HAL
open science

Retour sur huit mois de salle nature à la maternité Port-Royal

Zoé Colin

To cite this version:

Zoé Colin. Retour sur huit mois de salle nature à la maternité Port-Royal. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01234298

HAL Id: dumas-01234298

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01234298v1

Submitted on 26 Nov 2015

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.

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'État de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 30 juin 2015

par

Zoé COLIN

Née le 28 mai 1991

Retour sur 8 mois de salle nature à la maternité Port-Royal

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Dr THEAU Anne	Gynécologue-Obstétricienne, Port-Royal

JURY :

Dr THEAU Anne	Gynécologue-Obstétricienne, Port-Royal
Mme COULM Bénédicte	Sage-femme, Épidémiologiste, INSERM U 1153
Mme CHANTRY Anne	Sage-femme enseignante, École Baudelocque
Mme SANTRAINE Madeleine	Sage-femme

Mémoire N° 2015PA05MA05

© Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.

Remerciements

J’aimerais adresser mes profonds remerciements :

Au Dr Anne Théau pour la direction de ce mémoire, pour ces conseils avisés, et sa grande présence.

Aux sages-femmes enseignantes Anne Chantry et Sylvie Duquennois qui ont su me soutenir lors de l’élaboration de ce mémoire.

À mes amies d'école, Alix, Floriane et Vanina pour leur soutien, leur bienveillance et leurs encouragements.

À ma co-stagiaire Julie, pour son amitié, sa gentillesse et son soutien en recherche.

À mes amies Laura et Louise pour ces 10 ans d'amitié.

À mes parents Michel et Dominique Colin, et mon frère Louis.

Et surtout à toutes les sages-femmes, médecins et infirmières qui m'ont formé durant ces 6 années d'étude, et qui ont façonné le professionnel que je serais demain.

À mon ami Étienne Forin, merci d'être mon roc depuis toutes ces années.

Table des matières

Remerciements ..... **c**
Table des matières ..... **d**
Liste des tableaux **7**
Liste des figures **9**
Liste des annexes **10**
Lexique ..... **XI**
Introduction **1**
Matériel et méthode **5**
1.1 Problématique et Hypothèses **5**
1.1.1 Problématique 5
1.1.2 Hypothèses 5
1.1.3 Objectifs de l'étude 5
1.2 Matériel et méthodes **6**
1.2.1 Type d'étude 6
1.2.2 Lieu de l'étude 6
1.2.3 Période de l'étude 6
1.2.4 Population de l'étude 6
1.2.5 Critères d'inclusion 6
1.2.6 Critères d'exclusion 7
1.2.7 Constitution d'échantillon 7
1.2.8 Recueil de données 8
1.2.8.1 Les données sur le profil des patientes *8*
1.2.8.2 Les données sur le suivi de grossesse *8*
1.2.8.3 Les données sur le déroulement du travail *9*
1.2.8.4 Les données sur le déroulement de l'accouchement *9*
1.2.8.5 Les données sur les suites de couches maternelles *9*
1.2.8.6 Les données sur le nouveau-né *10*
1.2.9 Stratégie d'analyse 10
Résultats **11**
2.1 Profil des femmes **11**
2.2 Les antécédents **14**
2.3 Le suivi de grossesse **15**
2.4 Les pathologies de la grossesse **16**
2.5 La salle nature **17**

2.6 Le déroulement du travail 18
2.7 Les interventions pendant le travail 19
2.8 Les pathologies pendant le travail 21
2.9 Le déroulement de l'accouchement 22
2.9.1 La voie d'accouchement 22
2.9.2 Phase d'expulsion 23
2.9.3 Positions d'accouchement 24
2.9.4 Dystocie des épaules 24
2.9.5 État du périnée 25
2.10 La délivrance 25
2.11 Le nouveau-né 27
2.11.1 Le sexe 27
2.11.2 Les mensurations 28
2.11.3 Le pH au cordon 28
2.11.4 Adaptation à la vie extra-utérine 28
2.11.5 Les gestes de réanimation néonatale 29
2.11.6 Le mode de sortie du nouveau-né 29
2.12 Les suites de couches 30
2.12.1 L'allaitement maternel 30
2.12.2 Pathologies des suites de couches 30
2.12.3 Durée du séjour 31
2.13 Questionnaire 31
2.13.1 Connaissance de la salle nature 31
2.13.2 Quelles motivations pour accoucher en salle nature ? 32
2.13.3 La grossesse 32
2.13.4 Le travail et l'accouchement 33
2.13.5 Propositions d'améliorations 34
Discussion 35
3.1 Analyse des résultats 35
3.1.1 1ère hypothèse 35
3.1.2 2ème hypothèse 37
3.1.2.1 Début du travail et transferts 37
3.1.2.2 Interventions et thérapeutiques 38
3.1.2.3 Issues obstétrico-pédiatriques 40
3.1.3 3ème hypothèse 43

3.2 Forces et limites de l'étude.....46
3.2.1 Forces de l’étude 46
3.2.2 Limites de l’étude 46
3.3 Propositions 47
Conclusion.....49

Liste des tableaux

Tableau 1 : âge maternel....12
Tableau 2 : mode de vie familial....12
Tableau 3 : origine ethnique....12
Tableau 4 : catégories socio-professionnelles....13
Tableau 5 : type de protection sociale....13
Tableau 6 : conduites addictives....13
Tableau 7 : parité....14
Tableau 8 : antécédent de stérilité....14
Tableau 9 : professionnel de suivi....15
Tableau 10 : portage de Streptocoque B....15
Tableau 11 : pathologies en cours de grossesse....16
Tableau 12 : hospitalisation éventuelle....17
Tableau 13 : durée d'ouverture de l'œuf et durée de la phase active....19
Tableau 14 : analgésie au cours du travail....20
Tableau 15 : interventions au cours du travail....20
Tableau 16 : type d'intervention au cours du travail....21
Tableau 17 : pathologies au cours du travail....21
Tableau 18 : type de pathologie au cours du travail....22
Tableau 19 : mode d'accouchement....23
Tableau 20 : durée de la phase d'expulsion....23
Tableau 21 : temps d'expulsion....23
Tableau 22 : positions d'accouchement....24
Tableau 23 : état du périnée après la naissance....25
Tableau 24 : type de délivrance (1)....26
Tableau 25 : type de délivrance (2)....26
Tableau 26 : hémorragie du post-partum....27
Tableau 27 : sexe du nouveau-né....27
Tableau 28 : mensurations du nouveau-né....28
Tableau 29 : état acido-basique à la naissance....28
Tableau 30 : adaptation à la vie extra-utérine....29
Tableau 31 : réanimation à la naissance....29
Tableau 32 : mode de sortie....30
Tableau 33 : allaitement....30

Tableau 34 : pathologies des suites de couches.....30
Tableau 35 : sortie précoce.....31

Liste des figures

Figure 1 : Indications de transfert en salle de naissance classique (n=21) 18
Figure 2 : préparation à la naissance 32
Figure 3 : type de matériel utilisé.....33

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire « Salle Nature » 54
Annexe II : Protocoles « Salle Nature ».....57
Annexe III : Photos « Salle Nature » 60
Annexe IV : Un pôle physiologique au sein de la maternité Port-Royal 62

Lexique

CNGOF : collège national des gynécologues et obstétriciens français

CIANE : collectif inter-associatif autour de la naissance

IMC : indice de masse corporelle

PV : prélèvement vaginal

SA : semaine d'aménorrhée

RCF : rythme cardiaque fœtal

DDO : durée d'ouverture de l'œuf

HPP : hémorragie du post-partum

PC : périmètre crânien

CSP : catégorie socio-professionelle

DOM-TOM : département outre-mer, territoire outre-mer

CMU : couverture maladie universelle

AME : aide médicale d'état

AMP : aide médicale à la procréation

FIV : fécondation in vitro

ICSI : injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde

Cs : consultation

nr : non renseigné

MAP : menace d'accouchement prématuré

HTA : hypertension artérielle

RAM : rupture artificielle des membranes

ARCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal

LA : liquide amniotique

DD : décubitus dorsal

DL : décubitus latéral

RU : révision utérine

DA : délivrance artificielle

SDC : suites de couche

HAS : haute autorité de santé

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

VB : voie basse

m +- sd : moyenne +- écart-type

Introduction

Depuis quelques années, des projets émergent pour accompagner au mieux les femmes enceintes à bas risque dans leur grossesse, leur accouchement, et leurs suites de couches en respectant la physiologie de ces événements. Parmi ces projets on note le suivi global, les maisons de naissance ou bien encore les pôles ou salles physiologiques (1).

Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) considère une grossesse et un accouchement comme physiologiques au vue de leur bon déroulement. Il propose de créer pour les femmes qui le souhaitent des espaces de type pôle physiologique, ou des « maisons de naissance hospitalières », c'est à dire des maisons de naissance attenantes à une structure hospitalière (2,3). Ces propositions de projets sont destinées aux femmes dites à bas risque obstétrical selon les définitions de la haute autorité de santé (HAS) (4). Mais la difficulté de définir et de conserver cette notion de bas risque tout le long de la grossesse, du travail et de l'accouchement est soulignée par de nombreux auteurs (5-8).

Une salle physiologique ou encore une salle nature se définit comme un lieu réservé aux femmes souhaitant accoucher le plus naturellement possible et aménagé en conséquence. Ces pôles physiologiques sont organisés afin de proposer la prise en charge la plus optimale. Du matériel est mis à disposition des femmes : lit d'accouchement, baignoire, liane de suspension, ballon, coussins, musique … Le but est de permettre à la femme d'être le plus confortable possible (9).

L'utilisation du bain pendant le travail a été étudiée dans la littérature (10,11). *Da Silva et al*, ont mené une étude auprès de 108 femmes, la moitié a bénéficié du bain pendant le travail, l'autre moitié non (10). Selon les auteurs, les patientes sont significativement moins algiques lorsqu'elles ont séjourné dans le bain. La méta-analyse de *Cluett et al* regroupe 12 essais avec 3243 femmes (11). Il est retrouvé significativement un recours moins important à l'analgésie péridurale et les femmes sont plus satisfaites.

Un pôle ou un espace physiologique peut être constitué de plusieurs de ces salles. Il fait partie intégrante de la maternité. Il ne s'agit pas d'une structure autonome, contrairement aux maisons de naissance (12). La définition n'implique pas que du personnel lui soit spécialement dédié.

L'expérimentation des maisons de naissance a été autorisée le 6 décembre 2013 pour une durée de 5 ans (13,14). La définition française en est alors donnée : il s'agit d'une structure où les sages-femmes sont autonomes et réalisent les accouchements des femmes dont elles ont réalisé le suivi (15). La-dite structure doit être attenante à une maternité et liée par une convention permettant la réalisation d'un éventuel transfert de la maison de naissance à la maternité. Cependant le lieu reste séparé et n'est pas dépendant de la maternité, ni de ses protocoles (16).
On parle souvent de maison de naissance alors qu'il s'agit en réalité de pôle physiologique au sein d'une maternité (12).

