HAL
open science

Préparation à la naissance en libéral et réalité de l'accouchement en milieu hospitalier : enquête de satisfaction auprès des patientes du Puy-de-Dôme

Emma Simon

To cite this version:

Emma Simon. Préparation à la naissance en libéral et réalité de l'accouchement en milieu hospitalier : enquête de satisfaction auprès des patientes du Puy-de-Dôme. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01087679

HAL Id: dumas-01087679

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01087679v1

Submitted on 26 Nov 2014

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

UNIVERSITE D'AUVERGNE – CLERMONT 1

PREPARATION A LA NAISSANCE EN LIBERAL ET REALITE DE L'ACCOUCHEMENT EN MILIEU HOSPITALIER

Enquête de satisfaction auprès des patientes du Puy-de-Dôme

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU LE 19.06.2014

Emma SIMON

Née le 09.06.1990

Diplôme d'état de Sage-Femme

Année 2014

UdA | Université d'Auvergne

MAÏEUTIQUE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITE D'AUVERGNE – CLERMONT 1

Préparation à la naissance en libéral et réalité de l'accouchement en milieu hospitalier

Enquête de satisfaction auprès des patientes du Puy-de-Dôme

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU LE 19.06.2014

Emma SIMON

Née le 09.06.1990

Diplôme d'état de Sage-Femme

Année 2014

UdA | Université d'Auvergne

MAÏEUTIQUE

REMERCIEMENTS

À ma directrice de mémoire, Claire BUISSON, pour son aide précieuse, sa disponibilité et son implication,

À mon enseignante référente, Verlaine DUVIGNEAU, pour ses corrections attentives, ses conseils et son soutien,

Aux cadres sages-femmes et aux sages-femmes qui ont participé à la distribution de mon questionnaire (un merci tout particulier à Isabelle SAWADOGO et Emilie pour leur implication ainsi qu'à Cynthia pour ses conseils avisés).

Aux femmes qui ont pris du temps pour remplir mon questionnaire

À toute ma promotion 2010-2014 pour ces moments partagés, et vous 4 en particulier.

À ma mère pour tout, depuis le début,

À mon père pour son soutien permanent,

À mes grands-parents pour tout leur amour,

À ma petite sœur pour la force qu'elle me donne à chacun de ses sourires,

À Alexandre pour son écoute, sa patience, son soutien qui m'encouragent chaque jour,

Merci à tous mes proches qui m'ont entourée durant ces années d'études…

" Peut-être n'est-ce pas un hasard si, dans notre langue, bien naître et bien être s'entendent de la même façon."

Danielle RAPOPORT

GLOSSAIRE :

- APD : Analgésie Péridurale
- ASD : Accouchement sans douleur
- CIANE : Comité Inter-Associatif autour de la Naissance
- CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- EIAS : Epine Iliaque Antéro-Supérieure
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- INED (Institut National des Etudes Démographiques)
- NR : Non Réponse (pas de réponse à la question posée)
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- PPO : Psychoprophylaxie Obstétricale
- RSPA : Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne
- SDN : Salle de Naissance

SOMMAIRE :

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTÉRATURE

A. LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE 3
B. LE DEROULEMENT DU TRAVAIL OBSTETRICAL ET DE L'ACCOUCHEMENT 11

METHODOLOGIE

A. LES OBJECTIFS 17
B. TYPE D'ETUDE 17
C. DUREE ET PERIODE DE L'ETUDE 17
D. LIEUX DE L'ETUDE 18
E. POPULATIONS DE L'ETUDE 18
F. CRITERES DE SELECTION..... 19
G. RECUEIL..... 19
H. IMPLICATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES 20
I. EXPLOITATION DES DONNEES 20

RESULTATS

A. PRESENTATION DE LA POPULATION 21
B. LES SEANCES DE PNP : 22
C. LA SATISFACTION 23
D. CONFRONTATION DE LA PNP ET DE L'ACCOUCHEMENT 26

DISCUSSION

A. LES LIMITES DE L'ETUDE..... 41
B. DISCUSSION DES RESULTATS 43
C. PROJET D'ACTION 55

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Aujourd'hui en France, a contrario des temps passés, les femmes se retrouvent plus ou moins seules face à l'événement qu'est la naissance. En effet, les pères sont souvent présents, mais l'entourage familial l'est beaucoup moins que dans les générations passées. La femme doit être une « super femme », « très heureuse » de démarrer une nouvelle vie avec un enfant. Pourtant, il arrive que la grossesse et le « devenir mère » n'amènent pas seulement du bonheur, mais aussi du stress, de l'angoisse, ou un sentiment d'incapacité face à toutes ces transformations [1].

Pour ces femmes en période de vulnérabilité et peu entourées, il est donc nécessaire de les accompagner au mieux tout au long de cette période de transformation et de bouleversements psycho-somatiques que sont la grossesse, la naissance puis la période post-natale.

C'est pourquoi la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) occupe une place de choix dans le vécu de la femme enceinte et de la future mère. Elle ne vise pas l'optimisation des « performances » concernant l'accouchement, il n'est pas question d'obligation de résultats, mais elle joue un rôle de prévention et d'accompagnement des couples [2]. Dans ses recommandations de 2005, la HAS préconise une PNP plus précoce ainsi qu'une démarche élargie à l'amélioration des compétences des femmes et des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité. Une femme bien préparée, soutenue et entourée avant la naissance, appréhendera mieux le séjour en maternité.

D'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) et l'INED (Institut National des Etudes Démographiques), avec un taux de fécondité provisoire aux alentours de 2 en 2012 (2.00 en 2011), la France est avec l'Irlande, le pays de l'Union Européenne où la fécondité est la plus forte [3].

D'autre part, au fil des ans, les femmes ont des enfants à un âge moyen plus élevé (30,2 ans en 2012 d'après l'INED) [3].

Ceci a pour effet d'augmenter la proportion de naissances à des âges où les risques de complications et de morbidité pendant la grossesse et l'accouchement, sont plus élevés pour la mère et l'enfant. Ce qui souligne la nécessité d'entourer au mieux ces naissances et d'en améliorer encore et toujours la prise en charge.

En France, et au sein du RSPA (Réseau Santé Périnatalité d'Auvergne) deux formes d'exercice se complètent : le libéral et l'exercice en milieu hospitalier.

C'est au cours de la formation de sage-femme que certaines questions me sont venues à l'esprit, quant à la prise en charge le jour de l'accouchement qui diffère parfois des pratiques envisagées en PNP.

Les sages-femmes libérales et hospitalières bien qu'exerçant toutes le même métier, sont pour la plupart soit sur un terrain, soit sur l'autre. Deux formes d'exercice cohabitent donc au sein du RSPA.

Un certain nombre de choses vues en PNP ne sont jamais appliquées en salle de naissance… Que peut-on en faire ? Et surtout qu'en pensent les femmes ??

Quels sont les enjeux importants du point de vue des femmes ? Quelles sont réellement leurs attentes en matière de suivi ? Comment améliorer au mieux la continuité de leur prise en charge, comment mieux collaborer encore ? Sur quels points insister en PNP et sur quels souhaits mettre l'accent en salle de naissance ?

REVUE DE LA LITTÉRATURE

A. LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE

HISTORIQUE :

La naissance est un événement entouré de mystère depuis l'origine de l'homme ; depuis des siècles les hommes ont essayé de comprendre ce phénomène et d'en atténuer la douleur.

Le sommeil hypnotique dès le XVIIIè siècle (MEYER) ou l'hypnose dans le domaine de l'obstétrique à partir du XIXème (CHARCOT 1880-1890 ; JOIRE 1899-1979) sont les témoins de cette volonté ancienne de diminuer la douleur liée à la mise au monde.

Plus tard, dans les années 30, READ met en évidence 2 grands principes dans lesquels se distinguent les maximes de la PNP actuelle :

- distinction entre souffrance et douleur
- le déconditionnement de la femme enceinte pour abolir le fait que la contraction utérine soit associée à la douleur.

En 1951 le Dr Fernand LAMAZE introduit la préparation à la naissance en France sous le nom de PPO (Psychoprophylaxie Obstétricale) et la définit de la façon suivante « L'accouchement sans la douleur par la méthode de psychoprophylaxie est le résultat d'une éducation physique et psychique de la femme enceinte pendant les derniers temps de la grossesse ».

« Cette méthode vise à abolir la douleur, réputée fatale, liée à la contraction de l'utérus pendant le travail.
Elle ne requiert pas l'usage de médicaments.
Elle n'a pas de contre-indication.
Elle ne comporte aucun risque pour la mère, ni pour l'enfant. » [4].

DEFINITION :

D'après la HAS, la préparation à la naissance, historiquement centrée sur la prise en charge de la douleur, s'oriente aujourd'hui vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. Elle s'adresse à chaque femme enceinte ou couple [5, 6].

ETAT DES LIEUX :

Les recommandations professionnelles en matière de PNP s'adressent à l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité et susceptibles d'intervenir de manière coordonnée autour des femmes et de leur famille de la période anténatale à la période postnatale (notamment les sages-femmes) et ont pour but d'accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007 [7].

La PNP contribue également à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveaux nés.

La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice.

Une telle démarche permet la communication d'informations notamment sur les différents facteurs de risques et les possibilités offertes par le système de santé, le développement des compétences parentales et personnelles, nécessaires pour agir en vue d'accueillir un enfant. Mais elle permet aussi d'ajuster de manière personnalisée le suivi en fonction des besoins.

Notons que les acteurs en matière de périnatalité peuvent être établis en libéral ou en secteur hospitalier et être regroupés ou non en réseau de santé.

La continuité et la cohérence du suivi autour de la femme enceinte impliquent une évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau entre les différents acteurs concernés.

Par ailleurs une enquête récente du CIANE [8] publiée en 2012 met en exergue les principaux souhaits exprimés par les femmes :

- liberté de mouvement
- accompagnement personnalisé de la douleur
- refus de l'épisiotomie en dehors d'une nécessité médicale sérieuse

L'étude montre également une corrélation forte entre le respect des souhaits et la qualité du vécu de l'accouchement.

Une autre étude anglo-saxonne [1] montre que l'accompagnement occupe la première place dans le vécu à plus ou moins long terme des femmes concernant leur accouchement ; puisque selon leur ressenti, il prime sur le déroulement réel de la naissance. Le ressenti de l'accouchement étant intimement lié à l'estime de soi pour le reste de sa vie, il n'est pas à négliger.

« Les difficultés, les épreuves, les blessures font partie de la vie. Elles ne sont pas à supprimer à tout prix mais à accompagner.» [9].

LEGISLATION :

En France, 8 séances de préparation à la naissance sont prises en charge par la sécurité sociale :

- un entretien individuel ou en couple doit systématiquement être proposé à la femme enceinte par le professionnel qui confirme la grossesse : c'est l'entretien prénatal précoce. Ce mémoire ne traite pas de cet entretien mais il est important de souligner son rôle dans le cadre d'un accompagnement personnalisé de la femme enceinte.
- 7 séances prénatales de 45 minutes minimum

D'après les articles L.2122-1, L.4151-1 du Code de la Santé Publique [10, 11] :

A l'occasion de la surveillance médicale de la grossesse de la femme enceinte et des suites de l'accouchement, la sage-femme peut, outre la réalisation des séances de préparation à l'accouchement, pratiquer :

- l'accompagnement médical de la grossesse, y compris, depuis la loi du 9 août 2004, le premier examen prénatal nécessaire à la déclaration de grossesse.
- l'examen postnatal dans les huit semaines qui suivent l'accouchement, sous réserve pour cet examen que la grossesse ait été normale et l'accouchement eutocique.

OBJECTIFS :

Les recommandations de la HAS ont pour objectif de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé qui vise à :

- Préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et futur père ;
- Repérer précocement les difficultés du couple ;
- Accompagner chaque couple, et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, par des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfant ;
- Soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ;
- Favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal.

Encadré 1. Objectifs généraux de la PNP

- Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêts et coordonnés autour de la femme enceinte.
- Accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité.
- Donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel.
- Encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père de styles de vie sains, pour leur santé et celle de l'enfant.
- Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né.
- S'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile.
- Soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent.
- Participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur.
- Participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du *post-partum*.
- Encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance.

Les objectifs généraux de la PNP selon la HAS [5].

POURQUOI FAIRE DE LA PNP :

L'efficacité de la préparation à la naissance reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale (études randomisées de faible niveau de preuve).

Cependant elle occupe une place de choix au moment de la grossesse dans la construction du lien parents-enfant. Elle améliore d'une part le bien-être physique et émotionnel des femmes ainsi que l'estime de soi avec une diminution de l'anxiété, de la dépression, et d'autre part les interactions mère-enfant.

LA PNP DANS LE PUY DE DOME :

Les professionnels assurant les séances de PNP en Auvergne suivent les recommandations nationales de la HAS.

Actuellement dans le Puy-de-Dôme, les femmes ont accès à différents types de préparation à la naissance :

- **Préparation classique :**

Elle a pour rôle l'information par la communication, afin d'atténuer les angoisses et les doutes. Elle comporte un aspect théorique avec des notions anatomiques de base, la familiarisation avec les techniques actuelles, les notions sur le bébé, la physiologie de la grossesse et de l'accouchement mais aussi un aspect pratique composé d'exercices respiratoires, du périnée et d'assouplissement. Son but est de préparer la femme enceinte physiquement et psychiquement à l'accouchement en l'aidant à mieux accepter son état transitoire [12].

- **Yoga :**

Originaire d'Inde, cette technique symbolise l'union du corps et de l'esprit. Cette pratique permet d'accompagner les transformations du corps en intégrant le schéma corporel en plein bouleversement. La pratique du yoga permet de mieux connaitre et maîtriser son corps, d'apprendre à se détendre et à s'écouter. Les exercices sont composés d'étirements adaptés afin de remédier aux souffrances physiques et de prendre conscience des postures qui peuvent être sources de douleurs. Une respiration adaptée accompagne postures et étirements. Les séances de yoga grâce à la détente, à la relaxation et au climat de confiance permettent aux femmes de « lâcher prise » et de libérer leur parole [13].

- **Haptonomie :**

Cette technique nous vient de Hollande (Frans Veldman), cela signifie la loi ou la science du toucher affectif.
Le principe de l'haptonomie est qu'il y a un contact psycho-tactile, qui va entrainer des variations subtiles de la motricité du fœtus qui répond lui-même aux variations

du tonus du giron maternel. C'est une méthode de préparation à l'accouchement qui intègre le père au processus de conscientisation de l'enfantement. En posant ses mains sur le ventre de sa femme, il peut apprendre à entrer en contact avec le futur bébé, l'inviter et communiquer avec lui. Le père a un rôle capital, il influence sur le déroulement de la grossesse et permet de ne pas développer une relation trop étroite entre la mère et l'enfant [14]. Par une installation qui favorise le bien-être, la mère entre en contact avec son enfant. Elle modifie les tensions à l'intérieur de son giron grâce à des modifications hormonales et neuronales. Puis de la même façon qu'ils l'ont ressenti durant la grossesse, les parents portent l'enfant par la base pour le sécuriser et l'ouvrir au monde extérieur. Il fut mis en évidence que la présence d'un tiers au moment de l'accouchement peu influencer sur le ressenti de la douleur. Ainsi, les pères peuvent participer de façon active et accompagner en douceur la mère à être dans sa présence. L'haptonomie est donc une manière d'être et d'évoluer dans la vie, de se placer par rapport à l'autre et d'entrer en relation avec lui, depuis l'intérieur de soi.

- **Sophrologie :**

Cette méthode venant de Colombie (Cayecedo 1960) consiste en un travail de prise de conscience du corps et vise à renforcer une attitude positive. La sophronisation entraine la modification du niveau de conscience vers le niveau sophroliminal qui est un niveau intermédiaire entre la veille et le sommeil. Cette relaxation dynamique permet de faire le lien entre les sensations, la perception et la motricité. Il s'agit d'être attentif au ressenti afin d'accompagner la contraction au lieu de la subir [13]. Pendant la première moitié de la grossesse, la sophrologie conduit la femme enceinte à découvrir et écouter son corps et l'aide à s'adapter aux modifications de son schéma corporel et aux manifestations neurovégétatives des premiers mois. Elle permet également d'élargir sa conscience d'être et de travailler sur l'ambivalence et l'angoisse [15]. Par ailleurs, pendant la seconde moitié de la grossesse, la préparation touche plus spécialement le vécu de la fin de grossesse, l'accouchement et l'après-naissance notamment, le retour à la maison.

- **Préparation aquatique**

Cette méthode a été initiée en 1974 par une sage-femme (Ethel Ebersold-Estable) qui ayant souffert durant ses grossesses de lombalgies soulagées par la natation, créa l'association nationale natation et maternité. Elle permet l'acceptation du nouveau schéma corporel.

En début de séance, chaque femme est accueillie, ce qui permet un instant de tête-à-tête pour écouter ce qui la préoccupe et répondre aux questions personnelles. Les séances permettent de libérer le désir naturel de régression pendant la grossesse. En piscine, il y a une mise en confort articulaire, musculaire, ligamentaire et diaphragmatique ainsi qu'un soulagement des stases veineuses et lymphatiques. Ce portage dans une eau tempérée facilite la régression et l'identification à l'enfant baignant dans le liquide amniotique. Le travail de la respiration est plus facile à visualiser dans l'eau. La relaxation liée à la flottabilité permet de rentrer en communication très étroite avec l'enfant. La présence du compagnon favorise l'avènement du trio et son regard vient érotiser à nouveau la relation dans cette période de la vie de couple parfois difficile. Enfin la séance se termine par des exercices ludiques facilitant les échanges [13].

- **Chant prénatal**

Le chant prénatal introduit par la cantatrice Marie-Louise Aucher dans les années cinquante, s'appuie sur les correspondances vibratoires entre les sons et le corps humain. Cette préparation permet d'effectuer un travail sur le souffle et les résonances du son modulé par la voix. La préparation établit par ce canal sensoriel, une communication entre la mère et l'enfant, qui pourra perdurer après la naissance grâce aux berceuses. Le chant aide au bien être pendant la grossesse et accompagne l'enfant au moment de l'accouchement [13].

