairement aux attentes de nos patientes, ces dernières n'attendaient pas véritablement une naissance moins médicalisée nécessitant la création de nouveaux espaces d'accouchement, mais plutôt un suivi plus personnalisé avec la possibilité de « faire par soi-même ». Le fait d'être actrice de son accouchement était aussi un des points à améliorer dans l'enquête UNAF/CIANE [21].

Les chiffres de notre enquête seraient donc plus en accord avec l'enquête « l'hôpital ami des bébés : la parole est aux usagers » [23]. En effet dans celle-ci, l'accouchement est considéré comme un acte naturel de bonne santé à 77% et les femmes s'estiment capables de le réaliser seules à 60%.

Les principales attentes de ces femmes étaient « plus de choix dans les lieux d'accouchement » : en créant des « pôles physiologiques » au sein des maternités de niveau III, nous avons pu répondre à leurs envies. Ce qui ne concurrencera pas encore avec certains de nos pays voisins, notamment aux Pays Bas, où les femmes ont une multiplicité de choix dans les lieux d'accouchement : à domicile, en maisons de naissances, en polyclinique ou à l'hôpital [12].

Dans le mémoire de N. Dutriaux, les femmes souhaitaient un suivi plus global et plus intime par un professionnel de santé, la sage-femme semblant être la meilleure personne

pour effectuer ce suivi. Dans notre enquête nous nous attendions à trouver cette même envie, or aucune de nos patientes n'a mentionné ce souhait-là.

3.3 Modalités d'accouchement

On remarque qu'une patiente sur 3 est allée au bout de son projet d'accouchement physiologique. Parmi celles-ci, on retrouve 75% de multipares. On peut peut-être associer ce chiffre à une « connaissance » de la douleur lors de leur premier accouchement et donc à une meilleure gestion de leurs contractions utérines et une meilleure connaissance de leur corps.

On peut soit penser qu'elles ont déjà vécu un accouchement de type naturel et souhaitent recommencer l'expérience car celui-ci s'est bien déroulé, ou au contraire, changer radicalement par rapport au premier accouchement qui était très médicalisé et dont elles gardent un mauvais souvenir.

Pour les primipares, la principale raison de leur arrêt d'une prise en charge « physiologique » (lorsque c'était un choix personnel) était le souhait d'une péridurale. Pour la moitié d'entre elles, elles ont souhaité la péridurale d'emblée *« je ne pouvais plus tenir, les contractions étaient douloureuses et, lorsqu'on m'a proposé la péridurale à 3 cm de dilatation, je n'ai pas eu le courage de demander si l'on pouvait essayer d'autres méthodes de relaxation avant, et j'ai dit oui »*

On peut donc se poser la question de la gestion « physiologique » de la douleur pendant le travail. En effet au C.H.U. d'Angers, il est de coutume de proposer assez rapidement une péridurale quand la patiente souffre et que le travail a commencé. Cependant dans le cas où la démarche des patientes est d'accoucher le plus naturellement possible selon leur projet préalablement défini, ne serait-il pas mieux d'aller dans leur sens et de leur proposer des méthodes « douces » de gestion de la douleur? Par exemple leur proposer la baignoire, les différentes positions sur le ballon, les lianes, l'acupuncture (certaines sages-femmes y sont formées).

« J'avais tout essayé pour diminuer ces douleurs, mais quand on m'a proposé la péridurale pour la 4^{ème} fois je n'ai pas eu la volonté de dire non. J'ai été très soulagée et ravie par la péridurale ». Il est vrai que certaines fois la péridurale est la seule méthode qui soulage de manière durable la patiente. D'autant plus que ce soulagement peut permettre à la sage-

femme d'être moins présente. Or du fait du suivi de ses autres patientes et de la surcharge de travail liée à l'augmentation du nombre d'accouchements par établissement, la sage-femme a des difficultés à être suffisamment disponible pour le couple.

Il est donc difficile de réaliser l'association « un couple, une sage-femme » car un travail sans péridurale est très consommateur de temps.

3.4 Comparaison des prises en charge « classiques » et « physiologiques »

Bien que le faible échantillon de patientes que contient notre étude ne soit pas significatif comparé à une population générale, nos chiffres obtenus sont dans leur globalité, similaires à ceux retrouvés dans l'enquête périnatale de 2010 ou au bilan d'activité du C.H.U. 2012 (toutes prises en charge confondues).

Toutefois il faut tenir compte que, dans notre étude, 37 de nos patientes sont allées jusqu'au bout de leur prise en charge physiologique et que 37 autres en ont été exclues. Pour ces dernières patientes la prise en charge, bien qu'elle se fasse dans la « salle nature », était identique à une prise en charge classique (touchers vaginaux toutes les heures, APD, monitoring en continu, utilisation possible d'ocytociques,...).

Pour illustrer nos propos, on retrouve dans notre étude, des taux inférieurs :

- pour les césariennes : 6,7% contre 21% dans l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2010 [11] et 20,7% au C.H.U. Ce qui nous paraît normal car les patientes sont sélectionnées en étant à « bas risque obstétrical ». Ce qui signifie que le déroulement de leur grossesse est physiologique sans pathologie particulière décelée et que leur risque d'accouchement est faible quant à des complications éventuelles. Dans notre étude on ne doit donc retrouver qu'un risque infime de césariennes, ce qui est le cas.

- pour les déchirures simples du périnée : 27% contre 58% dans l'ENP 2010 [11]. Dans notre étude, ce chiffre peut sûrement s'expliquer par un fort taux de multipares allant jusqu'au bout de leur projet et donc un périnée peut-être moins tonique subissant moins de déchirures.

On retrouve des taux similaires :

- pour les épisiotomies : 25,7% dans notre étude contre 26% dans l'ENP 2010 [11] et 32% au C.H.U. On aurait pu s'attendre à un chiffre nettement moins élevé dans la mesure où

c'est une des exigences principales du projet de naissance des patientes (refus des patientes à une telle pratique) et que notre population est majoritairement composée de multipares. Même si le chiffre paraît élevé, il est tout de même inférieur dans cette population comparée à la population générale du C.H.U. Bien qu'à l'écoute de nos patientes il semble que certaines indications de l'épisiotomie reste inévitable.

- pour les déchirures complètes compliquées : 1,3% dans notre étude contre 0,8% dans l'ENP 2010 [11] et 0,9% au C.H.U. Cela peut s'expliquer par des efforts expulsifs plus intenses sans péridurale, associés à une relative agitation des patientes entraînant une moins bonne maîtrise du dégagement par la sage femme.

- pour les HDD : 10,8% dans notre étude contre 12% dans l'ENP 2010 [11] et 13% au C.H.U. Ce qui signifie, que même si l'on sélectionne les patientes à qui l'on prévoit un « accouchement à bas risque », celles-ci ont quasiment autant d'HDD que la population générale. Cela nous conforte dans le caractère absolument imprévisible de cette complication qui reste encore en France la première cause de mortalité maternelle. C'est pourquoi il est indispensable de maintenir ces pôles physiologiques au sein des plateaux techniques afin de prendre en charge les patientes dans les plus brefs délais.