Seul 2 études françaises sur les salles ou les pôles physiologiques sont retrouvées dans la littérature (17,18). Un mémoire d'étudiant sage-femme réalisé en 2013 est une étude sur les salles physiologiques (17). Il rapporte les entretiens de 13 femmes, (uniquement des multipares) ayant accouché en salle « nature » en Alsace. Le but était de recueillir leur vécu et leurs caractéristiques personnelles. Il a été impossible de détacher un profil particulier en raison du faible échantillon de patientes. Il en ressort que la majorité d'entre elles ont été satisfaite de leur accouchement, de l'accompagnement et du matériel présent. L'étude sociologique de *C. Launay et M-I. Vives*, a été également réalisée sur les pôles physiologiques présents dans les maternités de type 3 (18). Cette étude montre l'importance d'impliquer tous les professionnels de santé amenés à exercer au sein du pôle physiologique, pour que les objectifs puissent être atteints. La présence d'un pôle physiologique au sein d'une maternité peut se suffir à lui-même ; mais l'ambition peut également aller plus loin en apportant un autre regard sur la prise en charge des grossesses et des accouchements physiologiques et ainsi en transformant la prise en charge de toutes les femmes enceintes.

Le CIANE (collectif inter-associatif autour de la naissance) en juillet 2013 a référencé 89 pôles physiologiques et « maisons de naissance » répartis dans toute la France, à la fois dans des maternités de type 1, 2 ou 3, dans des hôpitaux publics comme dans

des cliniques privées (19, 20, 21). On en retrouve par exemple, à Lyon dans la maternité de type 3 de l'hôpital de la Croix-Rousse, ou encore à Strasbourg la « maison de la naissance » avec le Pr Nisand (22, 23, 24). Une salle nature a récemment ouvert en mai 2014 au sein de la maternité Port-Royal à Paris.

L'actuelle maternité Port-Royal est née de la fusion de la maternité St Vincent de Paul et de l'ancienne maternité Port-Royal (25). Son objectif est de proposer une prise en charge pour toutes les femmes quelle que soit leur risque. Une prise en charge poussée de la pathologie en fait un centre de référence en Ile de France pour les grossesses à haut risque. Né de ce désir, les professionnels de l'équipe émettent le souhait d'en développer un autre aspect complémentaire, celui de la physiologie. Ce désir ne vient pas seulement de la structure et des professionnels de santé, mais aussi de la part des premières concernées : les femmes. Le CIANE a mené une enquête auprès de 5460 jeunes accouchées en 2012 en recensant leur opinion sur l'accouchement en milieu hospitalier (29). Il en ressort diverses informations : ces dernières aimeraient se mobiliser davantage pendant le travail et l'expulsion, et bénéficier d'un meilleur accompagnement dans la douleur, avec une meilleure prise en compte de leur projet de naissance.
Une adéquation entre les souhaits de la patiente sur le déroulement de son accouchement et la réalité de la prise en charge hospitalière actuelle est possible ; l'existence d'une salle nature y contribue.
Différentes mesures sont alors mises en place pour prendre en charge les femmes dites à bas risque et proposer un suivi adapté.

Il est proposé notamment un suivi semi-global par une sage-femme libérale grâce à un réseau ville-hôpital, où la même sage-femme accompagnera tout le parcours de la femme (consultations obstétricales, préparation à la naissance et à la parentalité, suites de couches au domicile) hormis le temps de l'accouchement (26).

En parallèle, une salle dite « nature » est créée et intégrée à la salle de naissance de Port-Royal. Cette salle nature s'intègre dans un respect de la physiologie et est destinée à des patientes souhaitant accoucher sans analgésie péridurale (27).

Un protocole de service est créé pour encadrer les modalités d'utilisation de la salle nature. La surveillance du rythme cardiaque fœtal est en continu à partir d'une

dilatation de 5 cm (hors baignoire) et non en discontinue. Les sages-femmes prenant en charge les patientes qui souhaitent accoucher en salle nature sont celles de garde ce jour-là, aucun personnel n'est dédié spécifiquement à l'endroit (source interne).

Des formations sont également mises en place pour les sages-femmes. Elles sont notamment formées aux positions d'accouchement, une application de ces compétences semble évidente dans le cadre d'accouchement sans péridurale et de la salle nature (28).

C'est pourquoi, nous avons décidé d'évaluer cette salle nature dans le but de l'améliorer et de proposer aux femmes une prise en charge toujours plus adaptée à leurs besoins.

Matériel et méthode

1.1 Problématique et Hypothèses

1.1.1 Problématique

Comment le profil, le suivi de grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches des femmes accouchant en salle nature différent-ils des femmes accouchant en salle de naissance classique pour une même population de femmes à bas risque ?

1.1.2 Hypothèses

Dans le but de répondre à notre problématique nous avons formulé plusieurs hypothèses :

- Les femmes accouchant en salle nature ont un profil et un suivi de grossesse différent des femmes accouchant en salle de naissance classique.
- Les femmes accouchant en salle nature ont un travail, un accouchement et des suites de couches avec moins de complications obstétrico-pédiatriques, associés à moins d'interventions et de thérapeutiques pendant le travail.
- Les femmes ayant utilisé la salle nature sont satisfaites de leur prise en charge et font des propositions dans le but de l'améliorer.

1.1.3 Objectifs de l'étude

Nous avons par ailleurs donné à notre étude plusieurs objectifs :

- décrire le profil des femmes qui accouchent en salle nature à la maternité Port Royal.
- décrire le déroulement de la grossesse, du travail, de l'accouchement et des suites de couches des femmes qui accouchent en salle nature.
- permettre d'améliorer la salle nature pour répondre au mieux aux besoins des femmes enceintes concernées.

1.2 Matériel et méthodes

1.2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude cas-témoin.

1.2.2 Lieu de l'étude

Cette étude a lieu à la maternité Port-Royal.

1.2.3 Période de l'étude

La période concernée est du 9 mai 2014 au 31 décembre 2014.

1.2.4 Population de l'étude

Le groupe « salle nature » est composé de femmes à bas risque ayant commencé leur travail en salle nature, que l'accouchement se soit terminé ou non dans cette même salle.
Le groupe « témoin » est composé de femmes à bas risque ayant accouché à la maternité Port-Royal en salle de naissance classique.

1.2.5 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- femmes sans antécédents médico-chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux particuliers
- grossesse singleton
- grossesse de déroulement normal
- présentation céphalique à l'accouchement
- accouchement entre 37 et 42 SA
- femmes entrant en travail spontanément (sans déclenchement)

1.2.6 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- antécédents médico-chirurgicaux ou gynécologiques pouvant avoir un retentissement sur le déroulement de la grossesse et l'accouchement
- utérus cicatriciel
- grossesse multiple
- grossesse présentant une pathologie pouvant avoir une influence sur le déroulement du travail ou de l'accouchement
- présentation non céphalique à l'accouchement
- accouchement prématuré (<37SA)
- terme dépassé (>42SA)
- déclenchement

1.2.7 Constitution d'échantillon

Le groupe « salle nature » est constitué de toutes les femmes ayant commencé leur travail en salle nature de la maternité Port Royal du 9 mai 2014 au 31 décembre 2014. Cela représente 62 patientes. Cependant 3 dossiers n'ont pas été retrouvés, nous avons donc 59 dossiers à étudier (n cas = 59).

Le groupe « témoin » est constitué de femmes à bas risque ayant accouché en salle de naissance classique à la maternité Port-Royal. Pour chaque cas en salle nature, il a été choisi deux patientes ayant accouché en salle de naissance classique le même jour, afin d'augmenter la puissance statistique de l'étude. Il doit s'agir de femmes dites à bas risque comme dans le groupe «salle nature», les femmes du groupe témoin ayant pu en théorie accoucher en salle nature si elles l'avaient souhaité. Cela représente donc 118 patientes (n témoin = 118).

Les dossiers ont été sélectionnés à partir de la base de données DIAMM de la maternité Port-Royal, puis consultés aux archives de cette même maternité.

1.2.8 Recueil de données

Les variables suivantes ont été retenues afin de décrire le profil des femmes, le déroulement de la grossesse, du travail, de l'accouchement et des suites de couches :

1.2.8.1 Les données sur le profil des patientes

- âge
- situation maritale
- mode de vie familial
- origine géographique
- catégorie socio-professionnelle
- présence de conduites addictives
- couverture sociale
- indice de masse corporelle (IMC)
- stérilité précédent la grossesse
- antécédents obstétricaux : gestité, parité

1.2.8.2 Les données sur le suivi de grossesse

- terme de la première consultation
- nombre de consultations prénatales
- professionnel assurant le suivi de la grossesse : sage-femme ou médecin
- pathologies pendant la grossesse
- hospitalisation pendant la grossesse, si oui nombre de jours d'hospitalisation
- prélèvement vaginal pour la recherche du Streptocoque B

1.2.8.3 Les données sur le déroulement du travail

- terme de l'accouchement en semaine d'aménorrhée (SA)
- lieu du travail : salle nature ou salle de naissance classique
- pathologies en cours de travail
- interventions médicales pendant le travail
- transfert en salle de naissance avec son indication
- surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant le travail
- anesthésie
- durée d'ouverture de l'œuf
- durée de la phase active
- utilisation de la baignoire, si oui nombre d'heures d'utilisation
- utilisation de la liane de suspension

1.2.8.4 Les données sur le déroulement de l'accouchement

- lieu effectif de l'accouchement
- mode d'accouchement
- position d'expulsion
- durée de l'expulsion
- type de délivrance
- hémorragie du post-partum
- état du périnée

1.2.8.5 Les données sur les suites de couches maternelles

- pathologies des suites de couches
- durée du séjour en maternité
- nature de l'allaitement

1.2.8.6 Les données sur le nouveau-né

- sexe de l'enfant
- score d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes de vie
- pH au cordon
- geste de réanimation néonatale
- mensurations : poids, taille, périmètre crânien (PC)
- mode de sortie de l'enfant
- pathologies néonatales

Dans le but de recueillir l'avis des femmes ayant commencé leur travail en salle nature, un questionnaire a été envoyé à ces femmes (joint en annexe). Sur les 59 patientes concernées, 24 patientes nous ont répondu.

1.2.9 Stratégie d'analyse

Les informations ont été recueillies à partir des dossiers des archives de la maternité Port Royal. Les groupes «salle nature» et « témoin » ont été comparés à l'aide du test de Chi2, du test de Fisher et du test de Student selon les différentes situations et avec un intervalle de confiance à 95%.

Résultats

2.1 Profil des femmes

On n'observe pas de différence entre les 2 groupes concernant l'âge maternel avec une moyenne d'âge de 32 ans.

Le mode de vie familial n'est pas significativement différent entre les deux groupes, avec 11,8% de femmes vivant seules dans le groupe « salle nature » et 17,8% dans le groupe « témoin ».

On peut constater des différences concernant l'origine géographique entre les deux groupes : il y a un nombre plus important de femmes d'origine française, 67,8% dans le groupe « salle nature » contre 55,1% dans le groupe « témoin ». Il y a de façon générale, plus de femmes européennes (hors France) dans le groupe « salle nature » (11,9% contre 5,9%), et plus de femmes d'origine maghrébine et africaine dans le groupe témoin (respectivement 14,4% versus 6,8% et 14,4% versus 3,4%). Ces différences sont à la limite de la significativité (p =0,053).

Les catégories socio-professionnelles (CSP) sont différentes dans les deux groupes. On observe davantage de cadres et autres professions intellectuelles supérieures dans le groupe « salle nature » 28,8% contre 18,6% dans le groupe témoin. Il y a également une représentation beaucoup plus importante des professions de santé (médecin, sage-femme, infirmière et aide-soignante) : 20,3% dans le groupe « salle nature » et 5,9% dans le groupe témoin. La catégorie des employés dans le groupe témoin est plus importante 27,1% contre 6,8%. Ces différences sont significatives (p=0,01).