B. LE DEROULEMENT DU TRAVAIL OBSTETRICAL ET DE L'ACCOUCHEMENT

1. L'histoire de la prise en charge de la douleur et l'analgésie péridurale

Héritées du XIXème siècle, en 1950 2 types de pratiques coexistent : en milieu bourgeois les femmes accouchent à domicile et le médecin utilise généralement des recettes personnelles pour atténuer la souffrance physique tandis que les classes populaires se tournent plutôt vers les grands hôpitaux où on ne dispose ni des moyens ni du temps pour pratiquer une analgésie correcte.

Le premier changement intervient avec le Dr Fernand LAMAZE après découverte des travaux du Pr NICOLAÏEV basés sur l'application au travail des théories pavloviennes concernant les réflexes conditionnés, qui permettraient une analgésie des couches ; et c'est en 1951 que le Dr LAMAZE réalise le premier accouchement français indolore par une méthode non-médicamenteuse dite d'*Accouchement sans douleur* (ASD) et soumet l'idée que la douleur du travail et de l'accouchement, phénomènes physiologiques, est inutile et serait le résultat d'un conditionnement séculaire. La méthode consiste en un déconditionnement de la patiente par l'enseignement du fonctionnement de son corps et plusieurs séances de préparation physique et respiratoire visant à détourner son attention ainsi qu'une asepsie verbale bannissant la douleur stricte de la part du personnel soignant.

Une remise en question de la méthode a lieu dans les années 60, il lui est reproché d'utiliser le même schéma pour toutes les patientes ce qui laisserait dans l'ombre imaginaire et vécu et voilerait ainsi l'expression douloureuse. La méthode de l'ASD devient alors la PPO (Psychoprophylaxie Obstétricale) qui tient compte de la psychologie de chaque patiente. En maîtrisant la douleur de son accouchement la parturiente n'est plus le sujet de l'accoucheur et s'affranchit en outre d'un milieu médical majoritairement masculin.

L'analgésie péridurale, inventée en France en 1901 par les Drs CATHELIN et SICARD davantage pour soigner les blessés de guerre peine à trouver sa place dans le domaine de la naissance. En effet les réticences viennent notamment des tenants de la PPO qui évoquent les complications liées au geste et la domination de la médecine toute puissante sur des femmes pour lesquelles toute notion d'effet disparaît. Cependant c'est l'aspect très scolaire de la méthode et son efficacité

contestée qui ont valu à la PPO de laisser place à la technique médicale d'analgésie qui connaît un véritable essor dans les années 1990 avec par exemple son remboursement intégral par la sécurité sociale grâce à l'intervention de Simone VEIL (1994).

La pose de l'indication d'une APD est autorisée à la sage-femme en juillet 1992 avec le devoir d'en référer à l'obstétricien.

« *L'une des gloires de la préparation psycho-prophylactique, c'est d'avoir réduit la femme au silence* » [16].

Aujourd'hui les 2 méthodes se complètent : l'APD et les appareils de surveillance se chargent de sécuriser et d'indoloriser la parturition tandis que la PPO, en parfait complément se charge de l'aspect psycho-sociologique. Elle est devenue la PNP détaillée par le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) dont le champ d'action englobe le vécu de toute la grossesse jusqu' à ses suites et dont les recommandations de la HAS n'évoquent ni douleur, ni accouchement et préfèrent le mot « naissance ».

Bien que l'APD majore la quantité de travail et d'interprétation paraclinique pour la sage-femme, elle permettrait toutefois un suivi du travail plus confortable et offrirait une relation plus égalitaire en détendant les patientes. L'APD offre donc un secours bienvenu, notamment dans les grands hôpitaux, en déchargeant le professionnel d'une demande de relation et permet ainsi la prise en charge de plus de patientes dans des conditions relativement décentes. Mais si le bénéfice financier immédiat de cette prise en charge est certain, on peut se demander ce qu'il en est de la satisfaction des femmes [17].

Et par ailleurs bien qu'elle soit la plus efficace en terme de prise en charge de la douleur, des études ont confirmé que l'analgésie péridurale utilisant des anesthésiques locaux seuls prolongeait la durée du second stade du travail et augmentait l'incidence des extractions instrumentales chez la parturiente primipare dont le fœtus est en présentation céphalique [18].

2. La mobilisation lors du travail [19, 20]

Pendant de nombreuses années notre profession a ignoré que le bassin maternel était mobile ; pourtant lors de l'accouchement il joue un rôle essentiel depuis le début du travail jusqu'à l'expulsion.

Si la tête fœtale s'adapte à la forme du bassin en se déformant légèrement grâce à la souplesse des os du crâne ; le bassin maternel déjà formé est beaucoup plus rigide. Mais lors de l'accouchement, l'imprégnation hormonale chez la femme enceinte va augmenter la souplesse des ligaments et entraîner une mobilité exceptionnelle du bassin. Cette capacité d'adaptation du bassin par rapport à la tête fœtale est certes minime mais très précise. Certains mouvements du bassin vont alors faciliter sa transformation. Leur connaissance semble donc incontournable pour la sage-femme maîtresse de la physiologie.

Pour rappel, le bassin est composé de deux os iliaques, du sacrum et du coccyx ; qui en s'assemblant forment 5 types d'articulations : l'articulation lombo-sacrée, l'articulation sacro-coccygienne, les deux articulations sacro-iliaques, les deux articulations coxo-fémorales et la symphyse pubienne. Le bébé doit franchir successivement 3 détroits : supérieur, moyen et inférieur dont chaque axe est différent ; c'est pourquoi il n'y a pas une vraie position pour le travail et l'accouchement mais bien une alternance et une complémentarité de plusieurs positions.

On retrouve ainsi des mouvements intrinsèques (à l'intérieur du bassin) et des mouvements extrinsèques (interaction du bassin avec la colonne lombaire et les fémurs) :

a. Les mouvements intrinsèques sagittaux entre les os du bassin

Ces mouvements sont visibles dans un plan de profil :

- **la nutation sacrée :** le haut du sacrum bascule vers l'avant, le promontoire sacré se rapproche du pubis et descend légèrement tandis que le coccyx s'en éloigne et remonte. Ce mouvement agrandit la distance entre coccyx et pubis (détroit inférieur) il est donc intéressant pendant l'expulsion lors du dégagement. Un appui du bassin sur la partie basse du sacrum peut empêcher

ce mouvement, il est donc important d'éviter tout appui sur le coccyx et la moitié basse du sacrum lors de la phase de dégagement.

- **la nutation iliaque :** elle vient en complément de la précédente ; la partie supérieure des os iliaques pivote autour du sacrum vers l'arrière et la partie inférieure (ischion) vers l'avant. L'effet obtenu est le même que précédemment, il aura donc la même utilité.
- **la contre nutation sacrée** ; comme son nom l'indique c'est le mouvement inverse de la nutation sacrée : le sacrum bascule vers l'arrière ce qui a pour effet d'agrandir la distance entre promontoire et pubis (détroit supérieur). Elle sera donc utilisée pendant la phase d'engagement du mobile fœtal.
- **la contre nutation iliaque** ; c'est le même principe : le pubis s'éloigne du plateau sacré et du promontoire par pivotement de la partie supérieure des os iliaques vers l'avant ce qui augmente le diamètre sagittal du détroit supérieur et sera donc très utile au moment de l'engagement.

b. Les mouvements intrinsèques du bassin dans les plans frontal et transversal

- **abduction et adduction de l'iliaque dans le plan frontal** : ces mouvements ont lieu à la fois dans les articulations sacro-iliaques et dans la symphyse pubienne. Lors de l'abduction les sacro-iliaques s'écartent en haut tandis que les ischions se rapprochent en bas ce qui augmente le diamètre transverse du détroit supérieur ; c'est donc utile dans la phase d'engagement. L'adduction est le mouvement inverse et sera utile lors de l'expulsion pour le dégagement.
- **les rotations (interne et externe) de l'iliaque dans le plan transversal** : ces mouvements s'effectuent également au niveau des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne (le fibrocartilage s'amincit ou se distend). Dans la rotation interne, les parties antéro-supérieures des deux épines iliaques se déplacent en dedans et se rapprochent l'une de l'autre tandis que suivant le même mouvement, les parties postéro-supérieures des épines se déplacent en dehors et s'éloignent donc l'une de l'autre. La rotation interne des iliaques est un mouvement important pour le passage du détroit moyen (écarte les épines sciatiques) et aussi pour l'engagement (libère plus d'espace derrière, entre les iliaques ce qui favorise le recul du sacrum en contre nutation). La rotation externe quant à elle va donc rapprocher les parties postéro-supérieures des

iliaques et éloigner les parties antéro-supérieures avec distension de la symphyse pubienne. Elle est intéressante, en alternance avec la rotation interne, pour le passage du détroit moyen (asynclitisme par mouvements asymétriques) ceci pouvant être obtenu essentiellement par traction venant des fémurs.

- **la pronation supination de l'iliaque dans les plans frontal et transversal** : les articulations mises en jeu sont les même que précédemment. Lors du mouvement de supination, les EIAS se déplacent en dehors et un peu en avant tandis que l'ischion se déplace en dedans et un peu en arrière ; ce mouvement est important pour le passage du détroit supérieur par écartement des lignes innominées (engagement). Combinée à la pronation, la supination facilite la descente du fœtus dans les détroits moyen et inférieur ; particulièrement s'il y a une péridurale. Lors du mouvement de pronation les EIAS se déplacent en dedans et un peu en arrière tandis que l'ischion se déplace en dehors et un peu en avant ; ce mouvement est important, de façon isolée, lors du passage des détroits moyens et inférieurs (écartement des épines sciatiques et des ischions dans les deux plans) ou bien en alternance avec la supination comme énoncé précédemment.

Il convient donc, pour faciliter le mécanisme d'accouchement, d'adopter plusieurs positions bien choisies selon la phase du travail.

3. Le peau à peau :

Ce moment correspond à un contact prolongé du nouveau-né avec sa mère, réalisé immédiatement (peau à peau immédiat) ou secondairement après appréciation des fonctions vitales et désobstruction des voies aériennes, selon indications et sous surveillance en salle d'accouchement pendant deux heures.

La déclaration conjointe OMS/Unicef [21] propose de placer le bébé en peau à peau dès la naissance pendant au moins une heure. De nombreuses vertus peuvent lui être attribuées. En effet en plus d'aider à l'initiation de l'allaitement maternel et d'en favoriser la durée, le peau à peau facilite aussi l'adaptation thermique, l'adaptation métabolique, diminue les pleurs en ayant un effet sur la glycémie, et

joue un rôle très important dans les interactions mère-enfant et sur la colonisation bactérienne optimale du nouveau-né comme nous l'expliquerons ci-après.

Lors de la mise en peau à peau, l'enfant va déployer une énergie considérable pour atteindre le sein ; il sera dans un état d'éveil qu'il ne retrouvera pas avant plusieurs mois. Même si les personnes présentes ont envie d'aider le bébé à atteindre le sein, il n'en a pas réellement besoin. Parfois il n'arrive pas à le prendre d'emblée, il tâtonne un peu, ce n'est pas pour autant un échec.

Les avantages du peau à peau ne se limitent pas aux enfants allaités. Les nouveaux nés sont particulièrement sensibles aux changements de température ambiante ; exposés à l'air ambiant, au bain ou aux lampes chauffantes, ils brûleront beaucoup de glucose et de tissu adipeux brun ce qui aura un impact sur le maintien de leur glycémie et aussi sur leur prise de poids ultérieure. Pour l'enfant le corps de sa mère (ou de son père) qui assure une zone de neutralité thermique en apportant humidité et chaleur idéales est plus efficace pour le réchauffer qu'un incubateur et permet donc la meilleure adaptation thermique.

Sur le plan métabolique, comportemental et infectieux, une correction plus rapide de l'acidose métabolique est mise en évidence et le nouveau-né qui bénéficie du peau à peau précoce sera d'emblée colonisé par la flore bactérienne et les germes de sa fratrie et non par les germes hospitaliers.

Enfin sur le plan relationnel et comportemental, on observe une diminution des cris et des pleurs et une meilleure organisation veille-sommeil (périodes de sommeil calme plus importantes et moins de postures d'extension). Cet instant particulier jouera un rôle important dans le maternage et engendrera un attachement parental indéfectible tant pour la mère que pour le père qui dans les cas où il n'est pas acteur, devient le médiateur et veille au bon déroulement de l'interaction. Les liens tissés à ce moment-là seront profonds, intenses et indissolubles, c'est la naissance de la famille [22].

METHODOLOGIE

A. LES OBJECTIFS

1. Objectif principal

L'objectif principal était d'évaluer les points de satisfaction ou non des femmes au sujet de leur prise en charge hospitalière par rapport aux informations reçues en PNP libérale lors de la grossesse.

Le critère de jugement principal était composite :

- accès à la baignoire ou au ballon en début de travail
- mobilisation pendant le travail
- accès à l'analgésie péridurale
- accouchement : position et méthode de poussée
- accueil du bébé : 1ers soins, peau à peau, tétée de bienvenue
- alimentation du bébé

Le but était de déterminer, du point de vue des femmes, si celles-ci avaient reçu en PNP les informations nécessaires pour faire des choix éclairés. Et dans un deuxième temps l'intérêt était de savoir si leurs choix et leurs souhaits avaient pu être respectés en salle de naissance dans la mesure du possible et du réalisable.

2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire était d'évaluer si le niveau de la maternité du lieu d'accouchement influence la satisfaction des femmes à propos de leur prise en charge.

Le critère de jugement secondaire était la satisfaction des femmes selon le niveau de la maternité où elles ont accouché.

B. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale à visée descriptive (multicentrique).

C. DUREE ET PERIODE DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée sur 5 mois et 5 jours.

17 pré-tests ont été distribués au CHU Estaing entre le 21 et le 24 septembre 2013. Ils ont permis de rajouter une question et de reformuler une autre question visiblement mal comprise par les femmes. Ils n'ont pas été exploités pour l'étude.

D. LIEUX DE L'ETUDE

3 Centres Hospitaliers ont été sélectionnés pour l'étude :

- CHU ESTAING [23] : CH de niveau 3, à Clermont Ferrand (63), capacité de 72 lits en maternité, 3340 accouchements/an, 90% d'analgésies péridurales (89,97%), 21,4% de césariennes.
- Clinique de la Châtaigneraie [24] : Clinique de niveau 2, à Beaumont (63), capacité de 71 lits en maternité, 3143 accouchements/an, 92,18% d'analgésie péridurale, 19,82% de césariennes.
- CH de Thiers [25] : CH de niveau 1, Thiers (63), capacité de 11 lits en maternité, 468 accouchements/an, 69% d'analgésie péridurale (68,59%), 22,86% de césariennes.

NB : Je souhaitais préalablement effectuer mon étude sur le CH d'Issoire en tant que maternité de niveau 1, mais pour des raisons de logistique, je lui ai préféré le CH de Thiers.

E. POPULATIONS DE L'ETUDE

1. Population cible

La population cible est la population des femmes ayant accouché dans les maternités d'Estaing, de la Châtaigneraie ou de Thiers entre le 09/10/13 et le 14/03/14.

2. Population source

La population source se compose de femmes ayant accouché voie basse dans les maternités d'Estaing, de la Châtaigneraie ou de Thiers entre le 09/10/13 et le 14/03/14, parlant le français, ayant bénéficié d'une préparation à la naissance en libéral et acceptant de participer à l'étude.

F. CRITERES DE SELECTION

1. Critères d'inclusion

- Femme ayant accouché voie basse
- Femme ayant suivi une PNP en libéral (4 séances ou +) ou avec une sage-femme de PMI
- Femme acceptant de remplir le questionnaire
- Femme en période de Post-Partum (dans les 10 jours)
- Femme sachant lire et écrire le français
- Femme de toute catégorie socio-professionnelle
- Femme accompagnée ou non
- Primipare ou multipare
- Ayant bénéficié d'une analgésie péridurale ou non
- Femme ayant eu un travail spontané ou un déclenchement
- Grossesses unique ou multiple

2. Critères d'exclusion

- Femme ayant accouché par césarienne
- Femme ayant fait une PNP à l'hôpital ou n'en ayant pas bénéficié
- Femme refusant de participer à l'étude
- Femme en période prénatale ou post natale tardive
- Femme ne sachant ni lire, ni écrire le français

G. RECUEIL

Le mode de recueil choisi sur une période donnée était la distribution dans 3 maternités d'Auvergne (CHU Estaing, CH de Thiers, Clinique de la Châtaigneraie), d'auto-questionnaires aux femmes desquelles il a été obtenu le consentement explicite, dans une limite de 0 à 10 jours après leur accouchement.

Le recueil d'environ 100 questionnaires était envisagé.

L'échantillonnage de l'étude était non probabiliste par quotas avec 80 questionnaires distribués dans la maternité de niveau 3 et 55 questionnaires distribués en niveau 1 et 2.

Le questionnaire contenait des variables concernant l'identification de la personne (âge, niveau d'étude, parité, situation maritale) et des variables obtenues à partir de questions précises en rapport avec les aspects de l'étude. Les questions portaient sur des faits, des opinions et des préférences. Ces questions pouvaient être ouvertes ou fermées.

H. IMPLICATIONS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES

En premier lieu, les autorisations écrites des cadres des différents services de suites de couches où je souhaitais interroger les femmes, ont été recueillies.

Avant tout recueil de données, avant toute distribution d'un questionnaire auprès des patientes correspondant aux critères de mon étude ; celles-ci ont été prévenues et informées de l'objet de mon travail et j'ai répondu à leurs éventuelles interrogations.

J'ai ensuite recueilli à cette occasion leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

Elles ont également été informées du caractère réversible de leur consentement.

Le respect de la confidentialité des résultats et le caractère anonyme de leur participation leur a été clairement exprimé.

Pour chaque questionnaire distribué, une lettre d'introduction à mon étude, reprenant les points exprimés ci-dessus et les remerciant de leur participation, était jointe.

I. EXPLOITATION DES DONNEES

Les données ont été exploitées avec les logiciels Microsoft Excel et R. Les tests utilisés étaient le test de Chi 2 Pearson et le test de Fisher. Les résultats en pourcentages ont été arrondis au centième.

RESULTATS

A. PRESENTATION DE LA POPULATION

1. Taux de réponses

Sur les 123 questionnaires distribués, **102 réponses** ont été récupérées et ont pu être analysées: Taux de réponse global : **82,93%.**

- Sur les 80 questionnaires distribués à Estaing, 72 réponses ont été récupérées et ont pu être analysées. Taux de réponse : 90,00%.