On retrouve des taux supérieurs :

- pour les extractions instrumentales : 14,9% contre 12,5% dans l'ENP 2010 [11]. Les ¾ des extractions instrumentales ont été réalisées pour des raisons fœtales (ARCF voire bradycardie) donc non prévisibles. Les patientes qui font parties de cette étude sont dites « à bas risque », elles ont toute une grossesse de déroulement normal dont on pouvait imaginer que les foetus supporteraient les contractions. Or on retrouve dans notre population, plus d'extractions instrumentales que dans la population générale. Ce qui montre bien que même en sélectionnant une population soit disant à bas risque on ne peut pas prédire les altérations du rythme fœtal, ni le caractère eutocique de l'accouchement. Là encore il nous apparaît essentiel que ces pôles physiologiques soient accolés à des structures médicalisées pour permettre une intervention rapide des médecins.

Si l'on compare les scores d'APGAR de nos 2 populations de nouveaux-nés, on retrouve des meilleurs scores dans le groupe « prise en charge physiologique » à 1 et 5 minutes de vie. Les scores d'APGAR à 1 minute de vie sont à la limite de la significativité en faveur de l'espace physiologique tandis que ceux à 5 minutes de vie ne sont pas

significatifs. Il est donc difficile d'en tirer de réelles conclusions. De plus, il faut prendre en compte que les évaluations des scores d'APGAR sont professionnels-dépendants et ils peuvent être cotés à postériori et donc avoir une valeur moins significative.

Pour les scores d'APGAR du groupe « exclusion à une prise en charge espace physiologique », ils sont tout à fait comparables aux résultats de l'ENP 2010 [11] : 72,2% de score égal à 10 à 1 minute de vie et 92,7% de score égal à 10 à 5 minutes de vie.

3.5 Satisfaction des patientes

D'une manière générale on sait que les femmes sont plutôt satisfaites voir très satisfaites de la prise en charge du travail et de l'accouchement, que ce soit dans notre étude ou dans des études comparatives réalisées par la DREES ou IPSOS. Les taux retrouvés sont aux alentours de 95% [19, 20]. Ce qui mérite réflexion car si l'on a créé les « pôles physiologiques » c'est tout de même pour répondre aux demandes des femmes. *« je n'étais pas mécontente de mon premier accouchement mais je l'ai trouvé impersonnel et froid. Dans ce nouvel espace, ce qui me plaisait c'était d'avoir un suivi intime et personnalisé ainsi que d'être maître de la situation. »*

Si l'on reprend le mémoire « Vécu et attentes des usagers d'une maternité francilienne » [22], la satisfaction des femmes à l'égard de leur maternité est très bonne mais il résulte de nombreux points à améliorer. De plus, cette relative satisfaction quant à un accouchement médicalisé pourrait s'expliquer par le fait que, à l'heure actuelle dans notre société, il est ancré que toute grossesse est potentiellement à risque, et les futures mères en ont bien conscience. Elles connaissent donc le schéma classique de prise en charge des grossesses, qu'elles soient physiologiques ou pathologiques. Ce phénomène pourrait d'ailleurs expliquer l'augmentation de fréquentation des maternités de niveau III qui apparaissent comme étant plus sécuritaires. C'est pourquoi la création de structure démedicalisée au sein d'une maternité de niveau trois nous semble un enjeu particulièrement important.

> La satisfaction face au ressenti, à la réussite de leur accouchement

Dans notre enquête, on observe que 96% des patientes ont un bon ressenti de leur accouchement et un sentiment de réussite quand à celui-ci, et ce malgré un accouchement

qui n'a pas toujours été sans intervention médicale (pose d'APD, césarienne, extractions instrumentales). On peut donc en déduire que pour la majorité des patientes, la façon d'accoucher et le ressenti de l'accouchement sont dissociés. *« Pour des raisons médicales, je n'ai pas pu aller jusqu'au bout de mon projet. Malgré le côté technique et médicalisé, on me demandait mon avis, on a respecté mon accouchement »*. Ainsi le bon ressenti de l'accouchement n'est pas directement assimilé à l'issue de l'accouchement mais à l'encadrement réalisé par la sage-femme, à l'écoute, à la prise en charge humaine et sociale. Cette notion fait référence à la sécurité émotionnelle qu'évoque le Pr Puech dans l'organisation autour de la grossesse et de la naissance [6].

Les 2,7% (4 patientes) qui observent un ressenti « moyen » de leur accouchement sont celles qui ont eu une césarienne en cours de travail. Pour ces quatre patientes on peut imaginer que, plus que la voie d'accouchement, ce sont les circonstances de la prise de décision de la césarienne qui ont été mal vécues. L'urgence n'a pas permis une information et une compréhension suffisantes.

Le taux de satisfaction des patientes quant au contact avec l'équipe médicale est d'environ 98%. Ce qui prouve que, dans le ressenti de l'accouchement, il n'y a pas que la réussite de celui-ci mais aussi tout l'accompagnement qui l'entoure. Cela est bien en lien avec les demandes des projets de naissance qui font tous apparaître un besoin de prise en charge individualisée, un besoin d'information et de discussion, et une demande de disponibilité des soignants.

> La satisfaction face au respect du projet de naissance

Dans notre étude, la satisfaction globale quant au respect du projet de naissance est de 91%, nettement supérieur au 63% retrouvé dans l'étude réalisée par le CIANE en 2011 [24].

Ce qui va dans le sens des réclamations des usagers : leur parole et leurs souhaits sont écoutés et respectés. Les décisions concernant les patientes ne sont plus prises sans leur consentement et les mentalités des praticiens ont évolué vers une entente et une codécision avec les soignés, comme le préconisait la loi du 4 mars 2002.

D'un questionnaire à l'autre, les thèmes évoqués lors du projet de naissance étaient

similaires : liberté de mouvement, être actrices lors de l'accouchement, éviter l'épisiotomie et « *préférer que ça déchire* » (chez près de trois femmes sur quatre). On retrouve le même genre de souhaits abordés dans l'enquête du CIANE « liberté de mouvement, accompagnement personnalisé de la douleur, l'épisiotomie » [24].

Pour ce qui est de la mobilité pendant le travail, elles étaient près de 60% à en faire un élément important du projet de naissance et on retrouve près d'une femme sur deux qui à utiliser cette technique pour diminuer la douleur des contractions.

Pour ces patientes, le fait d'être mobile pendant le travail et l'accouchement leur permet de se sentir autonomes et actrices pendant l'accouchement. C'est peut-être ce qui manque dans une prise en charge classique hospitalière où le schéma « perfusion/ APD/ rupture de la poche des eaux/ utilisation d'ocytociques/ faible mobilisation » reste encore très systématique pour de nombreuses femmes et peut-être aussi de nombreux praticiens, que ce soit les sages-femmes ou les médecins.

Par ailleurs, pour la progression du travail et la phase de descente et rotation, il a été prouvé que la position en décubitus dorsale n'était pas favorisée [30].

La non réalisation de certains points de leur projet d'accouchement n'est pas vu comme un échec pour la plupart des patientes : « *J'ai pu réaliser la presque totalité des souhaits de mon projet d'accouchement* » .

