



**HAL**  
open science

## Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance

Lucile Barraud

► **To cite this version:**

Lucile Barraud. Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00909417

**HAL Id: dumas-00909417**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00909417v1>**

Submitted on 26 Nov 2013

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES  
DE  
CLERMONT- FERRAND  
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**ENQUETE DE SATISFACTION  
AUPRES DES PATIENTES AYANT REDIGE  
UN PROJET DE NAISSANCE**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR**

**Lucile BARRAUD**

**Né(e)le 19 09 1989**

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

**Année 2013**



**UdA** | Université d'Auvergne



**MAÏEUTIQUE**



**ECOLE DE SAGES-FEMMES  
DE  
CLERMONT- FERRAND  
Université d'Auvergne – Clermont 1**

**ENQUETE DE SATISFACTION  
AUPRES DES PATIENTES AYANT REDIGE  
UN PROJET DE NAISSANCE**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR**

**Lucile BARRAUD**

**Né(e)le 19 09 1989**

**DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

**Année 2013**

# Remerciements

A Madame Leymarie, directrice de l'école de sages-femmes, pour son écoute et ses corrections attentives.

A Madame Storme, médecin anesthésiste, pour ses documents, ses conseils et son accompagnement tout au long de ce travail.

A toutes les cadres sages-femmes, les sages-femmes et les étudiants qui ont permis la distribution du questionnaire.

A toutes les mamans qui ont pris un peu de leur temps pour remplir les questionnaires et exprimer leurs opinions.

A mes parents qui me soutiennent depuis si longtemps ainsi que toute ma famille.

A mes amies Maïlys et Camille pour leur participation et leurs conseils.

Un grand merci à Sophie et Marie et à ma promotion que je n'oublierai jamais.

A Simon pour ses nombreuses heures de patience et de soutien.

« L'accompagnement d'une femme tout au long de sa grossesse et de son accouchement ne peut se faire que s'il existe un partenariat fondé sur la confiance et la reconnaissance d'un savoir faire respectif »

Chaumette Paloma

« Le défi à relever est d'intégrer l'usage des progrès de la médecine comme un moyen au service d'un nouvel humanisme, d'une nouvelle liberté des femmes, des couples, des familles, et non d'en faire l'instrument de leur aliénation »

Birman Chantal

# **Sommaire**

<b>Introduction.....</b>	<b>p.1</b>
--------------------------	------------

## **I. Revue de la littérature**

1.1	Qu'est ce qu'un projet de naissance ?	
1.1.1	Définition de la notion de projet : .....	p.2
1.1.2	Que signifie « Naître » aujourd'hui ?.....	p.4
1.1.3	Le projet de naissance :.....	p.11
1.2	La satisfaction :	
1.2.1	Définitions.....	p.20
1.2.2	Pourquoi enquêter sur la satisfaction des patients relative aux soins:..	p.21
1.2.3	Comment améliorer la satisfaction des parturientes .....	p.23

## **II. Matériels et méthodes**

2.1	Rappels des objectifs de l'étude .....	p.25
2.2	Type d'étude.....	p.25
2.3	Matériels et méthodes .....	p.26

## **III. Résultats**

3.1	Taux de réponse au questionnaire.....	p.30
3.2	Description de la population d'étude .....	p.30

## **IV. Discussion**

3.3	Les Limites de l'étude : .....	p.58
3.4	Discussion des résultats de l'étude :.....	p.58
3.5	Projet d'action :.....	p.77

<b>Conclusion .....</b>	<b>p.83</b>
-------------------------	-------------

## **Références bibliographiques**

## **Annexes**



# Glossaire

**AFAR** : Alliance Francophone de l'Accouchement respecté

**CIANE** : Collectif interassociatif autour de la naissance

**CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

**DRESS** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PDN** : Projet De Naissance

**PNP** : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

**RSPA** : Réseau Santé Périnatal d'Auvergne

**SFAR** : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

# Introduction

Aujourd'hui, nous observons de plus en plus de patientes qui communiquent leur projet de naissance sous forme manuscrite aux professionnels de santé. Le projet de naissance est un ensemble de souhaits rédigés, qui peuvent évoluer à tout instant. Cela permet aux futurs parents de se projeter dans l'avenir, il est donc unique et personnel. De plus, les projets de naissance questionnent les équipes médicales sur leurs pratiques. C'est une demande provenant des patientes, soutenue par les associations d'usagers de la périnatalité, pour faire face à la surmédicalisation et à la judiciarisation actuelle de la naissance.

Il fait l'objet de publications de la part des institutions telles que la HAS et l'OMS. Bien que ce soit dans les pays anglo-saxons un outil très utilisé pour l'accompagnement des futures mères, en France, très peu d'études évoquent les projets de naissance.

Pendant mes stages en tant qu'étudiante sage femme, j'ai noté que cette nouveauté perturbait les habitudes du service. Bien qu'encore minoritaire, cette pratique se répand de plus en plus.

Comment les professionnels de santé réagissent-ils ? Les projets de naissance ouvrent-ils un dialogue pendant la grossesse ? Sont-ils respectés dans la mesure du possible dans les services ? Les patientes sont-elles satisfaites de leur accompagnement ? Le projet de naissance a-t-il un impact sur le vécu de leur accouchement ? Le projet a-t-il été utile pour les parturientes ?

L'objectif principal de cette étude est de mesurer la satisfaction des patientes ayant rédigé un projet de naissance. Dans un second temps, nous montrons s'il existe un lien entre la satisfaction des patientes, le type de suivi, ainsi que le type de maternité où elles accouchaient. Nous identifions également les caractéristiques de la population rédigeant des projets.

Après avoir défini les notions de projets de naissance et de satisfaction, La seconde partie sera consacrée à la présentation de l'étude et à l'analyse des questionnaires adressés aux patientes ayant rédigé un projet de naissance au sein de quatre maternités d'Auvergne. La dernière partie aura pour but, à partir des résultats obtenus, de dégager des pistes de réflexion.

# **I. Revue de la littérature**

## 1.1 Qu'est ce qu'un projet de naissance ?

Le terme «projet» fait aujourd'hui l'objet d'une utilisation abondante dans des domaines variés de la vie courante comme dans de nombreux secteurs professionnels. Il apparaît donc utile de revenir sur le mot «projet », sur son élaboration avant de s'intéresser au projet de naissance proprement dit.

### 1.1.1 Définition de la notion de projet :

#### 1.1.1.1 Définition du projet

Etymologiquement, le projet vient du latin *pro*, qui signifie «*en avant*», et *jactare* qui veut dire d'une part «envoyer loin en lançant» et d'autre part «disposer mettre en place». Le dictionnaire donne pour définition du mot projet : «*Ce que l'on a l'intention de faire*» [1]. Le projet est donc élaboré en amont, prémédité, pour faire face à une situation future.

L'utilisation du mot projet en philosophie revêt un sens différent. Elle amène plutôt à concevoir le «projet» comme un effort pour «sortir de soi» mais aussi comme une interaction entre le Moi et le Non-Moi, c'est-à-dire entre l'individu et son environnement. Pour Boutinet : «*Le projet est une unité dialectique de la conscience et de son autre ; cette unité dialectique qui fait du projet une réalité réconciliant idéalisme et réalisme* » [2]. De plus, il ajoute que le projet traduit la capacité de devenir homme, ce qu'il peut être en raison de sa liberté.

Un projet naît «individuel», mais peut impliquer ensuite plusieurs acteurs et devenir «collectif». Par exemple, lorsque la personne accompagnatrice et la personne accompagnée se retrouvent dans une dynamique relationnelle pour cheminer ensemble, à travers certains lieux, selon des modalités définies, comme c'est le cas dans la relation soignant-soigné.

Le projet est donc unique, limité dans le temps et comporte toujours une notion de nouveauté et de changement.

Les Anglo-saxons accordent un sens différent de la notion de projet. Ils utilisent le mot «*to plan*», traduisant une notion concrète, incluant la planification, l'anticipation des risques et des acteurs.

### ***1.1.1.2 Comment se construit un projet ?***

La conception d'un projet nécessite plusieurs étapes.

Un projet nécessite une anticipation sur l'avenir. C'est un processus qui s'inscrit dans une perspective de changement. Au départ de tout projet, il y a la mise en évidence d'une situation sur laquelle on veut agir. De plus, il y a une forte notion de temporalité. Un projet n'est pas répétitif, il est toujours unique. Il émerge d'une idée nouvelle et doit apporter une réponse spécifique à un besoin. Chaque projet est différent et novateur, impliquant des incertitudes et des risques. C'est non seulement une intention de faire ou une idée nouvelle à réaliser, à l'aide de plusieurs personnes.

L'élaboration du projet se doit de définir des objectifs. Ceux-ci sont ensuite exposés pour permettre leur réalisation. Résoudre un problème, ce qui implique une analyse préalable des besoins. Les objectifs doivent être réalistes, réalisables donc prendre en compte les contraintes, délai, mais aussi les ressources financières et humaines disponibles.

La réalisation concrète des objectifs s'appuie sur la mise en place d'actions, nécessitant la mobilisation de moyens (coût et ressources), un travail d'équipe basé sur le dialogue et la coopération. Il doit être réalisé dans un délai déterminé.

La majorité des projets impliquent plusieurs personnes (une compagne ou un compagnon par exemple). On parle alors d'acteurs du projet qui constituent autant de ressources du projet.

D'après Boutinet, un projet se conforme à : *«la conduite éminemment personnelle par laquelle je caractérise ma pensée, mes intentions à travers un dessein approprié : c'est en même temps cette conduite éminemment relationnelle qui me fait communiquer à autrui mes intentions pour le laisser juge de son contenu.»* [3].

Le projet de naissance répond à toutes ces caractéristiques. C'est un idéal que les femmes tentent de réaliser en craignant de ne pas l'atteindre et d'être insatisfaction, de non atteinte et qui ne peut se penser sans un dialogue avec les professionnels de santé.

### **1.1.2 Que signifie « Naître » aujourd'hui ?**

Nous commencerons par donner une définition du terme «naissance», puis nous reviendrons sur l'histoire de la naissance en France au fil des siècles.

#### **1.1.2.1 Définition de la naissance**

Du latin, *nascentia*, la naissance est définie comme le «commencement de la vie indépendante pour un être vivant au sortir de l'organisme maternel». Cette définition précise que la vie est présente bien avant la naissance. C'est aussi la «mise au monde», ce qui témoigne du rôle fondamental de la mère pendant l'accouchement. On retrouve aussi comme définition, l'«enfant qui naît», montrant que l'enfant est acteur de sa naissance [4]. Par conséquent, la naissance est un phénomène résultant de deux protagonistes, à la fois la mère et son enfant. Dans la grande majorité des cas, le jour de l'accouchement, le futur couple de parents est de nos jours, accompagné et pris en charge par une équipe soignante.

### **1.1.2.2 Evolution de la naissance en France :**

Pour comprendre l'intérêt des projets de naissance, il faut rappeler l'histoire de l'obstétrique en France. La naissance dans notre pays a connu deux mutations importantes, l'une concernant les accompagnants et l'autre ayant trait au lieu d'accouchement. Puis nous exposerons l'offre actuelle des maternités.

#### **❖ La naissance traditionnelle :**

Jusqu'au XVII<sup>e</sup> siècle, une femme «s'accouchait» ou «était accouchée» d'un enfant. Aujourd'hui une femme «accouche» d'un enfant. Ce passage de la forme passive à la forme active lui donne le statut de mère, auquel on accédait alors que par le biais d'étapes ritualisées. Accouchant chez elle, elle se pliait aux préparatifs traditionnels et acceptait la douleur comme une fatalité «Tu enfanteras dans la douleur.» précepte biblique de la Genèse [5].

Bien que l'accouchement ait lieu à la maison, il constitue aussi un moment public, réservé à une assistance de femmes, dominée par la figure de l'accoucheuse (celle-ci est souvent la fille ou la nièce d'une matrone) qui détient un savoir empirique.

Dans la France traditionnelle, la femme accouche toujours «à couvert», c'est-à-dire sous les draps et les vêtements, car il ne convient pas qu'elle se montre nue, à son entourage. En revanche, elle peut prendre diverses postures, si elle le souhaite. Certaines positions sont plus pratiquées que d'autres, suivant les provinces : la plus fréquente étant celle où la femme est sur le dos, à demi couchée et à demi assise.

Aux XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles, les couches cessent d'être accompagnées uniquement par des femmes. Traditionnellement, les hommes de l'art n'ont pas le droit d'assister aux couches par «décence». Mais des chirurgiens peuvent être parfois appelés pour délivrer des femmes dont le fœtus est mort. L'arrivée



de l'accoucheur transforme les pratiques de la naissance. Dans un souci de sécurité, il réduit puis empêche l'assemblée d'assister à l'accouchement. Ainsi, la patiente se retrouve isolée face au médecin. Dans l'obstétrique du XVIII<sup>e</sup> siècle, seule la position allongée sur le dos est convenable, car c'est aussi la plus commode pour l'accoucheur.

De plus, l'accoucheur obtient le privilège de travailler avec les leviers et forceps, mis au point conjointement en France et en Angleterre (à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle). Grâce à la pratique instrumentale, l'accouchement cesse d'apparaître comme un acte naturel : il nécessite le recours à un homme de l'art, à la fois savant et fort. C'est un premier pas vers la médicalisation de la naissance.

À partir des années 1750, en France, les matrones sont l'objet de critiques virulentes de la part des médecins. Ainsi, le pouvoir royal va transformer les matrones en véritables sages-femmes grâce à une rapide formation médicale à l'initiative d'une maîtresse sage-femme, Mme du Coudray qui dispense des cours itinérants organisés dans tout le pays.

### ❖ La médicalisation de la naissance au XIX<sup>e</sup> et XX<sup>e</sup> siècle

Pendant les deux premiers tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, malgré une meilleure formation des soignants, les hôpitaux restent encore des lieux effrayants qui n'accueillent que les filles mères ou les pauvresses. Les naissances y sont bien plus dangereuses qu'à domicile, du fait des épidémies de fièvre puerpérale. Pasteur montre aux médecins l'importance vitale des pratiques rigoureuses d'asepsie, d'antisepsie et de stérilisation. Mises en application, elles permettent une baisse radicale de la mortalité maternelle. Peu à peu l'hôpital cesse de faire peur et apparaît comme un lieu aseptisé, où l'on pratique une médecine qui sauve et qui guérit. De plus, à partir des années 1840, la médecine découvre le pouvoir des «drogues» anesthésiantes et analgésiques (opium, morphine, chloroforme, éther).

L'hôpital a aussi évolué pour devenir un haut lieu de technicité médicale. Pour des raisons d'hygiène, toutes les personnes étrangères au service (mères, amies, maris) sont systématiquement refoulées. La femme reste seule avec son angoisse et sa douleur. Malgré des progrès évidents accomplis en matière de sécurité et de confort, l'hôpital garde longtemps une image défavorable : les femmes qui en ont les moyens préfèrent toujours accoucher à domicile avec une sage-femme.

La médicalisation de la naissance commence vraiment en France après la seconde guerre mondiale car il est alors nécessaire d'augmenter la natalité.

Dans les années 1950, en France, a lieu une autre mutation : à l'initiative du docteur Fernand Lamaze (1890-1957), accoucheur à Paris, est mise au point une méthode d'accouchement «sans douleur», inspirée des recherches de médecins soviétiques, disciples de Pavlov. La méthode propose une préparation psychique et physique agissant sur l'anxiété et visant à atténuer la douleur. La méthode se répand dans toute la France de 1953 à 1956.

À cette date, les femmes obtiennent de la Sécurité sociale, le remboursement des six séances de préparation (qui passent à 8 dans les années 1960). La caisse d'assurance maladie rémunère directement l'hôpital à condition que la femme accouche au sein des établissements de santé.

Au cours des années 1970-80, se produisent d'autres transformations fondamentales des pratiques (échographie, monitoring, analgésie péridurale) qui font oublier la «révolution» de l'accouchement sans douleur, qui avait pourtant donné aux femmes une maîtrise sur leur corps. Pouvoir bénéficier de l'analgésie péridurale est revendiquée par les femmes comme une priorité et entraîna une médicalisation accrue. L'accouchement est dirigé par de nombreux protocoles qui laissent peu de place aux demandes et initiatives personnelles. De plus, nombreuses sont celles qui associent sécurité et technicité. Les femmes ont gagné en sécurité mais ont perdu en autonomie et confiance en elles [6].

## ❖ Naître en France au XXI<sup>e</sup> siècle

Durant ce siècle, l'accès à la contraception est légalisé par la loi Neuwirth en 1967. Les femmes ont acquis des nouveaux droits notamment avec la loi Veil pour l'interruption volontaire de grossesse en 1975. Les femmes ont désormais le pouvoir d'être «maîtresses» de leur corps.

### ➤ Organisation des maternités et suivi des patientes

Aujourd'hui, les accouchements se déroulent à la maternité. Pour optimiser la prise en charge, différents types de maternité sont définis.

Le 9 octobre 1998, les décrets de périnatalité sont promulgués. Ils sont relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale [7]. Les capacités en moyens humains et logistiques des établissements sont déterminées en fonction des différents types de maternités, selon les normes précisées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Quatre types d'établissements se distinguent par leurs possibilités de prise en charge du nouveau-né dans l'établissement où elles sont implantées. Ils accueillent les futures mères en fonction du risque qu'encourent la mère et/ou l'enfant à naître. L'établissement peut organiser leur transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés :

- ❖ Les maternités de type I assurent, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance.
- ❖ Les maternités type II A et II B sont situées dans un établissement disposant d'un service de médecine néonatale et/ou de pédiatrie.
- ❖ Les maternités de type III sont situées au sein d'un établissement (centre hospitalier universitaire ou non) disposant d'une unité individualisée de soins intensifs ou d'un service de réanimation pédiatrique ou néonatale.

Ainsi, les pouvoirs politiques ciblent la gestion du risque. La recherche systématique de la pathologie prévaut sur la surveillance de la physiologie.

Les grossesses physiologiques sont entièrement suivies par les sages-femmes. Cette profession présente une particularité dans le système de soin français : elle détient le statut de profession médicale à compétences définies. Selon l'article L.4.151-1 du Code de la Santé Publique, « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux en ce qui concerne la mère et l'enfant* » [...] « *en situation physiologique. Dès que le diagnostic de pathologie est posé, elles ont l'obligation d'orienter la patiente vers un médecin.* » [8].

Les gynécologues-obstétriciens ont la possibilité d'intervenir quand la situation les y oblige et d'avoir recours aux instruments. Les sages-femmes se concentrent alors davantage sur le versant relationnel du suivi.

#### ➤ L'accouchement hospitalier

Il est consensuel d'admettre la normalité d'un accouchement à postériori. La patiente est prise en charge selon des protocoles, différents d'un établissement à l'autre, ayant pour trame la médicalisation de la naissance. Ces protocoles sont rassurants car ils donnent une orientation pour prise en charge et sont considérés par les professionnels comme une garantie médico-légale mais pas pour la justice. Des techniques de surveillance et de prévention sont mises en œuvre pour laisser le moins de place possible à l'imprévu (la patiente est habillée en tenue de bloc, le monitoring du cœur fœtal est ininterrompu, et la pose d'une voie veineuse est systématique).

#### ➤ L'analgésie péridurale et les positions

D'après l'enquête périnatale de 2010, l'analgésie péridurale est largement utilisée en France avec un taux de 70% (accouchement par voie basse et césarienne confondue.) [9]. Elle peut être recommandée sur indications médicales. L'analgésie devient modulable et moins dosée permettant de changer de positions. De plus, les lits d'accouchement sont

munis de commandes électroniques afin de répondre à plusieurs possibilités posturales. Aujourd'hui, trouver sa position d'accouchement est une demande légitime et même encouragée par la plupart des sages-femmes. En effet, la liberté posturale est favorable à la mécanique de l'accouchement mais la position d'accouchement la plus courante reste le décubitus dorsal.

Néanmoins des progrès ont été faits pour aider les femmes à se mobiliser. Pour surveiller le travail, il existe aujourd'hui des monitorings sans fil qui permettent à la mère de se mouvoir et même d'aller dans l'eau grâce à la mise en place de baignoires de dilatation dans les salles d'accouchement. Plusieurs accessoires de mobilisation pendant le travail se sont développés dans les hôpitaux, tels que ballons, galettes, systèmes de suspension et coussins de maternité.

### ➤ Le Père

Il faut noter l'introduction récente des pères en salle de naissance. La patiente n'est alors plus seule face au corps médical. L'accompagnant peut aussi être une personne de confiance depuis la Loi Kouchner du 4 mars 2002 [10]. Actuellement le père a trouvé sa place dans le monde de la périnatalité. Le congé paternité instauré depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002 en est la preuve. De plus, il est invité et présent dans les rencontres autour de la naissance comme lors de l'entretien prénatal ou des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. La sécurité concernant la mère et l'enfant étant bien assurée, les aspects affectifs ont repris beaucoup d'importance pour les femmes. Ainsi, les mères recherchent une autre dimension, où l'expérience affective est primordiale [11].

La technicité, si elle est nécessaire, doit donc s'intégrer dans une pratique obstétricale respectueuse des désirs et besoins des patientes. Pour que les pratiques périnatales changent, pour que les femmes soient entendues et respectées, il faut qu'elles se réapproprient leur accouchement. La préparation d'un projet de naissance est un dialogue entre une femme et le professionnel. C'est la garantie d'être écoutée pour la femme et reconnu pour le professionnel.

### 1.1.3 Le projet de naissance :

Toute femme qui accouche a imaginé son accouchement comme elle idéalise son enfant pendant sa grossesse. Cependant, la mise par écrit du projet est un phénomène nouveau rapporté dans des textes récents.

#### 1.1.3.1 Définitions :

Le projet de naissance est pris en compte dans les recommandations de la HAS publiées en 2007, intitulées : «*Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*». La HAS donne pour définition : «*un projet de naissance est l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période post natale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents.*» [12].

L'OMS définit le PDN en 1997 dans le rapport intitulé «*Les soins liés à un accouchement normal*» comme un plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui, l'accouchement se déroulera. Ce plan est établi avec la femme pendant la grossesse. Il est important d'en encourager la faisabilité [13].

Pour Sophie Gamelin-Lavois, consultante périnatale : «*Lorsque les parents qui attendent un enfant peuvent écrire un projet dit «de naissance» pour leur permet de réfléchir aux conditions de naissance, aux possibilités qui s'offrent à eux, aux pratiques médicales, à leurs envies et à leurs droits. C'est un support pour dialoguer avec les professionnels de santé [...]. Elaborer un tel projet est une démarche de réflexion et d'appropriation de la naissance par les parents, mais également l'expression de leurs droits [...]. Il revient à chaque parent de créer le sien et d'établir une relation particulière avec l'équipe médicale.*» [14].

Cette consultante périnatale estime qu'il est important de préciser que les désirs peuvent changer à tout moment. Un projet n'est pas figé. La naissance réserve toujours des imprévus.

De plus, les projets peuvent aussi exposer des refus concernant des pratiques médicales en vigueur et être source de conflits. Les femmes choisissent très tôt au cours de leur grossesse les soignants, le lieu de naissance et, de ce fait, la manière dont le travail et la naissance se produiront.