- Sur les 30 questionnaires distribués à la Châtaigneraie, 23 réponses ont été récupérées et ont pu être analysées. Taux de réponse : 76,67%

- Sur les 13 questionnaires distribués à Thiers : 7 réponses ont été récupérées et ont pu être analysées. Taux de réponse : 53,84%.

2. Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

		%	Effectif
Age (en années) *n = 102* âge moyen = 30,3 ans	20 ou moins	0,98%	1
	21 à 25	13,73%	14
	26 à 30	40,20%	41
	31 à 35	33,33%	34
	36 à 40	9,80%	10
	Plus de 40	1,96%	2
Parité à l'issue de l'accouchement *n = 102*	Primipare	66,67%	68
	Multipare	33,33%	34
Situation maritale *n = 102*	Célibataire	1,96%	2
	En couple	35,29%	36
	Pacsée	28,43%	29
	Mariée	34,31%	35
	Veuve	0,00%	0
Niveau scolaire *n = 102*	Non scolarisée	0,98%	1
	BEP/CAP	9,80%	10
	Baccalauréat	16,67%	17
	Etudes supérieures	72,55%	74
Jour de l'accouchement au moment du questionnaire *n = 102*	Aujourd'hui	6,86%	7
	Hier	34,31%	35
	Il y a 2 jours	23,53%	24
	Il y a 3 jours	20,59%	21
	Il y a 4 jours ou +	14,71%	15

NB : la parité moyenne est de 1,44 enfant par femme à l'issu de l'accouchement.

B. LES SEANCES DE PNP :

1. Choix du type de PNP :

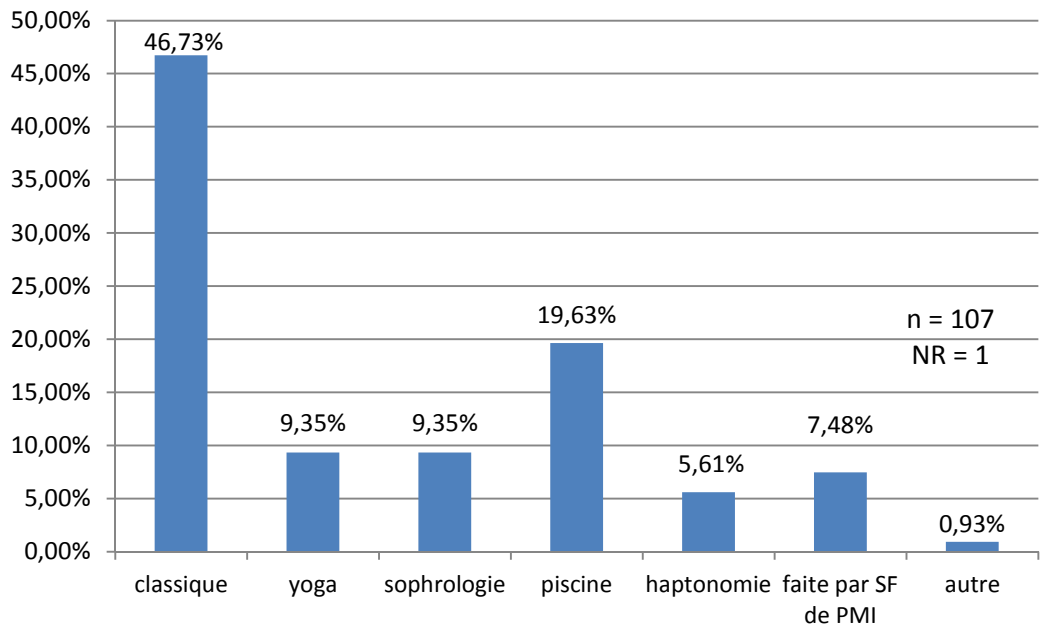

Figure 1 : **Type de préparation à la naissance choisie**

101 femmes ont répondu à la question, 5 femmes ont choisi 2 types de PNP, 1 femme n'a pas répondu.

2. Pourquoi les femmes ont-elles choisi une PNP libérale ?

Cette question était ouverte. 96 femmes ont répondu à la question. Les raisons évoquées sont, par ordre majoritaire :

- la proximité géographique du cabinet libéral (31)
- le choix personnel d'un type de PNP libérale (volonté de bénéficier d'un suivi plus personnalisé, choix d'une technique particulière…) (22)
- pas de disponibilité à l'hôpital (période d'été, plus de places…) (14)
- le conseil d'un proche ou d'un professionnel (13)
- la recherche d'intimité (11)
- autres : amie sage-femme libérale, suivi gynécologique effectué par une sage-femme libérale, déjà surveillée par une sage-femme libérale à domicile (4).

3. Combien de femmes ont suivi une PNP individuelle ?

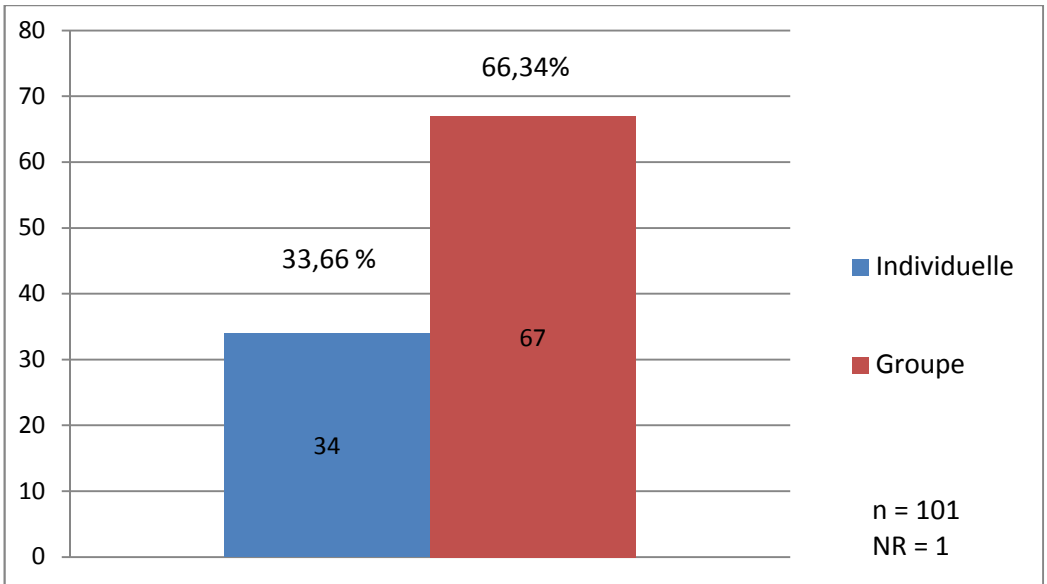

Figure 2 : **Répartition de la population selon le type de PNP individuelle ou non**

101 femmes ont répondu à la question. Dans les cours de PNP que les femmes ont suivi, les groupes comptaient entre une et six femmes.

C. LA SATISFACTION

1. L'information reçue

Les femmes ayant jugé, avec du recul, avoir bénéficié d'informations inutiles en cours de PNP représentent 22,77% (une femme n'a pas répondu). Parmi elles, 81,82% ont jugé les informations utiles au moment où elles les ont reçues. 9 femmes parmi les 23 qui avaient reçu des informations jugées inutiles en ont donné la raison (l'une d'elle a donné 2 raisons) :

- **n'ont pas été appliquées le jour J**
- **trop « virtuel »**
- ne pouvaient pas être appliquées le jour J
- trop denses
- mauvaise chronologie des informations
- trop loin du jour J

NB : les caractères en gras ont été recueillis plus d'une fois

2. La satisfaction

Tableau 2 : Satisfaction de la prise en charge le jour de l'accouchement

	satisfaite	plutôt satisfaite	moyennement satisfaite	peu satisfaite	pas du tout satisfaite	Total	NR
effectifs	82	13	3	0	0	98	4
%	83,67%	13,27%	3,06%	0,00%	0,00%		

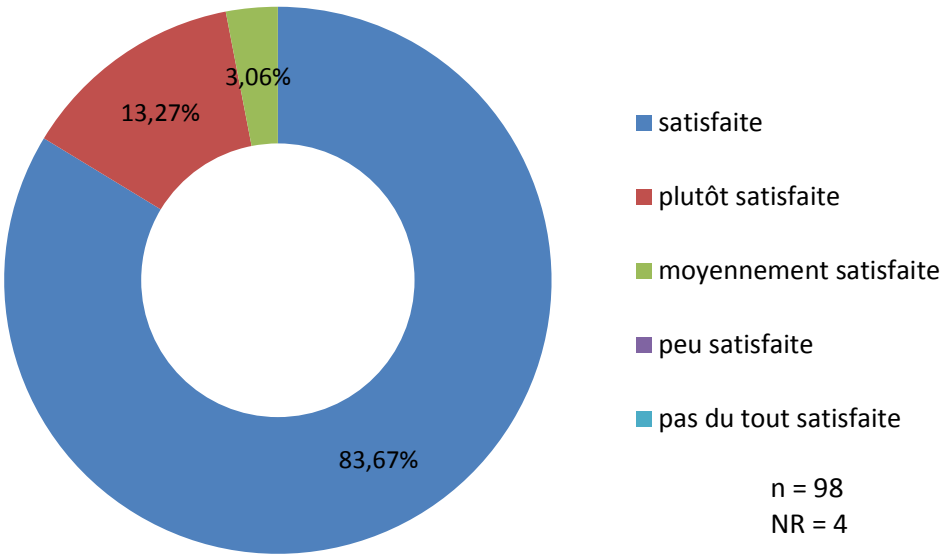

Figure 3 **: Satisfaction de la prise en charge le jour de l'accouchement**

Tableau 3 : Satisfaction de la prise en charge le jour de l'accouchement selon le niveau de maternité

		complètement satisfaite	autre niveau de satisfaction	total
Niveau 3	effectif	56	14	70
	%	80,00%	20,00%	
Niveau 2	effectif	21	1	22
	%	95,45%	4,55%	
Niveau 1	effectif	5	1	6
	%	83,33%	16,67%	
p value	p = 0.1675			

Tableau 4 : Ressenti des femmes à propos de leur PNP par rapport à l'accouchement qu'elles ont eu

	Tout à fait préparée	Plutôt préparée	Pas vraiment préparée	Pas du tout préparée
Effectifs	45	44	7	3
%	45,45%	44,44%	7,07%	3,03%
Total	99			
Total+NR	102			

Pour cette question, il était demandé aux femmes de quelle façon elles se sentaient préparées par les séances de PNP au vu de l'accouchement qu'elles ont réellement eu.

Tableau 5 : Ressenti des femmes à propos de leur PNP par rapport au nombre présentes en séances

	PNP individuelle		PNP en groupe		Total
Tout à fait préparée	11	34,38%	34	51,52%	45
Plutôt à pas du tout préparée	21	65,63%	32	48,48%	53
Total	32	100%	66	100%	
	p = 0.1331				
NR	2		1		n + NR = 101

NB : 98 femmes ont répondu à la question

Tableau 6 : Proximité ressentie par les femmes entre réalité de l'accouchement et théorie des séances de PNP

	Très proche	Assez proche	Plutôt loin	Très loin
Effectifs	26	55	13	4
%	26,53%	56,12%	13,27%	4,08%
Total	98			
Total+NR	102			

D. Confrontation de la PNP et de l'accouchement

1. La baignoire

a. La baignoire en PNP

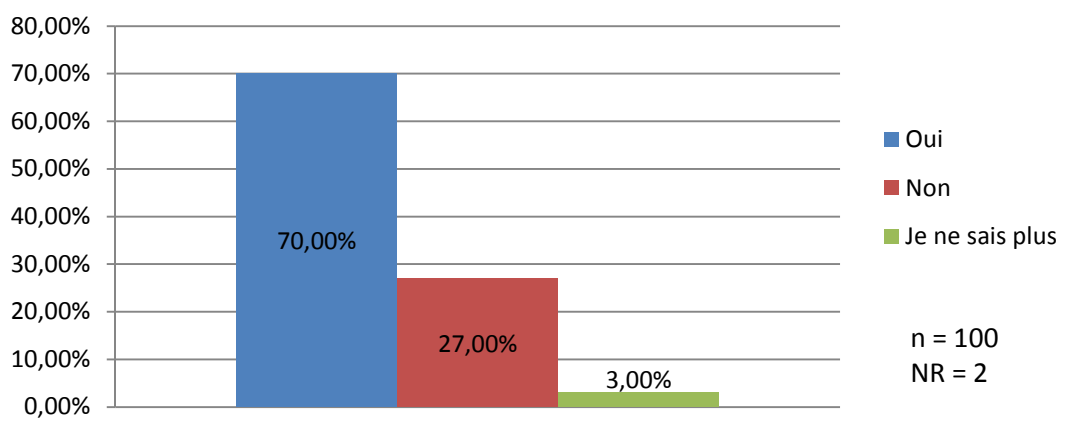

Figure 4 **: L'utilité de la baignoire a-t-elle été évoquée lors des séances de PNP ?**

b. La baignoire en salle de naissance

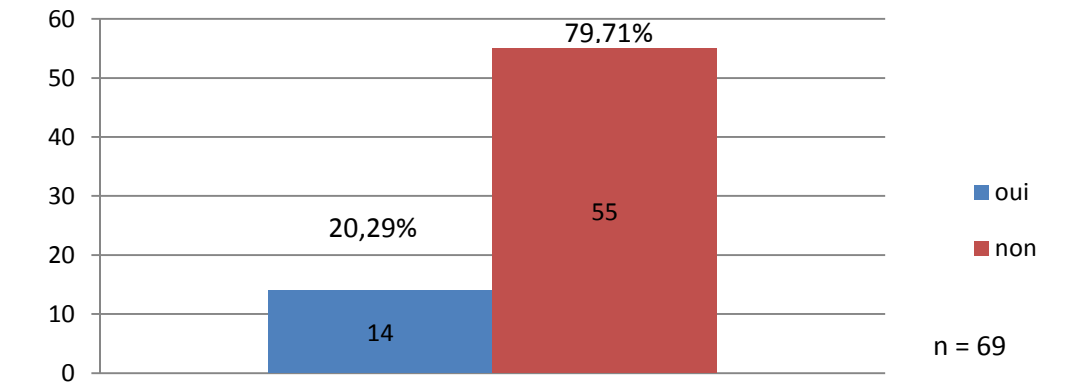

Figure 5 **: La baignoire a-t-elle été proposée en salle de naissance parmis les femmes éligibles ?**

L'utilité de la baignoire étant reconnue pour la première partie du travail, les femmes arrivées à la maternité en 2ème partie de travail (col ouvert à plus de 6 cm), et les femmes ayant accouché à la Châtaigneraie (pas de baignoire) ont été exclues pour cette question. Les 69 femmes éligibles ont toutes répondu.

- **Les femmes ont-elles réclamé la baignoire** ?

Parmi les 55 femmes à qui la baignoire n'a pas été proposée, seulement 2 (3,64%) l'ont réclamée.

➢ **Pourquoi ne l'ont-elles pas réclamée** ?

Cette question était ouverte. Par ordre majoritaire, sur le nombre de réponses évoquées par les femmes, on retrouve :

- Pas envie (18)
- Pas pensé (7)
- Perte des eaux (8)
- Pas osé (6)
- Pas le temps (4)
- Déjà utilisée à la maison (2)
- Autres : n'avait pas connaissance, douleur trop importante, pas de douleur, pas besoin, utilisée par quelqu'un d'autre, déjà installée sur le lit, déclenchement (7).

Sur les 53 femmes qui n'ont pas réclamé la baignoire, 5 n'ont pas répondu à la question et 4 ont donné 2 réponses. Parmi les 53 femmes, 38 avaient eu l'information en PNP et 15 n'en avaient pas entendu parler ou ne s'en souvenaient plus.

2. La mobilité pendant le travail

a. La mobilité en séances de PNP

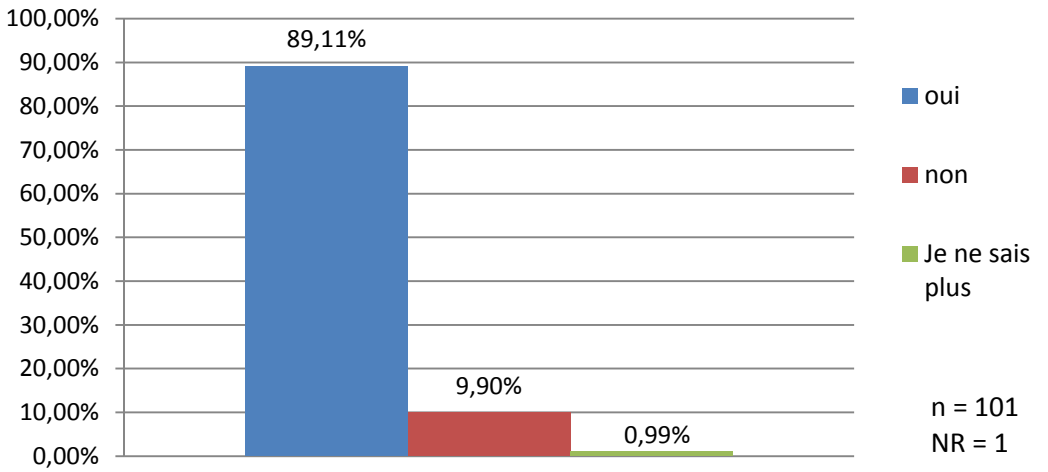

Figure 6 **: L'importance de la mobilité pendant le travail a-t-elle été évoquée en séances de PNP ?**

- **Quelles positions pour se mobiliser lors du travail sont abordées pendant les séances de PNP** ?

Les femmes ont pu donner plusieurs réponses : n = 207 réponses.