D'autre part les patientes comprennent que leur projet ne soit pas respecté quand il s'agit de maintenir la sécurité : « *Les actes que je n'ai pas pu faire étaient indépendants de ma volonté. Ils n'ont pas pu être réalisés afin de garantir la sécurité de mon enfant* »

> La satisfaction face au respect et à l'intimité des patientes

Elles sont 98% à penser que leur intimité a été respectée. En effet cela ressortait comme un élément important : « *je ne voulais pas me retrouver seule face à cette situation et avoir le soutien d'une sage-femme, mais également pouvoir me retrouver seule ou dans mon couple quand je le souhaitais* ». Elles trouvent aussi que leurs envies ont été respectées. Elles nous ont fait des propositions concernant le souhait du déroulement de leur accouchement (par exemple : les professionnels ne doivent pas être trop intrusifs, laisser le couple seul, lumière tamisée, musique douce, etc), nous avons entendu leurs

demandes sans leur imposer nos choix. Un bémol au niveau de l'intimité a tout de même été relevé par les femmes concernant l'agencement de l'une des deux salles (cf p. 49)

Une des insatisfactions majeures des patientes, qui n'est pas à proprement parler un problème de « l'espace physiologique », était le problème des chambres doubles en suite de couches. Pour 10,8 % des femmes l'obligation de partager sa chambre est vécue comme une atteinte à leur intimité. Pour elles, ces chambres vont à l'encontre du projet « espace physiologique » qui se veut dans le respect de l'intimité du couple et de l'enfant. Ceci étant, le C.H.U. d'Angers est une maternité de niveau III effectuant plus de 4200 accouchements par an et donc nécessitant beaucoup de lits en suite de couches. Or le nombre de salles de naissance a été augmenté mais pas les lits de suites de couches qui étaient initialement prévus pour une activité de 3500 naissances. Il est donc impossible avec le nombre actuel de naissances et de chambres de ne posséder que des chambres particulières. Un projet de "sorties précoces" en cours d'élaboration devrait permettre de récupérer un peu de capacité hôtelière.

≥ La satisfaction face à la prise en charge globale du travail et de l'accouchement

Dans notre enquête, 98% des patientes jugent « bonne » ou « très bonne » la prise en charge globale du travail et de l'accouchement. Ce taux est similaire à celui retrouvé dans l'enquête de la DREES de 2006 qui est de 98% [20] et un peu supérieur à celui retrouvé dans le sondage réalisé par IPSOS en 2005 qui évaluait une satisfaction globale à 90% [19]. On peut donc en déduire que les femmes sont globalement satisfaites de leur prise en charge lors de l'accouchement. Nous ne possédons malheureusement pas de chiffres de satisfaction dans le secteur « classique » ce qui ne nous permet pas de conclure que la satisfaction de ces patientes est réellement due à « l'espace physiologique » .

≥ La satisfaction face à l'équipement et à l'agencement des salles

98% des patientes de notre étude sont satisfaites des nouvelles salles physiologiques. En effet la place, la luminosité, l'espace sont très appréciés dans l'organisation de ces nouvelles salles. Selon certaines femmes elles sont « *propices à une ambiance zen* » et « *à une décontraction et une plénitude totale* ». La grande majorité des équipements présents dans la salle est très appréciée par les patientes. Cependant, 4% des

patientes se plaignent de la table d'accouchement mal positionnée *« mon mari ne pouvait pas s'approcher de moi de la manière dont il le souhaitait, comme lorsque nous l'avions vu pendant nos cours de préparation à l'accouchement, la table est trop large et trop près du mur »*. Ce qui est une grande déception pour l'équipe médicale du C.H.U. d'Angers car ces tables coûtent chères. Elles sont très innovantes et elles ont été choisies afin d'assurer une grande modularité dans la prise en charge des accouchements physiologiques.

Or nous savons que dans cette situation où la femme ne possède pas la péridurale, le rôle du père est très important, il est d'un réel soutien pour sa compagne et il trouve enfin sa place. C'est donc un élément de satisfaction pour lui aussi, et nous pensons que l'avis du père compte dans le jugement de satisfaction de la patiente.

Concernant l'agencement des salles, certaines femmes mettent en avant un inconvénient majeur dans leur conception. En effet, l'une des deux salles est ainsi faite que, l'ouverture de sa porte rend la patiente directement visible de l'extérieur engendrant un non-respect de la pudeur. Cela est contraire au concept véhiculé par l'espace physiologique de respect et d'intimité.

Ces problèmes d'agencement des salles sont totalement dépendants de la conception et de l'architecture de « l'espace physiologique » et jouent en notre défaveur dans une bonne prise en charge d'un accouchement dans cet espace. Ces problèmes ne pourront être réglés que par un nouvel aménagement de cet espace.

Globalement, les patientes sont très satisfaites de cette nouvelle prise en charge qui leur offre plus de liberté, d'autonomie, tout en se sentant totalement en sécurité au sein d'une maternité de niveau III. Leur choix s'est tourné vers le pôle physiologique car elles se sentaient « contraintes » dans une prise en charge classique. En effet elles ne pouvaient mettre en avant leurs envies, leurs idées et le dialogue avec l'équipe médicale était plus que limité. Elles ont trouvé ici une écoute et une aide des professionnels dans la réalisation de leur accouchement.

3.6 Axes d'amélioration

Un des reproches fait par les femmes dans l'enquête « Hôpital ami des bébés » était que les professionnels ne connaissaient pas bien la physiologie de la naissance. En effet

dans notre étude, la même notion a été évoquée mais à un degré moindre, puisque seulement 4,1% des femmes déplorent « *un manque de formation des sages-femmes à l'espace physiologique entraînant un manque de soutien et d'informations* ». Alors que la physiologie est le principal axe de formation des sages-femmes et c'est dans ce domaine qu'elles peuvent exceller et déployer leurs compétences en toute autonomie.

Ce qu'il faut peut-être comprendre c'est que ce manque de formation, estimé par les patientes, peut entraîner un manque de soutien (9,5% de mécontentes dans notre étude) notamment dans le libre choix des positions et l'accompagnement de la douleur quand la femme ne souhaite pas de péridurale. « *la sage-femme qui me suivait était très attentionnée mais elle ne me proposait que peu de positions que ce soit sur la table, debout, avec les lianes, ce qui a été un handicap dans l'accompagnement de ma démarche* ».

Il est possible que certaines sages-femmes ne soient peut-être pas très à l'aise avec des positions différentes du décubitus dorsal pour réaliser l'accouchement, ceci étant dû au manque de formation. En effet, lors de la plupart de nos stages nous sommes quelque peu « formatées » à un protocole d'accouchement ne laissant que peu de place aux envies des couples. Ceci est dû notamment à une surcharge de travail. Dans le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les soins liés à un accouchement normal, il est dit que l'une des tâches importantes des sages-femmes est d'aider les femmes à supporter les douleurs du travail [25]. Il faut donc continuer, en plus de notre formation tout au long de notre cursus qui est basé sur la physiologie, les formations complémentaires comme par exemple « les positions selon B. De Gasquet », l'acupuncture, l'hypnose. Aussi, serait-il peut-être nécessaire d'effectuer des stages à l'étranger dans des pays où la physiologie est plus plébiscitée qu'en France.