Un projet peut se construire avant même la conception et se joindre au projet de vie d'un couple. Le premier projet d'un couple est de s'imaginer en tant que parents. Puis la femme va investir sa grossesse et définir son projet soit seule, soit en couple et avec ou sans collaboration avec les professionnels. Toutes les femmes se projettent mais certaines mettent par écrit, leurs désirs, leur idéal. Dans notre société moderne, fixer un évènement en l'écrivant lui apporte sa légitimité, signifie l'importance qu'on lui donne. L'écriture permet aussi de restructurer la pensée et favorise la mémorisation des informations. Ecrire servirait à laisser une trace, de transmission, de continuité.

#### **1.1.3.2 Historique :**

En 1991, au Royaume-Uni, s'est ouverte «La commission de recherche sur les services de maternité». Les usagers et les associations professionnelles ont été invités à donner leur avis sur la façon dont les services de maternité répondaient à leurs besoins. Cela a permis d'établir un tableau assez homogène des besoins non satisfaits des patients. Ce rapport fut suivi en 1992 de l'avis du comité d'expert «Changing birth».

Dès 1993, la pratique des «plans de naissance» (birth plan) devenait courante avec pour objectif : *«Les femmes devraient avoir la possibilité de discuter leurs intentions en ce qui concerne l'accouchement et la naissance. Leurs décisions devraient être inscrites sur le plan de naissance et incorporées au dossier médical. Tout doit être fait, dans la mesure du possible, pour respecter les souhaits de la femme et de son compagnon, et pour les informer des services auxquels ils ont droit.»* [15]. Les futurs parents étaient

systématiquement encouragés à consigner leurs vœux par écrit. Une dérive est apparue quand certaines structures médicales ont soumis un formulaire «type» avec des propositions à cocher au choix. Le document n'étant plus rédigé par les parents mais par le corps médical, a dérivé sur une demande d'accord préalable sans consentement éclairé ni informations de la part des professionnels. Alors que le PDN devrait être le résultat d'un processus d'échange.

En France, les projets de naissance sous forme écrite sont encore peu fréquents. Cependant, les futures mamans sont de plus en plus nombreuses à exprimer des demandes concernant les modalités de naissance de leur bébé. Si avant 2005 elles n'étaient que 36% à discuter avec l'équipe médicale, aujourd'hui elles sont 56% à vouloir devenir actrices de leur accouchement d'après une enquête du CIANE (un collectif d'associations agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé) : «*Le projet de naissance concerne 18% des accouchements contre 7% il y a sept ans.* » C'est donc un phénomène récent en plein expansion [16].

De plus, il est largement soutenu par les associations d'usagers de la périnatalité. Elles œuvrent pour une meilleure information des patientes et pour leur permettre d'une part d'effectuer leurs propres choix en matière d'accouchement et d'accueil du nouveau né, et d'autre part, que ces choix soient respectés.

❖ Le CIANE (Collectif Inter Associatif autour de la Naissance) rassemble les associations dont les buts concernent la santé et la périnatalité. Ce collectif est apparu en juin 2003 à la suite des Etats Généraux de la Naissance. Le CIANE a reçu l'agrément national de représentant d'usagers par la Direction Générale de la Santé. Cela permet à toutes les associations adhérentes de pouvoir participer aux instances. Il ne se relève d'aucune appartenance politique ou syndicale, ni d'une obédience religieuse ou philosophique. Ses principes reposent sur la transparence et son engagement est de nature citoyenne, respectueuse des lois. Il entend participer à la nouvelle politique périnatale. La parturiente n'est plus seulement une patiente mais une



usagère de santé. Le CIANE se positionne alors comme partenaire de cette nouvelle forme de coopération.

- ❖ L'AFAR, Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté a pour but d'agir par tous les moyens utiles, y compris les actions en justice, pour faire respecter et appliquer les droits des usagers de la périnatalité. Elle est affiliée au CIANE [17].

Ainsi, avec la médicalisation croissante, est apparue la judiciarisation dans les hôpitaux. Mais quelle est la valeur du projet de naissance rédigé ?

### **1.1.3.3 La valeur légale du PDN :**

En France, le projet de naissance rédigé n'a pas de valeur légale propre. Cependant, les futures mamans peuvent s'appuyer sur différents textes de loi, en tant qu'usagères du système de santé.

La Charte de la personne hospitalisée datant de 1974, réactualisée en 2006, valorise les droits des personnes prises en charge par les établissements de santé. Elle est affichée dans tous les hôpitaux. Elle responsabilise le patient par rapport à sa propre santé : *« Toute personne est libre de choisir le praticien, l'établissement de santé qui le prendra en charge »*. Elle lui permet également de choisir ses orientations thérapeutiques : *« Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient »*. Enfin elle précise que *« l'information aux patients doit être accessible et loyale. »* [18].

La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé basé sur le Code de la Santé Publique, précise juridiquement les droits et la responsabilité des usagers. Ainsi, elle précise que la décision médicale implique le consentement éclairé du patient. La relation soignant-soigné s'établit dorénavant sur un mode «égalitaire». Cela suppose une information claire délivrée avant et après les soins. D'autre part, cette loi permet au patient d'être acteur de ses soins comme le démontre l'article L1111-4 du Code de la santé publique : *« Le médecin doit respecter la volonté de la*

*personne après l'avoir informé des conséquences de ses choix. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peuvent être pratiqués sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » [19]. La sage femme étant une profession médicale est obligée de la même manière. Cette loi désigne également la possibilité pour chaque patient de désigner une personne de confiance. En outre, elle reconnaît officiellement le rôle des associations dans le système hospitalier.

La mission Périnatalité effectuée à la demande de Jean François Mattéi en septembre 2003, prévoit dans sa deuxième proposition de «*Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance*» [20]. Cette nouvelle politique a pour objectif d'assurer la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des femmes enceintes et de leur enfant. La mission prévoit dans sa 20<sup>ème</sup> proposition d'établir des plans de périnatalités pour mener leurs actions.

Ainsi, a été créé le Plan de Périnatalité 2005-2007 qui énonce : «*Un entretien individuel et/ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes au cours du 4<sup>ème</sup> mois afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles pour la venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés [...]. Cette nouvelle prestation n'ayant pas un caractère obligatoire, l'information devra être relayée notamment par les réseaux sociaux de proximité [...] afin que toutes les femmes en bénéficient, notamment les plus vulnérables ou isolées [...].*» [21]. On assiste à une dimension émotionnelle de la naissance, au même titre que la technique. Le but de cet entretien est de permettre un échange mais aussi un lien personnalisé. Le rôle de la sage femme prend tout son sens dans l'accompagnement et ne se limite plus uniquement à la prise en charge médicale.

De plus, d'après l'arrêt Mercier de 1936 le médecin ou la sage-femme est lié aux malades par le «*contrat de soin*». C'est-à-dire qu'il doit donner des

soins «*non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs et, réservés faites des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science*» [22].

Le projet de naissance n'est pas un contrat juridique et ne constitue donc pas un support médico-légal en cas de litige. Il peut correspondre à un contrat moral dans le partenariat soignant-soigné, mais il n'est pas force de loi.

#### 1.1.3.4 Quels sont les souhaits des parents ?

Pour connaître quelles étaient les demandes des parents rédigeant un projet, nous avons analysé 21 projets de naissance recueillis de juillet 2010 à mars 2012 au sein de la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand maternité de type III (63).

Nous exposons les résultats de manière chronologique.

<u>Souhaits pendant le travail :</u>	n= 21	%
Mobilité	16	76 %
Pas d'analgésie péridurale	14	67 %
Pas de médicaments	12	57 %
Alternatives à l'analgésie péridurale : ballon, galette, baignoire	11	52 %
Monitoring discontinu	10	48 %
Pas de déclenchement	10	48 %
Pas de perfusion	6	29 %
Boisson	2	10 %

<u>Souhaits pour l'accouchement :</u>	n=21	%
<b>Clampage tardif</b>	17	81 %
<b>Présence du père</b>	17	81 %
<b>Refus de l'épisiotomie</b>	12	57 %
<b>Choix de la position</b>	13	62 %
Refus de la délivrance dirigée	7	33 %
Refus de l'expression abdominale	6	29 %
Attendre le reflexe naturel de poussée	2	10 %

<u>Souhaits pour l'environnement en salle de naissance: n=21</u>	n=21	%
<b>Respect intimité</b>	11	52 %
<b>Explication et consentement avant chaque acte</b>	10	48 %
Lumière tamisée, musique	6	29 %
Refus d'un étudiant	3	14 %
Nombre touchers vaginaux réduits	2	10 %

<u>Souhaits pour le post partum immédiat:</u>	n=21	%
<b>Peau à peau immédiat</b>	17	81 %
<b>Différer les premiers soins, attendre la première mise au sein</b>	15	71 %
<b>Présence du père pendant les soins</b>	14	67 %
<b>Mise au sein précoce</b>	12	57 %
Refus du bain et de l'aspiration	7	33 %
Refus des collyres et de la vitamine K	4	19 %

<u>Souhaits pour le post-partum:</u>	n=21	%
<b>Refus de complément, de biberon, de tétine</b>	9	43 %
Présence bébé dans la chambre 24h/24	5	24 %
Sortie précoce	4	19 %

Chaque projet étudié ne traite pas de toutes ces parties. De nombreux souhaits peuvent être satisfaits actuellement car déjà intégrés dans les habitudes du service de la maternité comme la présence du père et l'absence d'épisiotomie systématique. On retrouve aussi au moment du post-partum : le peau à peau immédiat, la présence du père pendant les soins et la mise au sein précoce. Ce sont les souhaits les plus demandés alors qu'ils sont systématiquement proposés s'il n'y a pas de complication.

#### **1.1.3.5 Le respect du projet de naissance :**

Le respect des projets de naissance relève de plusieurs aspects.

Des équipes sont totalement ouvertes aux projets de naissances. Certaines sont même dans l'attente que les parents s'approprient ce moment. En revanche, d'autres sont totalement hermétiques, considérant les demandes comme perturbantes et irréalistes.

Le projet peut avoir alors un impact négatif. D'après une étude anglaise réalisée en 1998 «*Est-ce que les plans de naissances affectent négativement l'issue du travail ?*», statistiquement, les femmes ayant signifié des refus d'actes dans les plans de naissance subissent plus d'actes médicaux [24]. Le soignant évite la relation, ne répond pas aux demandes et privilégie les soins.

Pour Nisand les projets de naissance ont eu des impacts positifs sur les pratiques. Tout d'abord, avant chaque geste, l'accord éclairé de la patiente doit être recueilli. Ceci a entraîné une remise en question des pratiques. Il n'y a plus de geste systématique sans discussion avec le couple, sauf pour la gestion des complications. Concernant la gestion de la douleur, pour les patientes souhaitant d'autres alternatives à l'analgésie péridurale, les sages-femmes se sont formées à des techniques d'acupuncture. Enfin, les projets ont eu un impact positif sur les salles médicalisées, en permettant l'apparition de ballons, systèmes de suspension, surveillance discontinue du rythme cardiaque fœtal, ainsi que des baignoires. Les projets de naissance représentent «*une opportunité pour les patientes d'allier sécurité et amélioration du confort*

*physique et psychique. Mais aussi, une opportunité pour les sages-femmes de réenchanter leur profession.» [24].*

Cependant, la réaction de l'équipe de garde le jour de l'accouchement reste aléatoire. Mais le respect du projet ne peut être le fait de la seule responsabilité d'une équipe médicale. Plus que le respect «en soi», il est important que toute femme se sente accompagnée et comprise pour vivre une naissance qui lui ressemble.

Le respect du projet de naissance dépend aussi de son contenu. Il est important pour les professionnels de connaître les demandes contenues pour répondre aux questions qu'elles soulèvent. Certaines demandes ne sont pas réalistes. De plus, certains parents sont plus dans la confrontation que dans la négociation. Il faut aussi se renseigner sur les circonstances dans lesquelles le projet est pensé ou écrit. Est-ce pour réparer quelque chose ou ouvrir au maximum les possibilités pour se positionner en tant qu'acteur ? Il est aussi intéressant de se demander comment le projet a-t-il été rédigé ? Est-ce accompagné d'un professionnel ou bien grâce à des recherches dans les livres ou internet. A-t-il été discuté avec l'équipe médicale ? Le projet était-il inclus dans le dossier médical ? Le vécu de l'accouchement est-il décisif sur la satisfaction des patientes. En effet, une patiente ne souhaitant pas d'analgésie péridurale et qui se sent dépassée par la douleur et la demande. Dans ce cas, le projet n'a-t-il pas été respecté ?

Ces questions sur le respect du projet qui font l'objet de notre étude.

Le projet de naissance semble «ouvrir des portes » afin que les futurs parents puissent rester acteurs. Il réunit un ensemble de souhaits qui peuvent évoluer à tout instant. L'important étant qu'une future mère ne se sente pas dépossédée et qu'elle puisse être pleinement demandeuse d'un acte au moment où elle le ressent.

## 1.2 La satisfaction :

### 1.2.1 Définitions

#### 1.2.1.1 La satisfaction

La satisfaction vient étymologiquement du latin «*satis*», qui signifie «assez» et «*facere*», qui veut dire «faire». La satisfaction est l'action de répondre à un besoin, un désir [25]. La satisfaction est subjective car c'est l'écart entre deux notions évolutives : la qualité perçue et la qualité attendue.

#### 1.2.1.2 La qualité

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit la qualité des soins comme le fait de : *«Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin»* [26].

La satisfaction et la qualité sont donc liées. Un patient sera satisfait si la qualité du soin obtenue est conforme à la qualité qu'il en attendait et donc répond à ses attentes. Du point de vue de l'établissement, un soin sera de qualité si le service réalisé est conforme au service voulu.

#### 1.2.1.3 La démarche qualité

La démarche qualité est l'ensemble des actions que mène un établissement pour développer la satisfaction de ses clients. En mettant en

place une démarche qualité, l'établissement s'engage dans une démarche d'écoute et dans une logique d'amélioration continue de la qualité.

Cette démarche a pour but d'améliorer les compétences de l'établissement et de favoriser son développement. Elle doit, pour être efficace, impliquer l'ensemble du personnel.

## **1.2.2 Pourquoi enquêter sur la satisfaction des patients relative aux soins:**

### **1.2.2.1 Textes de loi :**

Dans l'ordonnance du 24 avril 1996, il est prévu pour les établissements de santé de procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients dans une perspective d'amélioration de la qualité de soins [27]. C'est un des volets de l'accréditation des établissements de santé mise en place la même année, aujourd'hui appelée certification. Celle-ci doit être réalisée tous les 4 ans. Elle est menée par des professionnels de santé extérieurs à l'établissement qui sont mandatés et formés par l'HAS. Avant cette étape, l'établissement doit procéder à son auto évaluation, par l'intermédiaire des enquêtes de satisfaction.

A ceci s'ajoute la loi du 4 mars 2002 [10] qui place les usagers en tant qu'acteurs au centre du système de santé. En effet, l'évaluation de la qualité des soins doit prendre en compte la qualité technique des soins, mais aussi la satisfaction du patient [28]. L'amélioration de cette satisfaction impose d'identifier les aspects des soins que le patient juge important et négligé. Ainsi la satisfaction des usagers est considérée à ce jour comme un des indicateurs de la qualité de prise en charge des patients. Le but des enquêtes est de comprendre le regard porté sur l'intervention des soignants, disposer d'évaluations régulières pour pouvoir cibler des actions collectives et conforter les équipes dans leurs efforts.



### **1.2.2.2 Quels outils de mesure ?**

La satisfaction fait partie intégrante du traitement du patient. Un patient satisfait sera plus susceptible de bien observer son traitement, aura de meilleurs résultats thérapeutiques et un meilleur pronostic clinique [29].

La satisfaction implique une expérience vécue par le patient. Il faudra recueillir des données sur les attentes, les éléments de qualité ou du service, ainsi que la perception des écarts pour aboutir à des indicateurs de satisfaction. Le but est d'identifier les besoins et attentes des utilisateurs du système de soins et de déterminer l'acceptabilité des pratiques et de l'organisation des soins.

Cependant, comme pour tout indicateur « subjectif » il importe d'utiliser des outils standardisés ayant fait la preuve de leur validité et fiabilité. Les outils d'évaluation de la satisfaction ont trois caractéristiques.

- ❖ Etre simples pour être facilement utilisables et compréhensibles par tous
- ❖ Ils doivent aussi être pertinents pour répondre au mieux à ce que l'on recherche et aux conditions dans lesquelles on les recherche.
- ❖ Et enfin être reproductibles afin d'évaluer dans le temps l'impact des démarches de qualité et pouvoir comparer les résultats.

### **1.2.2.3 Les Limites des enquêtes de satisfaction**

Ces enquêtes comportent des limites. Pour le personnel, elles peuvent être perçues comme une lourdeur administrative et une sorte de contrôle difficile à accepter.

Du côté du patient, la satisfaction peut être surestimée si celui-ci est interrogé sur le lieu des soins. Dans le contexte des soins de santé, il peut être difficile pour les patients de critiquer ce niveau de service. En le faisant, il critique les soignants et les soins dont il est dépendant. Le patient peut craindre pour sa prise en charge future. La satisfaction est une notion dépendante des individus et sa mesure est relative : une expérience peut être jugée

satisfaisante par une personne car elle répond adéquatement à ses attentes, tout en étant insatisfaisante pour une autre. Ainsi quand la satisfaction est mesurée, les individus évaluent plus leurs perceptions des soins reçus à partir de leurs propres valeurs et besoins, que la qualité des soins reçus de manière neutre.

Une réponse «d'insatisfaction par rapport aux soins» ne survient que lorsque le patient a vécu une expérience de soins qu'il perçoit et interprète comme une négligence ou une faute grave. De même, des enquêtes de satisfaction rapportent des niveaux élevés de satisfaction alors que d'importantes lacunes sont relevées au niveau des soins [30].

La recherche à tout prix de la satisfaction peut avoir des conséquences néfastes comme accepter la réalisation d'actes onéreux non nécessaires dans le seul but de satisfaire le patient.

### **1.2.3 Comment améliorer la satisfaction des parturientes**

La politique actuelle en matière de périnatalité est tournée vers la prévention des risques. L'amélioration de l'offre de soins et de l'accompagnement des patientes, les ont encouragées à abandonner leurs responsabilités et à les transférer au personnel médical. En faisant la démarche d'écrire un projet de naissance, ces patientes demandent à ne plus subir des prises en charge mais d'être accompagnées pour être véritablement actrices.

D'après une étude américaine [31], se sentir en état de contrôler la situation est un facteur influençant l'expérience qu'ont les femmes de leur accouchement. Ainsi, le souhait que le corps médical doit demander l'accord à la patiente avant chaque geste est retrouvé dans 48% des projets de naissance recueillis à la maternité du CHU de Clermont-Ferrand.

Quatre facteurs influencent la satisfaction : les attentes personnelles, l'ampleur du support fourni par les soignants, la qualité du support fourni et

l'implication dans la prise de décisions, d'après une autre étude américaine réalisée en 2002 [32]. Toutes ces notions sont retrouvées dans les projets de naissance.

Une étude de 1990 a montré que les femmes ayant de grandes attentes augmentent leurs chances de vivre une expérience positive, tandis que les femmes ayant de faibles attentes ont tendance à être moins satisfaites de leur accouchement [33].

D'autre part, les femmes ayant rédigé un projet de naissance sont davantage prêtes à subir diverses formes d'interventions que les femmes n'en ayant aucun, d'après une étude sur 42 femmes en 1998 [23].

En conclusion, les exigences nouvelles des femmes et les acquis scientifiques pourraient-ils désormais s'allier dans une volonté commune de respect, d'autonomie des personnes et d'efficacité thérapeutique.

## **II. Matériels et méthodes**

## **2.1 Rappels des objectifs de l'étude**

### **2.1.1 Objectif principal**

L'objectif principal était d'évaluer la satisfaction des patientes ayant rédigé un projet de naissance.

### **2.1.2 Objectifs secondaires**

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- Identifier les caractéristiques de la population rédigeant un projet de naissance
- Connaître la période d'élaboration du projet de naissance et avec l'aide de quels acteurs
- Savoir s'il s'est établi un dialogue avec les professionnels et dans quelles conditions
- Montrer s'il y a présence d'un lien entre le type de suivi et la satisfaction
- Savoir s'il existe un lien entre le lieu d'accouchement et la satisfaction des patientes

## **2.2 Type d'étude**

L'étude réalisée est une étude observationnelle descriptive transversale.

## 2.3 Matériels et méthodes

### 2.3.1 Matériels

#### 2.3.1.1 Population étudiée

Cette étude a été réalisée auprès d'une population de femmes ayant accouché au sein de quatre maternités appartenant au Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne.

Les maternités sont les suivantes :

- Maternité de type III : Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand (63)
  
- Maternité de type II : Clinique de la Chataigneraie à Beaumont (63), Centre Hospitalier de Vichy (03),
  
- Maternité de type I : Centre Hospitalier de Thiers (63)

L'échantillon comprend ainsi la population d'une maternité de type III, de deux maternités de type II, (dont une publique et une privée) et d'une maternité de type I. Le but est de comparer les différents types de maternité. Il faut préciser que depuis novembre 2012, un plateau technique a été ouvert aux sages-femmes libérales à la maternité de Thiers.

#### 2.3.1.2 Critères d'inclusion

La population cible comprend les accouchées ayant rédigé un projet de naissance, hospitalisées au sein du service de post-partum de ces quatre maternités, quel que soit le terme de l'accouchement ou le déroulement.

### **2.3.1.3 Critères d'exclusion**

Les femmes ne sachant pas lire et/ou écrire le français. Les patientes qui ne le souhaitent pas, n'étaient pas interrogées.

### **2.3.1.4 Règles éthiques**

Le questionnaire respectait l'anonymat de chaque participante. Les femmes avaient la totale liberté de refuser de participer à ce travail de recherche. Les questionnaires une fois remplis, était remis au personnel dans une enveloppe fermée garantissant l'anonymat.

Préalablement à l'étude, les autorisations de distribution des questionnaires ont été signées par le médecin chef de service et / ou la sage-femme responsable de chaque maternité.

## **2.3.2 Méthodes**

### **2.3.2.1 Critères de jugements**

Le critère de jugement principal est le nombre de patientes interrogées qui sont satisfaites de leur accompagnement.

Les critères de jugement secondaires sont :

- Primiparité
- Période de rédaction du projet
- Présence d'un dialogue avec les professionnels
- Suivi en libéral
- Type de maternité

### **2.3.2.2 Déroulement de l'étude**

L'étude s'est déroulée au sein des quatre maternités décrites précédemment : CHU de Clermont-Ferrand, Clinique de la Chataigneraie, CH

Vichy et CH Thiers. Les demandes d'autorisation pour distribuer les questionnaires au sein de ces maternités ont été récupérées durant le mois d'octobre.

Le questionnaire comportait 8 pages [Annexe I]. L'objectif était d'évaluer la satisfaction des femmes ayant formulé leur projet de naissance auprès de l'équipe quant à la réalisation de leur projet.

Les questions étaient séparées en plusieurs parties :

- La première partie correspondait aux renseignements généraux, et au suivi de grossesse
- Une seconde partie traitait des accouchements précédents.
- Ensuite, la troisième partie était basée sur la rédaction du projet de naissance concernant la dernière grossesse.
- Enfin, la dernière traitait du travail et de l'accouchement

Il existait plusieurs modalités de réponses, constituées de questions fermées (à choix unique ou multiple), des questions ouvertes et des échelles de réponses (notamment pour mesurer la satisfaction). Ces échelles sont formées de quatre propositions de réponses (Très satisfaite, Plutôt satisfaite, Plutôt insatisfaite et Très insatisfaite).