Les femmes avec une sécurité sociale sont proportionnellement plus nombreuses dans le groupe « salle nature » 91,5% contre 82,2% pour le groupe témoin. Ces différences ne sont pas significatives (p=0,41).

À propos des conduites addictives, la consommation de tabac n'est quasiment pas retrouvée dans le groupe « salle nature », 3,4% contre 11,9% dans le groupe témoin. La différence n'est pas significative (p=0,09). Aucune consommation d'alcool ou d'autres drogues n'est retrouvée dans les deux groupes.

	Cas (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
	m ± sd	m ± sd	
Age maternel	32,03 ± 4,8	32,6 +-5,3	0,47

Tableau 1 : âge maternel

Mode de vie familial	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
En couple	52 (88,1%)	97 (82,2%)	0,31
Seule	7 (11,8%)	21 (17,8%)	

Tableau 2 : mode de vie familial

Origine ethnique	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
France et DOM-TOM	40 (67,8%)	65 (55,1%)	
Europe (hors France)	7 (11,9%)	7 (5,9 %)	
Maghreb	4 (6,8%)	17 (14,4%)	**0,05**
Afrique	2 (3,4%)	17 (14,4%)	
Asie	3 (5,1%)	9 (7,6%)	
Autre	3 (5,1%)	3 (2,5%)	

Tableau 3 : origine ethnique

Catégorie socioprofessionnelle	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	2 (3,4%)	2 (1,7%)	**0,01**
Cadres et professions intellectuelles supérieures	17 (28,8%)	22 (18,6%)	
Profession de santé	12 (20,3%)	7 (5,9%)	
Profession intermédiaire	13 (22,0%)	27 (22,9%)	
Employés	4 (6,8%)	32 (27,1%)	
Ouvrier	2 (3,4%)	5 (4,2%)	
Étudiant	3 (5,1%)	7 (5,9%)	
sans profession	6 (10,2%)	16 (13,6%)	

Tableau 4 : catégories socio-professionnelles

Protection sociale	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Sécurité Sociale	54 (91,5%)	97 (82,2%)	0,41
CMU	2 (3,4%)	7 (5,9%)	
AME	3 (5,1%)	10 (8,5%)	
aucune	0 (0%)	4 (3,4%)	

Tableau 5 : type de protection sociale

Conduites addictives	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
non	57 (96,6%)	104 (88,1%)	0,09
tabac	2 (3,4%)	14 (11,9%)	

Tableau 6 : conduites addictives

2.2 Les antécédents

La gestité est similaire dans les deux groupes de 2,14+-1,2 pour les femmes du groupe « salle nature » et de 2,14+-1,3 pour les témoins (p=0,96).

La parité est notée avant l'accouchement, elle est de 0,83+-0,91 pour le groupe « salle nature » et de 0,68+-0,87 pour le groupe témoin, cette différence n'est pas significative (p=0,28).

Parité	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Nullipare	24 (40,7%)	59 (50%)	0.67
Primipare	25 (42,4%)	44 (37,3%)	
2e pare	8 (13,6%)	12 (10,2%)	
3e pare et plus	2 (3,4%)	3 (2,5%)	

Tableau 7 : parité

Concernant les antécédents de stérilité, les groupes sont homogènes sans différence significative.

Stérilité	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Non	57 (96,6%)	113 (95,8%)	0,71
Stimulation simple	0 (0%)	1 (0,8%)	
FIV	1 (1,7%)	4 (3,4%)	
FIV ICSI	1 (1,7%)	0 (0%)	

Tableau 8 : antécédent de stérilité

L'indice de masse corporelle (IMC) est normal et proche dans les 2 groupes, respectivement de 21,3+-2,96 et 21,8+-3,3. Il n'y a pas de différence significative (p=0,38).

Pour les antécédents médico-chirurgicaux et gynécologiques, ils ne sont pas renseignés puisqu'un des critères d'exclusion de l'étude est la présence

d'antécédents particuliers pouvant avoir un impact sur le déroulement de la grossesse ou de l'accouchement.
Les antécédents obstétricaux, lorsqu'il y en a, sont tous sans particularités et sont des antécédents d'accouchement voie basse comme précisé dans les critères d'inclusion et d'exclusion.

2.3 Le suivi de grossesse

Les femmes du groupe « salle nature » ont consulté à la maternité pour la première fois, en moyenne plus tôt que le groupe témoin avec un terme moyen de 17,5+-5,4 contre 18,4+-6,5, sans que cette différence soit significative (p=0,2).
Le nombre de consultations prénatales est lui significativement plus important (p=0,02) chez les femmes du groupe « salle nature » avec en moyenne 6,3+-1,8 consultations dans le groupe salle nature et 5,6+-1,8 consultations dans le groupe témoin.
Le professionnel de la maternité qui assure le suivi de la grossesse était soit une sage-femme, soit un médecin gynécologue-obstétricien, sans différence significative entre les 2 groupes (p=0,67).

Professionnel du suivi	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Sage-femme	27 (45,8%)	50 (42,4%)	0,67
Médecin	32 (54,2%)	68 (57,6%)	

Tableau 9 : professionnel de suivi

Le prélèvement vaginal de fin de grossesse est majoritairement négatif : 72,9% de prélèvement négatif au Streptocoque B dans le groupe « salle nature » versus 83,9% dans le groupe témoin. Il n'y a pas de différence significative (p=0,37).

PV	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
négatif	43 (72,9%)	99 (83,9%)	
positif	13 (22,0%)	15 (12,7%)	0,37
Non renseigné (nr)	3 (5,1%)	4 (3,4%)	

Tableau 10 : portage de Streptocoque B

2.4 Les pathologies de la grossesse

La présence de pathologie de la grossesse est présente dans les deux groupes, il a été vérifié que ces pathologies n'ont pas d'influence sur le déroulement du travail ou de l'accouchement. La majorité des femmes avait une grossesse normale : 86,4% dans le groupe « salle nature » et 77,1% dans le groupe témoin (p=0,95).

Les pathologies rencontrées sont les suivantes :

- Il y avait des diabètes gestationnels sous régime sans retentissement fœtal : 5,1% dans le groupe « salle nature » et 7,6% dans le groupe témoin.
- Des menaces d'accouchement prématuré (MAP) sont également retrouvées 5,1% dans le groupe « salle nature » et 6,8% dans le groupe témoin.
- La présence d'autres pathologies comme des métrorragies sans étiologie retrouvée, de la fièvre ou de l'hypertension artérielle (HTA) sans pré-éclampsie sont notées. Dans le groupe « salle nature », 1 patiente a présenté un condylome périnéal découvert pendant la grossesse et non traité car sans gravité particulière. Dans le groupe témoin, on retrouve une vésicule biliaire lithiasique, un oligoamnios modéré de fin de grossesse et une anémie traitée par Ferinject® pour une hémoglobinémie à 9,0 g/dl.

Toutes ces différences concernant la survenue de pathologie de grossesse ne sont pas significatives (p=0,95).

Pathologies de la grossesse	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Aucune	51 (86,4%)	92 (78,0%)	0,95
Diabète gestationnel	3 (5,1%)	9 (7,6%)	
MAP	3 (5,1%)	8 (6,8%)	
métrorragies	1 (1,7%)	2 (1,7%)	
fièvre	0 (0%)	2 (1,7%)	
HTA	0 (0%)	2 (1,7%)	
autres	1 (1,7%)	3 (2,5%)	

Tableau 11 : pathologies en cours de grossesse

Ces diverses pathologies ont parfois conduit à une hospitalisation ; c'est le cas pour 8,5% des patientes du groupe « salle nature » et pour 13,6% du groupe témoin, une différence non significative (p=0,32).
Ces hospitalisations ont duré en moyenne 3,75+-4,2 jours dans le groupe « salle nature » et 3,2+-2,2 dans le groupe «témoin ».

Hospitalisation	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
oui non	5 (8,5%) 54 (91,5%)	16 (13,6%) 102 (86,4%)	0,32
	m ± sd	m ± sd	
Jours d'hospitalisation	3,75 ± 4,2	3,2 ± 2,2	0,81

Tableau 12 : hospitalisation éventuelle

2.5 La salle nature

En salle nature, de nombreux matériels sont mis à disposition des patientes : la baignoire a été utilisée par 54,2% des patientes, et la liane de suspension par 6,8% (soit 4 patientes) des patientes lors de leur travail.
Le temps d'utilisation de la baignoire est en moyenne d'1,44+-1 heure.

Dans le groupe « salle nature », toutes les femmes ont commencé leur travail en salle nature. Certaines y ont effectivement accouché, mais d'autres ont dû être transférées en salle de naissance classique.

Les patientes du groupe «salle nature» ayant effectivement accouché en salle nature sont au nombre de 38, 21 patientes ont dû être transférées en salle de naissance classique. Cela représente 35,6% de transferts de la salle nature vers la salle de naissance classique.

Les indications de transfert vers la salle de naissance classique étaient : 66,7% pour souhait d'APD, 23,8% pour anomalie du RCF, 9,5% pour dystocie dynamique.

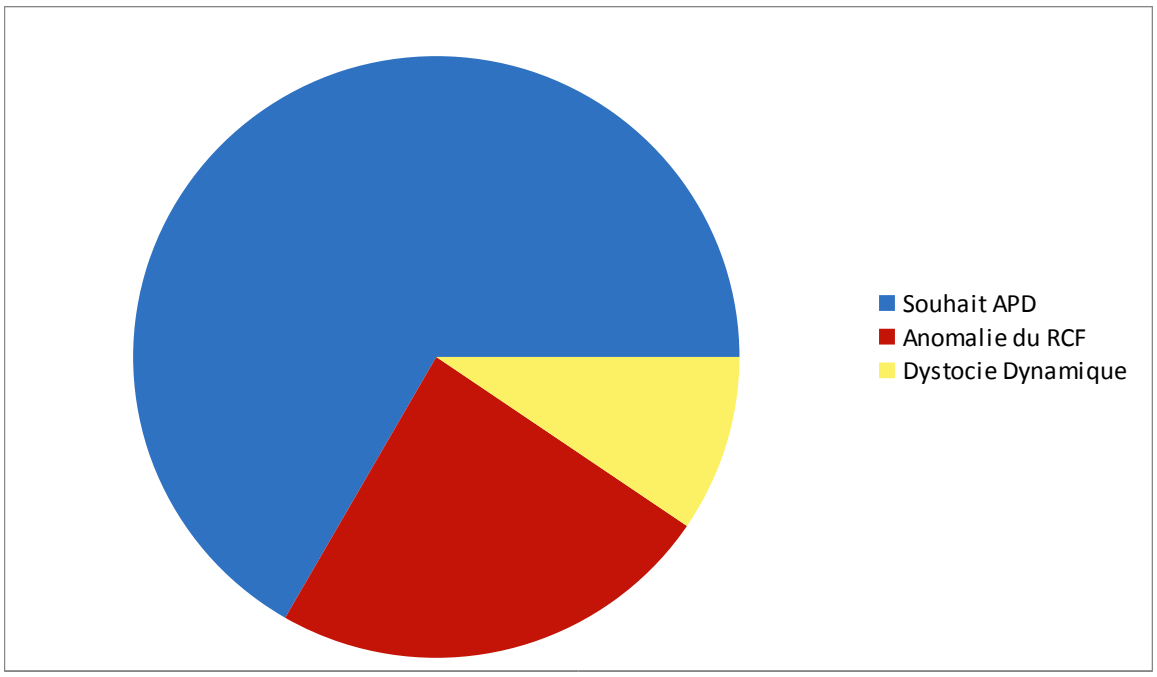


Figure 1 : Indications de transfert en salle de naissance classique (n=21)

Toutes les patientes qui ont été transférées en salle de naissance classique pour anomalie du RCF et dystocie dynamique on eut une anesthésie péridurale. Seule une patiente transférée pour souhait d'APD n'a pas eu d'anesthésie car l'accouchement a suivi peu après le transfert.
Parmi les patientes transférées, il y a 16 nullipares et 5 primipares, soit une parité de transfert moyenne de 0,24+-0,44.