Dans notre étude, 4,1% des patientes regrettent le manque d'information et 1 patiente trouve insuffisant le manque de données en sortie de maternité. En comparaison à l'enquête de la DREES de 2006, les principaux points négatifs relevés étaient : un manque d'information par les professionnels à expliquer leur démarche médicale ainsi qu'un manque d'information sur la sortie de maternité [20]. De même, dans l'enquête UNAF/CIANE [21], les patientes sont insatisfaites du fait que « *les actes médicaux restent parfois sans explication.* » Il est vrai que le nombre d'informations données avant la sortie de maternité est colossale et les patientes ne sont peut-être pas à même de les recevoir

(fatigue, euphorie de rentrer). Ainsi serait-il judicieux de fournir une plaquette avec toutes les données essentielles ? Ce projet est actuellement en cours, il va dans le sens du souhait des usagers en leur donnant une information claire et précise.

Concernant les sorties précoces (qui représentent environ 4% des souhaits selon les projets de naissance), une des solutions que le C.H.U. d'Angers avait proposé au début de l'élaboration du projet, était de détacher 2 sages-femmes hospitalières de leur poste et de les adresser au domicile des femmes souhaitant sortir précocement de la maternité afin d'assurer une continuité et un suivi personnalisé. Ce projet est toujours en cours d'élaboration et pour des raisons de ressources humaines il n'est pas encore réalisé.

L'une des patientes nous a confié que sa principale déception était de ne pas avoir son bébé dans la salle de réveil après sa césarienne. Il est compréhensible qu'un nouveau-né n'ait pas sa place en salle de réveil, étant donné que ces salles sont souvent communes aux interventions de gynécologie-obstétrique. Certaines patientes venant pour une fausse couche curetée ou une interruption volontaire de grossesse ne souhaitent pas être confrontées à la présence d'un nouveau-né. Cependant on sait que le lien mère-enfant est très important dans les premières heures de vie et il est difficile de cautionner une telle organisation. L'équipe médicale est depuis toujours convaincue de l'intérêt de la mise en relation précoce de la mère et de l'enfant en post-opératoire immédiat, mais les contraintes architecturales n'ont pu permettre l'aménagement nécessaire de la salle de surveillance post-interventionnelle. En revanche dès que cela est possible, un temps de rencontre est organisé entre la mère et l'enfant en présence du père avant de rentrer en salle de réveil. De plus, le rôle du père est renforcé puisqu'il lui est proposé de faire du peau à peau avec l'enfant afin de pallier à la séparation (2 heures de présence de la maman dans la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI)).

Un autre des points à améliorer dans notre établissement est la prise en charge de l'allaitement en suite de couches. Ce problème concerne 7% des patientes de notre enquête et il est également considéré comme un point à améliorer dans l'enquête UNAF/CIANE [21].

Même s'il ne s'agit pas d'un taux très élevé, ce problème est récurrent depuis de

nombreuses années. Or la Haute Autorité de Santé (HAS) a déjà tenté d'y répondre par de nouvelles formations proposées aux professionnels de la santé concernés (sages-femmes, auxiliaires de puériculture, infirmières puéricultrices). Le réel problème est que les discours dans les suites de couches sont très différents selon les intervenants, entraînant une incompréhension pour les mamans, surtout quand il s'agit d'un premier allaitement. De plus le relais en sortie de maternité est peu fait. Il est pourtant possible d'obtenir des conseils chez une sage-femme libérale, à la PMI ou même en revenant à l'hôpital lors de rendez-vous avec des puéricultrices. Mais ceci est peu réalisé peut-être par manque d'information des patientes.

De plus l'OMS et l'UNICEF ont lancé en 1992 l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB) au niveau international pour encourager, soutenir et promouvoir l'allaitement maternel. En France seulement 8 maternités ont obtenu ce label [26].

4 Perspectives d'avenir

De plus en plus de couples souhaitent être actifs dans la naissance de leur enfant. En effet, en 1 an au C.H.U. d'Angers, une centaine de couples a effectué une demande pour accoucher dans « l'espace physiologique ». Les couples ont une idée précise du déroulement de l'accouchement et souhaitent d'ailleurs nous faire partager leur « façon de voir les choses » par la rédaction d'un projet de naissance, inspiré du « birth plan » anglais qui existe depuis 1993. C'est une réalité concrète, car avant 2005 on ne comptait que 7% de projet de naissance alors que depuis 2009 on en dénombre plus de 18% [24].

Pour les mères ou les couples qui ne souhaitent pas réaliser de projet de naissance, ou du moins exprimer des souhaits sur l'accouchement, ils évoquent le fait qu'ils ne savaient pas qu'ils avaient la possibilité de le faire ou pour d'autres qu'il s'agissait plus d'une ambiance d'accouchement peu favorable, de professionnels peu engageants dans le dialogue [24].

Si réellement les femmes ne savaient pas qu'il était possible de faire un projet de naissance, c'est peut-être un problème de diffusion d'information de la part des sages-femmes (libérales ou hospitalières) ainsi que des médecins généralistes ou gynécologues-obstétriciens qui, eux même n'en connaissent peut-être pas la véritable utilité et ne peuvent guider leurs patientes vers ces nouveaux espaces.

Dans cette continuité, l'élaboration du projet de naissance devrait se faire lors de

l'entretien du 4^{ième} mois afin que le couple bénéficie d'un accompagnement global au cours de la grossesse, et ne soit pas délaissé sur la plan psychologique/émotionnel. Mais cet entretien est difficile à mettre en place du fait du manque d'information. Aussi peu de patientes bénéficient de cet entretien qui pourtant est intégré dans les cours de préparation à l'accouchement et peut être réalisé à n'importe quel moment de la grossesse.

Pour finir, une réelle insatisfaction se fait sentir chez les patientes qui n'ont pas pu accéder à « l'espace physiologique ». En effet 4 des patientes qui ont été exclues (durant leur grossesse) sur des critères médicaux, ont réalisé un accouchement eutocique tout à fait similaire dans une salle d'accouchement « classique ». Toutes les mesures de prévention avaient été envisagées si le travail et/ou l'accouchement ne se déroulaient pas normalement mais les sages-femmes ont laissé les patientes en réelle autonomie sans que cela ne soit délétère pour leur santé ou pour celle de leur bébé.

Ce qui nous amène à des interrogations concernant ces espaces physiologiques :

1/ premièrement ne sommes-nous pas un peu strictes concernant les critères d'inclusions dans ces salles natures ? Ne pourrions-nous pas laisser leur chance à plus de patientes si elles en sont demandeuses, tout en sachant qu'une intervention est toujours possible si un événement pathologique se présente ? Cette réflexion est à appréhender sans perdre de vue le caractère médico-légal de notre spécialité.

2/ Et secondement, compte tenu des réponses aux questionnaires, « l'espace physiologique » satisfait la quasi totalité des patientes interrogées, mais l'accouchement dit physiologique n'est-il pas plutôt un état d'esprit ? N'est-il pas possible de réaliser un accouchement physiologique dans n'importe quelle salle d'accouchement ? A priori la création d'une baignoire était nécessaire, elle est utilisée par 40,2% des patientes de notre étude. Pour le reste, il s'agit beaucoup plus d'une philosophie de prise en charge que d'une question d'équipement.