Le questionnaire a été construit à partir de l'étude des souhaits des parents, réalisée dans la revue de la littérature.

Préalablement à l'étude, un pré-test d'une semaine réalisé durant le mois de septembre, a permis de tester 1 questionnaire.

L'étude s'est déroulée du 15 octobre 2012 au 31 janvier 2013.

La participation à l'étude était proposée aux patientes entre le 1<sup>er</sup> et le 4<sup>ème</sup> jour du post-partum. Après l'obtention de leur accord, le questionnaire était laissé à leur disposition afin qu'elles le remplissent à un moment propice.

La distribution a été réalisée d'une part par les équipes présentes au sein du service de post-partum des différents établissements et d'autre part par nos propres moyens. Les sage femmes libérales ont aussi participé à l'étude pour recruter les patientes rencontrées lors des sorties précoces.

Les questionnaires étaient laissés à disposition des équipes. Ainsi, la distribution effective a été la suivante :



- 40 au CHU de Clermont-Ferrand
- 10 à la Clinique de la Chataigneraie
- 10 au CH de Thiers
- 10 au CH de Vichy
- 40 en cabinet de sage-femme libérale : 10 à Vichy, 30 à Clermont-Ferrand.

### **2.3.2.3 Analyse statistique**

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec le logiciel Microsoft Excel et par le logiciel R.

Afin de mettre en évidence un lien entre deux variables qualitatives, nous avons utilisé le test de Fischer car les effectifs attendus sous l'hypothèse nulle étaient  $< 5$ .

Une valeur de « p » permettait d'analyser si le lien observé entre ces deux variables était dû au hasard avec un seuil de 5%.

Lorsque  $p < 0.05$ , la différence était statistiquement significative. Si  $p > 0.05$ , nous avons conclu à une différence qui n'était pas statistiquement significative.

Des questions ont été croisées afin d'étudier notamment les facteurs qui pourraient avoir une influence sur la satisfaction des patientes.

## **III. Résultats**

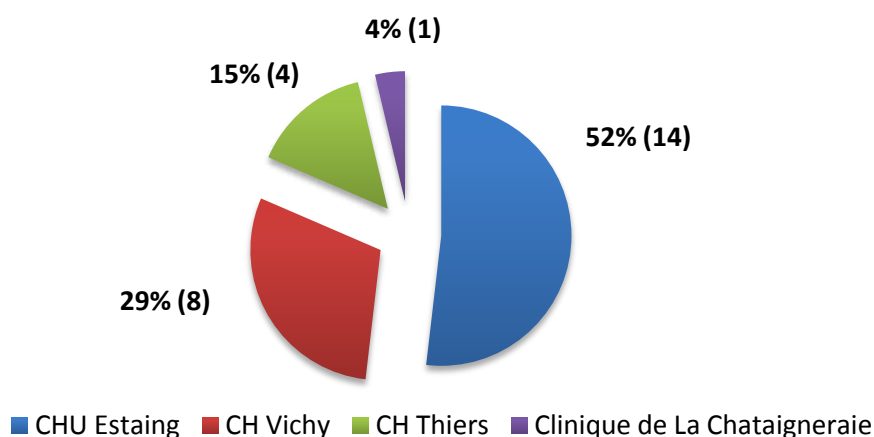
### 3.1 Taux de réponse au questionnaire

Parmi les 110 questionnaires mis à disposition des professionnels, 28 ont été distribués et 27 recueillis. Ceux-ci avaient été correctement remplis. L'analyse porte donc sur 27 questionnaires.

### 3.2 Description de la population d'étude

#### 3.2.1 Répartition de la population en fonction des maternités :

**Figure n°1: Répartition de la population en fonction du lieu d'accouchement en % (n=27)**



Cette figure met en évidence que la provenance principale des projets de naissance est la maternité de type III. 52 % des questionnaires proviennent d'une maternité de type III, 33 % des maternités de type II et 15 % d'un type I.

#### 3.2.2 Détail de la population étudiée :

##### 3.2.2.1 Age :

La moyenne d'âge de notre population est 32,5 ans. L'écart type est de 4,73. La plus jeune étant âgée de 24 ans et la plus âgée ayant 41 ans.

### 3.2.2.2 Niveau d'étude :

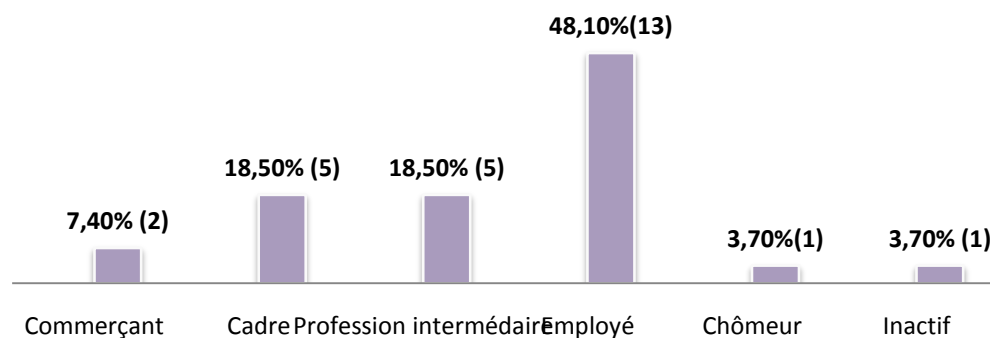
La majorité des patientes présente un niveau d'étude élevé car 88,9% (n=24) ont un niveau d'enseignement supérieur. Puis 7,4% ont un niveau BAC, Lycée. Et enfin, seulement une seule patiente soit 3,7%, possède un niveau d'étude CAP, Collège.

### 3.2.2.3 Activité pendant la grossesse :

92,6% (n=25) de la population étaient actives pendant leur grossesse.

### 3.2.2.4 Catégorie socio professionnelle :

Figure n°2: Représentation de la population en catégories socio professionnelles en % (n=)



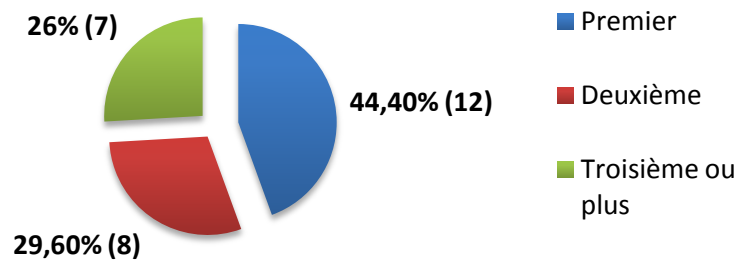
Parmi les patientes actives, 48,1% (n=13) sont des employées. L'effectif de patientes appartenant aux niveaux cadre et profession intermédiaire est identique et s'élève à 18,5% (n=5). Enfin, 7,4% des patientes sont commerçantes. Les deux patientes sans activité étant, au chômage pour l'une, et inactive pour l'autre.

### 3.2.2.5 Situation familiale :

48,10% des patientes de notre étude sont en couple, 44,40% sont mariées et 7,40% sont pacsées. Aucune patiente n'appartient à la catégorie célibataire.

### 3.2.2.6 Parité

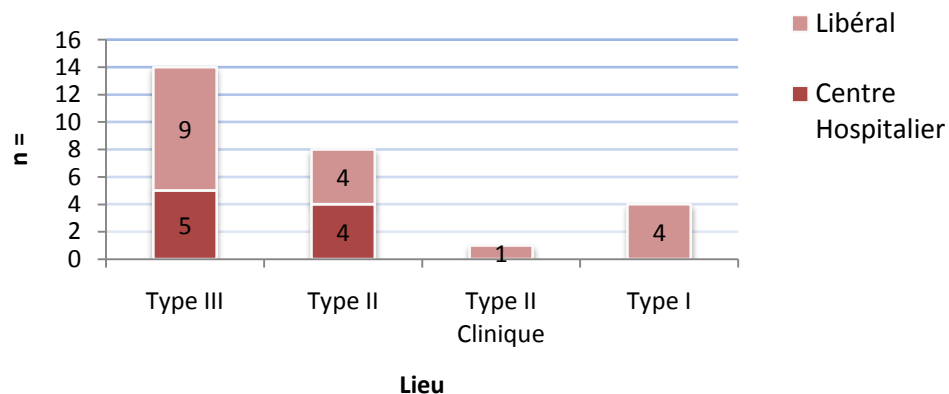
Figure n°3: Répartition de la population en fonction de la Parité en % (n=)



55,6 % de la population étant composée de multipares avec 29,60% de deuxièmes pares et 25,90% de troisièmes pares ou plus. Les primipares concernent 44,40% de la population.

### 3.2.2.7 Suivi de grossesse :

Figure n°4: Répartition de la population en fonction du type suivi (n=27)



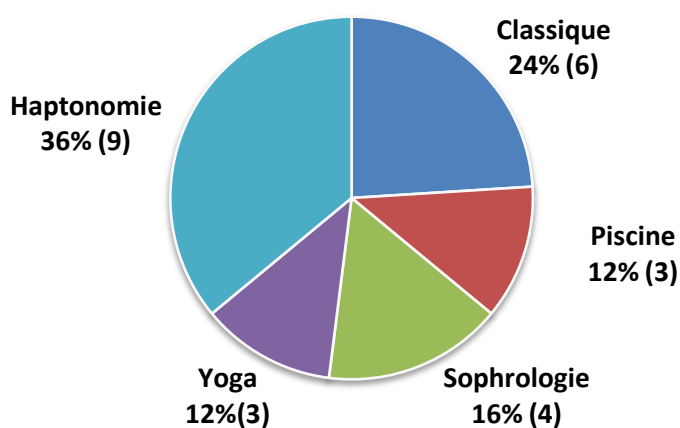
Toutes les patientes ont eu un suivi de grossesse. Aucune patiente n'a été suivie uniquement en libéral. Dans les maternités de type I et II clinique, 100% (n=5) des patientes ont été suivies à la fois à l'hôpital et en libéral. A la maternité de type II, la moitié des patientes étaient suivies en parallèle de l'hôpital, en libéral par des sages-femmes ou par un gynécologue-obstétricien (n=2). En revanche, dans la maternité de type III, 64% des patientes ont été

suivies à l'hôpital uniquement. Au total, 56% (n=15) des patientes ont choisi un suivi en libéral.

### 3.2.2.8 Préparation à la naissance et à la parentalité :

92,6% (n=25) des patientes ont fait le choix de suivre une préparation à la naissance et à la parentalité. Les 7,4% (n=2) n'en ayant pas suivi étaient des deuxièmes pares.

**Figure n°5: Répartition des différents types de PNP en % (n=25)**



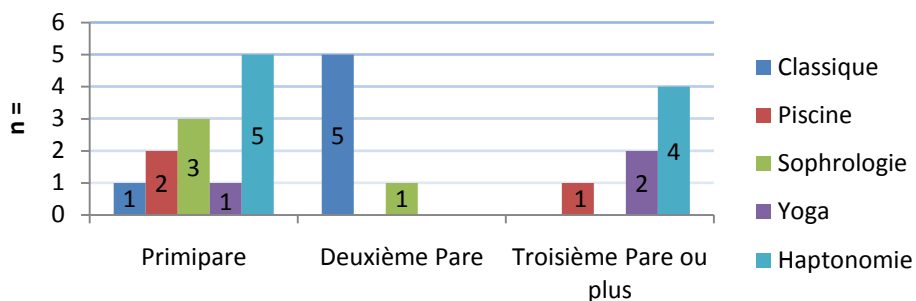
Le type de préparation à la naissance le plus choisi est l'haptonomie (36%). 24% des patientes ont opté pour une préparation Classique. 16% de notre population a choisi la Sophrologie. Les préparations Piscine et Yoga ont chacune été suivies par 12% des patientes

Il faut noter que tous les types de préparations à la naissance et à la parentalité ne sont pas proposés dans tous les établissements. Certains sont spécifiques de maternités et d'autres, comme par exemple l'haptonomie, ne sont effectuées que dans le cadre d'un exercice libéral.

Aucune patiente n'a suivi plusieurs types de préparation à la naissance et à la parentalité.

➤ Choix du type de PNP en fonction de la parité

**Figure n° 6: Répartition du choix de type de PNP en fonction de la parité (n=25)**



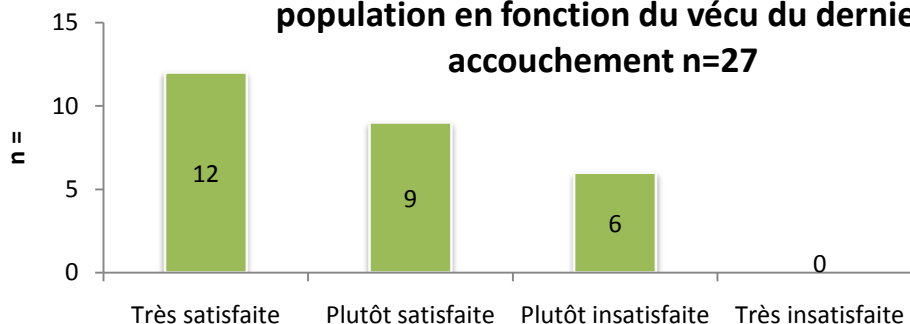
Concernant les primipares, la majorité (soit 42%) a choisi la préparation de type Haptonomie. Un quart d'entre elles ont préféré la Sophrologie. Enfin, 17% ont opté pour la préparation de type piscine et 8% ont choisi la préparation classique et yoga.

Les deuxièmes pares ont majoritairement choisi la préparation Classique à 83%. Une seule patiente s'est tournée vers la préparation de type Sophrologie.

Pour les « troisièmes pares ou plus », une seule d'entre elles a suivi une préparation de type Piscine. 29% ont participé à des séances de type Haptonomie.

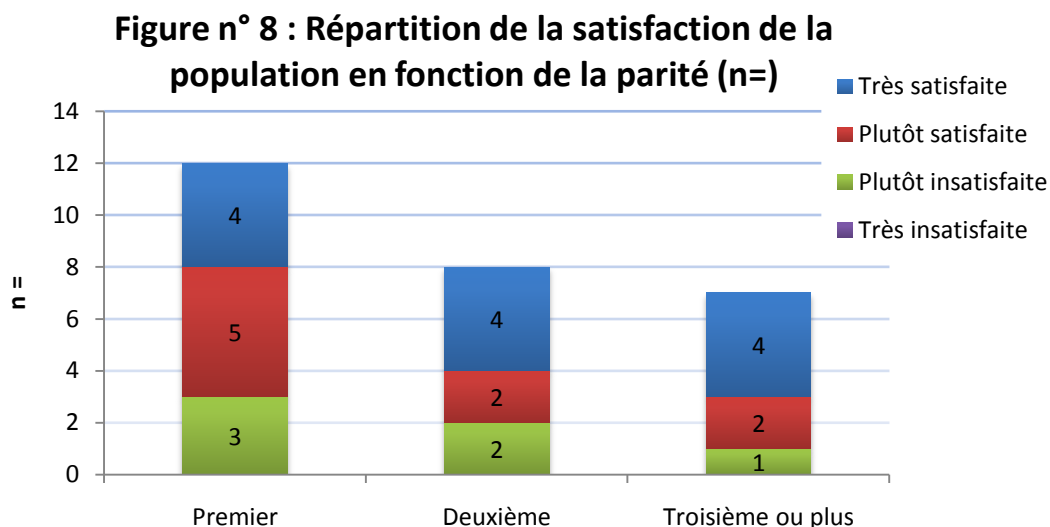
➤ Satisfaction concernant le vécu global :

**Figure n°7: Répartition de la satisfaction de la population en fonction du vécu du dernier accouchement n=27**



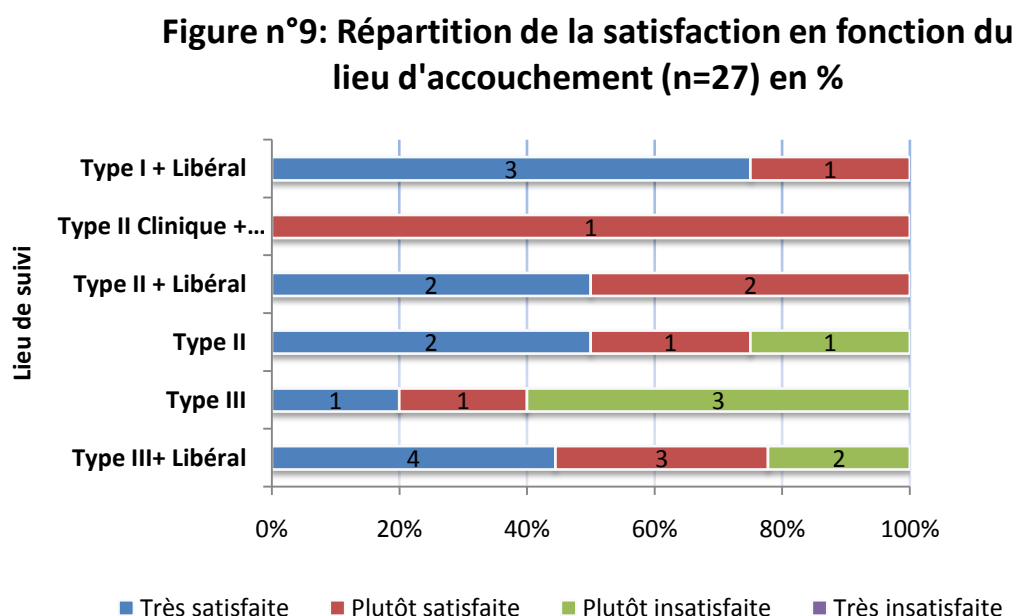
77% (n=21) des patientes sont satisfaites. Aucune n'exprime être très insatisfaite.

➤ Satisfaction vécue globale en fonction de la parité :



Concernant les primipares et les deuxièmes pares, 25% sont insatisfaites, contre seulement 14,28% des troisièmes pares. Aucune patiente n'est très insatisfaite.

➤ Satisfaction en fonction du lieu de suivi:



Le taux de patientes très satisfaites est de 77% pour les patientes suivies à la fois à la maternité de type III et par les sages-femmes libérales. Pour celles suivies uniquement à la maternité, le taux est de 40% seulement.



Concernant le type II, le taux de patientes «très satisfaites» est de 50% à la fois à la maternité et pour les patientes suivies en libéral. Enfin pour la maternité de type I, les patientes recueillies ont toutes été suivie en libérale et sont 75% à être «très satisfaites».

Pour les maternités de type I et II, la totalité des patientes est satisfaite exceptée une patiente pour la maternité de type II. Les patientes sont donc majoritairement satisfaites du vécu de leur accouchement. Le taux de satisfaction est supérieur pour celles suivies en maternités de type I et II.

➤ **Tableau n° I : Lien entre la primiparité et la satisfaction concernant le vécu global :**

	Satisfaite	Insatisfaite	Total
<b>Primipare</b>	8	4	12
<b>Multipare</b>	11	4	15
<b>Total</b>	19	8	27

**p-value = 1, OR =0.7359957, IC=[0.10- 5.29]**

La différence n'est pas statistiquement significative. Il n'existe pas de lien entre la primiparité et la satisfaction des patientes concernant le vécu global.

➤ **Tableau n° II : Lien entre le suivi par une sage femme libérale et la satisfaction concernant le vécu global :**

	Satisfaite	Insatisfaite	Total
<b>Libéral: oui</b>	11	7	18
<b>Libéral: non</b>	8	1	9
<b>Total</b>	19	8	27

**p-value = 0.6758, OR = 0.58, IC= [0.05- 4.60]**

La différence n'est pas statistiquement significative. Aucun lien n'est présent entre le type de suivi des patientes et la satisfaction concernant le vécu de l'accouchement.

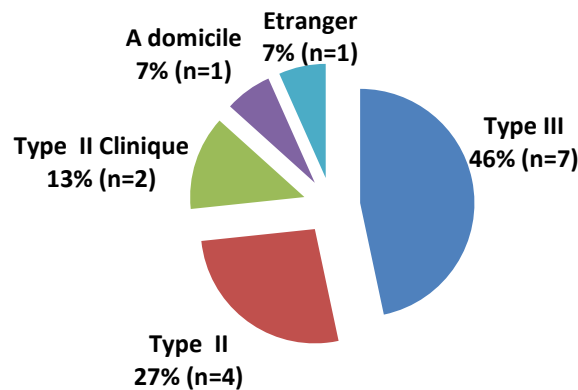
### 3.2.3 Grossesses antérieures

#### 3.2.3.1 Rédaction projet de naissance

Parmi les 15 multipares de l'étude, 53,3% n'avaient jamais rédigé de projet de naissance pour une naissance antérieure. Concernant les 7 patientes en ayant rédigé auparavant, 71% étaient alors des primipares.

#### 3.2.3.2 Lieu d'accouchement

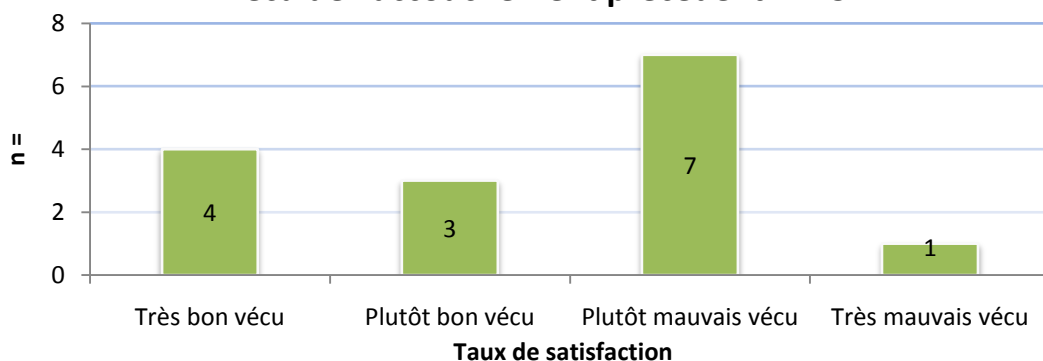
**Figure n°10: Répartition de la population en fonction du lieu d'accouchement précédent (n=15) en %**



46% avait déjà accouché à la maternité de type III et 40% en maternité de type II. Une patiente avait accouché à l'étranger (Californie) et une à domicile. Aucune n'avait accouché en maternité de type I.