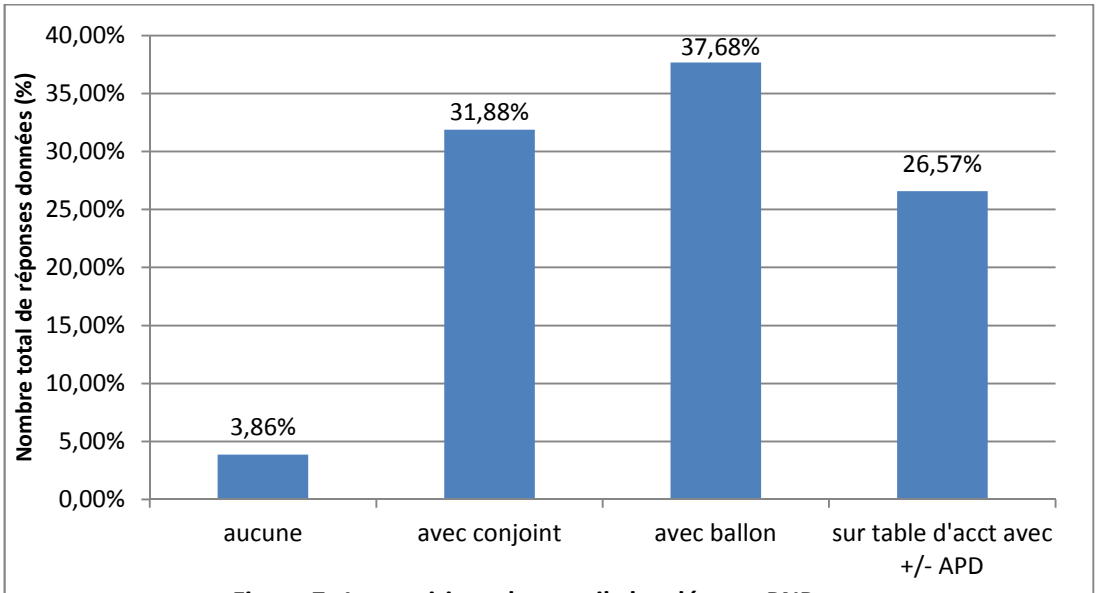

Figure 7 **: Les positions de travail abordées en PNP**

100 femmes parmi les 102 interrogées ont répondu à la question :

- 8 femmes n'avaient vu aucune position (8%)
- 23 femmes n'avaient vu qu'une seule position (23%)
- 31 avaient vu 2 positions (31%)
- 38 avaient vu les 3 positions proposées (38%)

b. La mobilité en salle de naissance

- **Les femmes se souviennent-elles des positions évoquées à l'occasion des séances de PNP ?**

98 des 102 femmes interrogées ont répondu à la question :

- 6 ne se souvenaient d'aucune position (6,18%)
- 27 se souvenaient de quelques (« peu ») positions (27,55%)
- 65 se souvenaient de la plupart des positions (66,33%)

- **La mobilisation en salle de naissance**

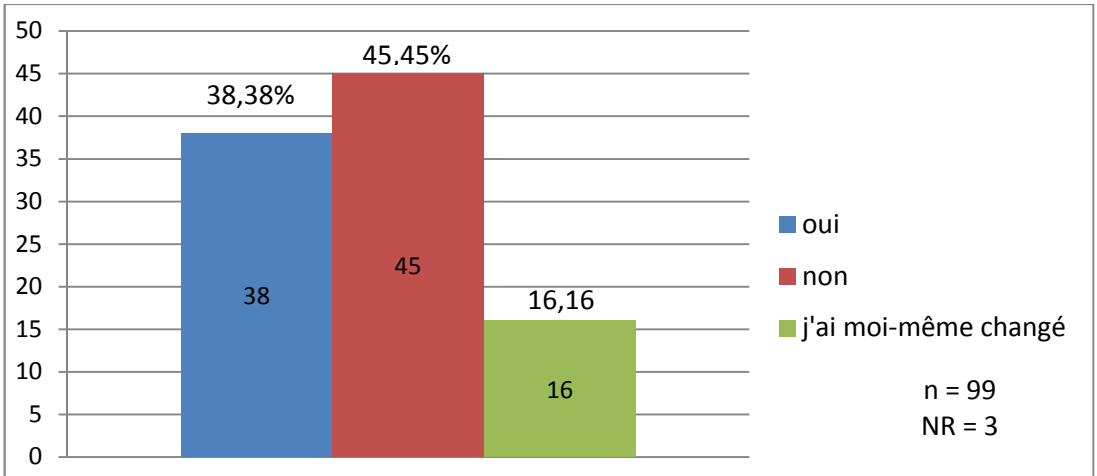

Figure 8 **: La mobilité pendant le travail a-t-elle été proposée en salle de naissance ?**

Parmi les 99 femmes, 54,55% se sont donc mobilisées. Parmi celles-ci, 70,37% l'ont fait avec l'aide du personnel et les autres l'ont fait seule.

Sur 16 femmes qui se sont mobilisées seules, 15 avaient eu l'information sur l'importance de la mobilité pendant le travail en PNP.

Sur les 45 femmes qui ne se sont pas mobilisées, 37 femmes avaient eu l'information, 6 ne l'avaient pas eue, 1 ne s'en souvenait plus et la dernière n'a pas répondu.

- **L'utilisation du ballon**

NB : L'information sur la mobilité pendant le travail a été considérée comme comprenant l'information sur l'utilité du ballon.

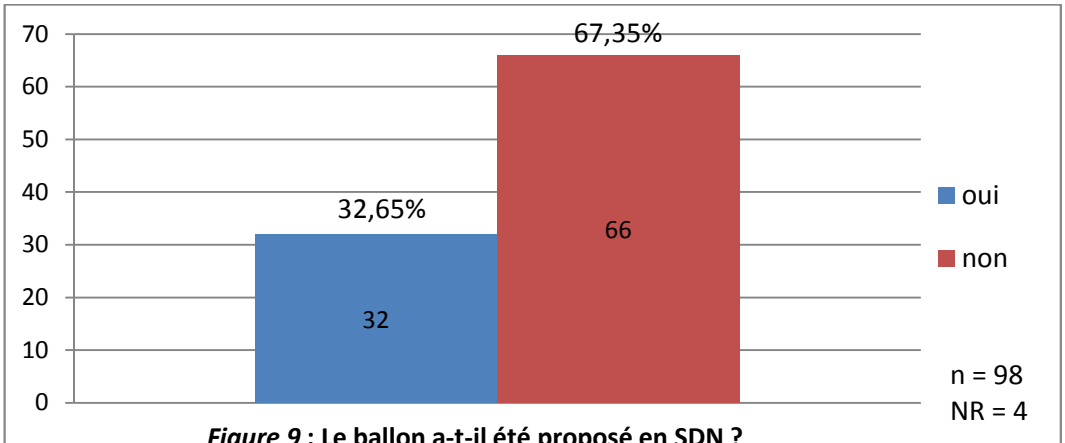

Figure 9 **: Le ballon a-t-il été proposé en SDN ?**

Parmi les 66 femmes à qui le ballon n'a pas été proposé, 9 l'ont demandé (13,64%).

Ces 9 femmes avaient bénéficié de l'information quant à l'importance de la mobilité lors du travail en PNP.

A propos des 57 femmes qui ne l'ont pas réclamé (86,36%) dont 47 avaient eu l'information en PNP, 8 ne l'avaient pas eue, 1 ne se souvenait pas et une autre n'a pas répondu, les raisons évoquées sont :

- Pas envie (21)
- Pas pensé (10)
- Pas le temps (pose de l'APD, travail très rapide) (11)
- Douleur (5)
- Autres : installée sur le lit avec monitoring, déclenchement, pas osé, perte des eaux, ne savait plus l'utilité, pas besoin, pas dans la chambre (9)

2 femmes n'ont pas répondu et 1 femme a donné 2 raisons.

3. L'analgésie péridurale

a. L'APD en PNP

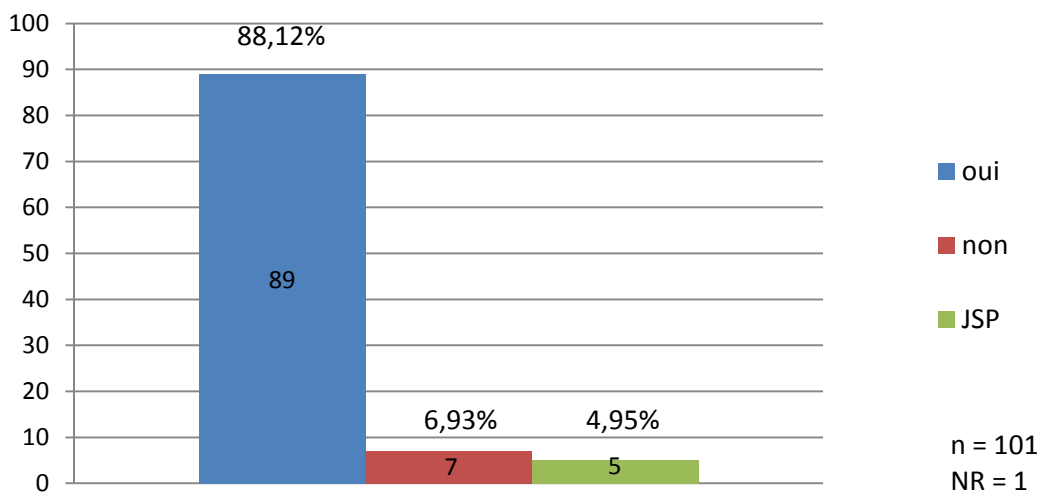

Figure 10 **: L'analgésie péridurale a-t-elle été abordée en PNP ?**

Quel était leur projet à propos de l'APD ?

92 femmes ont répondu à la question :

- Le recours à l'APD était souhaité par 65 femmes (70,65%)
- Il voulait être évité par 16 d'entre elles (17,39%)
- 9 femmes ne savaient pas (9,78%)
- 2 femmes n'avaient pas d'avis sur la question (2,17%)

b. L'APD en salle de naissance :

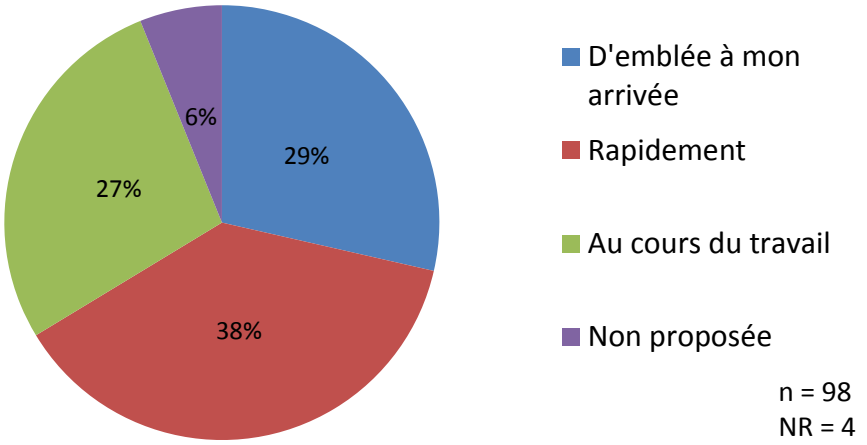

Figure 11 **: A quel moment l'APD a-t-elle été proposée en salle de naissance ?**

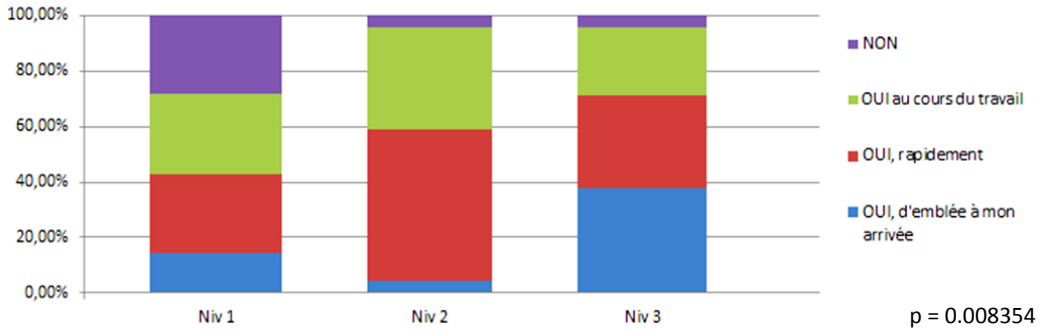

Figure 12 **: Le moment de proposition de l'APD en fonction du niveau de maternité**

- **Parmi les 99 femmes ayant répondu à la question, 87 femmes (87,88%) ont finalement bénéficié de l'APD et 12 (12,12%) n'en ont pas bénéficié.**

- **Pour celles qui en ont bénéficié** :
  - 2 seulement l'ont regretté parmi les 80 qui ont répondu à la question
  - 83 femmes ont donné la raison pour laquelle elles en avaient bénéficié et parmi elles 7 ont donné 2 raisons :

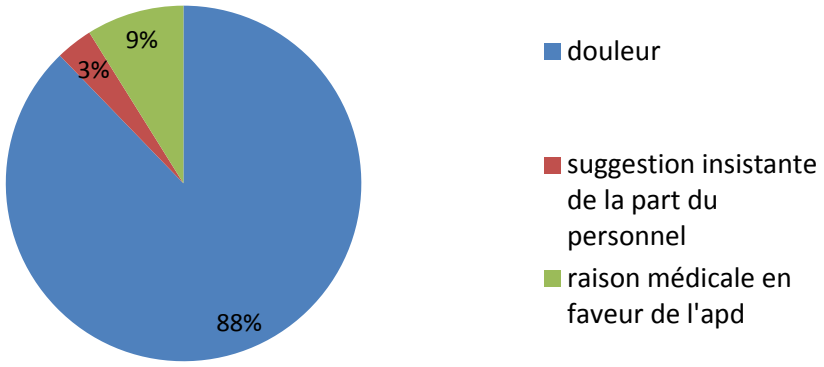

Figure 13 **: Pourquoi les femmes ont-elles bénéficié de l'APD ?**

- **A propos des 12 femmes qui n'en ont pas bénéficié** :
  - 1 seule avait une contre-indication médicale à l'analgésie péridurale
  - Seulement 2 femmes (sur 10 ayant répondu) ont regretté de ne pas avoir eu l'APD. Toutes les deux avaient le projet d'avoir une APD.
  - Toutes ont donné la raison pour laquelle elles n'en avaient pas bénéficié :

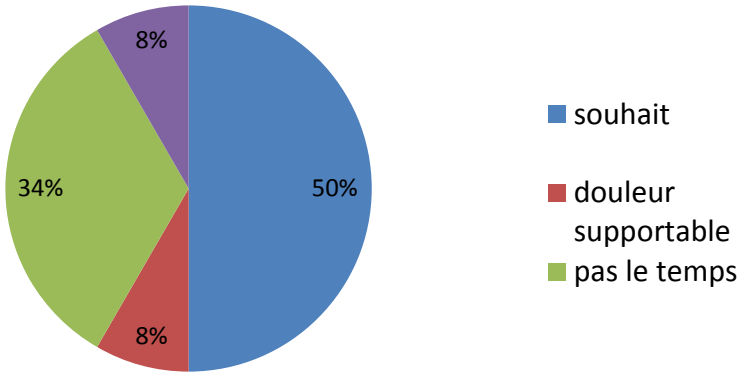

Figure 14 **: Pourquoi les femmes n'ont pas bénéficié de l'APD ?**

➢ **Finalement :**

- Parmi les 65 femmes qui avaient pour projet de bénéficier de l'analgésie péridurale, 58 en ont bénéficié et 4 n'en ont pas bénéficié faute de temps (3 n'ont pas répondu).
- Parmi les 9 qui hésitaient, 8 en ont bénéficié et 1 n'en a pas bénéficié en raison de manque de temps et d'une douleur supportable.
- Parmi les 16 qui souhaitaient ne pas bénéficier de l'APD, 9 en ont bénéficié en raison de la douleur (et de la suggestion du personnel pour l'une d'entre elle) et 7 n'en ont pas bénéficié par choix.

4. Les positions d'accouchement

a. Les positions d'accouchement en séances de PNP

Le thème des positions possibles pendant l'accouchement a été évoqué dans 76,47% des cas (78 femmes déclarent avoir eu l'information sur 102 réponses, 22 n'ont pas eu l'information et 2 ne se souviennent plus).

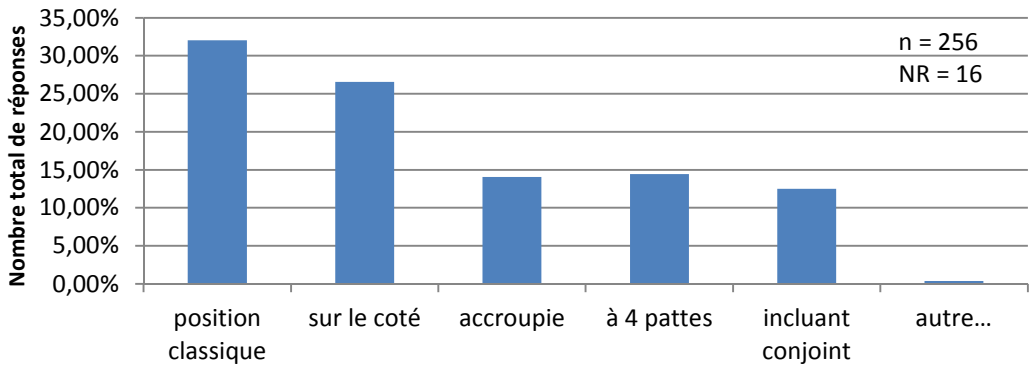

Figure 15 **: Les positions évoquées lors de la PNP**

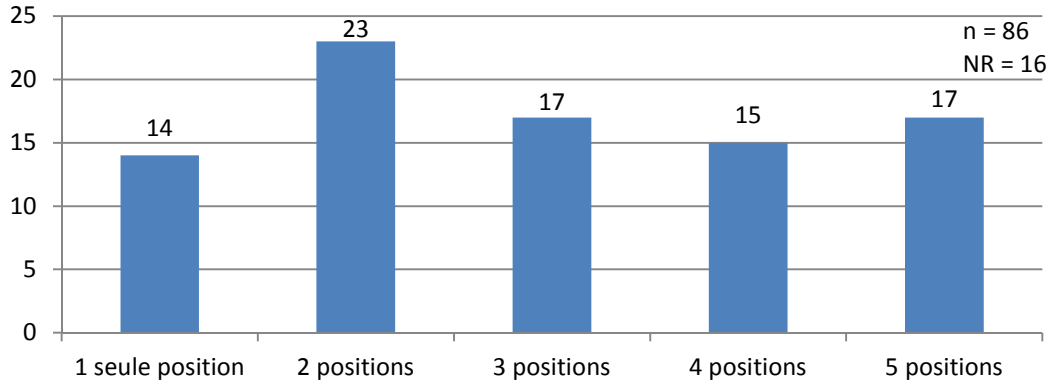

Figure 16 **: Nombre de positions d'accouchement différentes vues par les femmes en PNP**

Remarque : Parmi les 17 femmes qui ont vu 5 positions, 11 ont fait une PNP individuelle. D'autre part, parmi les 34 femmes en séances individuelles, près d'un tiers (11) a vu toutes les positions.

b. Les positions d'accouchement en salle de naissance

Au moment de l'accouchement, 65,98% des femmes parmi les 97 qui ont répondu, se souvenaient de la plupart des positions vues en PNP, 23,71% ne se souvenaient que de quelques positions (« peu ») et 10,31% ne se souvenaient d'aucune position.