Ces nouveaux « espaces physiologiques » ne changeront peut-être pas radicalement la prise en charge des accouchements eutociques mais ils essaient tout de même de faire évoluer les pratiques concernant la physiologie de la naissance. En effet, on s'autorise maintenant à envisager que certaines grossesses sont à « bas risque obstétrical » et qu'elles peuvent bénéficier d'un accompagnement différent, réalisé en totalité par la sage-femme.

Déjà au C.H.U. d'Angers, cet espace a semble-t-il permis plus de souplesse dans nos prises en charge.

CONCLUSION

Au travers de cette étude rétrospective, nous avons voulu montrer que la construction de « l'espace physiologique » du C.H.U. d'Angers (niveau III) répondait à la demande et aux besoins des usagers concernant la physiologie de la naissance, en leur offrant une nouvelle alternative. Nous avons également voulu connaître la satisfaction des patientes et les motivations qui les incitaient à utiliser ce nouvel « espace physiologique ».

Nos résultats obtenus nous amènent à penser que ces nouvelles « salles physiologiques » correspondent tout à fait aux attentes des usagers, tant par leur structure que par leurs multitudes de propositions lors du travail et de l'accouchement. Ces nouveaux lieux d'accouchement répondent également à la demande d'augmenter l'offre de soins en France.

Les patientes et les couples sont globalement très satisfaits de l'accompagnement qui leur est réservé, tant au niveau matériel qu'humain.

Nous pensons que l'élaboration et l'utilisation du projet de naissance sont des éléments importants dans l'expression de leurs choix, de leurs envies et de leurs besoins. Il semblerait que le projet de naissance soit un bon outil dans le dialogue et la codécision avec l'équipe médicale. Généralement ce projet commence à prendre forme lors de l'entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois et est complété tout au long de la grossesse.

Il semblerait donc judicieux de proposer cet entretien prénatal précoce à toutes les femmes enceintes ainsi que l'élaboration d'un projet de naissance afin d'assurer une meilleure cohésion entre soignés et soignants.

Cependant la seule création de ces nouveaux espaces ne pourra résoudre tous les problèmes, notamment ceux liés au manque de personnels ou à la concentration des maternités qui restent à la charge du ministère de la santé.

Nous tenions à ajouter également, que les conclusions obtenues sur une si petite population se sont pas significatives. Il serait intéressant de poursuivre notre étude sur un temps plus long afin d'obtenir un plus grand échantillon et des résultats plus éloquents.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] WIKIPÉDIA. Histoire de l'obstétrique, [Consulté le 12/12/12] Disponible à partir de :
URL : http://http://fr.wikipedia.org/wiki/Histoire_de_l'obstétrique
- [2] WIKIPÉDIA. Accouchement naturel. [Consulté le 12/12/12] Disponible à partir de :
URL : Http://fr.wikipedia.org/wiki/accouchement_naturel
- [3] WIKIPÉDIA. Accouchement non assisté. [Consulté le 25/05/12] Disponible à partir de :
URL : Http://fr.wikipedia.org/wiki/accouchement_non_assisté
- [4] FRANCE 2. La naissance, une révolution! Document « infrarouge » diffusé le mardi 21 février 2011
- [5] WIKIPÉDIA. Histoire de la péridurale. [Consulté le 12/12/12] Disponible à partir de :
URL : http://fr.wikipedia.org/Histoire_de_la_péridurale
- [6] PUECH F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. ADSP n°61-62, décembre 2007-mars 2008
- [7] CARON-LEULLIEZ M, GEORGE J. L'accouchement sans douleur. Histoire d'une révolution oubliée. Paris, les éditions de l'atelier, 2004, p254
- [8] RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n°98-899 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Editions du JO de la république française, paru au JO n°235 du 10/10/1998
- [9] RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Décret n°98-900 relatif aux conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale. Editions du JO de la république française, paru au JO n°235 du 10/10/1998
- [10] MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ. Plan périnatalité 2005-2007 « humanité, proximité, sécurité, qualité » Paris, 10/11/12004, pp 1-44

- [11] BLONDEL B ET KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011
- [12] AKRICH M ET PASVEER B. De la conception à la naissance. Comparaison France/Pays-Bas des réseaux et des pratiques obstétriques. Rapport Mire-CSI, Juillet 1995, version n°1, 26/12/2006
- [13] GOER H. Obstetrical myths versus research realities -- A guide to the medical literature. Westport: Bergin et Garvey, 1995, chapitre 17, p. 331-47.
- [14] RICHARD-GUERROUDJ N. Hôpital ou maisons de naissance : une même sécurité. Revue Profession sage-femme 2012, n°182, p. 14-8
- [15] RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, version consolidé au 19 mai 2011
- [16] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Les états généraux de la naissance du 6 juin 2003, conférence de presse du 26/06/2003. [Consulté le 27/07/2012] Disponible à partir de : URL : www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_311.HTM et www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_312.HTM,
- [17] ETATS GÉNÉRAUX DE LA NAISSANCE 2006. Quelle naissance demain? [Consulté le 17/07/2012] Disponible à partir de : URL : <http://www.quellenaisssancedemain.info/>
- [18] COLLECTIF INTERASSOCIATIF AUTOUR DE LA NAISSANCE. [Consulté le 27/10/2012] Disponible à partir de : URL : <http://ciane.net/Ciane/Ciane>
- [19] ZULFIKARPASIC A. Le système français de maternité plébiscité par les femmes. Enquête Ipsos pour le magazine version féminine, 30/11/2005. [Consulté le 25/02/2012] Disponible à partir de : URL : <http://www.ipsos.fr/ipsos-public-affairs/actualites/systeme-francais-maternites-plebiscite-par-femmes>,

[20] COLLET M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Enquête DREES de 2006. Etudes et résultats, septembre 2008, n° 660

[21] UNIONS NATIONALES DES ASSOCIATIONS FAMILIALES. Enquête périnatalité « Regards de femmes sur leur maternité ». [Consulté le 10/12/2012] Disponible à partir de : URL : <http://www.unaf.fr/spip.php?article10920>

[22] DUTRIAUX N, CHEVALIER I, MURAY JM, DRAN C. Vécu et attentes des usagers d'une maternité francilienne. La revue sage-femme, vol 7, issue 4, septembre 2008, pp 177-86

[23] ANOT O. L'hôpital ami des bébés : la parole est aux usagers (baby-friendly hospitals : users speak out) Archives de pédiatrie – Vol 17, issue 6, juin 2010, pp 806-7

[24] ANOUKA C. Une enquête se penche sur le respect des souhaits des parturientes. Revue contact sages-femmes, n° 33, octobre 2012, p17

[25] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Soins liés à un accouchement normal: guide pratique (Les). Santé de la Mère et du Nouveau-né. Maternité sans Risque. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997. p61

[26] UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. L'initiative Hôpitaux amis des bébés. [Consulté le 12/12/2012] Disponible à partir de : URL : http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24806.html

[27] COUR DES COMPTES. La politique de périnatalité : l'urgence d'une mobilisation. Rapport annuel public 2012, p366-98

[28] COLLECTIF INTERASSOCIATIF AUTOUR DE LA NAISSANCE. Labels «Naissance Respectée» et International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI) [Consulté le 27/10/2012] Disponible à partir de : URL : <http://ciane.net/Ciane/LabelNaissance>

[29] Centre Hospitalier Universitaire d'Angers. Naître au C.H.U. d'Angers. [Consulté le 12/12/2012] Disponible à partir de : URL : <http://www.maternite-chu-angers.fr>

[30] Stéphanie COMBE. Dr Bernadette de Gasquet : les gestes et les positions pour faciliter l'accouchement. Famille chrétienne, numéro 1746, 02/07/2011

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire téléphonique

Ce questionnaire permet d'évaluer les attentes et motivations, ainsi que la satisfaction, des parturientes ayant pour projet d'accoucher dans l'espace dit physiologique au sein du CHU d'Angers (maternité de niveau III)

1- Quel est votre âge?