2.6 Le déroulement du travail

Le terme d'accouchement est le même dans les 2 groupes : 39,8+-0,9 SA pour le groupe « salle nature » et 39,8+-1 SA pour le groupe témoin (p=0,84).

La durée de la phase active est considérée comme la période de 4 cm jusqu'au moment de l'accouchement (30). La durée d'ouverture de l'œuf et la durée de la phase active sont significativement plus courtes dans le groupe « salle nature » que dans le groupe témoin (respectivement p=0,04 et p=0,01).

	Cas (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
	m ± sd	m ± sd	
DDO	4,2 ± 8,5	7,3 ± 10,6	**0,04**
Durée de la phase active	4,3 ± 3,7	5,8 ± 3,1	**0,01**

Tableau 13 : durée d'ouverture de l'œuf et durée de la phase active

2.7 Les interventions pendant le travail

La nature des interventions médicales retrouvées sont : l'usage d'ocytocine, la rupture artificielle des membranes (RAM), la rotation manuelle en cas de présentation postérieure et une anesthésie quelle que soit sa nature.

La majorité des patientes du groupe « salle nature » n'ont pas eu d'anesthésie pendant le travail ou l'accouchement : 64,4% sans analgésie contre 5,9% dans le groupe témoin. Pour information, dans le groupe « salle nature », une patiente qui a été transférée en salle de naissance classique n'a pas eu d'analgésie péridurale, en raison d'un accouchement survenu immédiatement après le transfert. Toutes les autres patientes transférées ont eu une anesthésie péridurale. Une seule femme qui ayant accouché en salle nature a eu une anesthésie, il s'agissait d'une analgésie des nerfs honteux pour douleurs au moment de l'expulsion.

Dans le groupe témoin, 93,2% des patientes ont eu une anesthésie péridurale, 1 patiente a eu du protoxyde d'azote et 7 patientes ont accouché sans péridurale. Il n'est pas retrouvé dans le dossier obstétrical, la raison pour laquelle ces patientes sans anesthésie n'ont pas accouché en salle nature.
Ces différences concernant l'anesthésie sont significatives ($p<0,01$).

Analgésie pendant le travail	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Aucune	38 (64,4%)	7 (5,9%)	
Péridurale	20 (33,9%)	110 (93,2%)	**<0,01**
Autre	1 (1,7%)	1 (0,8%)	

Tableau 14 : analgésie au cours du travail

Dans le groupe « salle nature », 23,7% des patientes ont eu une intervention médicale pendant le travail, contre 52,5% dans le groupe témoin (hors toute intervention de type analgésie). Ces interventions médicales ont toujours eu lieu chez les femmes qui ont été transférées en salle de naissance classique. Aucune intervention n'a eu lieu en salle nature. Cette différence est significative (p<0,01).

Intervention	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Non	45 (76,3%)	56 (47,5%)	
Oui	14 (23,7%)	62 (52,5%)	**<0,01**

Tableau 15 : interventions au cours du travail

22,0% des patientes du groupe « salle nature » ont eu de l'ocytocine pendant le travail, contre 35,6% dans le groupe témoin. Une rupture artificielle des membranes (RAM) a été nécessaire pour 6,8% des femmes du groupe « salle nature » et 18,6% des témoins.

Les rotations manuelles n'ont été observées que dans le groupe témoin chez 2,5% des patientes. Ces différences sur la nature des interventions médicales ne sont pas significatives (p=0,69).

Type d'Intervention	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Ocytociques	13 (22,0%)	42 (35,6%)	0,69
RAM	4 (6,8%)	22 (18,6%)	
rotation manuelle	0 (0%)	3 (2,5%)	

Tableau 16 : type d'intervention au cours du travail

2.8 Les pathologies pendant le travail

Une pathologie du travail est moins fréquemment notée dans le groupe « salle nature » que dans le groupe témoin : 25,4% contre 48,3%. Cette différence est significative (p<0,01).

Pathologie du travail	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
non	44 (74,6%)	61 (51,7%)	**<0,01**
oui	15 (25,4%)	57 (48,3%)	

Tableau 17 : pathologies au cours du travail

Les pathologies suivantes ont été retrouvées :

- Une dystocie dynamique est définie par une stagnation de la dilatation pendant plus d'une heure (28).
- Il est retrouvé des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) : décélérations du rythme cardiaque fœtal répétées.
- La couleur du liquide amniotique a été notée comme pathologique en cas de liquide méconial.
- Une hyperthermie est une température maternelle supérieure à 38 °C.

Parmi les femmes qui ont accouché en salle nature, une seule a développé une pathologie : il s'agissait de la présence de liquide amniotique méconial à l'expulsion sans autre pathologie associée. Le liquide amniotique méconial est une contre-indication à un accouchement en salle nature, mais ce dernier n'est survenu qu'au

moment de l'expulsion et donc n'a pas fait l'objet d'un transfert en salle de naissance classique. Les autres pathologies du groupe « salle nature » ont concerné les femmes transférées en salle de naissance classique.

Ainsi il n'y a pas de différence significative quant à la nature des pathologies rencontrées pendant le travail entre les 2 groupes (p=0,31).

Pathologie du travail	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
ARCF	5 (8,5%)	27 (22,9%)	0,64
stagnation	10 (16,9%)	37 (31,4%)	
Hyperthermie	1 (1,7%)	3 (2,5%)	
LA méconial	1 (1,7%)	2 (1,7%)	

Tableau 18 : type de pathologie au cours du travail

2.9 Le déroulement de l'accouchement

2.9.1 La voie d'accouchement

La voie basse spontanée est extrêmement majoritaire dans le groupe « salle nature » avec 96,6% des accouchements, alors qu'elle est de 78,8% des accouchements du groupe témoin. Il y a 3,4% de voies basses instrumentales et aucune césarienne dans le groupe « salle nature ». Ces extractions instrumentales n'ont pas eu lieu en salle nature, mais chez des femmes qui ont dû être transférées en salle de naissance classique. Enfin, chez les témoins, on observe 11,9% de voies basses instrumentales et 9,3% de césariennes. Les différences sont significatives (p<0,01) en ce qui concerne la voie d'accouchement.

Toutes les naissances, dans le groupe « salle nature » comme dans le groupe témoin, ont eu lieu en occipito-pubien (OP) et aucune en occipito-sacré (OS)

Mode d'Accouchement	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Voie Basse Spontanée	57 (96,6%)	93 (78,8%)	
Voie Basse Instrumentale	2 (3,4%)	14 (11,9%)	**<0,01**
Césarienne	0 (0%)	11 (9,3%)	

Tableau 19 : mode d'accouchement

2.9.2 Phase d'expulsion

La durée de la phase d'expulsion est la même dans les deux groupes : 14,5+-13 minutes dans le groupe « salle nature » et 14,9+-10,6 minutes dans le groupe témoin. Dans le groupe « salle nature », la durée d'expulsion va de moins d'une minute à 50 minutes. Au même titre, dans le groupe témoin, elle s'étend de 1 à 52 minutes.

	Cas (n=59)	**Témoin VB** (n=107)	p
	m ± sd	m ± sd	
Durée de la Phase d'Expulsion (min)	14,5+-13	14,9+-10,6	0,83

Tableau 20 : durée de la phase d'expulsion

Temps d'expulsion	**Cas** (n=59)	**Témoin VB** (n=107)	p
0-15 min	42 (71,2%)	67 (62,6%)	
16-30 min	8 (13,6%)	33 (30,8%)	**0,01**
31-45 min	8 (13,6%)	4 (3,7%)	
>45 min	1 (1,6%)	3 (2,9%)	

Tableau 21 : temps d'expulsion

Elle est majoritairement de moins de 30 minutes dans le groupe témoin (93,4%). Le temps d'expulsion de 31 à 45 minutes est plus fréquemment retrouvé dans le groupe « salle nature ».

La durée d’expulsion est significativement différente entre les deux groupes (p=0,01), bien que les moyennes ne soient pas différentes.

2.9.3 Positions d'accouchement

La position d'accouchement en décubitus dorsal est moins utilisée chez les femmes du groupe « salle nature » que celle du groupe témoin : 64,4% contre 86,9%. Les autres positions sont davantage présentes chez les femmes du groupe « salle nature » : décubitus latéral, position dite à « 4 pattes », assise et accroupie (en tout : 35,6% contre 13,14%).

Une fois les patientes transférées en salle de naissance classique, seule l'une d’entre elles a accouché dans une autre position que le décubitus dorsal. Il ne s'agit pas de la patiente qui a accouché sans péridurale.

On note tout de même la présence d’autres positions que le décubitus dorsal dans le groupe témoin.

Ces différences concernant les positions d’accouchement sont significatives (p<0,01).

Positions d'accouchement	**Cas** (n=59)	**Témoin VB** (n=107)	p
DD	38 (64,4%)	93 (86,9%)	
DL	10 (16,9%)	8 (7,5%)	
Assise	4 (6,8%)	5 (4,7%)	**<0,01**
4 pattes	5 (8,5%)	1 (0,9%)	
Accroupie	2 (3,4%)	1 (0%)	

Tableau 22 : positions d'accouchement

2.9.4 Dystocie des épaules

Il n'y a aucune manœuvre de dystocie des épaules dans le groupe « salle nature ». En revanche, dans le groupe témoin, 3 manœuvres de Mac Roberts et une manœuvre de Jacquemier ont été nécessaires.

2.9.5 État du périnée

Seules 107 patientes du groupe témoin sur les 118 ont été prises en compte, car elles ont accouché par voie basse. En revanche, toutes les patientes du groupe « salle nature » ont été incluses car elles ont toutes accouché par voie basse. On remarque un taux légèrement plus important de périnée intact chez les femmes du groupe « salle nature » : 30,5% contre 26,2% dans le groupe témoin. L'épisiotomie est plus fréquente chez les témoins : 19,6% contre 10,2% des accouchements des femmes du groupe « salle nature ». Il est observé davantage de déchirures simples dans le groupe « salle nature » (57,6%) que dans le groupe témoin (50,5%). Aucun périnée complet compliqué n'a été observé dans les deux groupes. En revanche, on retrouve 1 périnée complet non compliqué dans le groupe « salle nature » (il s'agissait d'une femme transférée en salle de naissance classique) et 2 dans le groupe témoin. À noter, la présence de 2 déchirures cervicales dans le groupe témoin.

Ces différences ne sont pas significatives (p=0,4).

Périnée	**Cas** (n=59)	**Témoin VB** (n=107)	p
Intact	18 (30,5%)	28 (26,2%)	0,4
Déchirure simple	34 (57,6%)	54 (50,5%)	
Episiotomie	6 (10,2%)	21 (19,6%)	
Périnée complet non compliqué	1 (1,7%)	2 (1,9%)	
Déchirure cervicale	0 (0%)	2 (1,9%)	

Tableau 23 : état du périnée après la naissance

2.10 La délivrance

Une délivrance naturelle est définie quand rien n'est fait pour provoquer celle-ci (28). Une délivrance dirigée est définie, selon le protocole de service et les recommandations, comme l'injection de 5 UI d'ocytocine au dégagement de l'épaule antérieure (31).