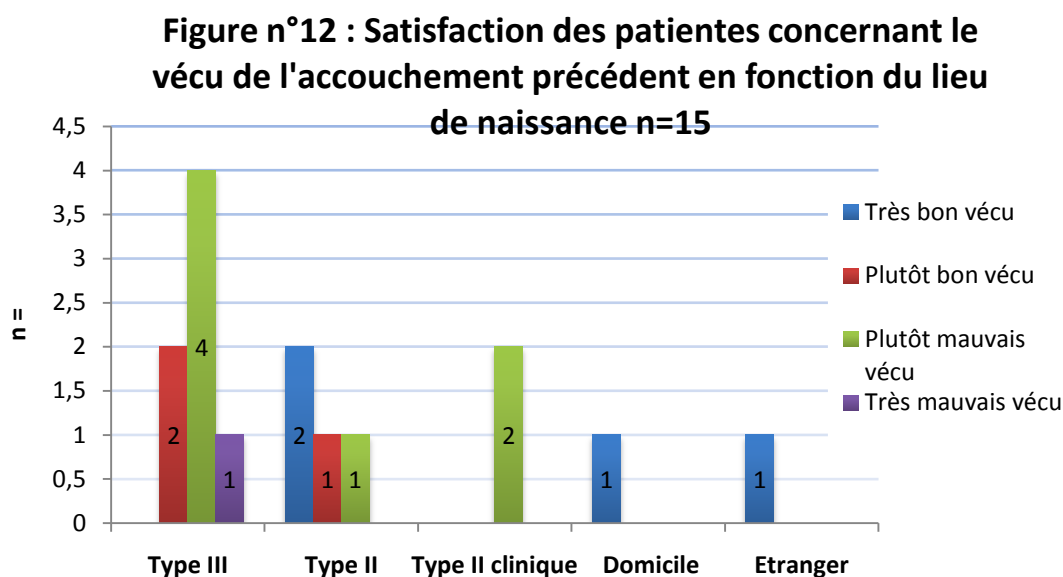
#### 3.2.3.3 Vécu global

**Figure n°11: Satisfaction de la population concernant le vécu de l'accouchement précédent n=15**



53% (n=8) des patientes ont un mauvais vécu de leur accouchement précédent, dont une seule a estimé avoir un très mauvais vécu.

➤ Satisfaction en fonction du lieu d'accouchement



Les patientes ayant accouché à domicile et à l'étranger ont un très bon vécu de leur accouchement. Pour les deux patientes ayant accouché à la clinique de type II, elles ont chacune un plutôt mauvais vécu. En ce qui concerne la maternité de type II, les avis sont plus partagés. 75% des patientes y ayant accouché ont un bon vécu, contre seulement 29% à la maternité de type III. L'unique patiente révélant un très mauvais vécu avait accouché en type III.

➤ Tableau n° III: Lien entre rédaction d'un projet et satisfaction du vécu de l'accouchement

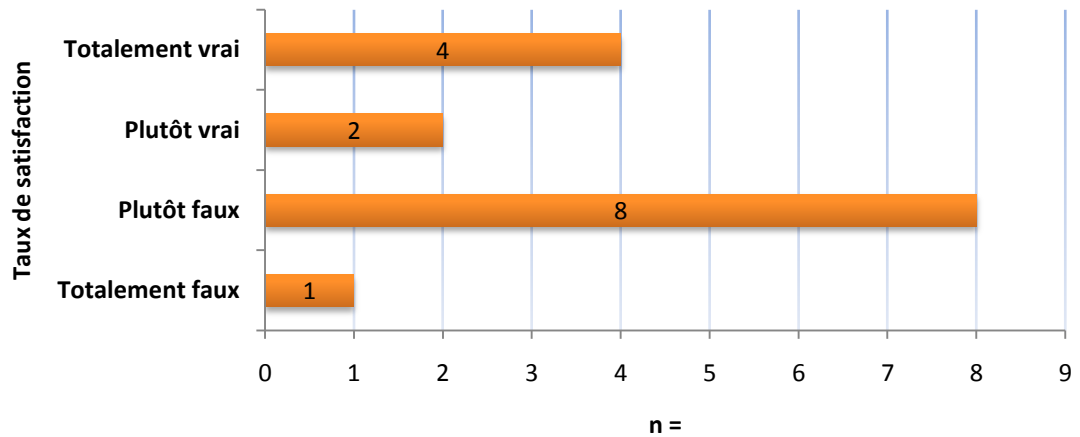
	Satisfaite	Insatisfaite	Total
PDN oui	5	2	7
PDN non	2	6	8
Total	7	8	15

**p-value = 0.0101, OR = 27.24, IC= [1.5-2144.9]**

Le test de Fischer est significatif. Cela traduit qu'il existe un lien entre la satisfaction des patientes et la rédaction d'un projet de naissance. Ainsi, les patientes de notre étude qui ont rédigé un projet lors d'un accouchement précédent ont un meilleur vécu que celles n'en ayant pas rédigé.

### 3.2.3.4 Déroulement de l'accouchement

Figure n°13: Satisfaction concernant le déroulement de l'accouchement selon les souhaits n=15



La majorité des patientes, soit 53% (n=9), exprime que l'accouchement ne s'est pas déroulé conformément à leurs souhaits.

➤ **Tableau n° IV: Lien entre satisfaction concernant le déroulement de l'accouchement et la rédaction d'un projet de naissance**

	Satisfaite	Insatisfaite	Total
PDN oui	4	3	7
PDN non	2	6	8
Total	6	9	15

**p-value = 0,31, OR=3,62, IC= [0,30-64,5]**

Il n'y a pas de différence significative concernant le déroulement de l'accouchement selon les souhaits suivant que les patientes aient ou non rédigé un projet.

➤ **Tableau n° V: Lien entre satisfaction concernant le déroulement de l'accouchement et la rédaction d'un projet de naissance**

	Satisfaite	Insatisfaite	Total
<b>PDN oui</b>	4	3	7
<b>PDN non</b>	2	6	8
<b>Total</b>	6	9	15

**p-value = 0,31, OR=3,62, IC= [0,30-64,5]**

Il n'y a pas de différence significative concernant le déroulement de l'accouchement selon les souhaits suivant que les patientes aient ou non rédigé un projet.

➤ **Tableau n° VI: Lien entre vécu de l'accouchement et déroulement de l'accouchement selon les souhaits**

	Bon vécu	Mauvais vécu	Total
<b>Déroulement selon les souhaits OUI</b>	6	0	6
<b>Déroulement selon les souhaits NON</b>	1	8	9
<b>Total</b>	7	8	15

**p-value = 0.001399, OR= Inf, IC = [2.92147-Inf]**

La différence est significative. Il existe un lien entre le vécu des patientes et le déroulement de l'accouchement dans le respect des souhaits.

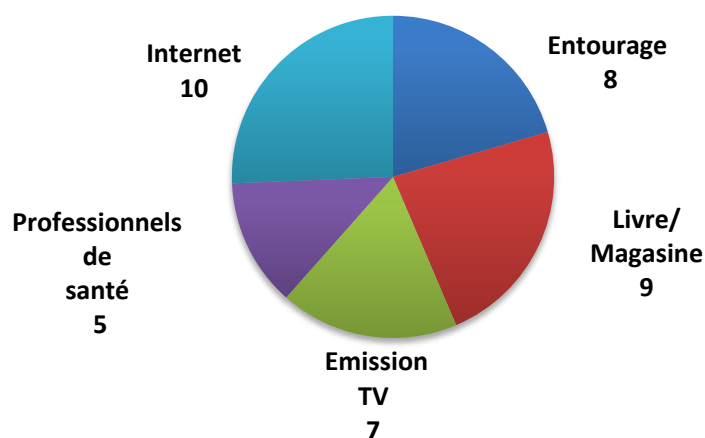
### 3.2.4 Rédaction du projet de naissance pour cette grossesse

#### 3.2.4.1 Gestité

La totalité des patientes (n=27) ont attendu un **singleton**.

#### 3.2.4.2 Mode de connaissance des projets de naissance

**Figure n°14 : Origine de l'information reçue par les patientes (n=27)**



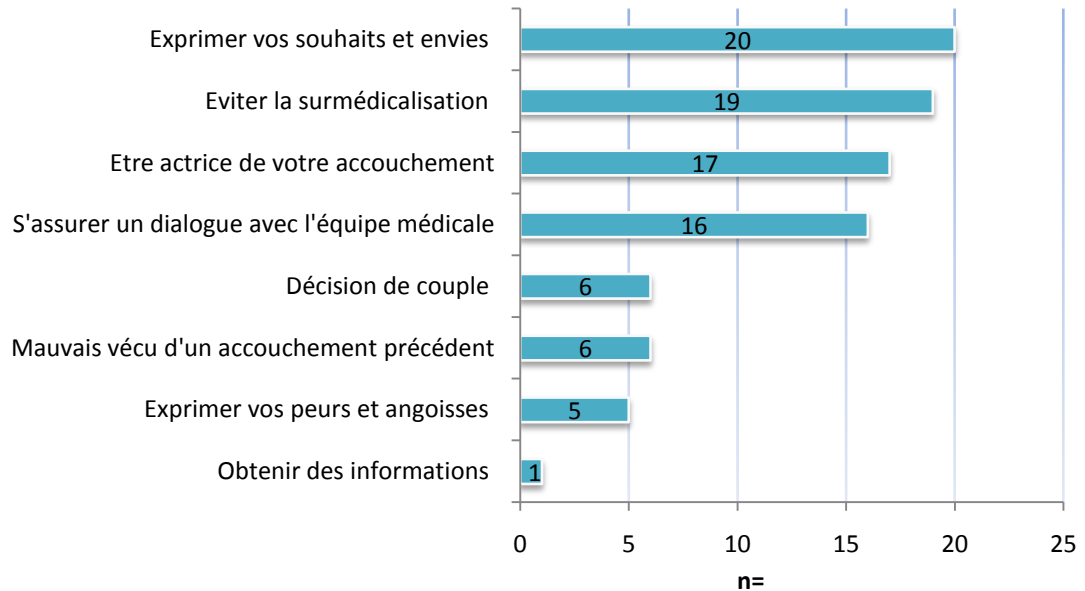
Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de la possibilité de réponses multiples (6 au maximum).

Internet est le moyen le plus cité (par 37% des patientes) et les professionnels de santé sont le dernier moyen utilisé (cité seulement par 18,5%).

Après internet, ce sont les livres et magazines qui sont les modes d'information les plus utilisés (33,3% de la population), puis suivent l'entourage (29,6%) et les émissions de télévision (25,9%).

### 3.2.4.3 Raisons de la rédaction du projet de naissance

Figure n°15 : Raisons de rédaction des projets (n=27)



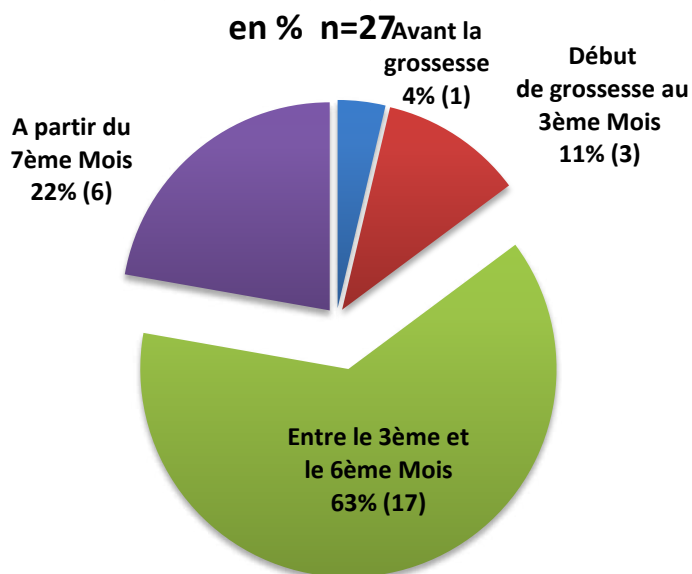
Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de la possibilité de réponses multiples (8 au maximum).

La réponse la plus choisie est «exprimer vos souhaits et envies pour votre accouchement» (74,1%). La seconde réponse la plus citée étant «éviter la surmédicalisation» (70,4%). Viennent ensuite «être actrice de son accouchement» (63%) et enfin «s'assurer un dialogue avec l'équipe médicale» (59,3%).

Le mauvais vécu est cité en de plus faibles proportions (22,2%) comme l'item «décision de couple». L'expression des peurs concernant l'accouchement ne semble pas être l'objectif principal du projet de naissance puisque seules 18,5% des patientes se sentent concernées. Enfin, seulement une patiente avait pour but d'obtenir des informations sur le déroulement de l'accouchement.

### 3.2.4.4 Période de rédaction :

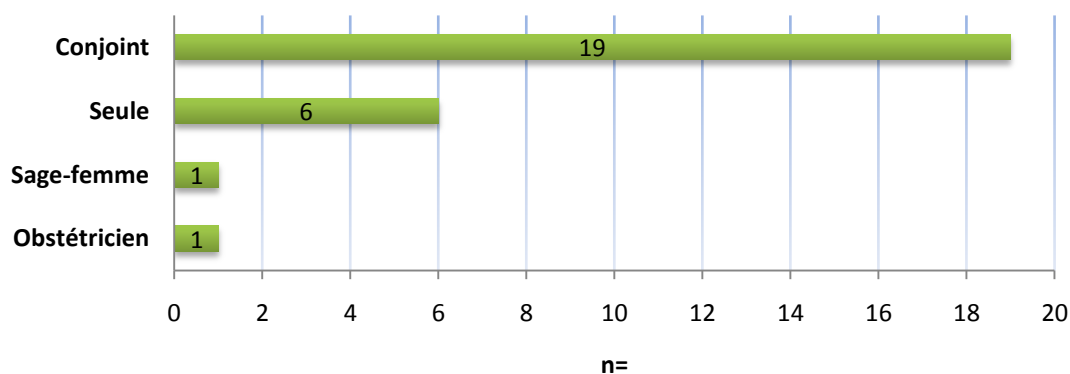
Figure n°16 : Répartition des périodes de rédaction



La majorité des projets (63%) sont rédigés au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse. Puis, 22% ont choisi de le mettre par écrit le dernier trimestre. Une seule patiente l'a rédigé avant la grossesse et seulement 11% au premier trimestre.

### 3.2.4.5 Accompagnement pour la rédaction

Figure n°17: Répartition des accompagnants lors de la rédaction



La majorité des patientes (70%) ont rédigé leur projet avec leur conjoint. 22% des patientes l'ont rédigé seule. Une patiente l'a rédigé conjointement avec une sage-femme et une autre avec l'aide de son gynécologue-obstétricien.



### 3.2.4.6 Choix maternité

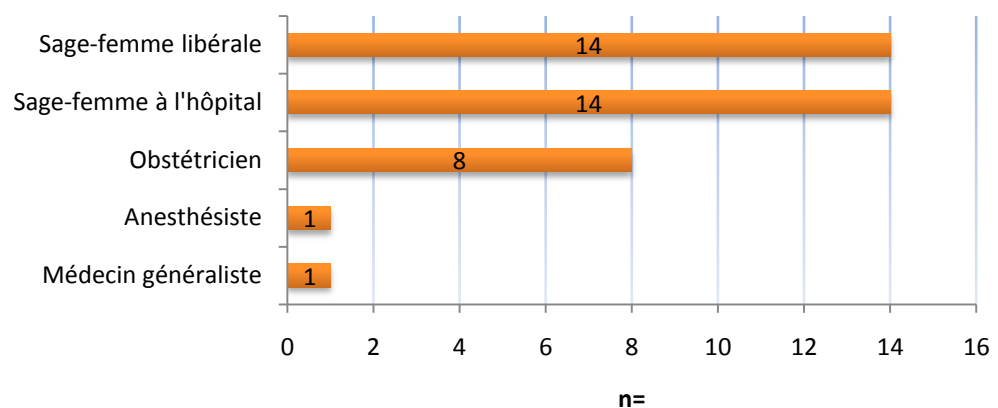
Seulement 33,3% des patientes indiquent que leur projet de naissance a influencé leur choix de maternité.

## 3.2.5 Dialogue avec les professionnels

### 3.2.5.1 Quels interlocuteurs ?

Une seule patiente n'a pas échangé avec les professionnels pendant la grossesse.

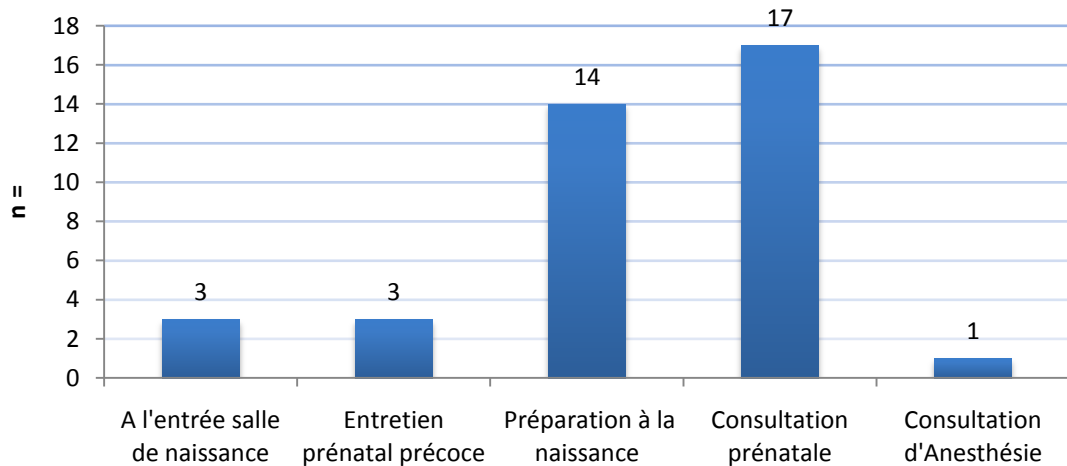
**Figure n°18: Répartition des interlocuteurs pendant la grossesse**



Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de réponses multiples (5 au maximum). Les sages-femmes sont les interlocutrices privilégiées (73% des réponses). Elles sont sollicitées dans les mêmes proportions qu'elles exercent à l'hôpital ou en libéral. Puis les autres interlocuteurs sont principalement les gynécologues-obstétriciens (21% des réponses). Notons enfin que les médecins anesthésistes et généralistes ne semblent pas être les professionnels principaux vers lesquels se tournent les patientes de notre étude.

### 3.2.5.2 Circonstances de dialogue

Figure n°19 : Répartition des circonstances de dialogue  
n=26



Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de la possibilité de réponses multiples (5 au maximum).

C'est lors des consultations prénatales (pour 65% des patientes) et de la préparation à la naissance (54%) et à la parentalité que les patientes ont le plus échangé avec les professionnels. Une patiente a dialogué avec le médecin anesthésiste-réanimateur. 12% des patientes ont dialogué lors d'un entretien prénatal précoce et à l'entrée en salle de naissance.

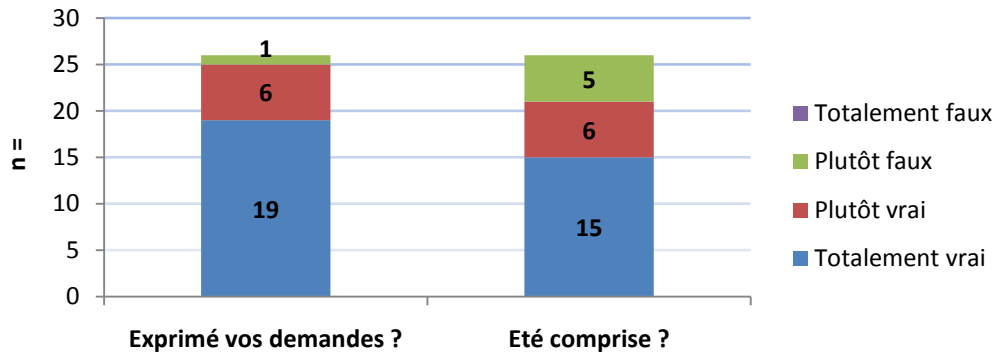
### 3.2.5.3 Satisfaction concernant la qualité des explications

40,70% (n=11) patientes ont qualifié les explications de «très satisfaisantes», et 51,9% (n=14) patientes de «plutôt satisfaisantes».

On note qu'une unique patiente est insatisfaite des explications apportées par les professionnels.

### 3.2.5.4 Satisfaction concernant l'expression des souhaits et de leur réception par l'équipe

**Figure n°20 : Satisfaction concernant l'expression des souhaits et la compréhension de l'équipe n=26**



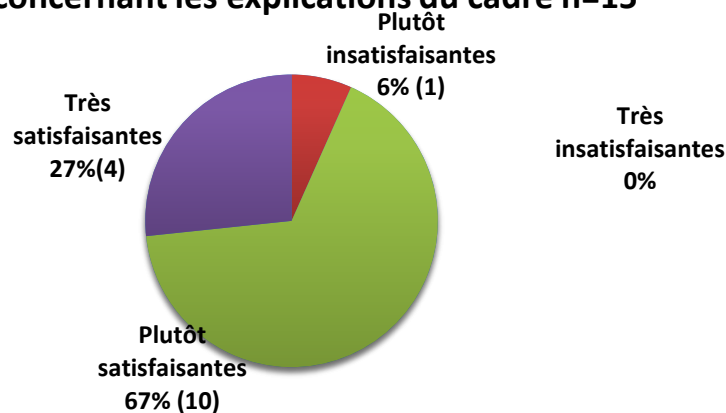
La majorité des patientes estime avoir « exprimé leurs demandes » (96%). Elles ne sont cependant que 58% à répondre avoir « été totalement comprises ».

### 3.2.5.5 Entretien particulier avec un membre de la salle de naissance

52% (n=14) des patientes ont eu un entretien particulier avec un membre de la salle de naissance.

### 3.2.5.6 Satisfaction de la qualité des explications

**Figure n°21 : Répartition du taux de satisfaction concernant les explications du cadre n=15**

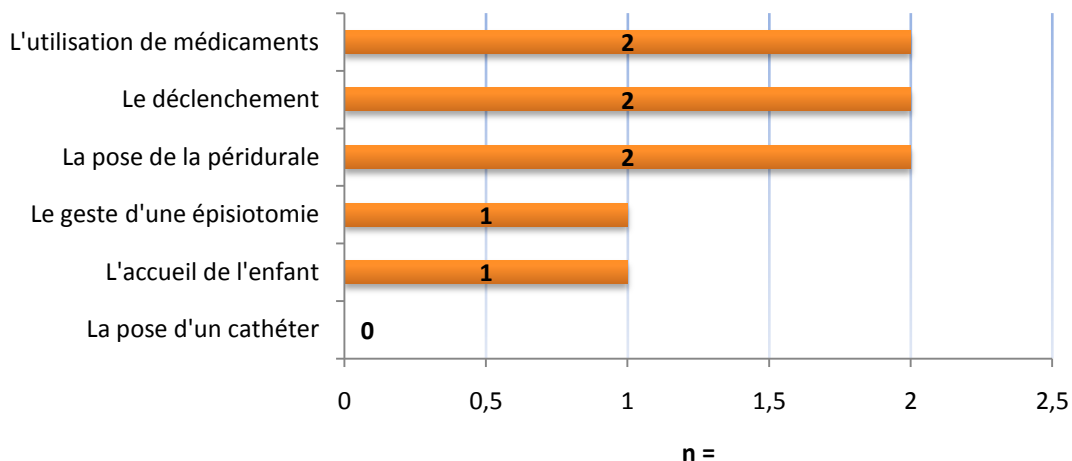


94% (n= 14) sont satisfaites des explications du cadre de santé.

### 3.2.5.7 Modification du PDN

73,6% des patientes n'ont pas modifié leur projet à la suite du dialogue avec les professionnels

**Figure n°22 : Répartition des thèmes des modifications**



Le nombre de citations est supérieur au nombre d'observations du fait de la possibilité de réponses multiples (6 au maximum).

Parmi les patientes qui ont modifié leur projet, les modifications portaient principalement sur l'utilisation de médicaments, le déclenchement et la pose de l'analgésie péridurale.