2- Attendez vous votre premier enfant?

3- Quel est votre statut marital?

- ☐ Marié
- ☐ En couple
- ☐ Célibataire
- ☐ Divorcé

4- Quelle est votre situation socio-professionnelle?

- ☐ Ouvrier
- ☐ Employé
- ☐ Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- ☐ Cadre
- ☐ Sans emploi

5- Le CHU d'Angers est une maternité de niveau III, en connaissez vous la signification?

- ☐ Oui
- ☐ Non

=> Définition :

6- Pourquoi avoir fait ce choix?

- ☐ Réputation de l'établissement

- ☐ Recommandé par
 - un proche/ un ami
 - votre sage-femme libérale
 - votre médecin traitant
- ☐ Proximité
- ☐ Exercice de votre gynécologue/obstétricien dans cet établissement
- ☐ Établissement de votre/vos accouchement(s) précédent(s)
- ☐ Service de réanimation néonatale
- ☐ Autre

7- Comment avez vous connu « l'espace physiologique » du CHU d'Angers?

8- Avez vous fait un projet de naissance?

- ☐ Oui
- ☐ Non

9- Si oui, était-ce

- ☐ Seul(s)
- ☐ Accompagné d'une sage-femme, d'un médecin
- ☐ A l'aide d'internet
- ☐ Autre

10- Avez vous eu une consultation au C.H.U. d'Angers pour discuter des « modalités » de votre projet?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11- Quels étaient les 2-3 thèmes principaux de votre projet de naissance?

12- Avez vous fait une préparation à l'accouchement?

- ☐ Oui
- ☐ Non

13- Si oui, quel type de préparation?

14- Quelles ont été vos motivations/vos attentes concernant la salle nature?

- ☐ Moins de médicalisation : Pas de perfusion/ Pas de monitoring en continu/ Pas de péridurale
- ☐ Relation privilégiée avec la sage-femme
- ☐ Autonomie : Être maître de son accouchement/ Sentiment d'émancipation
- ☐ Matériel médical dissimulé/ Milieu intimiste/ Ambiance des salles nature
- ☐ Pas de soin chez le nouveau-né/ Peau à peau immédiat
- ☐ Respect de l'intimité
- ☐ Autre

15- Comment aviez-vous envisagé la prise charge de la douleur pendant le travail?

- ☐ Massage
- ☐ Relaxation
- ☐ Exercices de respiration
- ☐ Alternier les positions
- ☐ Soutien personnalisé de la sage-femme
- ☐ Hydrothérapie
- ☐ Pas d'inquiétude concernant la douleur
- ☐ Autre

16- Êtes vous allés jusqu'au bout de votre projet d'accouchement physiologique ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

17- Si non, quelle en a été la raison?

- ☐ Raison personnelle
 - fatigue

- souhait d'une péridurale
- autre

☐ Raison médicale

- extraction instrumentale
- césarienne
- APD sur indication médicale (stagnation, dystocie de démarrage, HDD)
- métrorragies
- surcharge de travail (équipe non disponible)
- délivrance pathologique (délivrance artificielle et/ou révision utérine)

18- Qu'est ce qui ne vous plaît pas dans la prise en charge hospitalière « classique »?

- ☐ Multiplicité des acteurs
- ☐ Attitude passive de l'accouchement
- ☐ Tendance à l'utilisation de produits pour accélérer le travail
- ☐ Hypermédicalisation d'un acte « naturel »
- ☐ Manque de respect, d'intimité, d'écoute
- ☐ Iatrogénie de la prise de charge hospitalière
- ☐ Infantilisation de la part du personnel médical
- ☐ Autre

19- Quel a été votre niveau de satisfaction quant à :

➔ la réussite/le ressenti de votre accouchement?

- ☐ Très bon
- ☐ Bon
- ☐ Moyen, pourquoi?
- ☐ Mauvais, pourquoi?

➔ au respect du projet de naissance?

- ☐ Très bon
- ☐ Bon
- ☐ Moyen, pourquoi?

☐ Mauvais, pourquoi?

➔ votre respect et à votre autonomie?

☐ Très bon

☐ Bon

☐ Moyen, pourquoi?

☐ Mauvais, pourquoi?

➔ la prise en charge globale de votre travail et votre accouchement?

☐ Très bon

☐ Bon

☐ Moyen, pourquoi?

☐ Mauvais, pourquoi?

➔ niveau d'équipement de la salle?

☐ Très bon

☐ Bon

☐ Moyen, pourquoi?

☐ Mauvais, pourquoi?

➔ contact avec l'équipe médicale?

☐ Très bon

☐ Bon

☐ Moyen, pourquoi?

☐ Mauvais, pourquoi?

20- Si vous avez déjà un ou plusieurs enfant(s), qu'avez vous eu la possibilité de faire à cet accouchement là qui n'avait pas été possible aux autres?

21- Avez-vous des remarques à nous faire part afin de satisfaire au mieux votre prise en charge?

Annexe 2 : Charte de fonctionnement de l'espace physiologique du C.H.U.
d'Angers



Pôle Gynécologie Obstétrique

Chef de pôle : Pr Ph. Descamps
Chef de pôle adjoint : Dr Ph. Gillard
Cadre supérieur de pôle : S. Crassat

Charte de fonctionnement de l'ESPACE PHYSIOLOGIQUE

Préambule

Les objectifs du projet

L'espace physiologique est une opportunité donnée aux femmes, aux couples et aux nouveaux-nés de devenir les acteurs principaux de la naissance.

Il répond à une demande de plus en plus pressante d'une partie des usagers qui souhaite une alternative à la médicalisation de l'accouchement, un espace de naissance où le projet de soins est concerté et respecté.

Les patientes sont alors des partenaires de soin à part entière, responsables de leurs décisions, négociées avec les professionnels.

Le point fort de cet espace est la « ré appropriation » de l'accouchement physiologique par les femmes et les couples.

La sage-femme y exerce en toute autonomie et toute responsabilité, dans le respect strict de ses compétences et de la physiologie.

L'objectif pour les femmes et les couples est totalement dans l'esprit de la loi de mars 2002 relative aux droits du patient et la qualité du système de santé.

Il s'agit avant tout de :

- se réapproprier son corps et le moment de la naissance
- être actrice de la naissance et non passive : "je veux accoucher et non me faire accoucher"
- être capable de décider par et pour soi même
- souhaiter une prise en charge plus personnalisée
- ne jamais revivre la mauvaise expérience de l'accouchement précédent.