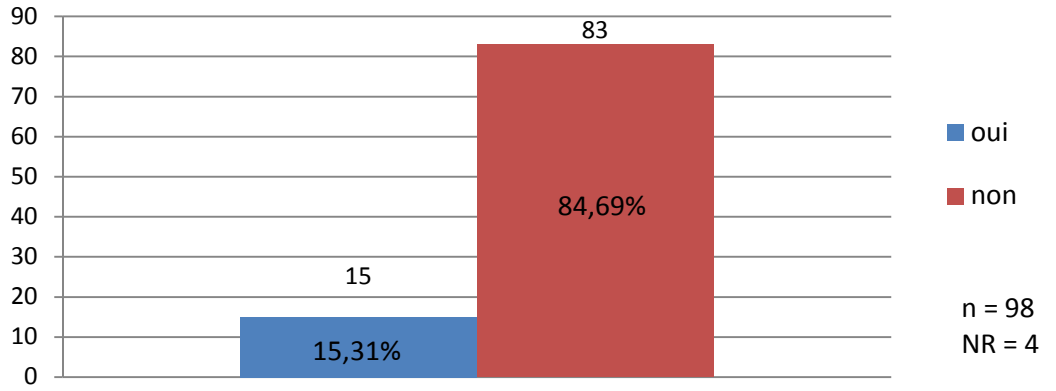

Figure 17 **: Le choix de la position d'accouchement a-t-il été proposé en SDN ?**

Parmi les 83 femmes à qui il n'a pas été proposé de choisir une position, 4 ont réclamé une position particulière pour l'accouchement (gynécologique, en contre appui et assise). Seulement l'une des deux positions assise demandée a été refusée.

5. La méthode de poussée

a. *La méthode de poussée en séances de PNP :*

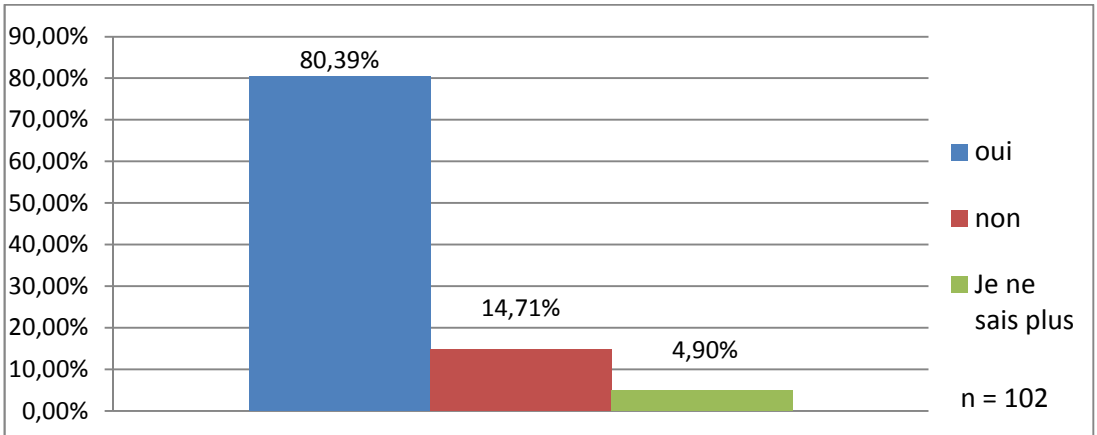

Figure 18 **: Les 2 méthodes de poussée ont-elles été abordées en PNP ?**

b. *La méthode de poussée en salle de naissance :*

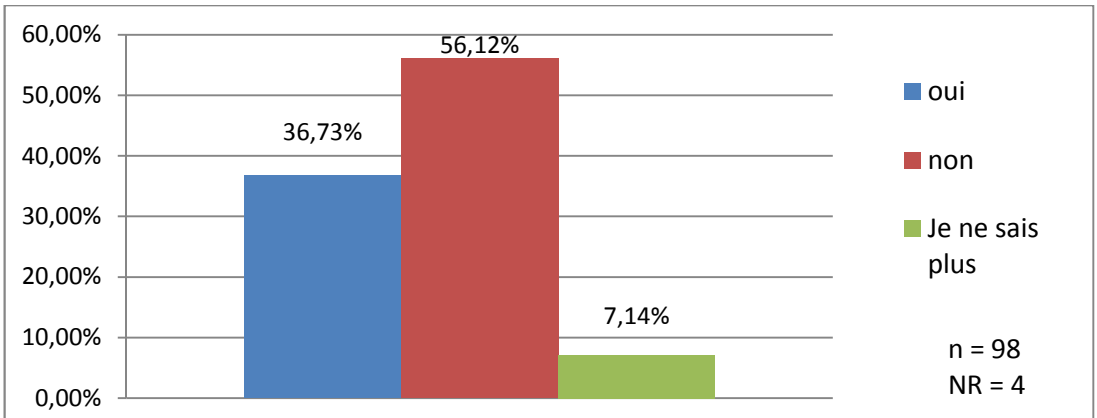

Figure 19 **: En SDN, a-t-on demandé aux femmes ce qu'elles avaient vu en PNP ?**

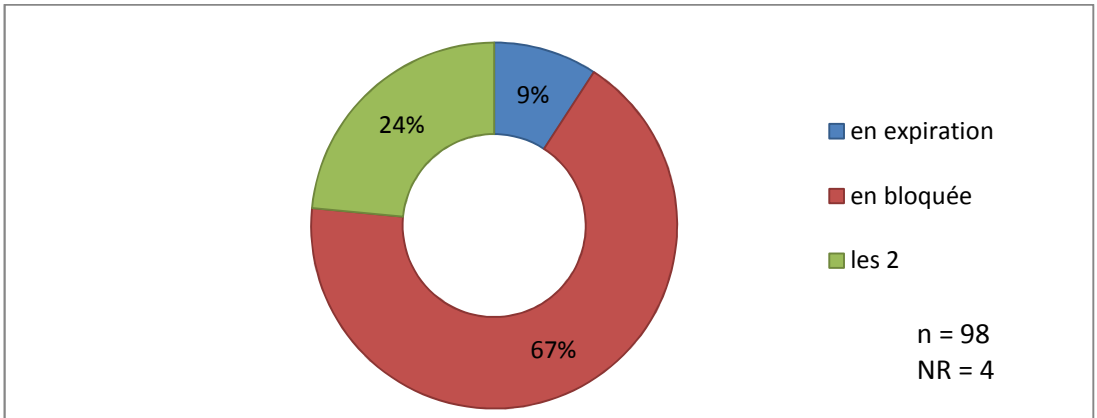

Figure 20 **: La méthode de poussée à l'accouchement**

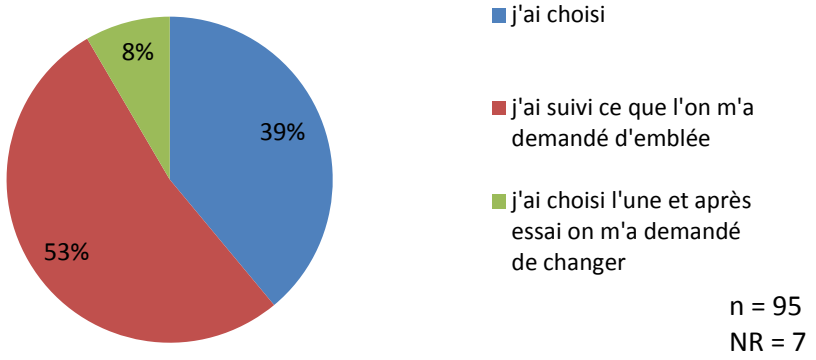

Figure 21 **: Les femmes ont-elles choisi comment pousser ?**

6. L'accueil de bébé

a. L'accueil de bébé en séances de PNP :

- Le moment de la naissance a été abordé dans 87,25% des cas (n = 102).
- Les premiers soins effectués auprès de l'enfant ont été abordés dans 65,00% des cas (n = 100)

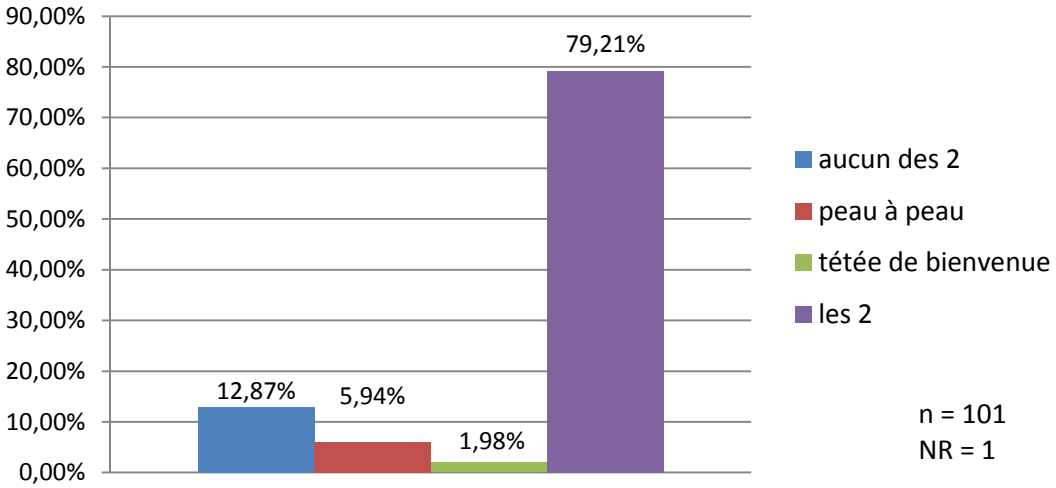

Figure 22 **: Le peau à peau et la tétée de bienvenue ont-ils été abordés en PNP ?**

b. L'accueil de bébé en salle de naissance :

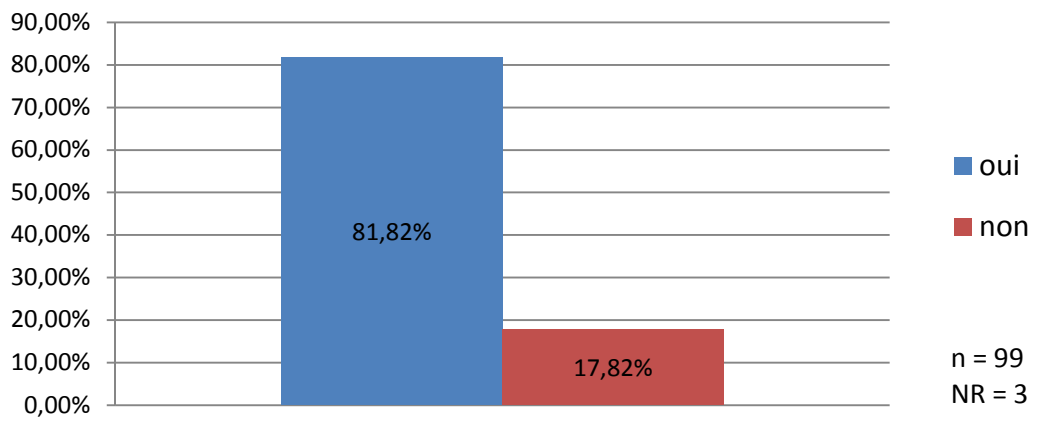

Figure 23 **: Les femmes ont-elles fait du peau à peau en SDN ?**

Sur les 18 femmes qui n'ont pas fait de peau à peau, toutes en ont donné la raison et 4 femmes ont donné 2 raisons :

- Soins à la maman (délivrance, suture) : 10
- Etat de l'enfant : 9
- Autre : 3 (2 grossesses gémellaires, peau à peau non proposé)
- Aucune des femmes n'a mentionné une urgence maternelle ou une indisponibilité du personnel.

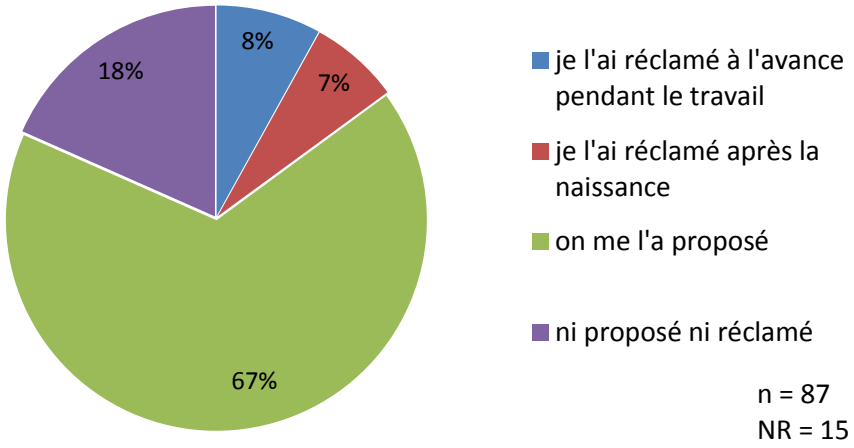

Figure 24 **: Le peau à peau a-t-il été proposé en SDN ?**

7. L'alimentation de bébé :

a. L'alimentation de bébé en séances de PNP

- **La question du projet d'allaitement a été posée aux femmes qui ont toutes répondu**. Cette question était ouverte :
  - L'allaitement au sein était souhaité par 71,57% des femmes
  - L'allaitement artificiel était souhaité par 20,59% des femmes
  - L'allaitement artificiel avec la tétée de bienvenue était souhaité par 3,92% des femmes
  - L'allaitement mixte était souhaité par 0,98% des femmes
  - Les femmes n'ayant pas d'avis représentaient 2,94%.

- **A propos des informations reçues concernant l'allaitement au cours des séances de PNP** :

Tableau 7 : Informations reçues en PNP à propos de l'allaitement

		Infos détaillées	Abordé	Non abordé	Je ne sais plus	NR	Total de réponses
Infos reçues sur l'allaitement maternel	Effectif	57	30	15	0	0	102
	%	55,88%	29,41%	14,71%	0		
Infos reçues sur l'allaitement artificiel	Effectif	21	41	37	1	2	100
	%	21,00%	41,00%	37,00%	1,00%		
p-value = 1.021e-06							

- **Sur 98 femmes ayant répondu à la question, 83,67% se sentaient assez préparées par la PNP à propos de l'allaitement.**

b. L'alimentation de bébé en salle de naissance

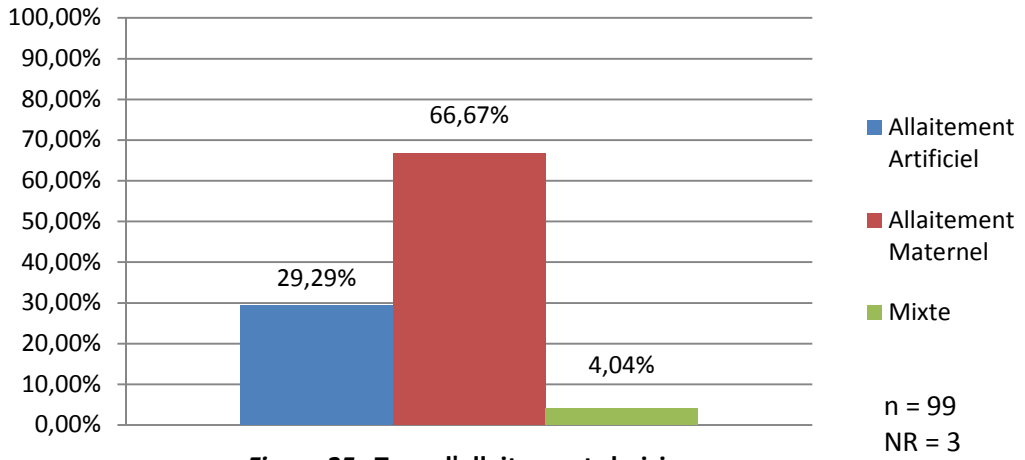

Figure 25 **: Type d'allaitement choisi**

Le choix d'allaitement a évolué dans 15,05% des cas parmi les 93 femmes qui ont répondu à la question. 9 femmes sur les 14 dont le choix a évolué, ont répondu à la question ouverte concernant la raison :

- 2 grossesses gémellaires
- 2 femmes algiques
- Après réflexion, l'autre choix était plus adapté au mode de vie
- Difficultés rencontrées
- Asthénie maternelle et néonatale
- Bébé en réanimation
- Souhait

Les informations qui ont manqué à propos de l'allaitement dans les séances de PNP, ont été mises en évidence par 11 femmes qui ont répondu à une question ouverte:

- Allaitement maternel : **la montée laiteuse** (symptômes, sensations, survenue), **les positions d'allaitement**, l'alternance des deux seins les premiers jours, les compléments avant la montée laiteuse, les difficultés des premières tétées et comment y remédier, le poids du bébé pendant l'allaitement, les tranchées, l'utilisation du tire-lait.
- Allaitement artificiel : **quantité**, rythme, régurgitations et glaires.

NB : les caractères en gras ont été recueillis plus d'une fois.

Par ailleurs, parmi les 71 femmes qui ont ressenti le besoin d'être entourée quel que soit le type d'allaitement, seulement une a jugé ne pas avoir reçu l'aide nécessaire (5 n'ont cependant pas répondu à la question).