On observe 8,5% de délivrance naturelle dans le groupe « salle nature » alors qu'aucune n'est constatée dans le groupe témoin. Ces différences entre délivrance dirigée et naturelle sont significatives (p<0,01).

Type de délivrance	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
dirigée	54 (91,5%)	118 (100%)	**<0,01**
Naturelle	5 (8,5%)	0 (0%)	

Tableau 24 : type de délivrance (1)

La délivrance est complète pour 86,4% des patientes du groupe « salle nature » contre 77,1% du groupe témoin. Les délivrances incomplètes ont été suivies d'une révision utérine (RU) : on a donc 10,2% de révision utérine dans le groupe « salle nature » et 11,9% dans le groupe témoin.
On observe moins de délivrance artificielle (DA) dans le groupe « salle nature » : 2 DA (3,4%) ont été nécessaires contre 6 DA dans le groupe témoin (5,1%). Ces différences concernant le type de délivrance ne sont pas significatives (p=0,24).

Type de délivrance	**Cas** (n=59)	**Témoin VB** (n=107)	p
Complète	51 (86,4%)	91 (77,1%)	
Incomplète (avec RU)	6 (10,2%)	14 (11,9%)	
DA	2 (3,4%)	6 (5,1%)	0,24
Dirigée au cours de la césarienne	0 (0%)	7 (5,9%)	

Tableau 25 : type de délivrance (2)

L'hémorragie du post-partum (HPP) se définit comme une perte sanguine supérieure à 500 ml dans les 24 heures suivant l'accouchement (32).

3 hémorragies du post-partum sont survenues dans le groupe « salle nature ». 1 de ces HPP est survenue lors d'un accouchement en salle nature et a nécessité une anesthésie générale pour la révision utérine. Cependant les pertes sanguines sont restées modérées et aucune mesure supplémentaire n'a pas été nécessaire. Cette hémorragie n'a pas été suivie d'une anémie du post-partum. Les 2 autres HPP sont survenues chez des femmes transférées en salle de naissance classique. Elles étaient peu sévères et faisaient suite à des délivrances incomplètes nécessitant une

révision utérine. Aucune HPP sévère n'a été observée dans le groupe « salle nature ».

Dans le groupe témoin, on observe 12,7% d'HPP dont 2,5% (3 HPP) d'HPP sévère. 2 de ces hémorragies du post-partum ont nécessité une perfusion de Sulprostone : il s'agissait d'hémorragies sévères (> 1 litre) mais qui se sont résolues sans chirurgie, ni embolisation. Ces différences ne sont pas significatives (p=0,27).

HPP	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Non	56 (94,9%)	103 (87,3%)	
500cc-1000cc	3 (5,1%)	12 (10,2%)	0,27
>1L	0 (0%)	3 (2,5%)	

Tableau 26 : hémorragie du post-partum

2.11 Le nouveau-né

2.11.1 Le sexe

Il n'y a pas de différence significative sur le sexe des enfants.

Sexe	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Féminin	30 (50,8%)	62 (52,5%)	0,83
Masculin	29 (49,2%)	56 (47,5%)	

Tableau 27 : sexe du nouveau-né

2.11.2 Les mensurations

Il n'est pas observé de différences significatives concernant le poids, la taille ou le périmètre céphalique.

	Cas (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
	m ± sd	m ± sd	
Poids (en g)	3402 ± 372	3385 ± 460	0,79
Taille (en cm)	49,4 ± 3	50 ± 1,9	0,11
PC (en cm)	35 ± 1,3	34,8 ± 1,4	0,35

Tableau 28 : mensurations du nouveau-né

2.11.3 Le pH au cordon

Le pH au cordon est en moyenne meilleur dans le groupe « salle nature » (7,3+-0,08) que dans le groupe témoin où il est de 7,26+-0,07. Cette différence de pH est significative (p<0,01).

	Cas (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
	m ± sd	m ± sd	
pH	7,3 ± 0,08	7,26 ± 0,07	**<0,01**

Tableau 29 : état acido-basique à la naissance

2.11.4 Adaptation à la vie extra-utérine

L'Apgar à la première minute de vie de l'enfant est significativement le même dans les deux groupes. En revanche l'Apgar est significativement différent (p=0,03) à 5 minutes de vie avec un Apgar à 9,9+-0,3 dans le groupe « salle nature » et à 9,7+-1 dans le groupe témoin. Il n'y a pas de différence significative concernant l'Apgar à 10 minutes de vie.

	Cas (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
	m ± sd	m ± sd	
Apgar M1	9,2 ± 1,5	9,1 ± 1,7	0,63
Apgar M5	9,9 ± 0,3	9,7 ± 1	**0,03**
Apgar M10	9,9 ± 0,1	9,9 ± 0,4	0,08

Tableau 30 : adaptation à la vie extra-utérine

2.11.5 Les gestes de réanimation néonatale

Des mesures de réanimations néonatales ont parfois été réalisées. 1 ventilation a été nécessaire dans le groupe « salle nature » : il s'agissait d'une patiente qui a accouché en salle nature. 9 ventilations et 2 intubations sont observées chez les témoins. Ces différences ne sont pas significatives.

Réanimation	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
non	58 (98,3%)	107 (90,7%)	
ventilation	1 (1,7%)	9 (7,6%)	0,22
intubation	0 (0%)	2 (1,7%)	

Tableau 31 : réanimation à la naissance

2.11.6 Le mode de sortie du nouveau-né

Le mode de sortie du nouveau-né a été la mutation immédiate vers l'unité de soins intensifs (USI, réanimation) ou l'unité mère-enfant (UME) pour 2 patientes dans le groupe « salle nature ». Il s'agissait d'une suspection d'infection materno-fœtale (sortie d'hospitalisation à J7), et d'une hypotrophie néonatale pour un enfant de 2750 g sans détresse respiratoire.

Dans le groupe témoin, il y a eu 5 mutations immédiates : 4 pour détresse respiratoire et 1 pour pneumothorax.

Ces différences ne sont pas significatives (p=1).

Mode de sortie	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
avec sa mère	57 (96,6%)	113 (95,8%)	1
mutation immédiate	2 (3,4%)	5 (4,2%)	

Tableau 32 : mode de sortie

2.12 Les suites de couches

2.12.1 L'allaitement maternel

Il y a 96,6% d'allaitement maternel chez les femmes du groupe « salle nature », et 77,1% dans le groupe témoin. Ces différences d'alimentation du nourrisson sont significatives (p<0,01).

Allaitement	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Maternel	57 (96,6%)	91 (77,1%)	**<0,01**
Artificiel	2 (3,4%)	27 (22,9%)	

Tableau 33 : allaitement

2.12.2 Pathologies des suites de couches

L'anémie est la complication la plus fréquente avec 7,6% des témoins ; cependant seule une anémie est retrouvée dans le groupe « salle nature ». Dans le groupe « salle nature » est aussi survenu 1 thrombus vaginal sans complication. Dans le groupe témoin, une endométrite, 2 hypertensions artérielles, 1 rétention d'urine et 1 disjonction de la symphyse pubienne ont été retrouvées. Ces différences sont non significatives (p=0,23).

Pathologie des SDC	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
Aucune	57 (96,6%)	104 (88,1%)	
Anémie	1 (1,7%)	9 (7,6%)	0,23
Autre	1 (1,7%)	5 (4,2%)	

Tableau 34 : pathologies des suites de couches

2.12.3 Durée du séjour

La durée du séjour en service de suites de couches était en moyenne plus courte dans le groupe « salle nature » (3.4+-1 jours) que dans le groupe témoin (3,7+-1,7 jours) ; mais cette différence n'est pas significative (p=0,15).
La notion de sortie précoce est définie par la Haute autorité de Santé (HAS) comme une sortie de la maternité avant 72h après un accouchement voie basse et avant 96 heures après une césarienne (33). Une sortie précoce a eu lieu dans 10,2% du groupe « salle nature » et dans 9,3% du groupe témoin, une différence non significative (p=0,86).

Sortie Précoce	**Cas** (n=59)	**Témoin** (n=118)	p
oui	6 (10,2%)	11 (9,3%)	0,86
non	53 (89,8%)	107 (90,7%)	

Tableau 35 : sortie précoce

2.13 Questionnaire

24 patientes ont répondu à notre questionnaire, soit 40,7% de réponses.

2.13.1 Connaissance de la salle nature

Les femmes rapportent avoir pris connaissance de la salle nature de différentes façons :
- en consultation à la maternité (5 patientes : 20,8%)
- par le panneau d'affichage des consultations (7 patientes : 29,2%)
- via le site internet de la maternité (2 patientes : 8,3%)
- lors de la visite de la maternité (2 patientes : 8,3%)
- lors de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (1 patiente : 4,2%)
- par une sage-femme libérale (2 patientes:8,3%)
- par le bouche à oreille (2 patientes:8,3%)
- par la sage-femme des urgences (3 patientes:12,5%)

Ainsi les femmes ont connu la salle nature pour 12,5% d'entre elles (3 patientes), seulement au moment de l'accouchement.

2.13.2 Quelles motivations pour accoucher en salle nature ?

Toutes les femmes désiraient accoucher sans anesthésie péridurale.
33,3 % d'entre elles déclarent qu'elles voulaient pouvoir se mobiliser, être libres de leurs mouvements. 25% des femmes ont trouvé que le matériel mis à disposition en salle nature était une motivation supplémentaire pour y accoucher.

2.13.3 La grossesse

Peu de femmes ont pu visiter la salle nature avant leur accouchement, seul 37,5% d'entre elles.
La majorité des patientes déclarent avoir eu une préparation à la naissance (95,8%) : 87,0% pendant cette grossesse, et 13,0% pendant la grossesse précédente.
Les types de PNP retrouvées sont : préparation classique (73,9%), yoga (39,1%), sophrologie (21,7%), hypnose (21,7%), piscine (13,0%), haptonomie (8,7%) et chant prénatal (4,3%).
On a des résultats au-dessus de 100% en raison du fait que les femmes interrogées ont effectué plus d'un type de PNP.