Une patiente a précisé avoir modifié une partie de son projet concernant la prise en charge de son diabète. Une seconde patiente a modifié l'utilisation de la délivrance dirigée. Elle l'a acceptée alors qu'elle y était opposée avant qu'ait lieu le dialogue. Une autre affirme avoir finalement « accepté le protocole ».

Concernant la satisfaction traitant des modifications parmi 5 patientes, une seule patiente était insatisfaite des modifications effectuées (20%). Egalement une patiente était très satisfaite des explications. Le reste de la population, était plutôt satisfaite.

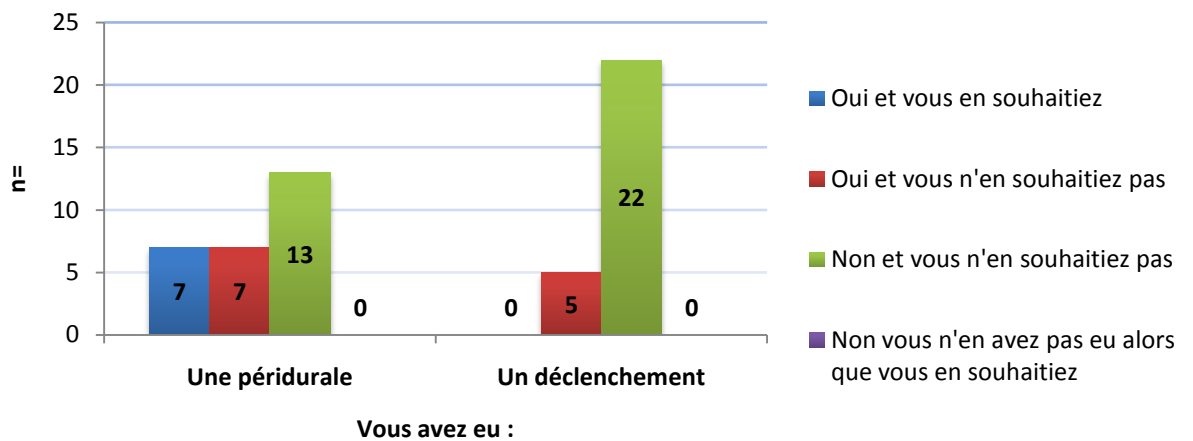
### 3.2.6 Le jour de l'accouchement

Pour 82,5% des patientes, le personnel a mentionné leur projet de naissance à l'entrée en salle de naissance. Parmi les quatre patientes à qui le personnel ne l'avait pas mentionné, trois ont précisé leurs souhaits.

### 3.2.7 Concernant le travail

#### 3.2.7.1 Le déclenchement et l'analgésie péridurale

**Figure n°23 : Répartition des souhaits concernant l'analgésie péridurale et le déclenchement n=27**

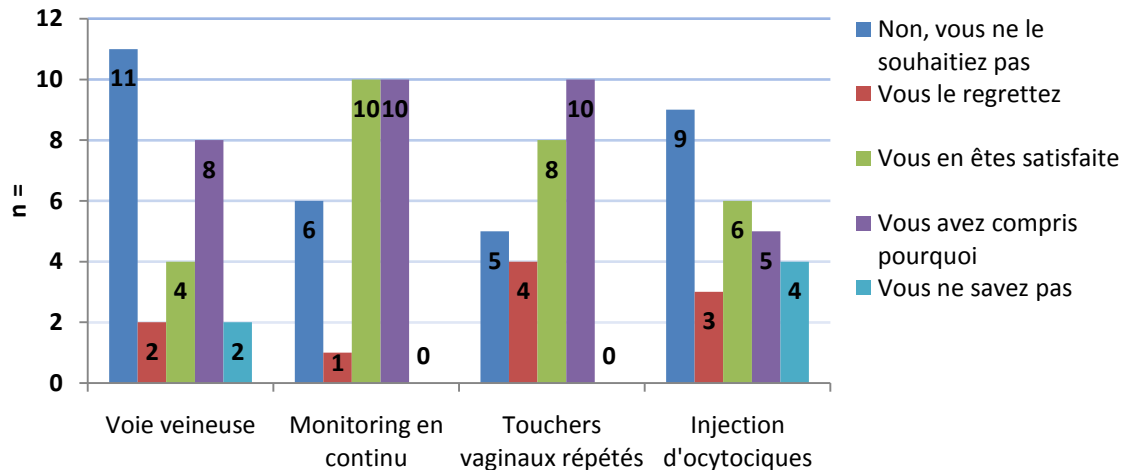


Dans la classe des patientes ayant eu une analgésie péridurale alors qu'elles n'en souhaitaient pas (représentant 26% de nos parturientes), moins de la moitié d'entre elles (n=3) le regrettent.

Concernant les patientes déclenchées, 19% (n=5) ne le souhaitaient pas dans leur projet et, parmi celles-ci, 80%(n=4) le regrettent.

### 3.2.7.2 Satisfaction concernant le respect des souhaits pendant le travail.

**Figure n°24 : Répartition du respect des souhaits pendant le travail n=27**



Concernant la voie veineuse, 41% (n=11) de notre population n'en ont pas eue et ne le souhaitaient pas. Parmi celles ayant eu une voie veineuse, seules 2 patientes le regrettent et 8 ont compris pourquoi il le fallait. 7,4% des patientes ne savent pas.

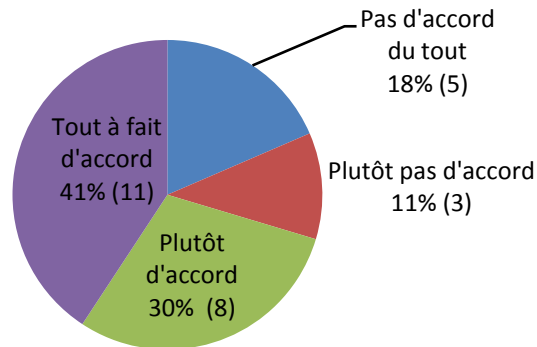
22% des patientes n'ont pas eu de monitoring en continu. Seule une patiente qui a été enregistrée en permanence le regrette. 10 en sont satisfaites et 10 en ont compris l'intérêt.

Les touchers vaginaux répétés ont été compris par 10 patientes. 8 en sont satisfaites et seules 4 le regrettent. 18% (n=5) de la population n'en ont pas eu.

Enfin, pour l'injection d'ocytociques, 33% (n=9) des patientes n'en ont pas bénéficié et 15% (n=4) ne savent pas. Parmi celles qui ont reçu l'injection, 3 le regrettent, 6 en sont satisfaites et 5 en ont compris la nécessité.

### 3.2.7.3 Satisfaction mobilisation

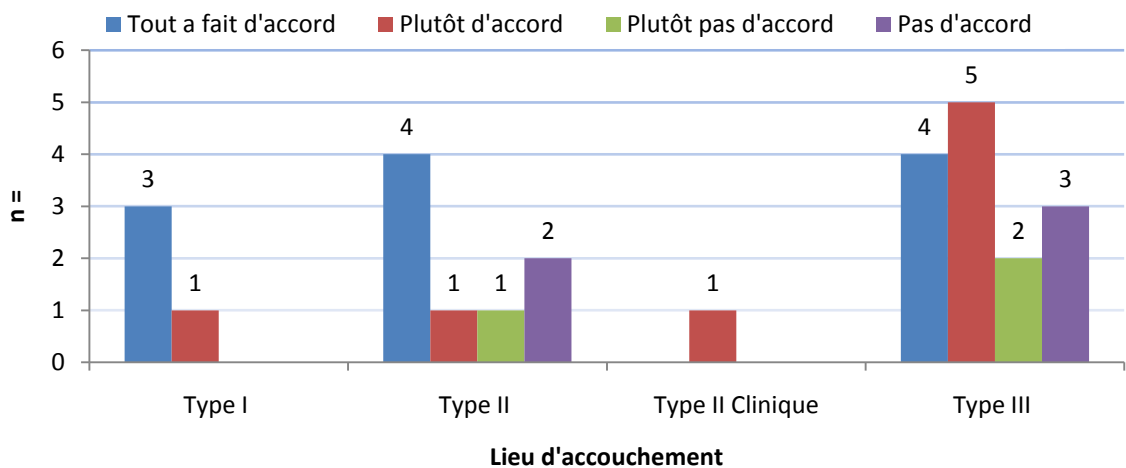
**Figure n° 25: Répartition de la satisfaction concernant la mobilisation, en % (n=27)**



71% des parturientes sont d'accord avec le fait d'avoir pu se mobiliser comme elles le souhaitent (tout à fait et plutôt d'accord confondus).

#### ➤ Satisfaction mobilisation en fonction du lieu de naissance

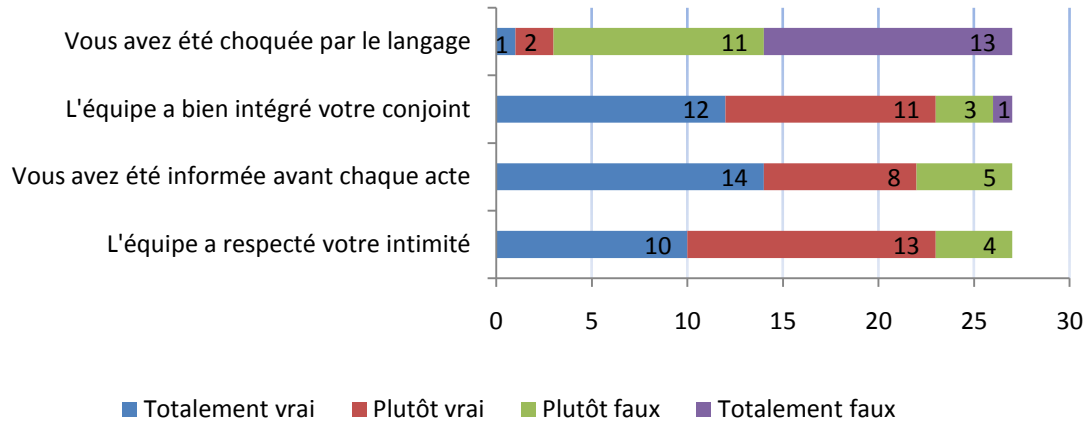
**Figure n°26 : Répartition de la satisfaction concernant la mobilisation en fonction du lieu d'accouchement n=27**



Pour la maternité de type I, toutes les patientes (n=4) sont satisfaites. En type II, trois patientes sont insatisfaites, le taux de satisfaction pour ce type d'établissement s'élève donc à 63%. Enfin en maternité de type III, 64% des patientes sont satisfaites.

### 3.2.8 Environnement de la salle de naissance

**Figure n°27: Répartition de la satisfaction concernant l'environnement en salle de naissance n= 27**

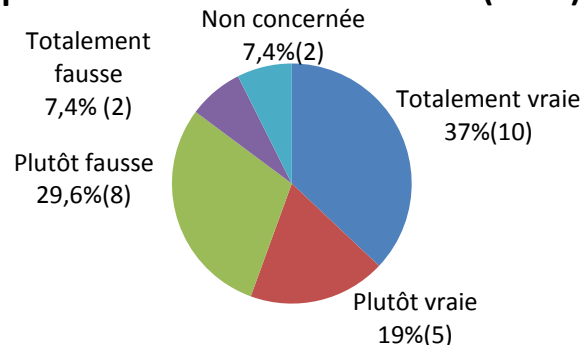


Les patientes ont exprimé que leur intimité a bien été respectée pour 85% (n=23). Elles ont été 81%(n=22) à avoir été informées avant chaque acte. Le conjoint a été bien intégré dans 85% des réponses. Enfin, le langage employé n'a choqué que dans 11,10%(n=3) des cas. Ces dernières avaient été suivies en maternité de type III.

### 3.2.9 Concernant l'accouchement

#### 3.2.9.1 Position d'accouchement

**Figure n°28: Répartition du respect du choix de la position d'accouchement en % (n=27)**

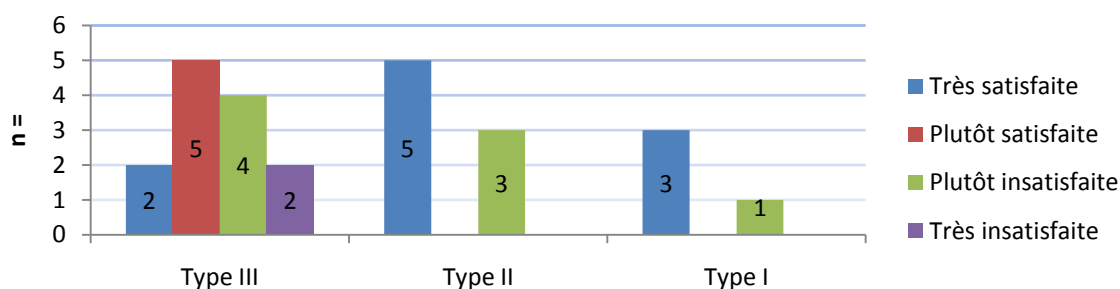


La majorité des patientes (56%) sont satisfaites de leur position d'accouchement. 37% ne sont pas satisfaites et 7% ne sont pas concernées (accouchement par césarienne).



➤ Satisfaction concernant la position d'accouchement, en fonction du lieu d'accouchement

**Figure n°29: Répartition de la satisfaction concernant la position d'accouchement en fonction du lieu d'accouchement=27**



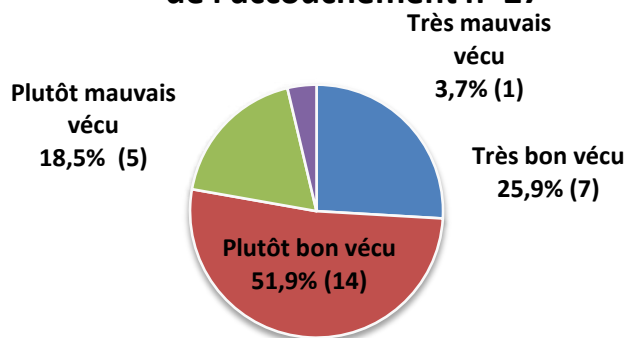
En maternité de type I et II, les patientes sont respectivement 75% et 63% à être très satisfaites de leur position pour accoucher. En revanche, en type III, seules 15% sont très satisfaites, et 46% sont insatisfaites.

**3.2.9.2 Présence conjoint**

Pour 96,3% (n=26) des patientes leur conjoint a pu être présent.

**3.2.9.3 Vécu de l'accouchement**

**Figure n°30 : Répartition des qualifications du vécu de l'accouchement n=27**

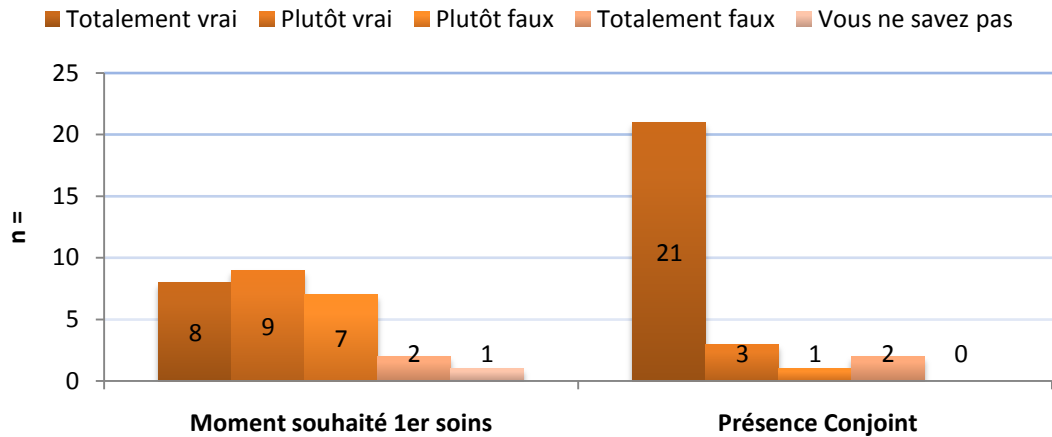


La majorité des patientes estime ne pas avoir un mauvais vécu, soit 77,8%.

### 3.2.10 A la naissance de l'enfant

#### 3.2.10.1 Premiers soins

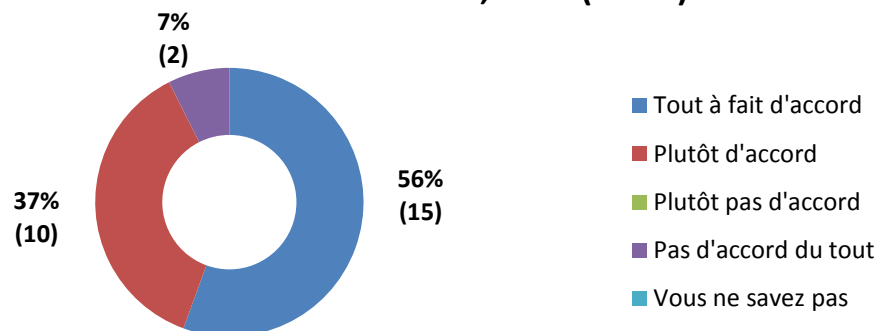
**Figure n°31 : Respect des souhaits concernant les premiers soins du nouveau-né**



Concernant le moment des premiers soins, ceux-ci sont souvent réalisés au moment souhaité par les patientes car 33,33% des patientes qui ne sont pas d'accord. 77,70% des patientes estiment que le père a bien été intégré en salle de naissance par le personnel.

#### 3.2.10.2 Satisfaction accueil de l'enfant

**Figure n° 32: Satisfaction concernant l'accueil du nourrisson selon les souhaits, en % (n= 27)**

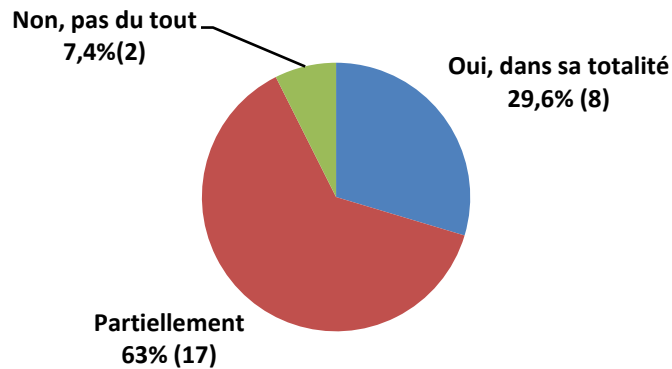


Seules 7% (n=2) des patientes ne sont pas d'accord du tout. La majorité est donc satisfaite de l'accueil de leur enfant.

### 3.2.11 Concernant le projet de naissance

#### 3.2.11.1 *Respect du projet*

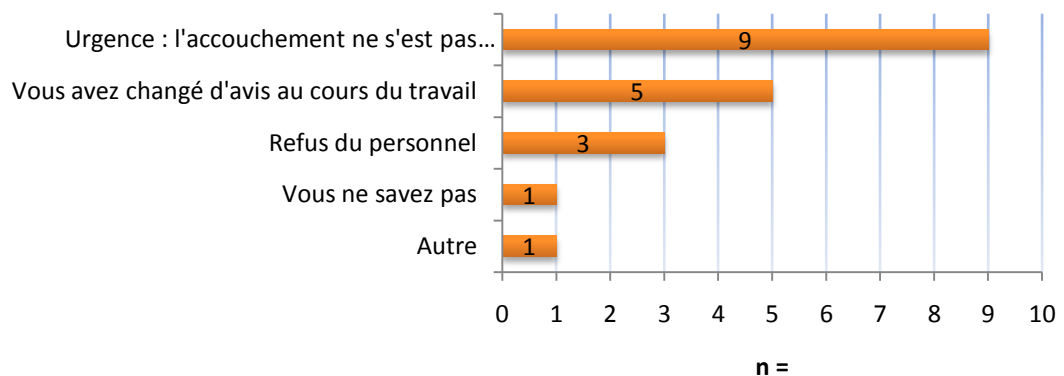
**Figure n°33 : Répartition des réponses concernant le respect du projet en % (n=)**



Un tiers des patientes estime que leur projet a bien été respecté. Cependant, 63% des patientes affirment que leur projet n'a été que partiellement respecté.

#### 3.2.11.2 *Raisons du non respect*

**Figure n°34 : Répartition des raisons du non respect du projet (n=19)**



Le motif le plus cité est «l'urgence» (47%), puis sont nommés «le changement d'avis au cours du travail» (26%) et seulement en troisième position et en moindre importance «le refus du personnel» (16%). Il faut noter qu'une seule patiente ne sait pas pourquoi son projet n'a pas pu être respecté.

La patiente ayant coché la case «Autre», a précisé ensuite que c'était pour raison médicale car elle devait être déclenchée.

Beaucoup de patientes ont apporté des précisions sur ces raisons de non respect. On retrouve dans leurs réponses :

- Immobilité suite à l'analgésie péridurale (n=3). En contrepartie, une patiente se plaint d'avoir eu une anesthésie non efficace.
- Le bébé avait une circulaire du cordon (n=2)
- Une patiente a été césarisée en urgence.
- Une patiente a eu une épisiotomie
- Concernant les médicaments, une patiente se plaint d'avoir reçu une perfusion et une autre d'avoir eu une injection d'ocytocine.
- Un enfant a bénéficié d'une réanimation
- Une patiente a accouché très rapidement.

### **3.2.11.3 Explication des raisons par les professionnels de santé**

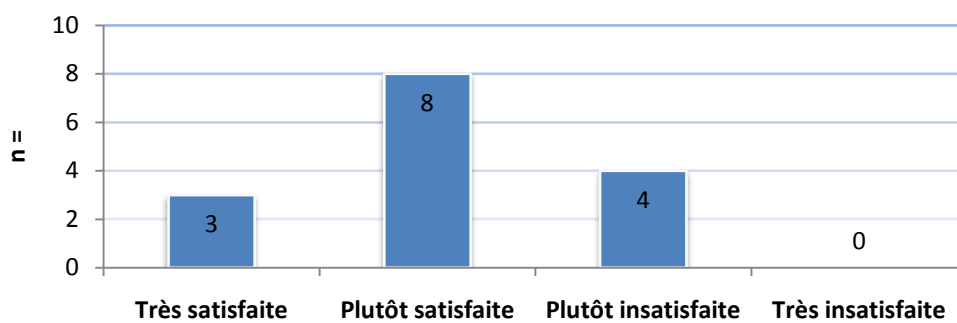
79% (n=15) des patientes déclarent que le personnel leur a donné les raisons pour lesquelles le projet n'a pas pu être respecté.

➤ **Tableau n° VII : Comparaison des explications données en fonction des raisons de non respect :**

	Non réponse	Oui	Non	TOTAL
<b>Explication raisons</b>				
<b>Raisons du non respect</b>				
<b>Non réponse</b>	29,6% (8)	0,0% (0)	0,0% (0)	29,6% (8)
<b>Urgence</b>	0,0% (0)	<b>25,9% (7)</b>	7,4% (2)	33,3% (9)
<b>Refus du personnel</b>	0,0% (0)	7,4% (2)	3,7% (1)	11,1% (3)
<b>Vous avez changé d'avis au cours du travail</b>	0,0% (0)	<b>14,8% (4)</b>	3,7% (1)	18,5% (5)
<b>Autre</b>	0,0% (0)	7,4% (2)	0,0% (0)	7,4% (2)
<b>TOTAL</b>	29,6% (8)	<b>55,6%(15)</b>	14,8%(4)	100%(27)

Lorsque la raison du non respect est l'urgence, des explications ont été données dans **78%** des cas. Concernant le refus du personnel, deux tiers des patientes ont eu une information. Parmi les patientes ayant changé d'avis au cours du travail, **80%** avaient eu une explication. Toutes les autres patientes ont eu accès à une information de la part des professionnels.