- **A propos des femmes qui ont choisi l'allaitement maternel (exclusif)** :

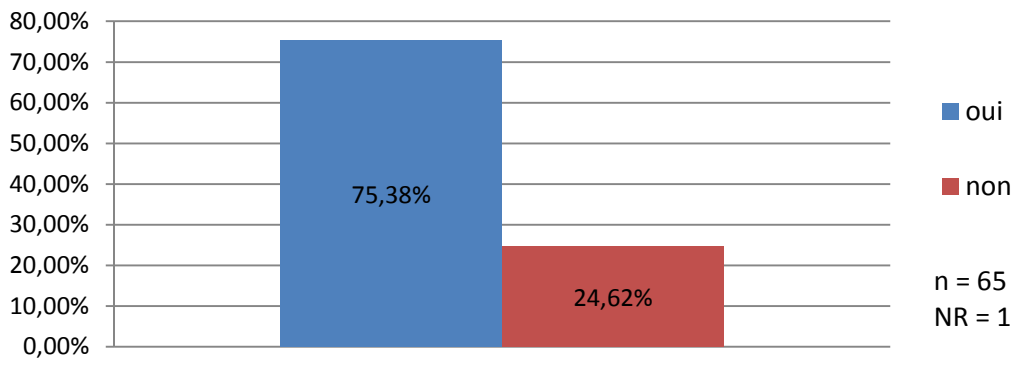

Figure 26 **: La tétée de bienvenue a-t-elle été proposée en SDN ?**

Parmi les 16 femmes à qui la tétée de bienvenue n'a pas été proposée, 4 seulement l'ont réclamée.

La tétée de bienvenue en salle de naissance a été effectuée seule pour 30,16% des femmes qui ont répondu à la question, les 70,84% restant sont donc des femmes qui ont été entourées pour la première mise au sein.

DISCUSSION

A. LES LIMITES DE L'ETUDE

1. A propos de la population :

Nous avons choisi de réaliser cette étude à l'échelle du département, en l'occurrence le Puy-de-Dôme, mais notre échantillon provient de seulement 3 des 4 maternités du Puy-de-Dôme, il n'est donc pas représentatif de la totalité des maternités éligibles sur le territoire. Cependant l'objectif de l'étude était de choisir une maternité de chaque niveau.

Par ailleurs, le nombre de questionnaires distribués en maternité de niveau 1 (Thiers) n'a pas atteint le nombre envisagé. Nous souhaitions distribuer aux alentours de 25 questionnaires. Mais malgré l'allongement de la période de recueil, seulement 13 questionnaires ont été distribués et 7 ont pu être récupérés. Il semblerait que la cause de ce faible taux de réponse trouve son origine :

- d'une part, dans le mode de distribution puisque le questionnaire était laissé à disposition de l'équipe et que tout le personnel n'était sans doute pas entièrement au courant
- et d'autre part dans les critères d'inclusion restrictifs pour une maternité de moins de 500 accouchements par an, puisque toutes les césariennes étaient exclues ainsi que toutes les femmes n'ayant pas fait de PNP en libéral et donc à l'extérieur de l'hôpital.

2. A propos du recueil de données

L'étude étant basée sur la satisfaction, il est difficile d'objectiver les réponses. Nous avons donc demandé aux femmes leur satisfaction d'un point de vue global concernant, leur prise en charge le jour de l'accouchement ou encore leur préparation à l'accouchement mais il était difficilement réalisable de le faire pour chaque critère tels que l'utilisation de la baignoire ou du ballon. C'est pourquoi, à propos de ces critères, nous avons préféré mettre en relation les souhaits des femmes et ce qu'elles ont pu faire en salle de naissance, plutôt que de les interroger directement sur la satisfaction et ainsi d'obtenir une réponse binaire oui/non sans pouvoir en apprécier les éléments.

De plus, à propos du niveau d'étude, nous nous sommes rendus compte à l'analyse des questionnaires qu'il aurait été judicieux d'ajouter le « brevet » entre la non scolarisation et le BEP.

Enfin, dans notre questionnaire il a été oublié de s'enquérir d'une éventuelle rupture de la poche des eaux. Et bien que la plupart du temps les femmes nous l'aient précisé, nous pouvons supposer que certaines ne l'ont pas signalé et que cela a pu influer sur leurs réponses notamment concernant l'utilisation de la baignoire.

B. DISCUSSION DES RESULTATS

1. La présentation de la population

a. Le taux de réponses

Le taux de réponse global était satisfaisant (82,93%, n= 102). Il est cependant plus faible en maternité de niveau 1 (53,84%), ceci pouvant peut être s'expliquer par l'impossibilité que nous avons eue de nous rendre quotidiennement sur place afin de distribuer nous-même les questionnaires comme cela était le cas en maternité de niveau 3.

Cependant les 3 niveaux de maternité ne sont pas représentés à la même échelle :

Tableau 8 : Répartition de la population en fonction des 3 niveaux de maternité

	effectif	%	taux de réponse
Niveau 3	72	70,59%	90,00%
Niveau 2	23	22,55%	76,67%
Niveau 1	7	6,86%	53,84%

b. Les caractéristiques socio démographiques de la population étudiée

Age : la moyenne d'âge de notre population est de 30,3 : ce chiffre est représentatif de la moyenne nationale (30,2).

Parité : La parité moyenne est de 1,44 enfant par femme à l'issue de l'accouchement, notons que cela n'est pas réellement représentatif de la population générale (française) pour laquelle rappelons le, le taux est de 2 enfants par femme en 2011 [3]. Cela s'explique probablement par nos critères d'inclusions qui mettent en évidence une population quelque peu en deçà du taux de fécondité nationale.

Notons également que les primipares ont plus facilement recours à des séances de PNP en libéral que les multipares. Ceci s'inscrit sans doute dans un phénomène plus général : les femmes ont peut-être plus tendance à se diriger vers une préparation à la naissance pour leur première grossesse que ce soit à l'hôpital ou en libéral ; il aurait donc été intéressant de comparer la répartition des multipares et primipares en cours de PNP entre secteur hospitalier et secteur libéral.

Niveau d'études : 89,22% des femmes ayant répondu au questionnaire possédaient leur baccalauréat. Quelques questions n'ont pas été comprises par les femmes et n'ont donc pas pu être analysées, mais la majorité des réponses étaient pertinentes et ont pu rentrer en compte dans le recueil de données.

Réponse au questionnaire : Le questionnaire a été rempli 2 jours après l'accouchement ou plus, dans 58,82% des cas. Et parmi celles qui l'ont rempli précocement (moins de 2 jours après l'accouchement) seulement 16,67% l'ont rempli le jour même. On peut donc supposer qu'à l'échelle du séjour en maternité, les femmes ont eu suffisamment de recul pour répondre de façon éclairée.

2. Les séances de PNP

a. Choix du type de PNP

Il est important de remarquer que bien que faisant le choix d'un suivi libéral, presque la moitié des femmes (46,73%) choisissent une PNP « classique » ; ceci s'explique sans doute par le fait que le plus souvent, les femmes ne font pas forcément le choix du libéral pour un type précis de PNP. Ce n'est pas la variété de cours de PNP proposés à l'extérieur de l'hôpital qui oriente en premier lieu les femmes vers le choix du libéral mais bien la proximité géographique et l'accessibilité du cabinet libéral, par opposition à un hôpital plus distant, avec des horaires fixes et parfois même un manque de disponibilité. De plus, la recherche d'intimité et de suivi personnalisé sont deux points souvent évoqués. Nous pouvons aussi penser à un manque d'information et de sensibilisation auprès des femmes sur les différents types de PNP disponibles.

b. Nombre de femmes par groupe de PNP

Plus d'un tiers des femmes ont fait une PNP individuelle, c'est-à-dire seule avec la sage-femme. Parmi elles on retrouve tout type de PNP : hormis l'haptonomie qui doit être faite en couple individuel avec la sage-femme, aucun type de PNP ne semble être effectué particulièrement en individuel ; cela va donc plutôt dépendre du mode de fonctionnement de la sage-femme, de ses contraintes ainsi que de celles de la patiente.

3. La satisfaction

a. L'information reçue :

A propos des informations reçues, seulement 23% des femmes en ont jugé certaines inutiles. Et parmi celles-ci seulement 18% les ont jugées immédiatement inutiles (ce qui représente 4% des 101 femmes interrogées). La principale raison, du point de vue des femmes, reste que ces informations n'ont pas été appliquées le jour J. Il est bien évident que toutes les situations ne se produisent pas mais qu'il faut en envisager un maximum en cours de préparation à la naissance, c'est donc un point sur lequel on ne peut pas vraiment agir. De la même façon les informations « trop denses » rejoignent le point précédent : l'obligation d'envisager plusieurs situations. Cependant plusieurs femmes ont trouvé les informations « trop virtuelles », et l'une d'elle pense que les informations qu'elle a reçues « ne pouvaient pas être appliquées le jour J ». Il y a peut-être ici une amélioration à apporter en essayant de rendre les informations « plus concrètes » avec par exemple l'utilisation d'un poupon, ou la mise en situation de cas souvent rencontrés avec des « jeux de rôle » :

- le moment de l'accouchement : comment est placée la maman, où se positionne le papa, que fait la sage-femme, qui d'autre est présent dans la pièce ?
- difficultés lors des 1ères mises au sein : ce qu'il faut faire en première intention, quand demander de l'aide, savoir se faire confiance…

Et peut-être faudrait-il passer rapidement sur les cas très anecdotiques, encore que ce point soit discutable car si l'une de ces situations venait à survenir le jour de l'accouchement et que cela se trouve être un contexte d'urgence, il ne sera pas forcément possible d'informer la patiente en temps réel. Il serait alors préférable que ces circonstances aient été au moins rapidement évoquées lors des séances de PNP.

b. La satisfaction

Le taux de satisfaction global quant à la prise en charge le jour de l'accouchement (tableau 2) est important : 83,67% de femmes « satisfaites ». Les autres niveaux de satisfaction (plutôt satisfaite ou moyennement satisfaite) ne représentent que 16,33%. Aucune femme ne s'est déclarée « pas du tout satisfaite » ni même « peu satisfaite ». Globalement les femmes sont satisfaites de leur prise en

charge en salle de naissance. Il aurait été intéressant de comparer ce taux de satisfaction à celui des femmes ayant suivi des cours de PNP au sein de l'hôpital.

Pour comparer la satisfaction de la prise en charge le jour de l'accouchement entre les 3 niveaux de maternité (tableau 3), nous avons choisi d'opposer les femmes « satisfaites » à toute autre forme de satisfaction moins complète (« plutôt satisfaite », « moyennement satisfaite », « peu satisfaite » ou « pas du tout satisfaite »). Il ressort de cette comparaison que les femmes semblent être plus « satisfaites » en niveau 1 et 2 qu'en niveau 3 (respectivement 83% et 95% versus 80%) mais ce résultat n'est statistiquement pas significatif, nous ne pouvons donc pas en faire une généralité. Il aurait sans doute fallut de plus gros effectifs, notamment en niveau 1. Nous pourrions supposer que ce résultat est dû à une prise en charge moins standardisée dans les niveaux 1 et 2 par rapport au niveau 3 en raison d'une taille de structure moins importante et une plus grande facilité d'adaptation aux souhaits des patientes au sein des centres de plus petite capacité.

Ensuite nous avons voulu comparer le taux de satisfaction entre multipare et primipare mais aucune différence n'est ressortie (83% de satisfaites dans les 2 cas).

Par ailleurs, nous voulions voir si les femmes se sentaient préparées, grâce à la PNP, à l'accouchement qu'elles ont finalement eu (tableau 4). C'est donc un point de vu a postériori. Il apparaît que la majorité des femmes se sentait de façon équivalente soit « tout à fait préparées » soit « plutôt préparées » (45% et 44%). Peu de femmes ne se sentaient « pas vraiment préparée » et très peu ne se sentaient « pas du tout préparées ». Globalement les séances de PNP libérales semblent donc couvrir un grand nombre de situations rencontrées le jour de la naissance puisque les femmes se sentent relativement bien préparées par ces séances a posteriori de leur accouchement.

Nous avons ensuite voulu nous pencher sur ce même ressenti selon que les femmes aient suivi des cours en individuel ou en petit groupe. Les femmes ayant fait une PNP en petit groupe se sentent « tout à fait » préparées dans 52% des cas versus 34% pour les femmes ayant fait une PNP individuelle. Le résultat n'est pas significatif mais les femmes ayant fait la PNP en groupe semblent donc se sentir « mieux » préparées que celles l'ayant faite en individuelle. Cette différence rejoint peut-être le fait que la sage-femme s'adapte plus aux souhaits de la femme lorsque

celle-ci est seule, et inévitablement envisage moins de situation que dans un groupe, où les femmes auront des souhaits différents.

Enfin nous voulions apprécier le « fossé » entre cours de PNP libéral et réalité de l'accouchement tel que perçu par les femmes (tableau 6). Plus de la moitié des femmes (56%) trouvent que la théorie des séances de PNP est « assez proche » de la réalité de l'accouchement et 26 % trouvent qu'elle est « très proche ». Seulement 17% trouvent qu'elle est plutôt loin ou très loin.

4. Confrontation PNP et accouchement

NB : Pour relativiser certains résultats notamment en terme d'informations dispensées en cours de PNP, il est nécessaire de prendre en compte le fait que certaines femmes n'ont pas fait toutes les séances de PNP, et ont donc peut être manqué certaines informations, pourtant dispensées par la sage-femme.

a. La baignoire

Lors des séances de PNP, 30% des femmes n'ont pas eu d'information concernant l'utilité de la baignoire (ou ne se souviennent pas). Bien que dans 70% des cas, les femmes ont bénéficié de l'information, on peut imaginer que cette information a manqué à certaines qui n'ont pas donné d'explication au fait de ne pas avoir réclamé la baignoire lorsqu'elle ne leur a pas été proposée… Peut-être serait-ce bénéfique d'informer systématiquement les femmes de l'existence et de l'utilité de la baignoire.

En salle de naissance, la baignoire n'est proposée que dans 20,29% des cas parmi les femmes éligibles. Comme signalé précédemment, les ruptures n'ont pas pu être exclues car la question n'a pas été expressément posée aux femmes.

La première raison évoquée par les femmes qui n'ont pas réclamé la baignoire, est le manque d'envie. On retrouve également la perte des eaux ou le manque de temps. Tous ces éléments sont des facteurs sur lesquels on ne peut pas intervenir. Cependant d'autres raisons telles que « pas pensé », « pas connaissance », « pas osé » sont également évoquées. Ce qui souligne l'importance d'une information complète à propos de la baignoire en cours de PNP mais aussi celle d'une proposition systématique en SDN lorsque cela est possible. Il est important de

rappeler que la baignoire pendant le travail est une variante convenable de soulagement de la douleur [26].

b. La mobilité pendant le travail

L'importance de la mobilité pendant le travail est une information largement transmise en cours de PNP (89%). Les positions de travail avec le ballon sont celles le plus souvent évoquées. Le plus fréquemment les 3 types de positions sont abordées (avec le ballon, avec le conjoint et sur table d'accouchement avec ou sans APD), et seulement 8% des femmes n'avaient vu aucune position.

A l'arrivée en SDN, les deux tiers des femmes (66%) se souviennent de la plupart des positions vues en PNP. L'information sur la mobilité pendant le travail est donc globalement transmise en séances prénatales, bien que près d'un tiers des femmes, une fois en SDN, ait oublié tout ou partie de ce qui a été vu à propos des positions possibles pendant le travail.

Néanmoins, en salle de naissance, près de la moitié des femmes ne se mobilisent pas (45%). Et parmi celles qui se mobilisent, 30% le font seules sans l'aide du personnel. Il apparaît alors qu'en SDN l'accent n'est probablement pas assez mis sur la mobilisation pendant le travail. Ceci s'explique peut-être par le nombre important d'analgésies péridurales et le manque de disponibilité du personnel puisque les sages-femmes gèrent souvent plusieurs parturientes en même temps. Si le manque de disponibilité peut en effet entraver à cette mobilisation lors du travail, l'analgésie péridurale ne devrait pas entraîner une immobilité des patientes. Il est possible de se mobiliser sur la table d'accouchement tout simplement en alternant les positions (assises, semi-assises, sur le côté) ou bien en utilisant le ballon [19]. Notons que le développement de l'emploi des postures ne doit pas être freiné car elles pourraient améliorer la dynamique obstétricale et permettre un renouveau dans la relation entre la parturiente et la sage-femme. L'association à l'emploi de l'analgésie péridurale n'est pas pour autant contre-indiquée. Mais il est souhaitable, notamment lors d'un travail long, que les professionnels portent une attention toute particulière à la mobilisation afin d'éviter toute posture prolongée sous analgésie péridurale en raison du risque de retard de dépistage d'une lésion nerveuse [27].

Par ailleurs, en SDN le ballon est proposé dans moins d'un tiers des cas (32,65%). Toutes les femmes ont été considérées comme étant éligibles à la proposition du ballon, puisque rappelons-le : celui-ci peut être utilisé en cas de rupture de la poche des eaux, en cas de déclenchement, et dans la 2ème moitié du travail également. Nous pouvons alors nous poser la question sur la connaissance des professionnels quant à l'utilité des différents outils à leur disposition, et peut être serait-il intéressant d'avoir leur point de vue, il serait sans doute pertinent de mener une étude auprès des professionnels, pour évaluer leurs connaissances à propos de l'utilisation du ballon ou de la mobilisation pendant le travail mais aussi sur l'organisation en SDN et leur disponibilité.

Seulement 9 femmes parmi les 66 à qui le ballon n'a pas été proposé, l'ont réclamé. La plupart des raisons pour lesquelles les parturientes ne l'ont pas réclamé sont inhérentes à leur volonté ou à l'avancée trop importante du travail (« pas envie », « douleur », « pas pensé », « pas besoin », « pas le temps »). On retrouve également quelques femmes qui n'ont « pas osé » ou qui ne « se souvenaient plus l'utilité », mais cela représente une minorité de réponses. Toutefois, quelques réponses données par les femmes ne sont pas des contre-indications à l'utilisation du ballon : « installée sur lit avec monitoring », « déclenchement », « perte des eaux ». En effet il est tout à fait possible d'utiliser le ballon avec le monitoring et celui-ci ne devrait pas être synonyme d'immobilité sur la table d'accouchement. Par ailleurs, bien qu'avec l'analgésie péridurale l'utilisation « classique » du ballon semble difficile à mettre en pratique, il est tout-à-fait possible de l'utiliser sur la table d'accouchement [19].

c. *L'analgésie péridurale*

En cours de PNP, l'analgésie péridurale est presque tout le temps abordée (88,12%).