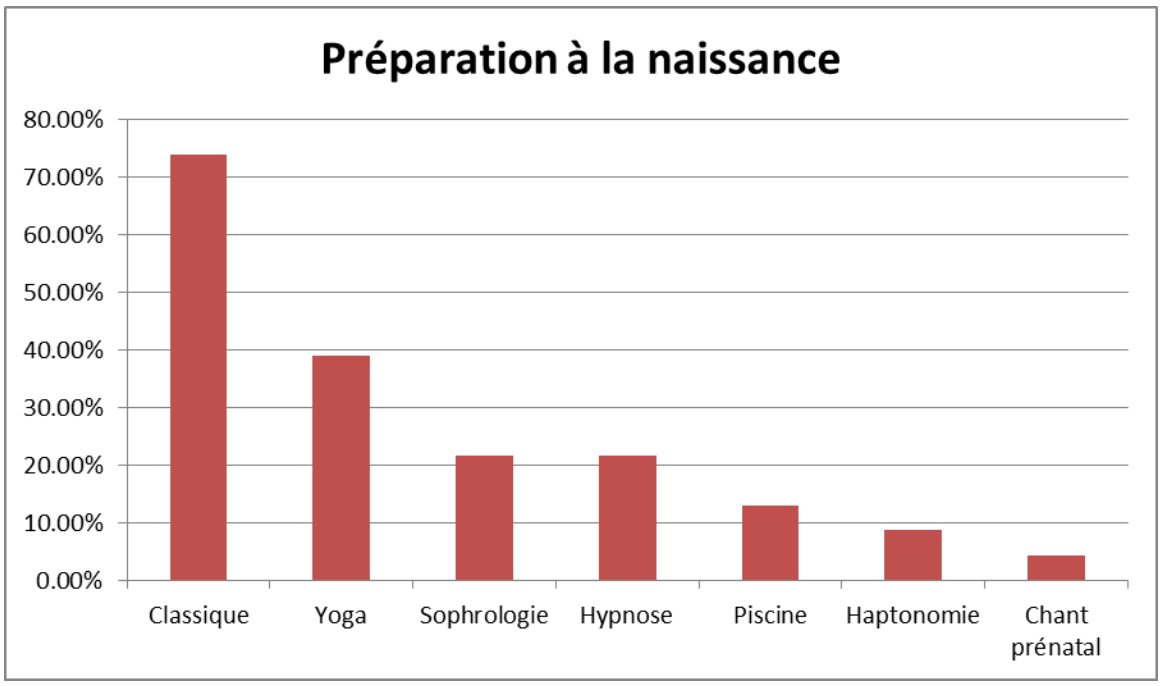


Figure 2 : préparation à la naissance

Les patientes ont eu en moyenne 8,3+-7,2 séances d'une durée de 1,1+-0,4 heures avec 4,3+-3,8 participants en moyenne.
Le lieu de cette PNP était soit à l'hôpital (21,7%), soit avec une sage-femme libérale (69,6%) et pour 2 patientes (8,7%) dans une fédération de yoga.

Seules 4 patientes déclarent avoir bénéficié du suivi semi-global.

2.13.4 Le travail et l'accouchement

Toutes les patientes se déclarent satisfaites de cette naissance et toutes ont considéré que le matériel mis à disposition en salle nature leur avait été utile.
Elles déclarent avoir utilisé : la baignoire (66,7%), la liane de suspension (45,8%), le grand lit d'accouchement (91,7%), la lumière tamisable (45,8%), la possibilité de mettre sa musique (29,2%), le ballon (25%), l'espace de la salle (50%).

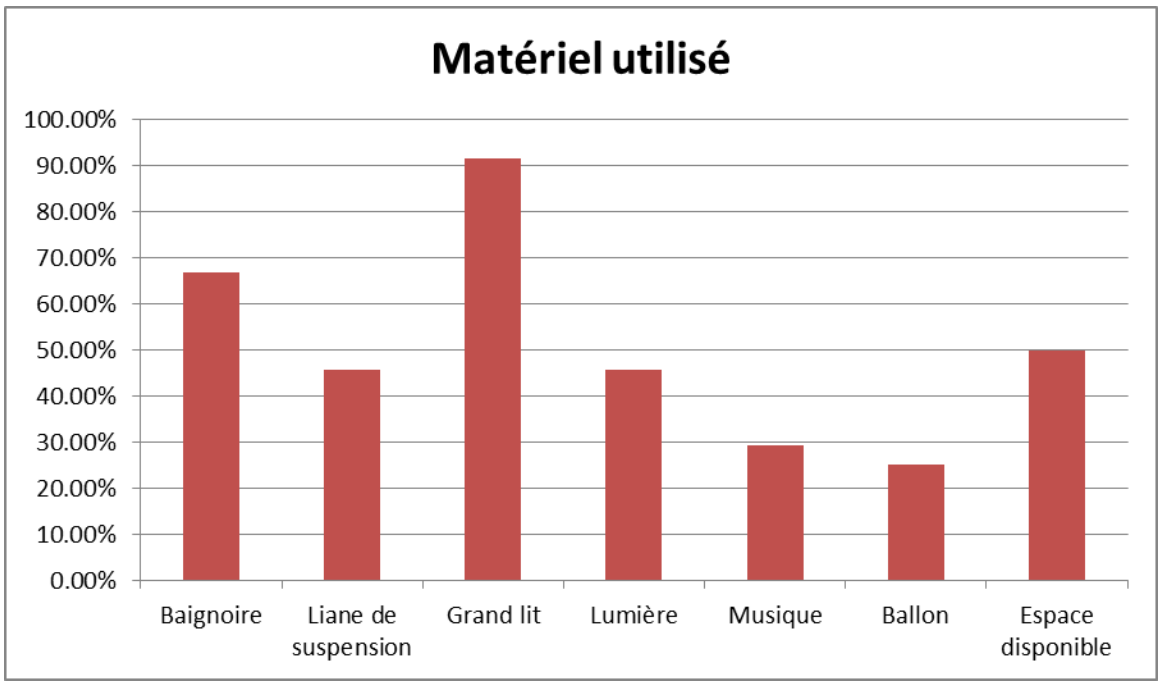


Figure 3 : type de matériel utilisé

25% des femmes déclarent que la sage-femme n'a pas été suffisamment présente pendant l'accompagnement, l'une d'elle précise que c'est au moment des suites de couches précoces que ce manque s'est fait ressentir, les autres n'ont pas précisé, mais soulignent parfois la forte activité en salle de naissance et l'absence de personnel dédié à la salle nature. Cependant, les femmes ne sont pas mécontentes de cet accompagnement et comprennent toute la difficulté pour la sage-femme d'être présente en permanence.
8 femmes sur les 24 patientes qui nous ont répondu, ont dû être transférées en salle de naissance classique. Toutes ces femmes déclarent avoir bien vécu le transfert en salle de naissance classique.

L'ensemble des femmes se disent prêtes à réutiliser la salle nature si l'occasion se présentait.

2.13.5 Propositions d'améliorations

2 patientes proposent que la salle nature soit disponible dès le pré-travail, afin de profiter du matériel à disposition pour gérer aussi cette partie.

2 patientes font remarquer un problème avec les capteurs du monitoring dans la baignoire. 1 patiente regrette l’absence de possibilité d'un accouchement dans la baignoire.

3 patientes ont eu froid en salle nature et l'une d'entre elles propose la mise en place de lampes chauffantes.

1 patiente a trouvé que la salle n'était pas assez isolée et qu'il y avait trop de bruits.

2 patientes auraient aussi souhaité une lumière plus naturelle.

4 patientes proposent des formations supplémentaires pour les sages-femmes, aux positions pendant le travail et à l'accompagnement des femmes sans anesthésie péridurale.

Discussion

3.1 Analyse des résultats

3.1.1 1ère hypothèse

Notre première hypothèse est que les femmes souhaitant accoucher en salle nature ont un profil et un suivi de grossesse différent des femmes accouchant en salle de naissance classique.

À propos des éléments du profil maternel, il n’est pas observé de différence significative, que ce soit au niveau de l’âge, du mode de vie familial, des conduites addictives, de l’indice de masse corporelle (IMC), de la présence d’assistance médicale à la procréation (AMP).

Il n'est pas non plus observé de différence significative concernant la gestité et la parité, bien que la parité soit légèrement plus élevée dans le groupe « salle nature ». Les femmes qui souhaitent accoucher en salle nature n'ont pas une parité plus importante que les femmes accouchant en salle de naissance classique, ce résultat peut paraître surprenant car il est souvent retrouvé que l'accouchement sans péridurale est associé à une parité plus élevée (34). Le manque de puissance de l'étude peut être responsable de ce résultat, cependant cela nous permet d'avoir des groupes plus homogènes pour comparer les interventions médicales pendant le travail et les issues obstétrico-pédiatriques.

On observe des différences sur le profil socio-économique entre les deux groupes avec davantage de femmes d’origine européenne dans le groupe « salle nature », et moins de femmes d’origines africaines et maghrébines. Ces différences se trouvent à la limite de la significativité. On peut se demander quelle est la raison de ces différences, si cela est culturel ou dû à un manque d'information.

De même concernant la catégorie socio-professionnelle, on observe une surreprésentation des femmes exerçant des professions de santé dans le groupe « salle nature » par rapport au groupe témoin. Ce résultat est en accord avec le

mémoire d'E. Wennagel portant sur l'accouchement des sages-femmes et gynécologues-obstétriciennes, où l'on observe un recours significativement moins important à l'anesthésie pendant le travail chez ces professionnels de santé par rapport à des femmes comparables tout venant (35). On peut également faire la supposition que les professionnelles de santé sont davantage sensibilisées à l'accouchement naturel, ou du moins ont plus de chance d'en avoir déjà entendu parlé.

Il y a également davantage de professions assimilées aux cadres et autres professions intellectuelles supérieures dans ce même groupe, de façon significative.
Ce résultat va dans le sens du mémoire de fin d'étude de sage-femme de E. Pineau, sur le profil sociologique des femmes accouchant sans péridurale au CHU de Nantes (36). Il est retrouvé davantage de cadres et professions intellectuelles supérieures, et plus de commerçants et chefs d'entreprise. Cependant il s'agit de tendances qui se dégagent, et ces différences ne sont pas significatives dans les résultats de ce mémoire.

En revanche, il n'y a pas de différence sur la protection sociale couvrant les femmes des deux groupes. Des femmes en situation de précarité souhaitent également accoucher sans anesthésie en salle nature.

Concernant le suivi de grossesse, le professionnel de consultation de la maternité n'est pas plus une sage-femme qu'un médecin dans le groupe « salle nature ». On peut en conclure que le professionnel effectuant le suivi de la grossesse à l'hôpital n'influence pas le choix d'accoucher ou non en salle nature.

Il n'est pas non plus observé de différence sur le terme de la première consultation à l'hôpital. Cependant on remarque un nombre de consultations significativement plus élevé chez les patientes souhaitant accoucher en salle nature, ce qui suggère que ces grossesses sont mieux suivies que celle des femmes à bas risque tout venant. On observe que ces patientes se prennent davantage en charge, avec un nombre de consultations plus élevé et une préparation à la naissance plus complète et variée.

Le déroulement de la grossesse n’est pas plus pathologique dans l'un des deux groupes. Il est logique de constater ce résultat car dans les critères d’inclusion de l’étude, la grossesse se devait d’être physiologique.

Il est bien observé des différences significatives entre les femmes des deux groupes, notamment en ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle, l’origine ethnique et le suivi de la grossesse.

Notre première hypothèse est donc validée.

3.1.2 2ème hypothèse

Notre deuxième hypothèse est que les femmes qui démarrent leur travail en salle nature ont un travail, un accouchement et des suites de couche avec moins de complications obstétrico-pédiatriques, associés à moins d’interventions et de thérapeutiques.

3.1.2.1 Début du travail et transferts

Le groupe «salle nature» est composé de femmes qui ont débuté leur travail en salle nature. 64,4% des femmes y ont effectivement accouché, et 35,6% des patientes ont dû être transférées en salle de naissance classique. Il est intéressant de constater qu'il s'agit plus souvent de nullipare (16 sur 21 patientes) qui sont transférées en salle de naissance classique avec une parité moyenne de transfert de 0,24 ± 0,44. Les patientes qui n'ont jamais accouché, vont être plus demandeuses d'un transfert.

Ce chiffre de 35,6% de transfert est à peu près similaire à celui retrouvé dans l'étude cas-témoin réalisé à la « maison de la naissance » (il s'agit en réalité d'un pôle physiologique) de Strasbourg comparant 319 femmes à bas risque qui ont commencé leur travail dans « la maison de la naissance » à 890 femmes à bas risque qui ont accouché en salle de naissance classique. En effet, on retrouve dans cette étude 31,3% de transfert.