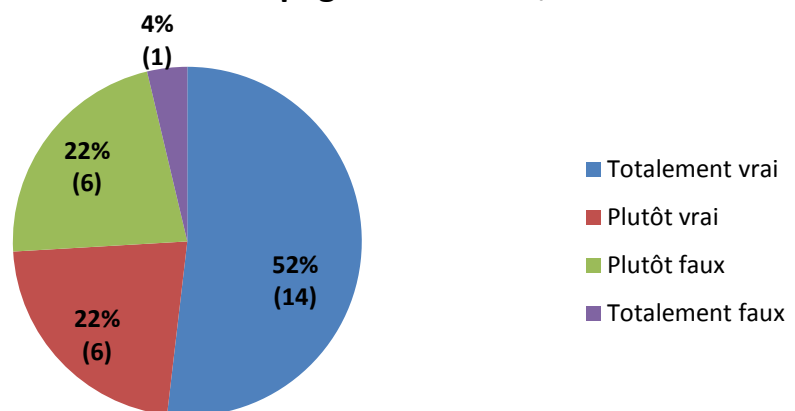
**Figure n°35 : Répartition de la satisfaction concernant les explications n= 15**



La majorité est satisfaite des explications données à hauteur de 73% (très satisfaite et plutôt satisfaite confondues).

#### 3.2.11.4 Perception de l'accompagnement

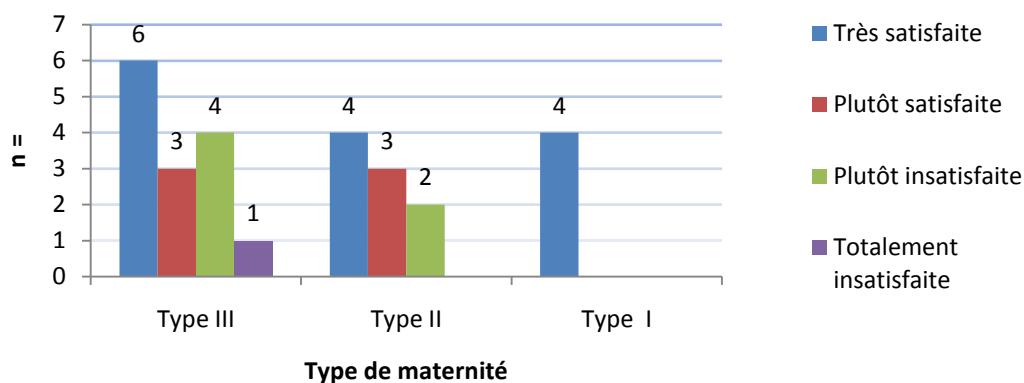
**Figure n°36 : Répartition de la satisfaction concernant l'accompagnement en %, n=27**



74% (n=20) des patientes sont satisfaites de leur accompagnement à la maternité. Seule une patiente (4%) est très insatisfaite.

➤ Satisfaction concernant l'accompagnement par l'équipe en fonction du lieu d'accouchement

**Figure n°37: Satisfaction concernant l'accompagnement en fonction de la maternité (n=27)**



La totalité des patientes ayant accouché en maternité de type I est «très satisfaite». 77% des patientes ayant accouché en maternité de type II sont satisfaites. Concernant la maternité de type III, une seule patiente est «totalement insatisfaite» (7%), et 29% sont «plutôt insatisfaites». Parmi les satisfaites, 43% sont «très satisfaites».

### **3.2.11.5 Rédaction d'un projet pour une prochaine grossesse**

93% (n=25) des patientes rédigeront à nouveau un projet, lors d'une prochaine grossesse. Une patiente n'en rédigera pas un autre, et une patiente ne sait pas.

### **3.2.11.6 Conseil à une amie**

Deux patientes ne savent pas. 93% (n=25) conseillent à une amie de rédiger un projet de naissance.

## IV. Discussion



### **3.3 Les Limites de l'étude :**

#### **3.3.1 Concernant la population :**

Les questionnaires ont été distribués dans quatre maternités d'Auvergne.

L'échantillon est de taille réduite (n=27) du fait du faible nombre de projets de naissance et donc de patientes concernées par notre étude. Le questionnaire ne comprenait pas de question relative au déroulement de la grossesse. Il nous est impossible de connaître la proportion de femmes ayant vécu une grossesse pathologique au sein de notre étude. Aucun questionnaire de parents attendant des jumeaux n'a été recueilli. A la fin du questionnaire, une page était mise à disposition des parents souhaitant s'exprimer davantage.

#### **3.3.2 Concernant le mode de recueil de données :**

Notre questionnaire comportait 74 questions. Le temps moyen pour y répondre était évalué à 7 minutes. Le questionnaire était laissé à leur disposition afin que les patientes le remplissent quand elles le souhaitent

Les questionnaires ont été distribués sur le lieu de soins, c'est-à-dire au sein des services de post partum. Par conséquent, la satisfaction peut être surestimée car le mode d'interrogation ne garantissait pas l'anonymat total.

### **3.4 Discussion des résultats de l'étude :**

Pour comparer nos résultats, nous avons pris comme référence la population étudiée par l'Enquête nationale périnatale 2010 [9]. Concernant la satisfaction, nous nous appuyons sur l'étude de la DRESS, intitulée «Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement » [34].



### 3.4.1 Taux de réponse

Le taux de réponse était important car toutes les patientes ont retourné le questionnaire. Tous les questionnaires recueillis étaient exploitables (n=27).

Nous avons choisi seulement 4 maternités, notre échantillon n'est pas totalement représentatif de la population d'Auvergne car il n'y a pas de maternité du département de la Haute Loire ni du Cantal.

Comparons la répartition de la population étudiée dans les différents types de maternité.

➤ **Tableau VIII : Répartition de la population dans les différents types de maternité**

	Etude	Enquête nationale périnatale
Type III	52%	23,10%
Type II	44%	46,00%
Type I	15%	30,20%

Seul le type II est représenté dans les mêmes proportions. Dans notre étude, le type III est surreprésenté, car le taux est doublé par rapport à l'enquête périnatale nationale. Il faut noter que l'Auvergne ne compte qu'une seule maternité de ce type. Le type I, quant à lui, a un taux diminué de moitié par rapport au taux national. Le type I est donc sous représenté dans notre étude.

### 3.4.2 Caractéristiques de la population

#### 3.4.2.1 Age

L'âge moyen de notre population est de 32,5 ans, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne nationale (29,9 ans). La classe d'âge la plus représentée est celle des «35 ans et plus», avec 37% de la population de notre étude. Ce taux reste inférieur au taux national pour cette classe d'âge (45,3 %). Les patientes rédigeant un projet ont un âge plus élevé, En effet, elles ont réfléchi plus longuement à leur projet, le permettant de mûrir. Ou bien ont-elles

rédigé (pour les multipares) un projet en raison d'un mauvais vécu d'une grossesse antérieure.

### 3.4.2.2 Niveau d'étude

88,9% des patientes de notre population ont suivi un enseignement supérieur au baccalauréat. Ce taux est très nettement supérieur au taux calculé en Auvergne par l'enquête nationale (51,8%). Les patientes rédigeant un projet se caractérisent par un niveau d'étude plus élevé par rapport à la population générale. Il se peut qu'il existe un lien avec la moyenne d'âge élevée de notre population. En effet, Les patientes ayant une durée d'étude plus longue ont leur premier enfant plus tardivement. De plus, notre population est plus susceptible de rechercher l'information par elle-même. Des études soulignent que l'âge et le niveau d'étude sont associés à l'usage d'internet pour la recherche d'informations en matière de santé [35].

### 3.4.2.3 Profession

➤ **Tableau n° IX : Comparaison des professions exercées par les populations de l'Enquête Périnatale nationale et de notre étude.**

PCS INSEE	Etude	Enquête Périnatale
Agriculteur	0%	0,60%
Commerçant, Artisan, Chef Entreprise	7,40%	1,80%
Cadre, Profession Intellectuelle Sup.	18,50%	16,50%
Profession intermédiaire	18,50%	27,60%
Employé	48,10%	46,70%
Ouvrier	0,00%	6,60%
Autre	7,40%	0,40%

Notre étude ne compte aucune agricultrice, mais le taux national est également très faible (0,6% de la population). Le taux de « Commerçant,

Artisan et chef d'entreprise » dans notre étude est le quadruple du taux de l'enquête nationale. Cette catégorie professionnelle est surreprésentée dans notre étude. Avec 48.10%, la catégorie des employées est la plus représentée dans notre étude, comparable au taux national pour cette catégorie (46,7%). Le taux de patientes exerçant le métier de Cadre ou Profession intellectuelle supérieure, est aussi comparable. Cependant, aucune patiente de notre étude n'est ouvrière alors qu'elles représentent 6,6% de la population nationale. Les patientes rédigeant un PDN appartiennent à des catégories professionnelles élevées (ce qui correspond à leur niveau d'étude).

D'autre part, le taux de femmes actives dans l'enquête périnatale 2010 est de 70,2% contre 92,6% pour notre étude.

#### **3.4.2.4 Situation familiale**

47,3% des patientes ayant participé à l'enquête nationale étaient mariées, ce qui correspond au taux retrouvé dans notre étude (44,4%). Nous n'avons pas recueilli de projet de naissance de mère célibataire alors que le taux national est de 7,2%.

#### **3.4.2.5 Parité**

Dans l'Enquête Périnatale, les primipares représentent 43,4% de la population. Le taux dans notre enquête est supérieur avec 55,6% de primipares. Il y a donc moins de multipares qui ont rédigé un projet de naissance. Notre étude surestime les primipares. Ceci peut s'expliquer par le fait que pour les primipares le monde de la naissance est nouveau, elles sont donc plus dans la recherche d'informations. Elles peuvent aussi être plus ouvertes à des propositions puisque novices dans le domaine.

#### **3.4.2.6 Suivi de grossesse**

Dans notre étude concernant les maternités de type I et II clinique, 100% des patientes ont été suivies en libéral. Pour la maternité de type II, la moitié des patientes étaient suivies en libéral. En revanche, dans la maternité de type III, 64% des patientes sont suivies à l'hôpital uniquement. Par comparaison, la population de l'Enquête Périnatale n'était que 15,6% à avoir choisi le suivi en libéral pendant la grossesse.

Les patientes rédigeant un projet de naissance ont donc tendance à se tourner plus vers le suivi en libéral (56%) en parallèle du suivi à l'hôpital. Les patientes sont donc suivies, au minimum, par deux professionnels différents. Or, les recommandations de la HAS concernant le suivi des patientes, dictent que le suivi doit être assuré pour une grossesse normale par «un groupe le plus restreint de professionnels, l'idéal étant le suivi par la même personne.» [36].

L'accompagnement en libéral permet aux patientes d'avoir le même professionnel à chaque consultation, ce qui est beaucoup plus difficile à mettre en place à l'hôpital. Les patientes ne sont souvent pas informées qu'elles peuvent, en cas de grossesse physiologique, être suivies uniquement par une sage-femme.

De plus, nous ne savons pas si le suivi à l'hôpital a été effectué uniquement par des sages-femmes ou bien en alternance avec des gynécologues-obstétriciens. Il aurait été intéressant de savoir si les patientes avaient été suivies par les mêmes professionnels

Notons qu'aucune patiente n'a été suivie par son médecin généraliste Ce qui est rassurant car ce n'est pas le professionnel le mieux qualifié pour accompagner les parturientes. En effet, durant les études de médecine, le module obstétrique représente peu d'heures de formation.

#### ***3.4.2.7 Préparation à la naissance***

Toutes les primipares de notre étude ont suivi une préparation à la naissance contre 73,2% dans l'Enquête Nationale. Pour les multipares, 87% ont suivi une préparation à la naissance, ce qui est largement supérieur au taux national (28,5%).

Il est intéressant de noter que la préparation la plus choisie par les primipares et les troisièmes pares ou plus, est le type Haptonomie. En revanche, c'est la Classique qui est la plus suivie par notre population de deuxièmes pares.

Par conséquent, les patientes rédigeant un projet de naissance, ont tendance à suivre des séances de préparation à la naissance et en particulier

de type haptonomie. On peut alors se demander, si le projet est dans ce cas-là construit à l'aide des professionnels exerçant ces préparations, ou bien s'ils ont un projet de couple présenté et mené à bien grâce à l'accompagnement de professionnels plus ouverts à leurs demandes ?

Il est intéressant aussi de noter que les deuxièmes paires sont une majorité à avoir suivi une préparation de type Classique. Est-ce pour recueillir une information qu'elles n'avaient peut-être pas eue pour la première grossesse, ou pour poser des questions qu'elles n'avaient pas envisagées par le passé ?

#### ***3.4.2.8 Satisfaction vécu global de l'accouchement***

L'enquête de la DRESS menée à la fin de l'année 2006, avait permis de faire l'état des lieux de la satisfaction des patientes ayant accouché en France avant la concrétisation des mesures du plan périnatalité 2005-2007. Les femmes ont exprimé une profonde satisfaction sur la manière dont s'est déroulé leur accouchement. Ainsi, seules 6% s'étaient déclarées insatisfaites. Dans notre enquête, 23% sont insatisfaites concernant leur vécu global de l'accouchement. C'est presque le quadruple par rapport à l'enquête de la DRESS.

Nous nous sommes demandé si le fait d'avoir déjà accouché pouvait influencer la satisfaction du vécu global. Nous avons alors comparé la satisfaction en fonction de la parité. Les «troisièmes paires ou plus» étaient seulement 14,8% à être « plutôt insatisfaites», contre 25% pour les primipares et deuxièmes paires. On retrouve cette tendance dans l'enquête de référence car les primipares sont plus insatisfaites que les multipares avec un taux d'insatisfaction légèrement supérieur à 6,8%.

Le taux d'insatisfaction est identique dans notre étude entre les primipares et les secondes paires. De plus, le test de Fischer montre qu'il n'existe aucun lien entre la primiparité et le taux de satisfaction.

Le lieu d'accouchement et les différents types de maternité influencent-ils le taux de satisfaction ?

- **Tableau n° X : Comparaison du taux d'insatisfaction concernant le vécu global de l'accouchement, entre les populations de notre étude et de l'enquête réalisée par la DRESS :**

	<b>Etude</b>	<b>DRESS</b>
<b>Type I</b>	0%	6,30%
<b>Type II</b>	12%	5,30%
<b>Type III</b>	36%	7,20%

On retrouve des taux très différents du fait de notre petit échantillon. Il faut noter que pour la maternité de type I qui a ouvert un plateau technique aux sages-femmes libérales, le taux d'insatisfaction est nul. Le taux d'insatisfaction a tendance à être supérieur dans les maternités de type III. Or, notre population est composée à 53% de patientes ayant accouché en maternité de type III, l'insatisfaction est donc surestimée. En effet, les patientes ayant rédigé un projet sont majoritairement satisfaites de leur vécu de l'accouchement mais en moindre proportion que la population nationale de référence. Cela peut s'expliquer par la petite taille de notre échantillon. Le taux d'insatisfaction est donc lié au type de maternité où les patientes ont accouché. Le type III étant équipé et spécialisé pour les grossesses pathologiques aurait plus de difficultés à respecter les souhaits des patientes rédigeant un projet.

### **3.4.3 Grossesse antérieure**

Dans la revue de la littérature, le mauvais vécu d'un accouchement précédent est évoqué comme raison de la rédaction d'un projet de naissance. Ainsi, nous avons cherché à savoir si cela se retrouvait dans notre enquête.

Parmi les 15 multipares de l'étude, 46,7% avaient déjà rédigé un projet de naissance pour une naissance antérieure, dont 71% étaient alors des primipares. On retrouve à nouveau la notion que ce sont majoritairement les primipares qui rédigent des projets. De plus, les patientes ayant rédigé un projet

ont un taux de satisfaction significativement plus important que les autres patientes qui n'en avait pas. Cela se retrouvait dans l'étude de Green, Coupland et al. où les patientes qui avaient de plus grandes attentes avaient tendance à être plus satisfaites [33].

De plus, nous avons démontré dans nos résultats que lors d'une grossesse antérieure les patientes qui avaient rédigé un projet avaient un meilleur vécu que celle n'en ayant pas rédigé. En outre, nous avons démontré que le déroulement de l'accouchement en fonction des souhaits améliorer le vécu global des patientes. Ces résultats montrent que le projet de naissance est un facteur permettant d'améliorer la satisfaction. Ce qui est une des raisons de rédaction retrouvée dans la revue de la littérature.

### **3.4.4 Rédaction du projet de naissance**

#### **3.4.4.1 Source de l'information**

L'un des objectifs principaux de notre étude était de connaître d'où provenait l'information des patientes rédigeant un projet de naissance

Le moyen d'accéder à des informations concernant le projet de naissance le plus cité par les patientes est internet (37%). De même, notre revue de la littérature est aussi constituée de nombreuses sources internet. Les professionnels de santé sont le moyen le moins cité (18,5%). Or ce sont les principaux accompagnateurs du projet car c'est grâce à eux que le projet peut se concrétiser. Bien qu'ils soient totalement acteurs du projet, ce ne sont pas eux qui le proposent ou qui en sont à l'origine. Les patients ayant des souhaits particuliers ont recours pour s'informer à d'autres moyens comme les livres (33,3%) et les émissions de télévision (25,9%). L'entourage a également une place importante dans les moyens d'information (29,6%).

Les professionnels possédant les compétences pour suivre les femmes enceintes ont pour recommandation de la HAS de délivrer une information sur le projet [12]. Il aurait été intéressant d'interroger les professionnels pour connaître l'origine d'une telle sous information de leur part concernant le projet

de naissance. D'autre part, C. Rousset a démontré dans son étude que 47% des femmes n'ayant pas réalisé de projet de naissance évoquaient comme raison la méconnaissance totale de ce dispositif. En outre, seulement 50% de sa population avait reçu une information à ce sujet [37].

#### **3.4.4.2 Raisons de la rédaction**

Nous souhaitons recueillir les raisons qui motivaient les patientes à mettre par écrit un projet.

La réponse la plus choisie était de pouvoir «exprimer vos souhaits et envies pour votre accouchement» pour 74,1% de la population. Le véritable but est donc de pouvoir instaurer un dialogue avec l'équipe qui les prendra en charge («s'assurer un dialogue avec l'équipe médicale» (59,3%)), et non uniquement afin d'obtenir des informations sur l'accouchement (seule une patiente a choisi cette proposition.). Les patients veulent devenir acteurs (63%) et non seulement recevoir des informations que ceux-ci ont déjà recueillies par d'autres moyens comme nous l'avons exposé précédemment. Les patients sont dans la recherche d'un partenaire plutôt que d'un savoir.

Le « mauvais vécu d'un accouchement précédent » est cité en de plus faible proportion (22,2%) car notre population était constituée principalement de primipares. Par contre, parmi seulement les multipares, cette réponse été citée par 40% d'entre elles. Le rôle du projet de naissance serait alors de permettre de « réparer» quelque chose, de ne pas reproduire les mêmes erreurs ayant pu entraîner un mauvais vécu.

Si le premier accouchement s'était déroulé conformément à leurs souhaits, les patientes auraient-elles éprouvé le besoin de rédiger leur projet pour cette nouvelle grossesse ?

#### **3.4.4.3 Période de rédaction**

63% des projets ont été rédigés au cours du 2<sup>ème</sup> trimestre de grossesse. Cette période correspond au moment où la femme peut totalement s'investir dans sa grossesse puisque le risque de fausse couche spontanée est



moindre. Cela correspond aussi au moment où peut avoir lieu l'entretien prénatal précoce, suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité qui sont des moments privilégiés pour le dialogue.

22% des patientes ont choisi de mettre le projet par écrit le dernier trimestre. Une seule patiente l'a rédigé avant la grossesse, celle-ci était une deuxième mère.

#### **3.4.4.4 *Accompagnement pendant la rédaction***

70% des patientes ont rédigé leur projet avec leur conjoint. Le projet est alors la synthèse d'une réflexion et de décisions prises en couple. Cela traduit l'importance du père dans l'élaboration du projet de naissance. Lui aussi souhaite participer, accompagner et trouver sa place auprès de sa conjointe à ce moment si particulier qu'est la mise au monde de leur enfant. Une patiente précise qu'elle l'a rédigé à l'aide d'une amie, traduisant le rôle important de l'entourage.

Seules 7% des patientes ont rédigé leur projet conjointement avec un professionnel de santé (sage-femme et obstétricien). Une nouvelle fois, les professionnels de santé sont le moyen le plus minoritaire.

#### **3.4.4.5 *Choix de la maternité***

Seulement un tiers des patientes estime que leur projet de naissance a influencé leur choix de maternité, ce qui nous semble peu. Il faut noter qu'avec la fermeture des petites maternités, les patientes se voient proposer une offre de soin de plus en plus réduite. La proximité de la maternité est le critère le plus évoqué par les parents (88% dans notre étude).

### **3.4.5 *Dialogue avec les professionnels***

Nous souhaitons savoir si la rédaction du projet avait permis d'instaurer un dialogue avec les professionnels de santé. Dans notre étude, une seule patiente n'a pas évoqué son projet pendant sa grossesse. Par conséquent, le

projet est donc à l'origine d'un véritable échange entre patients et professionnels.

#### **3.4.5.1 Quels interlocuteurs ?**

Les professionnels les plus consultés sont les sages-femmes, dans des proportions équivalentes en libéral et à l'hôpital (52% chacune). Cela peut s'expliquer avec la période de rédaction du projet qui correspond à la période de l'entretien prénatal précoce et des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, réalisés principalement par les sages-femmes. Les gynécologues-obstétriciens, évoqués en moindre proportion, font partie des seconds interlocuteurs les plus consultés par les patientes.

#### **3.4.5.2 Circonstances de dialogue**

Les consultations prénatales (65%) et la préparation à la naissance (53%), sont les circonstances de dialogue les plus évoquées par les patientes. Cela correspond aux interlocuteurs décrits à la question précédente. De plus, dans le Réseau de Santé Périnatal d'Auvergne (RSPA), le dossier médical informatisé contient une partie intitulée «Projet de naissance». Celle-ci permet de renseigner sur les prévisions des parents concernant le lieu d'accouchement, le recours à une analgésie péridurale, le type d'allaitement envisagé, le type de PNP choisi et l'existence d'un entretien prénatal précoce.

L'entretien prénatal précoce mis en place par le plan périnatalité 2005-2007, a été l'occasion pour seulement 12% des patientes de dialoguer de leur projet. Dans l'Enquête Périnatale, le taux de participation à l'entretien prénatal précoce est de 21% seulement. Notre faible pourcentage est en corrélation avec le taux national.

Les professionnels ne sont-ils pas encore tous formés, ou bien, les patients ne sont-elles pas assez informés de son existence ? De plus, cet entretien devrait se dérouler au cours du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse, ce qui nous semble un peu tôt pour dialoguer du projet de naissance. Le couple n'ayant pas encore assez réfléchi et muri ses souhaits.