En SDN, parmi les femmes qui avaient le projet de recourir à une analgésie péridurale, presque toutes en ont bénéficié au final. Seul le manque de temps avant l'accouchement les en a parfois privé. Cependant seulement 2 sur 4 ont finalement regretté de ne pas avoir pu en bénéficier. Elles reviennent donc rarement sur leur projet. Au contraire, parmi les femmes qui souhaitaient ne pas avoir d'APD, plus de la moitié y ont finalement eu recours (la moitié en raison de la douleur et une femme en raison d'une suggestion insistante de la part du personnel). Et une seule, qui avait une raison médicale en faveur de l'APD, l'a regretté. Concernant les femmes qui hésitaient avant l'accouchement, la très grande majorité en a finalement bénéficié et ce en raison de la douleur. Il en ressort donc que la moitié des femmes qui avaient un projet d'accouchement sans péridurale ont réussi à gérer leur douleur.

Tous projets confondus, la principale raison d'avoir recours à l'APD reste la douleur, et a contrario les principales raisons de ne pas en bénéficier sont en premier lieu le souhait puis le manque de temps.

A propos du taux global d'APD, si l'on se réfère au taux global confondu des 3 maternités (83,58 %) [23 - 25], le taux global de notre étude reste cohérent (87,88%).

Au sujet du moment où l'APD est proposée en SDN : le plus fréquemment l'APD est proposée « rapidement » (38%) ou « d'emblée » à l'arrivée de la patiente (29%). Dans seulement 6% des cas, l'APD n'est pas proposée spontanément par le personnel soignant. La proposition d'analgésie péridurale semble donc être quasiment systématique et ceci très tôt dans le travail. Il nous a alors semblé intéressant de comparer ce même critère selon le niveau de maternité. Il apparaît qu'en niveau 1 le personnel propose moins souvent spontanément l'APD qu'en niveau 2 ou 3. De plus, en niveau 1 et 2 l'APD est rarement proposée d'emblée à l'arrivée des patientes mais plus souvent au cours du travail. Malgré tout, ce résultat, même s'il s'en approche, reste au-dessus du seuil de significativité.

d. Les positions d'accouchement

En PNP, on note que 83,72% des femmes ont vu plus d'une position d'accouchement. Les positions le plus souvent évoquées en PNP sont la position classique qui représente plus de 30%, et ensuite la position sur le côté (25%).

Le jour de l'accouchement 66% des répondantes se souvenaient de la plupart des positions vues en cours de PNP, 24% de quelques positions et seul 10% ne se souvenaient d'aucune. L'information sur les positions d'accouchement est donc globalement transmise en cours de PNP, mais un tiers des femmes a oublié tout ou partie de ce qui a été vu en SDN à ce propos.

Par ailleurs, en SDN le personnel ne propose de choisir une position d'accouchement que dans 15% des cas. Si l'on comprend aisément que certaines situations obstétricales telles que les grossesses gémellaires, les présentations du siège ou bien les suspicions de disproportions foeto-pelviennes nécessitent de faciliter au mieux l'intervention de l'obstétricien en cas d'urgence, ce n'est pas le cas de la majorité des accouchements qui se déroule sans complications. Le choix de la position d'accouchement ne devrait-il pas, dans les situations physiologiques sans risque identifié, rester un choix de la parturiente ? Il convient également de préciser que mis à part le confort du praticien, la position gynécologique classique largement utilisée ne présente pas d'avantage particulier par rapport à une autre position et confère au contraire au bassin maternel une moindre amplitude des mouvements au moment de l'expulsion [19]. D'autre part, bien que les données des études ne permettent pas d'obtenir de résultats significatifs par manque de puissance, l'utilisation des positions verticales dans la 2ème phase du travail semblent réduire le risque d'extraction instrumentale ou de césarienne [28]. De plus, les données de la recherche clinique fournissent désormais des preuves indiscutables de niveau optimal de la supériorité des postures verticales pour tous les paramètres de santé maternelle et périnatale, hormis le point particulier de la délivrance (plus hémorragique) [29].

e. La méthode de poussée

En séances de PNP, l'information relative aux 2 méthodes de poussée est transmise dans 80% des cas.

Pourtant dans 56% des cas les femmes ne sont pas interrogées en salle de naissance sur ce qu'elle ont vu en cours de PNP. Le souhait des femmes à propos de la manière de pousser lors de l'accouchement n'est donc pas une question systématique du personnel en SDN. La méthode de poussée est pourtant essentielle et joue un rôle majeur dans la prévention des troubles de la statique pelvienne chez la femme. Mais beaucoup de pratiques délétères sur le périnée allant à l'encontre de la physiologie perdurent encore aujourd'hui [30, 31].

A l'accouchement les deux tiers des femmes ont poussé en bloquant mais il faut surtout souligner que plus de la moitié des femmes ont suivi ce qu'on leur a demandé de faire d'emblée.

f. L'accueil de bébé

En PNP, le moment de la naissance est abordé dans 87% des cas et les premiers soins effectués auprès du nouveau-né dans 65% des cas. Au sujet du peau à peau et de la tétée de bienvenue, les 2 sont abordés dans 80% des cas.

En SDN, 82% des femmes ont fait du peau à peau et dans 67% des cas le peau à peau a été proposé aux patientes. Les raisons évoquées dans le cas contraire sont principalement les soins à la maman (délivrance, suture) et l'état de l'enfant. Si l'état de l'enfant justifie en effet une prise en charge rapide et va donc à l'encontre d'un peau à peau dès la naissance, les soins de la mère ne sont en aucun cas une contre-indication à la réalisation du peau à peau. Comme vu précédemment, le peau à peau gagne à être mis en place le plus rapidement possible, d'autant plus qu'à ce moment l'attention de la mère se porte sur son enfant et peut alors la détourner d'une éventuelle douleur liée à la suture. C'est donc un double bénéfice : pour la mère et pour l'enfant. Le personnel peut même y trouver un avantage puisque l'attention de la mère est détournée des actes chirurgicaux (ou non), qu'il est en train d'effectuer.

g. L'alimentation de bébé

Bien que l'OMS recommande un allaitement maternel pendant six mois [32] le mode d'allaitement de son enfant reste un choix très personnel, d'où la nécessité pour les femmes de détenir les informations leur permettant de faire un choix éclairé.

Dans 56% des cas les femmes ont reçu en PNP, des informations détaillées à propos de l'allaitement maternel et au contraire, elles ont reçu des informations détaillées dans seulement 21% des cas à propos de l'allaitement artificiel. Les résultats obtenus sont statistiquement significatifs, on peut donc conclure que l'allaitement maternel est abordé de façon plus détaillé que l'allaitement artificiel. Bien que la densité plus importante d'informations à propos de l'allaitement maternel, puisse expliquer qu'il soit abordé plus en détail, l'allaitement artificiel n'est pas même abordé dans 37% des cas versus 15% concernant l'allaitement maternel. Lors des cours de PNP individuels ou en petit groupe, on peut imaginer que le discours de la sage-femme s'adapte aux souhaits de ses patientes et on peut alors penser que l'allaitement artificiel n'est pas abordé lorsque toutes les femmes du groupe souhaitent allaiter au sein (71% des femmes rappelons-le) ce qui pourrait expliquer cette différence. Cependant il apparaît que le souhait des femmes a évolué au cours du séjour pour 15% d'entre elles, (souvent dans le sens d'un allaitement maternel vers un allaitement artificiel), on peut alors se poser la question de savoir si les informations concernant l'allaitement artificiel ne leur ont pas manqué bien que ce ne fût pas leur premier choix. Par ailleurs, parmi les raisons évoquées lors du changement de mode d'allaitement nous retrouvons des causes sur lesquelles il est difficile d'agir : un « bébé en réanimation », un « choix secondaire plus adapté au mode de vie » ou un simple « souhait ». Mais d'autre part certaines causes également citées telles que des femmes algiques, des difficultés rencontrées, des grossesses gémellaires ou une asthénie maternelle et néonatale, pourraient être parfois résolues avec de l'aide, une prise en charge personnalisée ou des conseils adaptés et mettent en évidence le rôle important du personnel soignant. Pour autant, les femmes se sentaient assez préparées par la PNP au sujet de l'allaitement pour 83% d'entre elles.

Après la naissance de l'enfant 67% des femmes ont choisi l'allaitement maternel, 30% ont choisi de donner du lait artificiel et 4% ont opté pour un allaitement mixte. A l'exception de l'une d'entre elles, les 71 femmes qui ont ressenti le besoin d'être entourées pour l'allaitement de façon générale ont reçu l'aide nécessaire.

En salle de naissance, concernant les femmes ayant choisi l'allaitement maternel, la tétée de bienvenue a été proposée dans 75 % des cas. Parmi les 16 femmes à qui elle n'a pas été proposée, 13 femmes avaient bien eu l'information en

PNP mais seulement 4 ont réclamé cette tétée de bienvenue. Notons que parmi celles qui ne l'ont pas réclamée, 3 l'ont tout de même faite seule. Enfin, pour effectuer cette tétée de bienvenue, les femmes étaient globalement entourées puisque moins d'un tiers des femmes l'ont effectuée seule (et la plupart de celles qui l'ont effectuée seule étaient des multipares et avaient donc certainement moins besoin de conseils).

C. PROJET D'ACTION

La PNP apparaît bien comme un élément clé dans le parcours d'une femme enceinte pour se familiariser à ce qui l'attend avant, pendant et après la naissance. Bien que cela ne soit pas une obligation de participer aux séances prénatales, c'est en bénéficiant d'un maximum d'information que les femmes pourront faire des choix éclairés et réfléchis. Il semble donc capital de mettre l'accent sur la nécessité d'une information complète délivrée par les sages-femmes en cours de PNP et de les sensibiliser en ce sens. C'est avec tous les éléments que les femmes pourront faire les choix les plus à même de leur convenir le jour J puisqu'elles ne peuvent prévoir ce dont elles auront envie, et ce qu'elles seront capables de faire avec la douleur. Aussi, il faut encourager les professionnels libéraux à donner toutes les informations possibles quels que soient les projets évoqués préalablement par les femmes, et à envisager le maximum de situations pour les préparer en cas de survenue de ces dites situations. Un maximum de positions d'accouchement mais aussi de travail doivent ainsi être évoquées en cours de PNP. Le recours à la baignoire, au ballon, à l'aide du conjoint sont des points qu'il est important de traiter également. Et les deux types d'allaitements doivent être abordés de façon complète.

En SDN, les professionnels (sages-femmes mais aussi auxiliaires de puériculture et obstétriciens) ont le devoir de rester sensibilisés aux accouchements physiologiques et de proposer systématiquement aux parturientes tout le matériel à disposition et toute l'aide nécessaire pour gérer au mieux la douleur et accompagner les femmes sur le chemin de la naissance. Ils sont là pour rappeler aux femmes les moyens à disposition mais aussi les encourager et les soutenir dans leurs projets.

D'autre part, nous pourrions aussi proposer une petite plaquette à destination des femmes, qui serait distribuée lors des séances de PNP, et qui leur rappellerait ce qu'elles peuvent faire le jour de l'accouchement. Ce support ne dispenserait en aucun cas les femmes des cours de PNP mais il ferait office de petit « mémo » pour l'accouchement, une sorte de « pense-bête », qui rappellerait certains points essentiels.

De plus, il serait peut-être intéressant de mettre en place des réunions annuelles sur le thème des « sages-femmes libérales en salle de naissance ». On peut imaginer qu'une fois dans l'année les sages-femmes libérales se réunissent avec les

sages-femmes hospitalières pour discuter des pratiques en vigueur, pour rester au fait des protocoles prévus en salle de naissance, pour voir les dispositifs disponibles en salle de travail, et échanger sur les différentes possibilités qu'a la femme enceinte en salle d'accouchement. Ou encore, de manière plus concrète, les sages-femmes libérales pourraient individuellement se rendre en salle de naissance pour observer le travail effectué par les collègues hospitalières. Ces rencontres auraient pour but d'harmoniser au mieux le suivi des femmes enceintes et d'éviter une frontière trop importante entre les secteurs libéral et hospitalier. Cela renforcerait les relations des sages-femmes entres elles et ainsi des sages-femmes avec les femmes.

Enfin, le développement de l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques permettrait une meilleure continuité entre la PNP et la réalité de la salle de naissance.

CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre évidence la satisfaction importante des femmes quant à leur prise en charge le jour de l'accouchement et de façon un peu plus nuancée leur ressenti positif vis-à-vis de la préparation à la naissance. Elles se sont, en effet, senties pour la plupart, plutôt préparées voire tout à fait préparées à l'accouchement qu'elles ont eu. De plus, le fossé entre la théorie de la naissance et la réalité de l'accouchement est bien réel pour certaines d'entre elles mais la majorité décrivent une correspondance « assez proche », voire très proche.

D'autre part, la satisfaction des femmes à propos de leur prise en charge le jour de la naissance varie selon le niveau du lieu d'accouchement et on retrouve ainsi des taux de satisfaction légèrement plus importants en niveau 1 et 2 qu'en niveau 3, mais nous n'avons pu obtenir de résultats significatifs.

Par ailleurs, cette étude a permis d'évaluer la transmission, à l'occasion des séances de préparation à la naissance, des informations essentielles concernant la salle de naissance. Pour chaque point, l'information a été transmise dans deux tiers des cas et souvent plus. Mais nous avons pu mettre en évidence le caractère quelquefois sélectif des informations dispensées par les sages-femmes libérales qui semblent parfois s'adapter aux projets des patientes, comme c'est par exemple le cas pour l'allaitement.

D'un autre côté, en salle de naissance nous avons pu remarquer le caractère non systématique d'utilisation des différents outils tels que la baignoire, le ballon ou la mobilisation lors du travail. Pour expliquer ceci : s'ajoutant au caractère inconnu de la situation et des envies des femmes le jour de l'accouchement, nous avons constaté que le personnel ne propose pas assez l'utilisation des différents « outils de travail », mais incite en revanche, rapidement à l'analgésie péridurale. Et les causes peuvent alors être multiples : manque de temps, manque de formation, ou manque de connaissance des sages-femmes hospitalières.

Il serait donc intéressant de questionner les professionnels sur leurs pratiques en salle de naissance pour mettre en évidence les raisons de cette sous-utilisation de dispositifs compatibles avec une analgésie péridurale et présentant en plus d'une alternative à la douleur, des effets bénéfiques sur le travail.

En conclusion ce travail met l’accent sur l’importance d’une dispense exhaustive d’informations, de conseils lors de la grossesse mais aussi de suggestions pendant l’accouchement pour accompagner les femmes et les couples vers le chemin de la naissance et de la parentalité.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Simkin P. Just Another Day in a Woman's Life? Women's Long-Term Perceptions of Their First Birth Experience. Part I. Birth. 1991 ; 18 : 203‑210.

2. Cazal E. Impact de la préparation à la naissance sur le déroulement de l'accouchement. Mémoire : Méd : S.C.D. de Limoges. 2011.

3. Institut national d'études démographiques - Evolution de la fécondité. [Internet]. [Consulté le 07/01/2014]. Disponible sur : http://www.ined.fr/fr/pop_chiffres/pays_developpes/indicateurs_fecondite/ [Internet]. Evolution de la fécondité. [Internet]. Disponible sur : http://www.ined.fr/fr/france/naissances_fecondite/evolution_fecondite/ Insee - Publications et services - Démographie : taux de fécondité. [Internet]. [Consulté le 07/11/2014]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/default.asp?page=dossiers_web/dev_durable/fecondite.htm.

4. OUZEAU C. Y a-t-il moins de demande d'APD de la part des femmes qui ont suivi une préparation à la naissance ? Mémoire : Med : faculté de médecine de Limoges ; 1989.

5. HAS Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - Recommandations professionnelles [Internet]. 2005 nov. [Consulté le 20/10/2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

6. Pauchet-Traversat A-F, Dosquet P, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Service des recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine F. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : argumentaire. Recommandations pour la pratique clinique. HAS, Saint-Denis La Plaine ; 2005.

7. PLAN « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité [Internet]. nov 10 ; 2004. [Consulté le 23/11/2013]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

8. Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. Enquête sur les accouchements. août 2012 ; Dossier n°3.

9. Dohmen B [b1] (analytic), Debrus G (Auteur des parties liminaires / A of introductory parts). Une approche non médicalisée de la grossesse. Médecine et nutrition. 2011 ; 47 (3-4) : 35‑38.

10. Code de la santé publique - Article L2122-1. Code de la santé publique.

11. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.

12. Hoarau D. La préparation à la naissance au cœur de la formation et des plans de périnatalité. Vocation sage-femme. 2004 ; 22 : 11‑20.

13. Frydman R, Szejer, Myriam, Nobécourt M. La naissance histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Paris: Albin Michel ; 2010.

14. Van Eersel P. Mettre au monde enquête sur les mystères de la naissance. Paris : Albin Michel ; 2008.

15. Blanchard-Freund E, Guillaume S. De la psychoprophylaxie de l'accouchement à la préparation à la naissance et à la parentalité. EMC - Obstétrique. janv 2008 ; 3 (3) : 1‑10.

16. JAUBERT M-J. Les bateleurs du Mal-Joli. Le mythe de l'accouchement sans douleur. Balland. Paris ; 1979.

17. Akrich M, Pasveer B, Ecole Nationale Supérieure des Mines. Centre de Sociologie de l'Innovation. (C.S.I.). Paris F. Comment la naissance vient aux femmes. Les techniques de l'accouchement en France et aux Pays-Bas (French). Synthélabo Groupe, Paris ; 1996.

18. Benhamou D (analytic). Influence de l'analgésie péridurale sur la mécanique obstétricale. Cahiers d'anesthésiologie. Paris. 1994 ; 42(2) : 261‑264.