L’âge gestationnel est le même dans les deux groupes. Il n’y a donc pas d’influence de ce paramètre sur le travail et l’accouchement dans notre étude. Au même titre, les

mensurations des enfants sont significativement les mêmes, ce paramètre n'influence donc pas non plus.

3.1.2.2 Interventions et thérapeutiques

La présence ou non d'une anesthésie, quel que soit son type, est une intervention médicale. L'anesthésie majoritairement retrouvée pendant le travail est l'anesthésie péridurale. Elle est significativement moins présente chez les femmes du groupe « salle nature » que chez les femmes du groupe témoin. Cette différence est logique puisque le principe de la salle nature est de proposer un accompagnement pour les femmes qui veulent accoucher sans anesthésie.
On note aussi que 7 patientes ont accouché sans péridurale dans le groupe témoin, ce chiffre nous interpelle, on se demande pourquoi ces femmes n'ont pas accouché en salle nature. En effet l'objectif de la salle nature est d'accueillir l'ensemble des femmes qui veulent accoucher sans anesthésie péridurale. On peut supposer que ces femmes n'ont pu bénéficier de la salle nature par manque de temps de l'équipe, méconnaissance de la patiente, mauvaise orientation de la patiente, accouchement rapide ou encore salle nature occupée. Cependant rien n'est précisé dans les différents dossiers obstétricaux sur ces informations, il n'est donc pas possible de conclure sur cette question.

Les autres interventions sont aussi significativement moins importantes chez les patientes du groupe « salle nature » que dans le groupe témoin. Toutes les interventions du groupe « salle nature » ont été réalisées chez des patientes transférées en salle de naissance classique.
Les interventions sont de nature similaire et sans différence significative.
Il est logique d'observer de tels résultats, le principe de la salle nature étant de ne pas intervenir médicalement durant le travail. Ainsi si une intervention se trouve être nécessaire, un transfert en salle de naissance s'avère indispensable pour pouvoir réaliser ladite intervention.

Cependant, il est globalement observé moins d'interventions dans le groupe « salle nature », la présence de la femme en salle de naissance classique semble entraîner davantage d'interventions.

L’une des interventions uniquement réalisées en salle de naissance est la rotation manuelle en cas de présentation postérieure. Bien que notre échantillon soit faible, on peut s'interroger sur ce résultat.
Savoir si la mobilisation pendant le travail, le changement de positions guidé par la sage-femme et le ressenti de la femme n'entraîne pas des positions fœtales antérieures plus fréquentes par rotation spontanée, ces hypothèses ont été développées par de nombreux auteurs, B. De Gasquet notamment (37,38).

Associé à ce moindre interventionnisme, il est observé significativement moins de pathologies dans le groupe « salle nature » par rapport au groupe témoin.
Ces résultats sont difficiles à interpréter, savoir si moins d’interventionnisme a conduit à moins de pathologies, ou si moins de pathologies a conduit à moins d’interventions. Quoi qu’il en soit nous constatons que pour les deux groupes de femmes dites à bas risque, on note moins d’interventions et moins de pathologies durant le travail quand le travail a débuté en salle nature plutôt qu’en salle de naissance classique.

Concernant le déroulement du travail, on observe d’autres différences, sur la durée d’ouverture de l’œuf et celui de la phase active, significativement plus courtes dans le groupe « salle nature ». Ce résultat d’un travail plus court dans le groupe « salle nature », peut nous faire réfléchir sur le résultat concernant les pathologies et l’interventionnisme. En effet on peut faire l'hypothèse qu'un travail plus long peut présenter plus de complications qu’un travail plus rapide, et donc entraîner une nécessité d’interventions médicales. Il n’est pas possible, avec cette étude, de définir quel facteur a influencé l’autre, ni dans quelle proportion. On peut pourtant trouver des éléments de réponse dans la littérature.

Dans l'étude de *Lepleux et al,* 828 femmes qui se mobilisent pendant le travail sont comparés à 1078 femmes ne se mobilisant pas (39). Chez les femmes qui se mobilisent, il est retrouvé un taux significativement moins important de césarienne. Il est aussi retrouvé une durée du travail plus courte chez les femmes ne se mobilisant pas que chez les femmes qui se mobilise. Ce résultat va dans le sens contraire des nôtres. Cependant, cette étude est réalisée dans une population qui n'est pas sélectionné pour son bas risque et il ne s'agissait pas spécifiquement de femmes accouchant sans péridurale. Nous pouvons supposer que nous avons d'autres

critères qui font diminué le temps de la phase active et que les populations de nos deux études ne sont pas comparables et qu'il n'est donc pas possible de conclure formellement sur ce point.

3.1.2.3 Issues obstétrico-pédiatriques

Nous avons de meilleures issues de voie d'accouchement dans le groupe « salle nature », avec davantage de femmes accouchant par voie basse spontané de façon significative.

C'est un résultat important de notre étude car il montre un meilleur déroulement de l'accouchement dans le groupe « salle nature ».
Ce résultat va dans le sens de l'étude de Strasbourg. Il a été observé un taux de voie basse spontanée plus important qu'en salle de naissance classique : 88,6% contre 82,8% (24).

La durée de la phase d'expulsion est plus courte de façon significative dans le groupe « salle nature ». Cependant nos moyennes sur les durées de phase d'expulsion ne marquent, elles, pas de différences. Cela s'explique probablement par un manque d'effectif dans nos groupes. On peut aussi se demander si les patientes qui accouchent en salle de naissance classique poussent moins longtemps. Car on a tendance à moins attendre en salle de naissance en ayant plus facilement recours à une extraction instrumentale, par rapport à une femme qui n'a pas d'anesthésie péridurale.

La voie basse spontanée survient dans des positions d'expulsions significativement différentes. Ce résultat s'explique d'abord par l'absence d'analgésie lors de la phase d'expulsion en salle nature ; les femmes peuvent se mobiliser plus simplement. Comme nous l'avons vu, les femmes souhaitent accoucher en salle nature notamment pour pouvoir se mobiliser, choisir leurs positions, y compris au moment de l'expulsion.

De plus, les sages-femmes de Port-Royal ont été formées aux positions d'accouchement. Il est logique de mettre ces compétences en application en salle nature. Mais on voit que les sages-femmes utilisent des positions différentes en salle de naissance classique aussi.

Les manœuvres de dystocie des épaules (Mac Roberts et Jacquemier) ne sont observées que dans le groupe témoin et ce de façon faible. On peut se demander si l'utilisation de la salle nature a une influence sur la prévention d'une dystocie des épaules et si des positions d'expulsions différentes du décubitus dorsal préviennent une éventuelle dystocie des épaules. Aucune dystocie des épaules n'est survenue dans le groupe « salle nature », il est donc difficile de conclure sur ce point, un échantillon plus important est nécessaire.

L'état du périnée n'est pas significativement différent entre les deux groupes. Accoucher en salle nature n'est pas spécialement protecteur pour le périnée. On observe cependant des différences sur l'état périnéal : le recours à l'épisiotomie est plus fréquent en salle de naissance classique qu'en salle nature.
Ce résultat peut s'expliquer par un taux d'extractions instrumentales plus important en salle de naissance classique. On peut aussi penser que dans la logique d'un accouchement plus naturel, l'épisiotomie sera moins souvent pratiquée, au profit de déchirures simples.
Ce résultat concernant l'épisiotomie va aussi dans le sens de l'étude de Strasbourg : 7,1% d'épisiotomie en « maison de naissance » contre 11,4% en salle de naissance classique (24). Comme nous, ils retrouvent un taux de périnée intact plus important en pôle physiologique, mais de façon non significative.

Concernant la délivrance, elle est significativement plus souvent naturelle que dirigée en salle nature, rien n'est précisé dans les dossiers pour expliquer le choix entre une délivrance naturelle ou dirigée. On aurait pu expliquer ce résultat en avançant qu'une délivrance naturelle correspond davantage à la politique « non-interventionniste » de la salle nature. Cependant la délivrance dirigée reste à recommander en salle nature, comme en salle de naissance classique, car il est montré qu'elle est un moyen avérée de prévenir l'hémorragie du post-partum (31). Cependant le nombre de délivrances naturelles dans le groupe « salle nature » reste faible (5 patientes sur 59) et l'absence d'informations explicatives dans les dossiers empêchent de conclure sur cette information.

Il n’y a pas de différence concernant le type de délivrance, elle n’est pas davantage complète ou incomplète dans un des groupes. Il n’y a donc pas d’influence de la salle nature sur la délivrance du placenta.

Au même titre, l’hémorragie du post-partum n’est pas significativement plus présente dans un groupe ou dans l’autre. La prise en charge en salle nature n’est donc pas protectrice du risque d’hémorragie du post-partum.
Notre taux d'HPP semble élevé au vu de la littérature (39), il y a environ 7% d'HPP en France, on peut penser que le diagnostic d'HPP est posé très tôt par les sages-femmes de Port-Royal afin d'en accélérer la prise en charge. Aucune n'a nécessité de passage au bloc opératoire. Elles ont souvent été modérées avec une simple prise en charge par révision utérine, on peut donc penser que ce taux est légèrement surestimé. De plus, l’échantillon d'étude est faible, on peut s'interroger sur la iatrogénie d'un diagnostic trop précoce d'HPP sur une femme accouchant sans péridurale, au vu des conséquences de la prise en charge.

Concernant le nouveau-né, les seuls éléments nous permettant d'évaluer l’état néonatal à posteriori sont le score d’Apgar et le pH, en particulier le pH car il nous permet de reconnaître un état d'acidose objectivement (40).
Le pH est significativement meilleur dans le groupe « salle nature » que dans le groupe témoin, ce qui suggère un meilleur état néonatal dans ce groupe, avec des nouveau-nés au meilleur équilibre acido-basique. Cependant ce résultat est à mettre en perspective avec les interventions qui ont eu lieu dans le groupe témoin (extractions instrumentales, césariennes, etc).
Ce résultat va toujours dans le sens de l'étude de Strasbourg où le pH est significativement meilleur dans le groupe « maison de naissance » sans modification de l'état néonatal (24).
Le score d’Apgar est comparable dans les deux groupes, et est significativement meilleur à 5 minutes de vie dans le groupe « salle nature ». Nous ne pouvons pas expliquer ce résultat, sachant que l’Apgar est le même à 1 et 10 minutes de vie, et qu’il n’y a pas plus de réanimation ou de passage en service d’hospitalisation pédiatrique dans le groupe témoin que dans le groupe « salle nature ».

À propos des suites de couches, Il n’est pas observé plus de sorties précoces dans le groupe « salle nature » que dans le groupe témoin. Ce résultat est surprenant car

nous pensions que ces femmes souhaiteraient sortir plus tôt de la maternité. Nous pouvons donc nous demander si l'information sur une éventuelle sortie précoce est bien dispensée en anté-partum.

L'allaitement maternel est significativement plus présent en salle nature. Ce résultat est logique car l'allaitement maternel s'inscrit dans la démarche d'un accouchement plus naturel.

Contrairement aux pathologies pendant le travail et l'accouchement, il n'y a pas plus de pathologies des suites de couches dans le groupe témoin que dans le groupe « salle nature ». Les pathologies des suites de couche étant plus ponctuelles que celles pendant le travail ou l'accouchement, il est plus difficile de mettre en évidence des différences. Pour l'instant, on peut juste dire que la prise en charge en salle nature n'influence pas le bon déroulement des suites de couches.