### **3.4.5.3 Satisfaction concernant le dialogue**

Seule une patiente dans notre étude est insatisfaite de la qualité des explications apportées par le personnel. Le dialogue a donc été constructif pour la majorité des patientes (92,6%).

Les patientes sont 96% à estimer avoir exprimé leurs demandes et 58% à avoir été totalement comprises. Ainsi, notre étude montre qu'il s'est établi un dialogue, durant lequel les patientes ont pu s'exprimer librement mais elles sont beaucoup moins nombreuses à avoir été comprises. Les professionnels sont à l'écoute et ouverts aux propositions des patientes. Ils expliquent efficacement leur point de vue mais n'essaient pas forcément de comprendre la démarche de ces patientes.

La moitié de notre population ayant dialogué de leur projet avec des professionnels ont ensuite eu un entretien particulier avec un membre du personnel de la salle de naissance, qui est le plus souvent la sage-femme responsable du bloc obstétrical. Ces rencontres permettent aux parents d'avoir un temps d'écoute plus important que pendant les consultations prénatales et de dialoguer avec un professionnel qui connaît parfaitement les protocoles de la maternité. Seulement 4% des patientes ayant rencontré un membre de la salle de naissance ne sont pas satisfaites des explications. Cet échange n'est donc pas inutile. Il permet aux couples d'exprimer leurs souhaits, et à la sage-femme responsable, de rechercher comment agir afin d'aboutir à un accord satisfaisant, en fonction des nouvelles demandes des patients. De plus, 26,4% des patientes ont modifié leur projet suite à l'échange. Les modifications portaient toutes sur l'utilisation de médicaments, le déclenchement et la pose d'une analgésie péridurale. Une seule patiente se déclarait insatisfaite des modifications de son projet car elle avait « acceptée le protocole » qui n'était pas en accord avec ses souhaits.

Le jour de l'accouchement, pour 82,5% des patientes, le personnel a évoqué avec les patientes le projet de naissance. Le projet de naissance été signalé ou incorporé au dossier.

Le dialogue avec le professionnel est donc très utilisé par les patientes rédigeant un projet de naissance. En outre, elles en sont satisfaites à 96%. Le projet de naissance est un réel outil de communication.

### **3.4.6 Respect du projet en salle de naissance**

#### **3.4.6.1 Concernant le déroulement du travail**

##### **❖ Analgésie péridurale**

Seules 26% des patientes ont eu une analgésie péridurale, alors qu'elles n'en souhaitaient pas et moins de la moitié le regrette. La majorité des patientes est donc satisfaite concernant l'analgésie péridurale, puisque même celles en ayant bénéficié alors qu'elles n'en souhaitaient pas étaient satisfaites. Ces patientes avaient changé d'avis au cours du travail. L'analgésie péridurale peut être posée sur indication médicale ou en cas d'urgence. Cependant le refus de la patiente est une des contre-indications absolues. Ainsi, d'après la SFAR (Société Française d'Anesthésiste Réanimateur) «la réalisation d'une anesthésie rachidienne nécessite une bonne coopération du patient. Celle-ci doit être acquise, dès la consultation d'anesthésie, lors d'un interrogatoire rendu fiable permettant d'éliminer nombre de contre-indications absolues ou relatives. La coopération facilite la réalisation du geste technique, qui peut être difficile chez une patiente ne tenant pas la position souhaitée.» [38].

##### **❖ Déclenchement**

20% des patientes en ont bénéficié dont 80% le regrettent. Ce premier taux est quasi équivalent à celui de l'enquête périnatale de 2010 qui s'élève à 22,7%. Le déclenchement a dans ces cas été mis en place uniquement sur indication médicale (dépassement de terme, rupture de la poche des eaux, etc.). Les patientes sont surveillées régulièrement suivant des protocoles. Les contractions induites (quel que soit le type de déclenchement utilisé), sont beaucoup plus douloureuses que les contractions de travail. Une analgésie péridurale est posée précocement dans le travail. Le taux d'insatisfaction est

alors élevé car il annule une grande partie du projet en raison de l'utilisation de médicaments, la pose d'une voie veineuse, monitoring continue, touchers vaginaux répétés. Seule la partie concernant l'accueil de l'enfant peut encore être réalisée.

#### ❖ Voie veineuse

Le souhait de ne pas avoir de voie veineuse a été respecté pour 41% des patientes. Parmi celles qui ont eu la pose d'une voie, seules 7,4% le regrettent et 30% ont compris pourquoi il le fallait. Elles sont satisfaites des explications qui leur ont été données et ont donc été informées. La voie veineuse est souvent posée en systématique en début de travail sur le principe de prévention des hémorragies du post partum.

#### ❖ Touchers vaginaux répétés

Dans notre étude, parmi les patientes en ayant bénéficié seules 15% le regrettent. 37% en ont compris par des explications du personnel l'intérêt. 30% en sont satisfaites. Ces résultats attestent que les patientes sont une majorité à être satisfaites et à avoir eu les explications.

D'après le rapport de l'OMS de 1998 intitulé «Les soins liés à un accouchement normal» [13] : «Cet examen est l'une des mesures diagnostiques essentielles pour évaluer le début et l'évolution du travail.». Cependant, le nombre de touchers vaginaux devait être limités au strict minimum : «Pendant le premier stade du travail, une fois toutes les quatre heures suffit d'ordinaire [...]. Une femme ne devrait en aucun cas être obligée de se soumettre à des touchers vaginaux répétés et fréquents effectués par plusieurs personnels soignants.»

#### ❖ Injection d'ocytociques

L'ocytocine est une hormone naturelle libérée par la mère au moment de l'accouchement. Elle permet la mise en place de contractions régulières de l'utérus, c'est aussi l'hormone dite « de l'attachement ». De plus, elle permet l'éjection du lait lors de l'allaitement. Les professionnels peuvent avoir recours à

de l'ocytocine de synthèse, administrée en perfusion, qui bloque la sécrétion spontanée. Elle est utilisée presque systématiquement en traitement curatif ou préventif de l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine, pour régulariser les contractions pendant le travail ainsi que pour le déclenchement.

En France, ce produit est très utilisé en obstétrique selon les recommandations de la HAS :

- ❖ Concernant la prévention pharmacologique de l'hémorragie du post-partum : «Il est recommandé de réaliser systématiquement une injection prophylactique d'ocytocine (grade B); cette administration peut être faite soit au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant (délivrance dirigée) soit après l'expulsion du placenta (grade B). Elle consiste en l'injection par voie intraveineuse directe lente (ou intramusculaire) de 5 à 10 UI d'ocytocine.»
- ❖ Concernant l'indication du produit pour insuffisance des contractions utérines au début ou au cours du travail l'ocytocine «est un traitement de 1<sup>ère</sup> intention pour renforcer la fréquence et l'intensité des contractions utérines au cours du déclenchement ou de l'activation du travail afin de réduire la durée de celui-ci.» [39].

Dans notre étude, parmi les patientes ayant reçu l'injection, 15% des patientes ne savent pas si elles ont bénéficié ou pas de l'injection. Ce qui traduit le manquement d'information de la part des professionnels de ce geste systématique. Or l'information est un devoir du professionnel de santé d'après la loi Kouchner [10], qui est reprise dans le Code de Déontologie des sages-femmes.

#### ❖ **Monitoring continu**

37% des patientes qui en ont eu en sont satisfaites et 37% ont compris pourquoi il le fallait. Une seule patiente le regrette. Le monitoring est un document médico-légal qui doit être réalisé pendant le travail. Cependant, il peut être interrompu conformément aux recommandations du CNGOF (Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens de France): « la surveillance du travail discontinu ne peut se concevoir que pour une patiente à bas risque.

Elle nécessite la présence d'une sage-femme par parturiente (grade C). [...] Compte tenu des pratiques actuelles (absence de formation du personnel à l'auscultation intermittente) et du personnel disponible en salle de naissance, il est recommandé d'utiliser la surveillance continue en phase de travail active du travail (accord professionnel). Cependant, dans ces mêmes recommandations, il est notifié que «l'utilisation d'un monitoring fœtal continu et associé à une augmentation du taux de césarienne et d'extractions instrumentales (grade B).» [40]. Rappelons que l'auscultation intermittente peut être réalisée au moyen d'un stéthoscope de Pinard ou par un appareil manuel à ultrason Doppler.

Pour le CIANE [17] : «La pratique du monitoring en continu constitue un acte qui pousse à la dépersonnalisation et à la dissociation. Les femmes et leurs bébés n'ont pas à servir de variable d'ajustement à l'activité médicale et à ses manquements». [...] Une sage-femme par parturiente serait nécessaire. C'est ce que demandent les usagers ainsi que les associations de sages-femmes. Ainsi, l'Association Nationale des Sages-femmes Libérales (ANSFL) a défini, en 2002, le suivi global par «Un seul praticien pour assurer la surveillance médicale de la grossesse, lors des consultations prénatales, la préparation à la naissance, la surveillance et la responsabilité de l'accouchement, les soins post-nataux de la mère et de l'enfant » [annexe II]. Les femmes se voient alors proposer des accouchements en plateaux techniques, comme cela a été le cas pour deux de nos patientes qui en sont très satisfaites. Mais le nombre de sages-femmes libérales et de maternités adhérentes à ce concept reste minoritaire car ce dernier est très difficile à mettre en place en France malgré la loi l'autorisant [41].

Ainsi, s'est développé un accompagnement dit «semi- global» qui offre une continuité pré et postnatale. Ce suivi s'inscrit dans un travail en réseau. La durée de cet accompagnement, débuté tôt pendant la grossesse (consultations prénatales) et se terminant quelques mois après l'accouchement (visite postnatale ou à la fin de la rééducation), permet d'établir une réelle relation de confiance et d'écoute entre les femmes et les professionnels. La sage femme libérale ayant suivi la patiente n'effectue pas le suivi du travail, de l'accouchement et des suites de couches.

### ❖ Mobilisation

Les patientes sont une majorité à être satisfaites de leur mobilisation. Le taux le plus élevé étant pour les patientes suivies en maternité de type I (100% satisfaites). Les taux sont similaires pour les maternités de types I et II (64%). Ce taux reste inférieur au taux national de satisfaction qui s'élève à 83% d'après l'étude de la DRESS. Les maternités avec beaucoup d'activité ne peuvent pas se permettre d'avoir une sage-femme toujours présente avec la parturiente. L'enregistrement par monitoring continu est généralement la cause la plus indiquée. Cet enregistrement est sécurisant pour le personnel mais il est jugé « entravant » pour la mobilisation des patientes ayant rédigé un PDN.

#### **3.4.6.2 Environnement en salle de naissance**

Pour 85% de nos patientes, le conjoint a été bien intégré et leur intimité à été respectée. Encore une fois, le taux national de la satisfaction concernant l'intimité est supérieur : 95%.

Pour 81% de nos patientes, une information a eu lieu avant chaque acte. Alors que l'enquête sur la satisfaction des usagères de 2006 a montré que «les femmes se révèlent un peu plus sceptiques quant à la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé. Ainsi, en cas d'épisiotomie, une femme sur deux a déploré un manque (16%) ou l'absence totale d'explication (31%).».

#### **3.4.6.3 Concernant l'accouchement**

### ❖ Position

Une légère majorité (56%) de nos patientes est satisfaite de leur position d'accouchement. Elles sont seulement 46% à l'être en maternité de type III contre 63% et 75% en type II et I. On retrouve les mêmes tendances de satisfaction en fonction des différents types d'établissement. Le personnel de la maternité de type III, ayant beaucoup plus d'accouchements et devant prendre en charge plus de pathologies, les sages-femmes ont moins le temps pour être



présentes aux cotés de la patiente. Les patientes ont précisé que le refus du personnel était lié au manque de formation.

#### ❖ **Présence du conjoint**

Seulement une patiente n'a pas pu avoir son conjoint à ses côtés durant l'accouchement, celle-ci ayant accouché par césarienne. Les accompagnants n'étant pas admis au bloc pour des raisons d'hygiène. Ce taux reflète la place trouvée en salle de naissance par les conjoints. De plus, c'est l'un des souhaits qui est le plus exprimé par les patientes (81% dans notre étude des 21 projets de la maternité de Clermont Ferrand).

#### ❖ **Vécu de l'accouchement**

Une seule patiente était insatisfaite de son vécu. Il se trouve que celle-ci avait subi une césarienne en urgence. 78% estiment avoir un vécu satisfaisant. Le taux de satisfaction provenant de l'enquête effectuée par la DRESS concernant l'accouchement étant à 94%. Le taux de la population générale est donc largement supérieur à celui des patientes ne rédigeant pas un projet. Mais cela peut être aussi dû au fait que notre échantillon est très petit.

#### ❖ **Premiers soins**

Le père a été bien intégré aux premiers soins pour 78% et on retrouve le même taux de satisfaction concernant le moment où ils se sont déroulés.

#### ❖ **Accueil de l'enfant**

93% des patientes sont satisfaites de l'accueil de leur enfant, ce qui correspond au taux retrouvé dans l'enquête de la DRESS.

#### **3.4.6.4 Respect du projet de naissance**

Seules 30% des patientes ont eu leur projet totalement respecté. Pour la majorité, il n'est que partiellement respecté (63%).

Nous avons ensuite cherché quelles étaient les raisons de ce non respect et si les professionnels avaient apporté une information claire. On retrouve dans notre étude que le motif le plus cité est l'urgence (47%) et que les professionnels ont le plus souvent apporté les explications (78%). Le second

motif était le changement d'avis de la patiente (cité par 26% des patientes). Dans ce cas, 80% des patientes avaient été informées. Notre étude montre que la majorité des patientes (73%) étaient satisfaites des explications données. Il y a donc bien eu un dialogue par rapport au projet.

#### **3.4.6.5 Concernant l'accompagnement**

L'accompagnement se définit par un soutien à la fois affectif ( bien être et réconfort), informationnel (conseils), et actif ( communication et négociation des souhaits de femmes auprès des professionnels). Une grande majorité des patientes (74%) étaient satisfaites de leur accompagnement à la maternité. Le taux le plus élevé concernait les patientes de la maternité de type I (sachant qu'une patiente a accouché dans le cadre du plateau technique). Pour les maternités de type II, 77% des patientes sont satisfaites. Enfin, pour la maternité de type III, le taux de satisfaction baisse à 60%. Encore une fois, notre étude montre une différence entre les différents types de maternité. L'accompagnement, pour les mêmes raisons explicitées dans les paragraphes « mobilisation » et « position d'accouchement », en type III est moins satisfaisant, la sage-femme ne pouvant pas être aussi présente auprès des parturientes. C'est pourquoi, les doulas (femmes expérimentées mais non qualifiées en tant que professionnelles de santé) font peu à peu leur apparition en salle de naissance. L'accompagnement global permet à la patiente d'être soutenue tout au long du travail par un même professionnel, qu'elle connaît et qui s'occupe uniquement d'elle.

#### **3.4.6.6 Utilité du projet de naissance**

Dans notre étude, une seule patiente ne sait pas si elle rédigera à nouveau un projet pour une prochaine grossesse et une autre affirme que non. Celle-ci a précisé que « dialoguer avec l'équipe était suffisant sans avoir besoin de mettre à l'écrit ses souhaits ». 93% de nos patientes ont trouvé le PDN utile puisqu'elles en rédigeront un nouveau pour une prochaine grossesse. En outre, le même taux de patiente affirme conseiller à une amie d'en rédiger un. On retrouve ici le rôle important de l'entourage dans l'information concernant le projet. Les patientes estiment donc que leur projet de naissance, bien que le plus souvent partiellement respecté, leur a été utile.

### 3.5 Projet d'action :

Les patientes qui souhaitent rédiger un projet de naissance reçoivent peu d'information de la part des professionnels car leurs principales sources d'information sont internet, les livres et l'entourage.

Les patientes estiment que leur projet de naissance constitue un outil utile. Nous avons démontré que c'était lors des consultations prénatales et de la préparation à la naissance que le dialogue avait lieu. Les entretiens prénataux précoces doivent être valorisés pour informer les patientes de l'existence des PDN. De plus, il serait impératif de former les sages-femmes aux techniques d'entretien car ce sont les interlocuteurs privilégiés.

Nous souhaitons informer les patientes sur les différentes offres à leur disposition spécifiquement dans la maternité de type III, afin d'apporter des explications aux gestes réalisés en salle. Nous avons choisi de réaliser une plaquette qui sera mise à disposition des patientes suivies au sein de cette maternité car c'est dans cet établissement que le taux de satisfaction a été le moins élevé. Ainsi, grâce à cette plaquette intitulée « Réponses aux questions que se posent les futures mamans concernant l'accouchement », nous leur exposons les moyens que met à leur disposition la maternité (notamment la présence d'une baignoire de dilatation, la mise en place d'un multitrack), mais aussi les pratiques du service concernant l'accueil de l'enfant et la présence d'un accompagnant (puisque ce sont les souhaits les plus demandés). Cette plaquette d'information [annexe III] n'a pas pour vocation de remplacer celle des professionnels.

De plus, il serait souhaitable que les patientes suivies à l'hôpital soient prise en charge par un même professionnel durant la grossesse. Enfin, la place du suivi libéral étant importante, il faudrait favoriser le travail avec les sages-femmes libérales en promouvant l'ouverture de plateaux techniques, les patientes ayant choisi un suivi global puissent en bénéficier pleinement. L'évaluation des pratiques professionnelles et les travaux de recherche sont indispensables pour vérifier la validité et la légitimité des demandes.

# **Conclusion**

Le projet de naissance, rédigé par la femme ou le couple est un réel outil de communication avec les équipes soignantes. Il permet d'établir un dialogue, un lien avec les professionnels permettant d'obtenir une écoute mutuelle et d'établir une relation de confiance. Il prévient les conflits lorsqu'il est remis et discuté pendant la grossesse, en permettant aux patientes d'avoir des explications satisfaisantes et ainsi d'améliorer le vécu de l'accouchement.

Notre enquête révèle que les patientes sont plus satisfaites lorsqu'elles ont accouché dans des maternités de type I et II.

Encourager les patientes à rédiger un projet impliquerait que les professionnels de santé doivent fournir davantage d'informations pour leur permettre d'aboutir à des choix éclairés concernant leurs soins et ainsi se sentir pleinement actrices de cet événement majeur de leur existence. L'interlocuteur de choix pour délivrer cette information pendant la grossesse est la sage-femme, spécialiste de la naissance physiologique. Les raisons du non respect sont en majorité l'urgence et les professionnels ont toujours apporté des explications satisfaisantes aux parents. Le projet de naissance est un outil jugé utile par les patientes puisque la quasi-totalité en rédigeront à nouveau ou le conseilleront à une amie.

Le projet met en exergue les difficultés dues à la cohabitation nécessaire entre l'accompagnement personnalisé souhaité par les patientes et les recommandations de bonne pratique, le travail en équipe de la prise en charge médicale.

Le développement de l'accompagnement semi-global et l'expérimentation des maisons de naissance seraient des alternatives pour ces parents avec des souhaits respectant la physiologie afin d'échapper à un système de surmédicalisation et de protocolisation des accouchements.

# **Références bibliographiques**

- [1] Le Petit Larousse illustré. Paris : Larousse ; 2000.p.886.
- [2] BOUTINET JP. Anthropologie du projet. 2ème éd : Paris : Presse universitaire de France : Quadrige; 2012.p.23.
- [3] BOUTINET JP. Psychologie des conduits à projet. 2ème éd. Paris : Presse Universitaire de France : Quadrige; 1996.p.35.
- [4] Le Petit Larousse illustré. Paris : Larousse ; 2000.p.686.
- [5] La Bible, Genève : Société Biblique de Genève. Genèse ; 2008. §3 verset 16
- [6] MOREL M.F. Histoire de la naissance en France (XVII<sup>ème</sup> au XX<sup>ème</sup> siècle). Actualité et dossier en santé publique ADSP ; 2007 2008 ; 61/62 : 22-28.
- [7] République Française. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale [consulté le 22/11 /2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&dateTexte=&categorieLien=id>
- [8] République Française. Code de la Santé Publique. Article L 4151-1 modifié par Loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 385 [consulté le 24/11/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892639&dateTexte>
- [9] Unité de Recherche Epidémiologique en Santé Périnatale et Santé des Femmes et des Enfants, INSERM. Enquête Nationale Périnatale 2010. [consulté le 20/02/2013]. Disponible à partir de : URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_naissances2010.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_naissances2010.pdf)
- [10] République Française. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [consulté le 13/12/2012].Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>
- [11] CESBRON P, KNIBIEHLER Y. La naissance en Occident. Paris : Albin Michel ; 2004.p.29.
- [12] HAS. Recommandations professionnelles relatives au suivi et à l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Mai 2007 [consulté le 09/11/12] Disponible à partir de : URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes-recommandations\\_23-04-2008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes-recommandations_23-04-2008.pdf)
- [13] OMS. Les soins liés à un accouchement normal [consulté le 01/11/12]. Disponible à partir de : URL : [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/MSM\\_96\\_24\\_/fr/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/MSM_96_24_/fr/index.html)
- [14] GAMELIN-LAVOIS S. Préparer son accouchement faire un projet de naissance. Saint-Julien-en-Genevois: Jouvence ; 2006.p.15.

[15] DEPARTMENT OF HEALTH, Changing birth, Part I: Report of the Expert Maternity Group, London; 1993.p.31.

[16] Collectif inter associatif autour de la naissance. CIANE, Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [consulté le 10/10/12]. Disponible à partir de : URL : <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>

[17] Alliance francophone pour l'accouchement respecté. AFAR, Alliance francophone pour l'accouchement respecté [consulté le 12/09/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://afar.info/>

[18] République Française. Charte de la personne hospitalisée [consulté le 10/10/12]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sante.gouv.fr/la-charte-de-la-personne-hospitalisee-des-droits-pour-tous.html>

[19] République Française. Article L1111-4 du code de la santé publique codifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 3 JORF 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005[consulté le 12/09/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006185255&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090722>

[20] JBREART G, PUECH F, ROZE J.C. Mission périnatalité: vingt propositions pour une politique périnatale ; 2003.p.5.

[21] Plan périnatalité 2005-2007 Humanité Proximité Sécurité Qualité [consulté le 14/09/2011]. Disponible à partir de : URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)

[22] République Française. Cours de Cassation, chambre civile du 20 Mai 1936.Arrêt mercier [consulté le 19/09/2012]. Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>

[23] JONES et al. Do the birth plan adversely affect the outcomes of labour ? British Journal of Midwife 1998 ; 1: 38-41.

[24] CNGOF. Le projet de naissance (comment faire en pratique). [consulté le 20/08/2012]. Disponible à partir de : URL : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/conf2008/conf2008/028/Media/index.htm](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2008/conf2008/028/Media/index.htm)

[25] Le Petit Larousse illustré, Paris : Larousse ; 2000.p.91.

[26] COM-RUELLE L, ORZ. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Paris : IRDES ; 2008.p.3.

[27] République Française. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [consulté le 16/09/12]. Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>

[28] SALOMON L, GASQUET I, DURIEUX P, RAVAUD P. Prise en compte des attentes des patients pour améliorer la qualité de soins : résultats d'une enquête sur 500 patients hospitalisés. Rev Epidem et Santé Publ 1998 ; 46 : 427-429.



[29] OGDEN J, DESRICHARD O, MOATTI JP. Psychologie de la santé. Bruxelles : De Boeck. 2008. p.70-80.