19. Calais-Germain B, Vives Parés N. Bouger en accouchant. éd. Désiris : éd. Ara; 2009. (174 p.)

20. Schaal J-P. Mécanique et techniques obstétricales. Montpellier : Sauramps médical ; 2012.

21. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'Unicef, Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, le rôle spécial des services liés à la maternité – Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel ; 1989.
Texte consultable sur Internet : http://www.lllfrance.org/Textes-officiels-et-legislatifs/Dix-conditions-pour-le-succes-de-l-allaitement-maternel.html

22. Nihoul C (analytic). Le peau-à-peau en salle de naissance ou comment bien démarrer l'allaitement maternel ?. EDUCATION DU PATIENT ET ENJEUX DE SANTE. 2008 ; 26(2) : 33‑34.

23. CHRU Clermont-Ferrand CHU Estaing - Hopital.fr [Internet]. [Consulté le 20/02/2014]. Disponible sur: http://etablissements.hopital.fr/annuaire_hopital.php?id=2930

24. Clinique « La Châtaigneraie » (Beaumont) - enquête Le Figaro magazine - Le Guide Santé [Internet]. [Consulté le 20/02/2014]. Disponible sur: http://archives.palmares.le-guide-sante.org/Maternites/Figaro/registre.php?f=630781839&n=NIV2&r=2

25. Centre hospitalier (Thiers) - Hopital.fr [Internet]. [Consulté le 20/02/2014]. Disponible sur: http://etablissements.hopital.fr/annuaire_hopital.php?id=5462

26. Da Silva FMB, de Oliveira SMJV, Nobre MRC. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. Midwifery. juin 2009 ; 25(3) : 286‑294.

27. Ley L, Ikhouane M, Staiti G, Benhamou D. Complication neurologique après posture obstétricale « en tailleur » lors d'un travail sous analgésie péridurale. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. juill 2007 ; 26(7–8) : 666‑669.

28. Roberts CL, Algert CS, Cameron CA, Torvaldsen S. A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 1 août 2005 ; 84(8) : 794‑798.

29. Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. juill 2005 ; 33(7–8) : 533‑538.

30. Gasquet B. Périnée, arrêtons le massacre ! Paris : Marabout ; 2011.

31. Gasquet B de. Abdominaux, arrêtez le massacre ! : Méthode Abdologie de Gasquet. Paris : Marabout ; 2009.

32. Organisation Mondiale de la Santé. L'allaitement maternel. [Internet]. [Consulté le 22/03/2014]. Disponible sur: http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/fr/

ANNEXES

<u>ANNEXE 1</u> : Questionnaire à l'intention des femmes

Emma SIMON
Etudiante en 5ème année à
« Ecole de Sage-Femme de Clermont Ferrand »
e-mail : emma.simonsf@yahoo.fr

<u>Introduction au questionnaire</u>

Bonjour Mademoiselle, Madame,

Dans le cadre du mémoire de dernière année de la formation de sage-femme, j'ai décidé de me pencher sur la satisfaction des femmes qui ont suivi une préparation à la naissance en cabinet libéral hors du secteur hospitalier, à propos de leur prise en charge le jour de l'accouchement.
Grâce à cette étude je voudrais comprendre et soulever les points d'amélioration ou de satisfaction de la continuité de votre prise en charge entre secteur libéral (pendant la grossesse) et hospitalier (le jour de l'accouchement).
Dans cette intention, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon étude en répondant au questionnaire qui suit.
Celui-ci est anonyme, aucune de vos réponses ne sera enregistrée de façon nominative ; merci d'y répondre de la façon la plus spontanée possible.

Le questionnaire compte 20 questions et est constitué de 3 parties : les renseignements généraux, les cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et le jour de l'accouchement.
Si vous souhaitez revenir sur une réponse à l'une des questions, veuillez rayer l'ancienne réponse ou griser la case et cocher votre nouvelle réponse.

Ce questionnaire est recto verso et comporte un point rose en haut à droite (pour le différencier d'éventuels autres questionnaires pouvant vous être distribués), si vous l'avez déjà rempli merci de ne pas le remplir à nouveau.

Je vous remercie à nouveau de votre collaboration et de m'avoir accordé de votre temps.

Enquête de satisfaction des patientes suivies en libéral pour la PNP

I. Renseignements généraux

Ces renseignements me permettent de disposer de tous les éléments nécessaires pour l'analyse ultérieure de vos réponses.

A) Quel âge avez-vous ? _ _ ans

B) Combien d'enfant avez-vous (sans compter celui de cette grossesse) ? _ _

C) Quelle est votre situation maritale ? Etes-vous :

Célibataire	☐	oui	☐	non
En couple	☐	oui	☐	non
Pacsée	☐	oui	☐	non
Mariée	☐	oui	☐	non
Veuve	☐	oui	☐	non

D) Quel est votre niveau d'études ?

Non scolarisée	☐	oui	☐	non
BEP / CAP	☐	oui	☐	non
Baccalauréat	☐	oui	☐	non
Etudes supérieures	☐	oui	☐	non

E) Au moment où vous remplissez ce questionnaire, depuis combien de temps avez-vous accouché ?

☐aujourd'hui ☐ hier ☐ il y a 2 jours ☐ il y a 3 jours ☐ il y a 4 jours ou plus

II. La préparation à la naissance en cabinet libéral (appelée « PNP ») :

Attention toutes les questions qui suivent portent sur les séances de préparation et les informations reçues à cette occasion. Le jour de l'accouchement sera évoqué ultérieurement.

1) Quel type de PNP avez-vous choisi ?

Classique	☐	oui	☐	non
Yoga	☐	oui	☐	non
Sophrologie	☐	oui	☐	non
Piscine	☐	oui	☐	non
Haptonomie	☐	oui	☐	non
Faite par Sage-Femme de PMI	☐	oui	☐	non

Autre (précisez) :

.....
.....

2) -Pourquoi avez-vous choisi un suivi en libéral concernant la PNP ?

……
……

-Combien étiez-vous en moyenne (le + souvent) en cours de PNP :

☐séances individuelles ☐ en petit groupe (2à 5) => Précisez combien : ……

3) Vous a-t-on parlé de l'utilisation de la baignoire en 1ère phase du travail ?

☐oui ☐ non ☐ je ne sais plus

4) Est-ce que l'importance de la mobilité pendant le travail a été évoquée ?

☐oui ☐ non ☐ je ne sais plus

Quels types de positions aviez-vous essayés :

☐aucune
☐positions avec le conjoint
☐positions avec le ballon
☐positions sur la table d'accouchement avec possibilité de péridurale

5) A propos de l'analgésie péridurale :

- Le sujet a-t-il été abordé en PNP ?
  ☐oui ☐ non ☐ je ne sais plus

- Quel était votre projet avant l'accouchement (ouverte) :

……
……
……
……..

6) Vous a-t-on parlé de différentes positions d'accouchement (au moment de la sortie du bébé) ?
☐oui ☐ non ☐ je ne sais plus

Lesquelles ont été évoquées ?
☐position classique sur le dos, les jambes aux étriers
☐position sur le coté
☐position accroupie
☐position à quatre pattes
☐position incluant le conjoint
☐autre (précisez) : ……...

7) Les 2 méthodes de poussées vous on-t-elles été expliquées ? (poussée en bloquant l'air et poussée en soufflant l'air) :

☐oui ☐ non ☐ je ne sais plus

8) Le moment de la naissance et de l'accueil du bébé a-t-il été abordé ?

☐oui ☐ non ☐ je ne sais plus

- Vous a-t-on expliqué les 1ers soins de bébé ? *(aspiration, examen, toilette, soin du cordon, vitamine K, mensurations…)*

  ☐oui ☐ non ☐ je ne sais plus

- Vous a-t-on parlé du 1er peau à peau, immédiat à la naissance et de la tétée de bienvenue ?
  ☐les deux ☐ tétée de bienvenue ☐peau à peau ☐ aucun des deux

9) L'allaitement maternel vous a-t-il été « expliqué » ?
☐oui en détail ☐ oui abordé ☐ non ☐ je ne sais plus

- L'allaitement artificiel a-t-il été également abordé ?
  ☐oui en détail ☐ oui abordé ☐ non ☐ je ne sais plus

- Quel était votre projet concernant l'alimentation de votre enfant **avant l'accouchement** ?

……
……

10) Avec du recul, avez-vous reçu en PNP des informations que vous avez jugées inutiles ?

☐oui ☐ non

Si OUI :

- Les avez-vous jugées importantes au moment où vous les avez reçues ?

  ☐oui ☐ non

- Pourquoi les jugez-vous inutiles aujourd'hui ? (car pas appliquées le jour J, car n'auraient jamais pu être appliquées, car trop denses)

……
……..
……..

III. Le jour de l'accouchement

11) Lorsque vous êtes arrivée à la maternité…

- Etiez-vous : *1 seule réponse possible*

  ☐au tout début du travail
  (1ères contractions douloureuses ou non, sans modification du col > 3cm)

  ☐en travail spontané
  (vous aviez des contractions utérines douloureuses et un col ouvert entre 3 et 6 cm)

  ☐dans la deuxième phase du travail => *passez à la question 12*
  (col ouvert >6 cm)

  ☐convoquée par le personnel de l'hôpital pour un déclenchement de la naissance

- Vous a-ton proposé la baignoire ?
  ☐oui ☐ non

- L'avez-vous réclamée ?
  ☐oui ☐ non

Si NON, pourquoi ? (pas pensé, pas osé, pas envie, déjà utilisée par quelqu'un…) :
……
……..

12) Pendant le travail d'accouchement :

- Vous souveniez-vous des positions vues en PNP ?
  ☐la plupart ☐ peu ☐ aucune

- Vous a-t-on proposé le ballon ?
  ☐oui ☐ non

- L'avez-vous réclamé ?
  ☐oui ☐ non

*Si « NON », pourquoi : (pas osé, pas pensé, pas envie, pas disponible) :
……
…….....

- Vous a-t-on fait changer régulièrement de positions (même avec analgésie péridurale)?

  ☐oui ☐ non ☐ j'ai moi-même changé

13) L'analgésie péridurale :

- Vous a-t-on proposé le recours à la péridurale ?

☐ OUI d'emblée à mon arrivée ☐ OUI rapidement ☐ OUI au cours du travail ☐ NON

- Avez-vous finalement bénéficié de l'analgésie péridurale ?

  ☐oui ☐ non

<u>Si vous en avez bénéficié</u> :

☞ Pourquoi : ☐ Douleur
☐ Suggestion insistante de la part du personnel
☐ Raison médicale en faveur de la péridurale (bébé « en siège », « engagement difficile », « bébé estimé avec un poids de naissance important »…)

☞ Auriez-vous préféré ne pas en bénéficier ?
☐oui ☐ non

<u>Si vous n'en avez PAS bénéficié</u> :

☞Aviez-vous une contre-indication médicale à l'analgésie péridurale ?
☐oui (précisez) ☐ non
……

☞ Pourquoi n'en avez-vous pas bénéficié ?
……
……..

☞ Auriez-vous finalement préféré en bénéficier ?
☐oui ☐ non

14) Au moment de l'accouchement :

- Vous souveniez-vous des positions d'accouchement vues en PNP ?
  ☐la plupart ☐ peu ☐ aucune

- Vous a-t-on proposé de choisir une position ?
  ☐oui ☐ non

- Avez-vous réclamé une position particulière ?
  ☐oui ☐ non (passez à la question 15)

☞ Laquelle ?
……

☞A-t-on accédé à votre demande ?
☐oui (passez à la question 15) ☐ non

☞ Quelle a été la raison invoquée au moment du refus ?
☐ Manque de temps
☐ Manque d'expérience
☐ Manque de matériel dans la salle
☐ Raison médicale (grossesse gémellaire, bébé en siège, « gros bébé » attendu…)
☐ Autre : …….....

15) La méthode de poussée durant l'accouchement :

- Vous a-t-on demandé ce que vous aviez vu en PNP ?
  ☐oui ☐ non ☐ je ne sais plus

- Comment avez-vous poussé ?
  ☐en expiration ☐ en bloquée ☐ les 2 méthodes

- Avez choisi cette façon de pousser ou vous l'a-t-on imposée ?
  ☐J'ai choisi
  ☐J'ai suivi ce que l'on m'a demandé d'emblée
  ☐ J'ai choisi l'une et après essai on m'a demandé de changer

16) La naissance, l'accueil du bébé :

- Avez-vous pu faire du peau à peau ?

  ☐oui ☐ non

☞ Si non pourquoi ?
☐état de l'enfant
☐fatigue maternelle ou bien urgence maternelle (hémorragie)
☐indisponibilité du personnel
☐soins à la maman (délivrance, suture des déchirures ou de l'épisiotomie)
☐autre : ……

- Ce peau à peau a-t-il été proposé ou l'avez-vous réclamé ?

☐je l'ai réclamé à l'avance, pendant le travail ☐je l'ai réclamé après la naissance
☐on me l'a proposé ☐ ni proposé ni réclamé

17) Alimentation du bébé :

- Quel type d'allaitement avez-vous finalement choisi ?
  ☐allaitement artificiel ☐ allaitement maternel ☐ mixte

- Ce choix a-t-il évolué au cours du séjour en maternité ?
  ☐ oui* ☐ non

☞ Si OUI ; pour quelles raisons :
……
……

- Quel que soit le type d'allaitement choisi :

- vous sentiez vous suffisamment préparée grâce aux informations reçues en PNP ? ☐oui ☐ non
- Avez-vous ressenti le besoin d'être entourée ? ☐oui ☐ non
- Avez-vous reçu l'aide nécessaire ? ☐oui ☐ non
- Quels sont les points qui vous ont peut-être manqué et qui selon vous devraient être abordé en PNP à propos de l'allaitement ?

……
……
……

- A propos de l'allaitement maternel

Si vous avez choisi un allaitement artificiel, passez à la question 18.

- la 1ère tétée en salle de naissance vous a-t-elle été proposée ? ☐oui ☐ non
- l'avez-vous réclamée ? ☐oui ☐ non
- l'avez-vous faite seule ? ☐oui ☐ non

18) Avez-vous été satisfaite de votre prise en charge le jour de votre accouchement ?

☐satisfaite
☐plutôt satisfaite
☐moyennement satisfaite
☐peu satisfaite
☐pas du tout satisfaite

19) Pensez-vous que grâce à la PNP vous étiez suffisamment préparée à l'accouchement que vous avez eu ?

☐tout à fait ☐ plutôt ☐ pas vraiment ☐ pas du tout

20) La réalité de l'ensemble de votre accouchement vous a-t-elle semblé loin de la théorie évoquée lors des séances de PNP ?

☐très loin ☐ plutôt loin ☐ assez proche ☐ très proche

COMMENTAIRE LIBRE (un petit espace pour s'exprimer !) :

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Je vous suis vivement reconnaissante de bien avoir voulu m'accorder un peu de votre temps.

<u>ANNEXE 2</u> : Proposition de brochure pouvant être distribuée lors des séances de PNP

RESUME

Aujourd'hui la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) occupe une place de choix dans le vécu de la femme enceinte. Lorsqu'elle est faite à l'extérieur de l'hôpital, deux formes d'exercice se complètent : le libéral et l'exercice en milieu hospitalier. On peut alors se demander quelle est la satisfaction des utilisatrices de ce système de soins découpé…

Objectifs : Nous voulions évaluer, à la suite d'une PNP en libéral, la satisfaction des femmes à propos de leur prise en charge le jour de la naissance. Nous souhaitions également mesurer si le niveau de maternité du lieu d'accouchement influençait la satisfaction des femmes.

Matériels et Méthodes : une étude descriptive a été réalisée à l'aide d'un questionnaire à l'intention des femmes, distribué dans une maternité de chaque niveau du Puy de Dôme.

Résultats, Discussion : 84% des femmes sont satisfaites de leur prise en charge le jour de l'accouchement. Le taux de satisfaction varie de façon non significative selon le niveau du lieu d'accouchement : 83% et 95% en niveau 1 et 2 versus 80% en niveau 3. Il apparaît que la majorité des femmes se sentaient de façon équitable soit « tout à fait préparées » soit « plutôt préparées » (45% et 44%) par les séances de PNP à l'accouchement qu'elles ont eu.
A propos de la PNP, pour chaque point, l'information a été transmise dans deux tiers des cas et souvent plus. Mais nous avons pu mettre en évidence le caractère quelquefois sélectif des informations dispensées par les sages-femmes qui semblent parfois s'adapter aux projets des patientes.
En salle de naissance nous avons pu remarquer la faible utilisation des différents outils tels que la baignoire, le ballon ou la mobilisation lors du travail. Et nous avons pu mettre en évidence le fait que les sages-femmes ne proposent pas ces outils dans la plupart des cas, et vont rapidement se diriger vers la proposition d'une analgésie péridurale.

Conclusion : ce travail met l'accent sur l'importance d'une dispense exhaustive d'informations, de conseils et de suggestions en cours de PNP mais aussi sur l'importance de l'utilisation de tous les moyens en notre possession en salle d'accouchement pour accompagner les femmes et les couples vers le chemin de la naissance et de la parentalité.

Mots clés : préparation à la naissance et à la parentalité en libéral, satisfaction, vécu de l'accouchement

---

Abstract : Birth and Parenthood Coaching (BPC) is important for every woman to feel pregnant. When this coaching is followed outside hospital, in-private and clinical practices are combined. One can wonder how this separate system may meet women's needs.

Objectives : after an in-private BPC, estimating women satisfaction concerning the way they were pampered the day their child is born ; and quantifying if birth place level of care was of any influence on this satisfaction.

Means and methods: a descriptive study has been completed out of a quiz form submitted to women in several birth places (either hospitals or clinics) in Puy-de-Dôme, one of each level of care.

Results, discussion : 84% of women were satisfied of their pampering during their children birthday. Global satisfaction hides a non significant variation between structures : 83% for level 1, 95% for level 2 and 80% for level 3.

Concerning BPC, coaching information for each item evaluated was communicated for at least 65% of women who participated in this study. Some possible selection among coaching items has been pointed out, operated by midwives, according to pregnant women's delivery projects.

In birth room, most of the available means as bathtube, balloon, or moving during labor remains rarely used. Midwives do not usually propose them and quickly offer epidural analgesia.

Conclusion : BPC key information, advices and proposals have to be complete and exhaustive during coaching sessions. Possibility to use any available means during delivery is also of importance to guide women and more generally parents toward birth and parenthood.

Keywords : in-private Birth and Parenthood Coaching, satisfaction, delivery feeling