Il peut aussi y avoir des demandes beaucoup plus poussées où apparaît le refus ou le rejet de toute médicalisation, tout geste technique... Ces projets devront être étudiés au cas par cas, des limites sécuritaires étant indispensables.

Dans l'espace physiologique, l'accompagnant trouve sa place et devient réellement un acteur dans la prise en charge et le déroulement du travail (massage, étirements...)

Les réflexions menées autour de ce projet, l'acquisition de certains matériels (monitoring ambulatoire, ballon, baignoire,...), la formation des sages femmes à des méthodes alternatives de soins ont fait émerger un changement dans nos pratiques pour l'ensemble des patientes.

Cela est particulièrement **un défi** dans une maternité de type III à très forte activité où la prise en charge de pathologies lourdes impose une médicalisation importante.

Le fonctionnement

Ce projet d'accouchement est le fruit d'un cheminement tout au long de la grossesse. Il doit être réfléchi en concertation avec le couple et les professionnels de santé.

Des professionnels (libéraux ou hospitaliers) guident le couple dans l'élaboration de leur projet de naissance écrit.

Les mêmes professionnels incitent le couple à effectuer une préparation à La naissance et à la parentalité, pré-requis indispensable à l'entrée dans l'espace physiologique.

Afin que ce projet soit cohérent avec l'histoire médicale de la patiente et notre projet de soins, l'équipe du CHU souhaite rencontrer le couple à plusieurs reprises pendant la grossesse :

☒ **Une première fois au cours du deuxième trimestre de la grossesse.** Cette rencontre permettra d'évaluer les motivations du couple, de discuter du projet de naissance et de réajuster en fonction de ce que nous sommes en mesure de proposer (fonction des contre-indications et des normes de sécurité). L'équipe tentera au maximum de trouver des solutions satisfaisantes pour les deux parties. A cette occasion, une visite des locaux pourra être réalisée.

☒ **Une deuxième fois au 8^{ème} et/ou 9^{ème} mois** afin de vérifier que l'évolution de la grossesse permette toujours l'inclusion dans l'espace physiologique et que la détermination du couple est intacte.

N.B. : La prise de rendez-vous s'effectue par téléphone ☎ 02.41.35.42.19

Un projet d'accompagnement dans l'espace physiologique sera présenté au couple et signé conjointement par eux et la sage femme. Il met par écrit l'engagement réciproque des deux parties à respecter ce qui aura été défini dans le projet de naissance. Il précise aussi que cet engagement est conditionné à l'activité globale de la salle d'accouchement.

Plusieurs éléments d'ordre médical déterminent la faisabilité d'un accompagnement démedicalisé. Ces éléments peuvent évoluer tout au long de la grossesse et même pendant le travail. Le projet de naissance est donc par nature évolutif. Toute décision et modification de la prise en charge sera discutée et expliquée au couple y compris pendant le travail (hors condition d'urgence vitale)



L'inclusion des patientes

Toutes les femmes ne pourront pas bénéficier de cet espace. Pour des raisons liées à la sécurité de nos prises en charge, les critères suivants ne permettront pas un accompagnement totalement médicalisé :

Critères d'inclusion :

- consultation d'anesthésie (entre 8^{ème} et 9^{ème} mois) et bilan préopératoire (3 semaines avant la date du terme) obligatoires.
- grossesse singleton de déroulement normale supérieure à 37 SA.
- toute parité et tout âge.
- parturiente motivée, avec projet de naissance écrit ayant signé le projet d'accompagnement.
- préparation à la naissance faite (indispensable).

Les patientes porteuses de streptocoque B ou ayant un diabète gestationnel sous régime (sous réserve d'absence de macrosomie associée), peuvent être incluses dans l'espace physiologique. De même, les patientes qui présentent une rupture prématurée des membranes ne seront pas exclues sous réserve d'une mise en travail spontané

Les dossiers ne présentant aucune contre indication, ni aucune demande particulière seront uniquement validés par la sage femme de consultation en charge de la patiente.

Les dossiers comportant des demandes sortant du cadre sécuritaire habituel seront présentés aux médecins à la fin du staff de l'unité des grossesses pathologiques le lundi matin. Une validation écrite sera notée par le médecin responsable de la salle d'accouchement. Certains dossiers pourront être refusés.

Critères d'exclusion :

- Toute présentation autre que céphalique (sommet)
- Prématurité
- Analgésie péridurale souhaitée.
- Patientes non francophones.
- Obésité : IMC>30.
- Utérus cicatriciel (quel que soit le type de cicatrice)
- Hypotrophie / macrosomie fœtale
- Grossesse gémellaire.
- Epreuve du travail.
- Malformation fœtale
- Anomalie du liquide amniotique (quantité, couleur)
- Tout travail déclenché (maturation cervicale ou perfusion d'ocytocine)
- **Les antécédents :**
 - de naissance traumatique ou d'asphyxie périnatale
 - hémorragie de la délivrance.
 - dystocie des épaules.
 - périnée complet.
 - troubles de la coagulation.
 - myopie avec contre indication aux efforts expulsifs.
 - toute autre pathologie contre indiquant les efforts expulsifs : Accident vasculaire cérébral, cardiopathie
- **Les pathologies de la grossesse :**
 - diabète insulino-dépendant.
 - hypertension traitée et/ou pré-eclampsie
 - retard de croissance intra utérin
 - diminution des mouvements actifs fœtaux
 - terme dépassé.
 - anomalies fœtales nécessitant une prise en charge à la naissance.
 - placenta bas inséré.
- **A l'admission en travail :**
 - métrorragies.
 - anomalies du rythme cardiaque fœtal
 - hyperthermie maternelle ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)

- **Pendant le travail :**
 - nécessité ou souhait d'analgésie péridurale
 - anomalies du rythme cardiaque fœtal au cours du travail ou pendant la phase d'expulsion
 - liquide amniotique teinté
 - hyperthermie maternelle ($\geq 38^{\circ}\text{C}$).
 - stagnation de la dilatation cervicale
 - survenue de métrorragies
 - présentation fœtale dystocique : face, front, bregma
 - absence de délivrance à 20min
 - hémorragie de la délivrance

Toutes complications pendant le travail et/ ou l'accouchement nécessiteront l'avis du médecin obstétricien et le retour à une prise en charge « classique ».

L'organisation

L'espace physiologique est accessible de jour comme de nuit, 7j/7.

L'ensemble des sages femmes de garde est susceptible de prendre en charge un couple dans l'espace physiologique. Certaines sages femmes sont formées à des techniques alternatives de prise en charge (acupuncture, homéopathie, massages, hypnose...)

Deux salles d'accouchement sont dédiées à cette activité. Elles sont équipées du même matériel de prise en charge que les autres salles. Elles disposent en plus d'un matériel spécifique (crochet de suspension, table modulaire, luminosité variable....)

Ces salles d'accouchement communiquent avec deux pièces contenant une grande baignoire de dilatation accessible aussi par un couloir extérieur.

L'accompagnant est le bienvenu dans cette espace, il peut à loisir ressortir de la salle. Il peut laisser sa place transitoirement ou définitivement à une autre personne.

Quelque soit la raison, si la patiente relève d'une **prise en charge classique**, elle sera maintenue dans la même salle d'accouchement.