[30] WILLIAMS B. Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med* 1994; 38(4):509-516

[31] GOODMAN et al. Factors relating to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, vol 46, no. 2 April 2004, 212–219.

[32] HODNETT E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth a systematic review. *American journal of Obstetrics and gynaecology*.186, 2002, 160-172

[33] GREEN, COUPLAND et al. Expectations, Experience and psychological outcomes of childbirth. A prospective study of 825 women. *Birth*, vol.17, 1990,15-24

[34] DREES. N° 660 - Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (Secteur Santé) [consulté le 10/02/2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>

[35] RENAHY E. L'utilisation d'Internet pour la recherche d'information en santé. SIRS Infos. Paris: Inserm ; 2007

[36] HAS. Recommandations professionnels relatives à comment mieux informer les femmes enceintes ? Avril 2005. [consulté le 28/02/2012]. Disponible à partir de : URL : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes)

[37] ROUSSET. Projet de naissance : Information aux femmes durant la grossesse. Etat des lieux sur l'élaboration d'un tel projet. Mémoire Sage-femme : Med : université de Clermont-Ferrand I. 2012 ; n°024

[38] Les Blocs périmédullaires chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique; SFAR 2006 [consulté le 12/02/13]. Disponible à partir de : URL : <http://www.sfar.org/article/187/les-blocs-perimedullaires-chez-l-rsquo-adulte-rpc-2006>

[39] HAS, Commission de transparence, avis du 22 juillet 2009, Examen du dossier de la spécialité inscrite pour une durée limitée conformément au décret du 27 octobre 1999 (JO du 30 octobre 1999) et à l'arrêté du 6 novembre 2007 (JO du 13 novembre 2007).

[40] CNGOF, Recommandation pour la pratique clinique, Modalité de surveillance du travail, 31<sup>ème</sup> Journée Nationale, Paris, 2007, p.381.

[41] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1 [consulté le 14/02/13]. Disponible à partir de : URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

# **Annexes**

# Annexe I

## Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance

Madame,

Vous avez formulé vos attentes et vos souhaits en rédigeant un projet de naissance.

Actuellement étudiante sage femme en 5ème et dernière année d'étude, je me suis intéressée à votre démarche.

Vos réponses à ce questionnaire permettront de connaître comment vous avez perçu votre prise en charge et votre accompagnement tout au long de la grossesse et de l'accouchement. Le but est de mieux répondre à vos attentes.

Pour cela, je vous invite à répondre au questionnaire suivant pour exprimer votre opinion.

Le questionnaire comporte trois parties : renseignements généraux (pour mieux vous connaître), rédaction de votre projet de naissance et le jour de l'accouchement.

Vos réponses seront anonymes. Une enveloppe est à votre disposition, ainsi vous pourrez la sceller avant de rendre le questionnaire.

Je vous remercie par avance de votre collaboration et de m'avoir accordé de votre temps.

Si vous souhaitez me contacter, vous pouvez le faire à l'adresse mail : **lubarraud@gmail.com**

Lucile BARRAUD, étudiante  
sage femme 5ème année



## Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance

### Renseignements généraux :

1. Quel âge avez-vous ?

2. Quel est votre niveau d'études ?

- Collège, BEP, CAP  Lycée, BAC  
 Enseignement supérieur  Autre

3. Si 'Autre', précisez :

4. Quelle est votre catégorie professionnelle ?

- Agriculteur  Commerçant, artisan, chef Entreprise  
 Cadre.Prof.Intellectuelle.Sup.  Profession intermédiaire  
 Employé  Ouvrier  
 Chômeur  Elève, Etudiant  
 Inactif  Autre

5. Si 'Autre', précisez :

6. Exerciez-vous votre métier avant votre congé maternité?

- Oui  Non

7. Quelle est votre situation familiale ?

- En couple  Célibataire  
 Pacsée  Mariée  
 Autre

8. Si 'Autre', précisez :

9. Où avez-vous été suivie pendant cette grossesse ?

10. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?

- Oui  Non

11. Si oui quel était le type de préparation ?

- Classique  Piscine  
 Sophrologie  Yoga  
 Haptonomie  Autre

12. Si 'Autre', précisez :

13. Cet accouchement était votre:

- Premier  Deuxième  Troisième ou plus



## Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance

14. Quel est votre vécu global de votre dernier accouchement?

- Très satisfaite       Plutôt satisfaite       Plutôt insatisfaite       Très insatisfaite

### Si vous avez déjà eu une grossesse:

15. Si vous avez déjà eu une grossesse, avez-vous rédigé un projet de naissance?

- Oui       Non

16. Où aviez-vous accouché?

17. Quel était votre vécu global ?

- Très bon vécu       Plutôt bon vécu       Plutôt mauvais vécu       Très mauvais vécu

18. Le déroulement de l'accouchement a-t-il été en accord avec vos demandes ?

- Totalement vrai       Plutôt vrai       Plutôt faux       Totalement faux       Vous ne savez pas

### Rédaction de votre projet de naissance pour cette grossesse et cet accouchement:

19. Pour cette grossesse vous attendiez :

- Un enfant unique       Des jumeaux       Des triplés ou plus

20. Comment avez-vous eu connaissance de l'existence des projets de naissance ?

- Par l'entourage       Par les livres/magasins  
 Par les émissions TV       Par les professionnels de santé  
 Par internet       Autre

21. Si 'Autre', précisez :

22. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous rédigé votre Projet de naissance ?

- S'assurer un dialogue avec l'équipe médicale       Obtenir des informations sur le déroulement de l'accouchement à la maternité  
 Etre actrice de votre accouchement       Mauvais vécu d'un accouchement précédent  
 Exprimer vos peurs et angoisses concernant l'accouchement       Exprimer vos souhaits et envies pour votre accouchement  
 Eviter la surmédicalisation de l'hôpital       Décision de couple permettant de se projeter en tant que futurs parents  
 Autre

23. Si 'Autre', précisez :

24. Quand l'avez-vous rédigé ?

- Avant la grossesse       Entre le 3ème et le 6ème mois  
 Du début de grossesse au 3ème mois       Entre le 7ème mois et l'accouchement  
 Autre

25. Si 'Autre', précisez :



## Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance

26. Avec qui l'avez-vous rédigé?

- Seule  
 Obstétricien  
 Anesthésiste  
 Entourage  
 Sage femme  
 Votre conjoint  
 Médecin généraliste  
 Autre

27. Si 'Autre' précisez :

28. La rédaction de votre projet de naissance a-t-elle influencé votre choix de maternité ?

- Oui  
 Non  
 Vous n'aviez pas de préférence

### Dialogue avec les professionnels:

29. Avez-vous dialogué avec des professionnels concernant votre projet ?

- Oui  
 Non (passez directement à la question n°43)  
 Vous n'avez pas été suivie (passez directement à la question n°43)

30. Si oui, avec qui?

- Sage femme libérale  
 Médecin généraliste  
 Anesthésiste  
 Obstétricien  
 Sage femme à l'hôpital  
 Autre

31. Si 'Autre' précisez :

32. Dans quelle(s) circonstance(s) ?

- En consultation prénatale  
 Lors de la préparation à la naissance  
 A l'entrée en salle de naissance  
 Entretien prénatal précoce  
 Consultation d'anesthésie  
 Autre

33. Si 'Autre', précisez :

34. Pour vous, les explications ont été :

- Très satisfaisantes  
 Plutôt satisfaisantes  
 Plutôt insatisfaisantes  
 Très insatisfaisantes

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Totalement faux	Vous ne savez pas
35. Estimez-vous avoir exprimé vos demandes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Estimez-vous avoir été entendue et comprise ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Après avoir communiqué votre PDN, avez-vous eu un entretien particulier avec un membre du personnel de la salle de naissance ?

- Oui  
 Non  
 Vous n'avez pas été suivie

38. Les explications ont-elles été

- Très satisfaisantes  
 Plutôt satisfaisantes  
 Plutôt insatisfaisantes  
 Très insatisfaisantes



## Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance

39. Avez-vous modifié votre projet de naissance?

- Oui  Non  Vous ne savez pas

40. Si oui, qu'avez-vous modifié ?

- L'accueil de l'enfant  La pose de la péridurale  
 La pose d'un cathéter  Le geste d'une épisiotomie  
 Le déclenchement  L'utilisation de médicaments  
 Autre

41. Si 'Autre', précisez :

42. Pour vous, les modifications ont été:

- Très satisfaisantes  Plutôt satisfaisantes  Plutôt insatisfaisantes  Très insatisfaisantes

### Le jour de votre accouchement :

43. Lors de votre passage en salle de naissance, le personnel a-t-il mentionné votre projet de naissance ?

- Oui  Non  Vous ne savez pas

44. Si non, avez-vous précisé vos souhaits ?

- Oui  Non  Vous ne savez pas

### Concernant le travail:

45. Vous avez eu un déclenchement du travail :

- 1.Oui et vous en souhaitiez  2.Oui alors que vous n'en souhaitiez pas  3.Non et vous n'en souhaitiez pas  4.Non vous n'en avez pas eu alors que vous en souhaitiez

46. Si réponse 2 ou 4 :

- Cela n'a pas eu d'importance  Vous l'avez regretté

47. Vous avez eu une péridurale:

- 1.Oui et vous en souhaitiez  2.Oui alors que vous n'en souhaitiez pas  3.Non et vous n'en souhaitiez pas  4.Non vous n'en avez pas eu alors que vous en souhaitiez

48. Si réponse 2 ou 4 :

- Cela n'a pas eu d'importance  Vous l'avez regretté

Cochez pour chaque ligne la case correspondant à votre vécu

	Non et vous ne le souhaitez pas	Vous le regrettez	Vous en êtes satisfaite	Vous avez compris pourquoi il le fallait	Vous ne savez pas
49. Vous avez eu une perfusion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Vous avez eu un monitoring en continu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Vous avez eu des touchers vaginaux répétés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Vous avez eu une injection d'ocytociques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

53. Avez-vous eu la possibilité de vous mobiliser comme vous le souhaitiez ?

- Pas d'accord du tout  Plutôt pas d'accord  Plutôt d'accord  Tout à fait d'accord



## Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance

### Environnement de la salle de naissance :

Indiquez pour chacune des phrases suivantes dans quelle mesure elles sont vraies ou fausses dans votre cas : Cochez la case de votre choix, une seule par ligne

	Totalement vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Totalement faux	Vous ne savez pas
54. L'équipe a respecté votre intimité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Vous avez été informée avant chaque acte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. L'équipe a bien intégré votre conjoint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Vous avez été choquée par le ton ou les mots employés par le personnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Pendant l'accouchement :

59. Vous avez pu accoucher dans la position que vous souhaitez :

- Totalement vraie
- Plutôt vraie
- Plutôt fausse
- Totalement fausse
- Non concernée

60. Votre conjoint a-t-il pu être présent à vos côtés :

- Oui
- Non

61. Globalement, comment qualifiez-vous votre vécu de l'accouchement ?

- Très bon vécu
- Plutôt bon vécu
- Plutôt mauvais vécu
- Très mauvais vécu

### Après la naissance :

62. Les premiers soins du bébé ont eu lieu lorsque vous le souhaitez :

- Totalement vrai
- Plutôt vrai
- Plutôt faux
- Totalement faux
- Vous ne savez pas

63. Le conjoint a pu assister aux premiers soins de l'enfant (dans la mesure du possible):

- Totalement vrai
- Plutôt vrai
- Plutôt faux
- Totalement faux
- Vous ne savez pas

64. Avez-vous pu, compte tenu des circonstances, accueillir votre bébé comme vous le souhaitez ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas d'accord du tout
- Vous ne savez pas





## Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance

### D'une manière générale :

65. Votre projet a-t-il été respecté ?

- Oui, dans sa totalité  Partiellement  Non, pas du tout

66. Pouvez-vous préciser:

67. Si non, pour quelles raisons ?

- Urgence : l'accouchement ne s'est pas déroulé comme prévu  
 Refus du personnel  
 Vous avez changé d'avis au cours du travail  
 Vous ne savez pas  
 Autre

68. Si 'Autre', précisez :

69. Le personnel vous a-t-il expliqué les raisons pour lesquelles votre projet (ou une partie) n'a pas pu être respecté ?

- Oui  Non  Vous ne savez pas

70. Dans quelle mesure êtes vous satisfaite de ces explications ?

- Très satisfaite  Plutôt satisfaite  Plutôt insatisfaite  Très insatisfaite

71. Quelle est votre perception de votre accompagnement à la maternité? Considérez-vous que l'équipe ait fait de son mieux pour satisfaire vos souhaits compte tenu du déroulement de l'accouchement ?

- Totalement vrai  
 Plutôt vrai  
 Plutôt faux  
 Totalement faux  
 Vous ne savez pas  
 Autre

72. Si 'Autre', précisez :

73. Si vous attendiez à nouveau un enfant, rédigeriez-vous un projet de naissance ?

- Oui  Non  Vous ne savez pas

74. Conseilleriez vous à une amie d'en rédiger un ?

- Oui  Non  Vous ne savez pas



## Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance

Merci de votre collaboration!

Si vous souhaitez me laissez un commentaire, n'hésitez pas, cet espace est pour vous:

## ANNEXE II

# ACCOMPAGNEMENT GLOBAL DE LA NAISSANCE

## DÉFINITION

«Un seul praticien pour assurer la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, la préparation à la naissance, la surveillance et la responsabilité de l'accouchement, les soins postnatals de la mère et de l'enfant.»

(Lavillonnière 2002, présidente de l'A.N.S.F.L.)

## BUT



Permettre à la mère et au père d'être acteurs de la naissance de leur enfant.

## UN SEUL PRATICIEN (HABITUELLEMENT UNE SAGE-FEMME) :

- suit médicalement la grossesse
- assure les consultations prénatales (examens et prescriptions)
- détecte les risques et oriente si besoin le couple vers les médecins spécialistes
- propose une préparation à la naissance
- accompagne et est responsable de l'accouchement et de la naissance
- assure les soins postnatals à la mère et à l'enfant pendant la durée nécessaire

## IL EST CONSIDÉRÉ QUE :

- la grossesse n'est pas une maladie, la plupart du temps elle est même signe de bonne santé et d'épanouissement
- aider une femme à définir sa physiologie, lui permet de détecter les moindres signes de désadaptation pouvant être précurseurs d'une pathologie à un moment où elle peut encore être évitée
- la disponibilité de la sage-femme et la relation de confiance réciproque qui se tisse entre une femme, un couple et elle, sont les bases de la prévention. Chacun est acteur, partenaire et responsable
- chaque femme a sa singularité physique et psychique, son histoire, ses liens familiaux, ses peurs, ... : c'est à la sage-femme de s'adapter à cette individualité.

L'Accompagnement global se fait en réseau avec les autres interlocuteurs (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, structures hospitalières, P.M.I., ...).

## RESULTATS

### ETUDE DE 2 245 DOSSIERS

(comparaison statistiques Audipog 2002 pour une population à bas risque)

QUELQUES CHIFFRES :	AGN	Audipog
PRIMIPARES :	32,2%	34,5%
PATHOLOGIES DE LA GROSSESSE :		
MAP	6,5%	7,9%
RCIU	1,3%	2,1%
HTA	1,6%	4,0%
Nécessitant un transfert vers un autre professionnel	3,97%	
ACCOUCHEMENT :		
Voie basse spontanée	89,5%	77,5%
déclenchement	4,5%	19,5%
césarienne	4,9%	14,7%
extraction instrumentale	4,6%	24,5%
Anesthésie péridurale	7,1%	76,4%
Episiotomie	9,1%	49,5%
Déchirure simple	37,3%	26,1%
Appar > 7 à 1mn	95,4%	?
< 7	0,58%	2,5%
Mortalité fœtale	0,4%	0,4%
Allaitement maternel		
> à J 30	72,5%	?
	53,7%	(et 21,2% non connus)

La comparaison n'est qu'informatrice puisque les femmes qui choisissent un Accompagnement Global de la Naissance souhaitent un accouchement le moins médicalisé possible.

Présenté par

**L'ANSFL**

Association Nationale des  
Sages-femmes Libérales  
**04 75 88 90 80**

## DISCUSSION

### LES CONSÉQUENCES À COURT TERME DE CETTE PRATIQUE SEMBLENT ÊTRE :

- une diminution des pathologies de la grossesse et de l'accouchement
- une augmentation de l'allaitement maternel et de sa durée
- une implication importante des parents dans la prise en charge de la santé de leurs enfants et de leur éducation
- une diminution du coût de la maternité

### LES CONSÉQUENCES À LONG TERME SONT PLUS DIFFICILES À METTRE EN ÉVIDENCE :

- de nombreuses études concernant les problèmes de socialisation chez l'adolescent ou l'adulte, trouvent une origine dans la période périnatale (cf. les parutions de l'OMS, du Primal Health Research Center, ...).
- les hormones sécrétées par la mère et l'enfant au cours d'une naissance physiologique entraînent un comportement altruiste (ocytocine), maternel (prolactine) et favorisent l'attachement (endorphines)
- c'est au cours de cette période que sont posées les bases de l'adulte en devenir

Il convient donc d'apporter une importance particulière à la période périnatale.

## CONCLUSION

Le système de prévention très précoce mis en place par l'Accompagnement Global de la Naissance et ses conséquences sur le court et le long terme pourrait en faire une priorité en matière de Santé Publique dans le domaine de la périnatalité puisque le respect de la physiologie de la naissance a des conséquences non négligeables sur la création du lien mère/père/enfant et donc sur la maltraitance ainsi que sur la socialisation de l'adulte en devenir tout en favorisant la capacité d'aimer (de s'aimer soi-même et d'aimer les autres).

# ANNEXE III

## Brochure proposée dans le cadre du projet d'action



### Pourquoi rédiger un projet de naissance ?

- Engager un dialogue avec le personnel soignant
- Exprimer vos souhaits pour un accompagnement personnalisé
- Réfléchir aux conditions de la naissance de votre enfant

**Tout ne se passe pas forcément comme on l'imagine.**

**L'important est d'allier le respect et sécurité de la naissance**

### Informations aux futures mamans

Réponses aux questions concernant l'accouchement

Pratique du service de la maternité du CHU de Clermont-Ferrand



#### Sites internet utiles :

**CLANE** (Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance) : <http://clane.net>

**AFAR** (Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté) : <http://afar.info>

**ANSFL** (Association Nationale des sages-femmes libérales) : <http://ansfl.org>



Brochure réalisée par  
Mlle BARRAUD Lucile  
Etudiante sage-femme, dans le cadre  
d'un travail de mémoire de fin d'étude :  
« Enquête de satisfaction des patientes  
ayant rédigé un projet de naissance »

### ACCOMPAGNEMENT

Un seul et même **accompagnant** peut être présent à vos côtés dans la salle de naissance durant tout le travail. Les enfants ne sont pas admis.

Vous serez suivie, par une **sage-femme**, en présence d'**étudiants**, selon votre accord.

### PENDANT LE TRAVAIL

Dès votre entrée en salle de naissance, une **voile veineuse** sera posée afin de permettre l'administration rapide de médicaments, en cas de besoin.

Vous avez la possibilité de ne pas avoir de **perfusion** durant le travail si vous n'avez pas d'**analgsie péridurale**. Ainsi, vous pourrez être **mobile** afin de trouver la position vous convenant le mieux pendant les contractions.

Vous pourrez avoir une **analgsie péridurale** si vous le souhaitez. Elle peut vous être recommandée pour une indication particulière.

La maternité met à votre disposition une **baignoire**, du matériel de **suspension**, une **galette**, un **ballon**, et un **coussin d'allaitement** pour améliorer votre confort.

Il vous sera possible de boire dans certaines conditions, des boissons énergétiques si vous en ressentez le besoin.

### APRES L'ACCOUCHEMENT

Votre bébé ne vous est pas enlevé la nuit.

La **nursérie** est le lieu des **soins** aux nouveau-nés qui en ont besoin, mais aussi pour les mamans fatiguées qui désirent confier leur bébé pour se reposer. Elle se trouve au sein même de la maternité.

Votre **conjoint** peut rester dormir à la maternité.

Vous pouvez demander une **sortie précoce**, si tout va bien, vous serez suivie par une **sage femme libérale** à domicile.



Vous avez la possibilité de discuter de votre projet de naissance aux professionnels lors des consultations avec une sage femme, un gynécologue ou un anesthésiste.



### PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Vous pourrez discuter avec la sage-femme de votre position d'accouchement. L'épisiomie n'est plus systématique.

Le clampage du cordon est **précoce** afin de permettre les examens obligatoires. Votre conjoint se verra proposer dans la mesure du possible, de couper le cordon.

En cas de **césarienne**, l'accompagnant n'est pas admis au bloc pour raisons d'hygiène. Il est appelé dès que possible pour assister aux premiers soins du nouveau né et peut l'accueillir en **peau à peau**. Dans la mesure du possible, ils rejoindront la maman en salle de réveil où pourra être effectué la première mise au sein.

### UNE FOIS QUE BEBE EST NE

Lors d'un accouchement pas voie basse, si tout va bien :

- Le **peau à peau** est systématique.
- Les **premiers soins** peuvent être **différés** si vous le souhaitez. Ils ont lieu dans la salle de naissance sous vos yeux.
- Le **bain n'est plus effectué** systématiquement à la naissance.

## **Résumé:**

Aujourd'hui les patientes sont de plus en plus nombreuses à présenter aux professionnels de santé un projet de naissance rédigé. Nous nous sommes intéressés à leur démarche afin de savoir si les professionnels répondaient favorablement à leurs demandes et si les patientes en étaient satisfaites. Nous avons voulu savoir si les projets de naissance avaient un réel intérêt pour les patientes.

Par l'intermédiaire d'un questionnaire de satisfaction, nous avons mesuré la satisfaction de 27 patientes ayant accouché au sein de quatre maternités d'Auvergne.

Cette étude montre que le projet de naissance est à l'origine d'un dialogue avec l'équipe médicale afin d'obtenir des informations. Les explications des professionnels sont évaluées satisfaisantes par les patientes. Les patientes ayant bénéficié d'un suivi global avec la même sage-femme sont les plus satisfaites et les moins satisfaites sont celles ayant accouché en maternité de type III.

Les patientes rédigeant un projet souhaitent que l'accouchement se déroule dans un environnement moins médicalisé. L'accompagnement global et les maisons de naissance seraient la réponse la plus appropriée à leur demande.

**Mots clefs:** Projet de naissance - Histoire de la naissance - Sage-femme - Vécu de l'accouchement Information - Dialogue avec professionnels de santé- Satisfaction - Accompagnement

## **Abstract:**

Nowadays, pregnant patients are more and more numerous to present a written birth plan to the healthcare professionals.

Our objectives are to know if the answers given by the health professionals satisfy or not these women and if birth plans have a real interest for them.

The satisfaction of 27 patients which delivered within four Auvergne's maternity hospitals have been collected through a satisfaction survey.

This study highlights that the main interest of the birth plan is to initiate a dialogue with the medical team. Patients consider the professional's explanations satisfactory. Patients who benefited from a global accompaniment are the most satisfied. The least satisfied are those who delivered in a third type maternity hospital. Most parents hope for a less medicalized birth environment. The global support cares within birthing centers would be the more appropriate answer to their demand.

**Keywords:** Birth plan- Birth history - Midwife - Birth experience – Information - Dialogue with the medical team – Satisfaction - Support