Les modalités de prise en charge

Les patientes incluses dans cet espace bénéficient, dans la mesure du possible, d'une installation dans une des deux salles physiologiques.

Elles peuvent utiliser la baignoire de dilatation à leur convenance, aussi longtemps qu'elles le souhaitent et cela tant que la poche des eaux est intacte.

Elles peuvent se mobiliser au sein de la salle d'accouchement mais aussi à l'extérieur si besoin.

A l'entrée en salle d'accouchement un cathlon à pression positive obturé est installé

Pour une patiente admise dans l'espace dès le début du travail, aucune dilatation cervicale minimum n'est définie.

Concernant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, deux possibilités :

↳ **Monitoring fœtal en discontinu:** application des recommandations de la Haute Autorité de Santé pour le minimum strict médicolegal :

- enregistrement du rythme cardiaque fœtal d'admission d'une durée de 30 min.
- auscultation intermittente toutes les 2-3h pendant la phase de latence.
- puis auscultation pendant **30 secondes toutes les 15 minutes au minimum, de 3 cm jusqu'à dilatation complète** (analyse pendant et hors contraction)
- puis nouvelle auscultation pendant 1 minute toutes les 5 minutes, jusqu'à l'expulsion ou

enregistrement du rythme cardiaque fœtal en continu si parturiente en accord

-retranscription rigoureuse du rythme cardiaque fœtal sur le dossier médical en cas d'auscultation au sonicaid ou stéthoscope de Pinard

↳ Monitoring fœtal en continu grâce aux capteurs sans fil :

Dans la mesure du possible et particulièrement en deuxième phase de travail, tenter de convaincre le couple d'accepter l'utilisation de cette télémétrie qui permet les déplacements dans un rayon de 100 m et immersion dans la baignoire.

-Touchers vaginaux toutes les 2 heures minimum (en phase de travail)

- Si pas d'évolution de la dilatation entre les 2 touchers vaginaux, effectuer une rupture artificielle de la poche des eaux, puis évaluer la progression de la dilatation par un toucher vaginal 1 heure plus tard

- Si stagnation de la dilatation persistante, alors la parturiente est exclue du protocole de l'espace physiologique pour direction du travail. La patiente reste dans la même salle d'accouchement, toutes les informations nécessaires à son adhésion pour une prise en charge plus classique lui sont données.

-Délivrance dirigée : TOUJOURS

Au-delà d'un délai maximum de 30 min, s'il n'y a pas de délivrance, effectuer une délivrance artificielle. Mise en place systématique du sac de recueil.

-Hydratation orale de la patiente au cours du travail autorisée selon le protocole actuel validé par les anesthésistes-réanimateurs.

Un partogramme classique est débuté à l'entrée en travail.

La patiente a la possibilité d'utiliser ses propres vêtements.

Toute évolution défavorable du travail sera clairement expliquée au couple. Les décisions médicales et les raisons imposant une prise en charge classique leurs seront notifiées.

Le couple peut de lui-même demander à tout moment une modification de prise en charge, sans pour autant être changé de salle d'accouchement.

Prise en charge du nouveau né :

L'enfant est accueilli avec douceur et respect, le peau à peau est habituellement pratiqué dans le service et la mise au sein immédiatement possible. Le bain n'est plus systématique.

Le clampage tardif du cordon est possible et l'accompagnant pourra le couper lui-même.

Les aspirations trachéo-bronchiques ne sont pas systématiques.

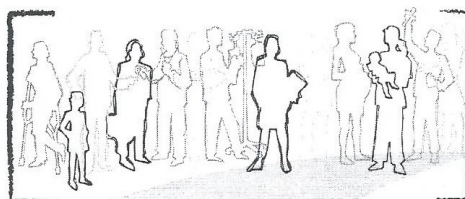
En cas de portage chronique de Streptocoque B par la mère, se référer au protocole habituel mais faire le frottis gastrique à la seringue, bébé sur le ventre de sa mère.

Selon les recommandations du réseau sécurité naissance, la vitamine K est obligatoire.

Le couple et l'enfant quitteront l'espace physiologique après 2 heures de surveillance.

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter un cadre sage femme

Martine Hérault ☎ 02.41.35.49.79, Isabelle André ☎ 02.41.35.49.01 ou Cécile Rouillard ☎ 02.41.35.44.70



Annexe 3 :



Illustration de la page de garde (Quentin Blake)

RESUME

Objectif : Définir les raisons qui incitent les femmes enceintes à accoucher dans un espace physiologique au sein d'une maternité de niveau III quand des techniques médicales de pointes peuvent leur être offertes. Et mesurer la satisfaction de ces femmes concernant l'utilité des nouveaux pôles physiologiques.

Méthode : Avec leur accord, toutes les patientes qui avaient fait la demande d'accoucher dans l'espace physiologique, par le biais de consultations spécifiques et de la rédaction d'un projet de naissance, étaient susceptibles d'être appelées et de répondre au questionnaire élaboré. Ces appels ont été réalisés entre mi-août 2012 et fin octobre 2012.

Résultats : Au total, 108 patientes avaient fait cette demande et 74 femmes ont pu accéder à l'espace physiologique.

Les trois principales raisons évoquées pour choisir un accouchement dans l'espace physiologique sont le moins de médicalisation possible à 86,5%, le respect de l'intimité à 41,9% et l'autonomie lors du travail et de l'accouchement à 39,2%.

Concernant la satisfaction globale de ces nouveaux espaces (prenant en compte le respect du projet de naissance, de l'intimité, de l'autonomie, la prise en charge du travail, de l'accouchement, le niveau d'équipement des salles ainsi que le contact avec l'équipe médicale), on retrouve des taux de réponses « très bon » et « bon » aux alentours de 97,1%.

Conclusion : Les couples se tournent aujourd'hui vers un accouchement démedicalisé car ils considèrent que l'hypermédicalisation de la naissance conduit à la iatrogénie. Grâce à ces nouveaux espaces physiologiques, qui répondent à leurs attentes, ils paraissent globalement très satisfaits.

Mots clés : espace physiologique, accouchement naturel, satisfaction.

ABSTRACT

Objectives: Defining reasons which encourage pregnant women to give birth in a « physiological space » at a level 3 maternity ward, where they can benefit advanced medical technologies. Also to measure their satisfaction concerning the use of these « physiological spaces »

Patients and methods : With their agreement, all the patients who had asked to give birth in a « physiological space », through specific consultations and the writing of a birth plan, were likely to be called and asked to answer to a quiz. These calls were made between 15th of August and 31st of October, 2012.

Results: In total, 108 patients have made this request and 74 of them have been able to access to a « physiological space ».

The 3 main reasons mentioned to give birth in this specific space are: less medicalization with 86.5%, respect of intimacy with 41.9%, and self reliance during labor and delivery with 39.2%.

Concerning the global satisfaction (considering respect of the birth plan, intimacy, self-reliance, support during labor and delivery, equipment and contact with the medical team), we find a satisfaction rate of 97.1%.

Conclusions: Today, couples are interested by a « non medicalized delivery » because they consider that overmedicalization of birth generates iatrogenicity. Thanks to these news spaces, which answer to their expectations, they seem, on the whole, very satisfied.

Key words: physiological space, natural delivery, satisfaction