On peut donc dire que notre deuxième hypothèse est partiellement validée. En effet on observe moins d'attitudes interventionniste dans le groupe « salle nature » et cela s'associe à un meilleur devenir obstétrical et pédiatrique mais sans changement quant aux suites de couches.

3.1.3 3ème hypothèse

Notre troisième hypothèse est que les femmes ayant utilisé la salle nature sont satisfaites de leur prise en charge et font des propositions dans le but de l'améliorer.

40,7% des femmes interrogées ont répondu à notre questionnaire, ce taux de réponse est satisfaisant.

16,7% des patientes ont découvert l'existence de la salle nature qu'en fin de grossesse. Cela doit nous pousser à renforcer l'information en anté-partum sur le souhait ou non d'accoucher sans péridurale et sur l'existence d'une salle nature.

Concernant les motivations à accoucher en salle nature, il n'est pas surprenant d'observer que toutes les femmes expriment le désir d'accoucher sans anesthésie péridurale, puisque c'est le principe de la salle nature. Les femmes sont 33,3% à

déclarer que se mobiliser et être libres de leurs positions est un point important de motivation pour accoucher en salle nature. Ce résultat n'est pas sans rappeler l'étude du CIANE que nous avons déjà évoquée (29). En effet, on retrouve un désir de la patiente d'être libre de ses mouvements pendant le travail et l'accouchement. Ce résultat est aussi retrouvé dans l'étude de *Lepleux et al,* que nous avions déjà évoqué plus haut, ils ont remarqué que lorsque les femmes sont mobilisées, elles sont plus satisfaites, ainsi que leur compagnon et la sage-femme (41).

Une majorité des patientes a eu une préparation à la naissance. Elles ont eu un nombre élevé de séances, et de type varié. Ce résultat nous montre que les femmes qui souhaitent accoucher en salle nature se préparent bien pour cela, avec d'autres préparations que la « classique ». En effet un accouchement sans péridurale a ses spécificités et doit nécessiter une préparation plus complète et variée. De plus, cette PNP a eu lieu plus souvent avec une sage-femme libérale. On peut supposer que les femmes se tournent plus souvent vers elles, plutôt que vers l'hôpital, afin d'avoir un plus grand choix de type de PNP et une préparation plus ciblée à l'accouchement sans péridurale.
Peu de patientes ont bénéficié du suivi semi-global. En effet le principe du suivi semi-global a été mis récemment en place à la maternité Port-Royal et il faut donc plus de temps pour qu'il se généralise.

Concernant le matériel utilisé, 11 patientes déclarent avoir utilisé la liane de suspension, ce chiffre est donc différent de celui retrouvé en consultant simplement les dossiers (4 patientes). On peut en conclure que le matériel utilisé est peu référencé et noté dans le dossier obstétrical.

Toutes les patientes qui ont répondu au questionnaire se disent satisfaites de leur prise en charge, de la naissance et prêtes à réutiliser la salle nature ultérieurement. Ces résultats sont bien sûr encourageants pour la suite. Cependant on peut y voir un biais : seules les patientes satisfaites font la démarche de participer à une étude et prennent le temps de répondre au questionnaire ; toutes les patientes n'ayant pas répondu au questionnaire, nous ne pouvons conclure sur ce biais.

25% des patientes ont estimé que la sage-femme n'avait pas été assez présente. Ce facteur est difficile à modifier en raison de l’absence de personnel dédié à la salle

nature et cela dépend donc de l'activité globale en salle de naissance le jour de l’accouchement.

38,1% des patientes (soit 8 sur 21) transférées nous ont répondu. Elles ont toutes compris les raisons du transfert et l'ont bien vécu. À nouveau nous ne savons pas si nous pouvons généraliser à l'ensemble du groupe, car on peut penser que seules les patientes satisfaites ont répondu au questionnaire.

Les femmes nous ont fait des propositions dans le but d'améliorer la salle nature. Certaines peuvent être envisagées : accouchement dans la baignoire, lumière chauffante, utilisation plus précoce de la salle nature notamment en période de pré-travail, formation des sages-femmes à l'accompagnement sans péridurale.

La possibilité d'avoir une salle encore plus isolée avec moins de bruits nous paraît compliqué car la salle nature est déjà très éloignée des autres salles de naissance. De même la présence d'une lumière plus naturelle est compliquée par la disposition des lieux.

Les femmes sont globalement satisfaites de leur prise en charge en salle nature et certaines d'entre elles font des propositions dans le but de l'améliorer. On peut donc dire que notre troisième hypothèse est également validée.

3.2 Forces et limites de l'étude

3.2.1 Forces de l'étude

La force principale de l'étude est qu'il s'agit d'une étude originale. Il n'a été retrouvé que peu d'études françaises sur les pôles physiologiques ou les salles natures, encore moins des études quantitatives (17,18).

Nous avons choisi de réaliser une étude cas-témoin, ce qui est une force. Nous avons effectué une comparaison plutôt qu'une simple série de cas dans le but de renforcer notre propos.

L'utilisation de questionnaire nous permet d'avoir l'opinion des femmes sur la salle nature, et nous permet d'enrichir notre étude.

3.2.2 Limites de l'étude

La limite principale est l'effectif de cette étude. En effet seul 59 patientes constituent le groupe « salle nature », on a donc un manque de puissance dans l'étude. Nous avons essayé de compenser cette limite en sélectionnant un groupe témoin plus grand (2 patientes témoins pour 1 patiente du groupe « salle nature »).

C'est une étude rétrospective de type cas-témoin, elle comporte donc les biais liés à ce genre d'étude. Par exemple, toutes les informations et explications n'étaient pas toujours disponibles dans les dossiers, comme nous l'avons vu dans la discussion.

Pour les questionnaires, il y a un biais de mémorisation : les femmes décrivent ce dont elles se souviennent et ce qu'elles ont ressenti, et non une réalité objective.

Il y a un biais d'auto-sélection, en effet ce sont des patientes volontaires qui ont choisi de répondre à ce questionnaire et rien ne nous dit que les femmes qui ont fait le choix de répondre sont représentatives de l'ensemble du groupe.

3.3 Propositions

Il serait intéressant de réaliser une étude ultérieure sur la salle nature de Port-Royal, une fois que le suivi semi-global sera complètement mis en place à la maternité et qu'un nombre plus important de patientes accoucheront en salle nature, afin d'augmenter la puissance de l'étude.

On pourrait faire l'hypothèse que les pratiques en salle nature influencent l'ensemble de la salle de naissance de Port Royal : à savoir le respect de la phase de latence et l'utilisation moindre d'ocytocine. Il serait intéressant de mener des études ultérieures à ce sujet pour confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Il faudrait renforcer l'information des femmes en anté-partum sur la salle nature, notamment en consultation prénatales, par exemple en se renseignant sur leur éventuel souhait d'accoucher sans péridurale, en la découvrant (dans la mesure du possible) lors de la visite de la maternité, en multipliant les supports d'informations déjà existants (panneau d'affichage, internet).

Nous n'avons pas interrogé les femmes sur la place du père en salle nature. Il serait intéressant d'étudier cette variable, à savoir si la salle nature peut aider à aménager une plus grande place au futur père et si cela est apprécié par les couples.

Il serait judicieux d'encourager les sages-femmes à noter plus précisément le matériel utilisé par les femmes en salle nature (liane de suspension, ballon, positions), dans le but d'améliorer leur prise en charge.

Concernant les protocoles de la salle nature, ils seront bientôt allégés. Il serait notamment intéressant de discuter d'une surveillance du RCF en discontinu plutôt qu'en continu.

Nous avons montré dans la discussion que la sortie précoce n'était pas plus présente dans le groupe « salle nature », alors que nous aurions pu penser que ces patientes auraient souhaité sortir plus tôt de la maternité. Il serait intéressant

d’informer ces femmes en anté-partum de la sortie précoce et d'un relai à domicile par la sage-femme du suivi semi-global.

Enfin dans cette logique d’un accompagnement toujours plus privilégié des femmes souhaitant accoucher plus naturellement, il est nécessaire d’encourager encore davantage la formation des sages-femmes qui le souhaitent à la prise en charge des femmes accouchant sans péridurale.

Conclusion

La salle nature de Port-Royal a accueilli sa première patiente le 9 mai 2014. Nous avons réalisé une étude cas-témoin pour comparer le profil, le suivi de la grossesse, le travail, l'accouchement et les suites de couches des patientes souhaitant accoucher en salle nature à des femmes accouchant en salle de naissance classique. Cette étude est originale en France.

Nous avons mis en évidence des différences sur le profil socio-économique et sur la qualité du suivi de grossesse. Nous avons observé moins d'interventionnisme et de pathologies dans le groupe « salle nature ». Il est retrouvé un nombre significativement plus important de voie basse spontanée dans le groupe « salle nature ». L'état du périnée n'est pas significativement différent malgré un taux moindre d'épisiotomie en salle nature. Le pH des nouveau-nés en salle nature est meilleur que celui des enfants nés en salle de naissance sans différence sur leur état néonatal.

Nous nous sommes aussi renseignés sur l'opinion des femmes qui ont accouché en salle nature en les interrogeant par le biais d'un questionnaire. Il en ressort qu'il est important pour ces femmes d'accoucher plus naturellement, de se mobiliser pendant le travail et l'accouchement. Les femmes font des propositions sur la salle nature, ce qui nous permettra sans nul doute de l'améliorer.

Il serait intéressant d'aborder de nouveau ce sujet avec un effectif de patientes plus important, afin d'augmenter la puissance de ce type d'étude, et d'en refaire une évaluation lorsque le suivi semi-global en réseau sera parfaitement mis en place.

Ce genre d'étude ne pourra que nous faire réfléchir à la prise en charge actuelle des femmes souhaitant accoucher le plus naturellement possible, afin d'être toujours plus à leur service.

Bibliographie

1. BEAU, Sandrine. *Regards des sages-femmes sur l'accompagnement global à la naissance.* Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, École de sage-femme de Bourg-en-Bresse, 2008, 93p.

2. PUECH, Francis, HEDON, Bernard. *Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique"*. 5 décembre 2012. http://www.cngof.asso.fr

3. NISAND, Israël. Démédicaliser ou humaniser. *Les Dossiers de l'obstétrique*. 1994, n°213, p15

4. COLMANT C. FRYDMAN, R. Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité.* 2009, volume 37 numéro 2, p195-199

5. BOURGIN, C. TOURNAIRE, M. BREART, G. CHAVINIE, J. Pathologie périnatale après grossesse normale. *Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 1980, vol 9, p687-693

6. SELVI DOGAN, F. CALMELET, P. COTTENET, J. SAGOT, P. MACE, G. L'accouchement à bas risque : existe-t-il ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2013, volume 42, n°6, p557-563

7. LANGER, B. GAUDINEAU, A. WEINGERTNER, A-S. DAVID, E. Contre la notion de grossesse et d'accouchement à bas risque ? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité.* 2009, volume 37, n°2, p200-203

8. MARIA, B. DAUPTAIN, G. GAUCHERAND, P. VIGE, P. BERTHET, J. MURRAY, J-M. SAINT-LEGER, S. SCHWETERLE, F. STAMPF, F. RACINET, C. Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2003, volume 32, n°7, p606-616

9. COPEL, F. L'espace naissance naturelle en maternité, un environnement propice à l'accompagnement. *Vocation Sage-femme.* Février 2010, volume 9, n°79, p31-33

10. DA SILVA, RN. VASCONCELOS DE OLIVEIRA, NOBRE. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery Journal*. Août 2006

11. CLUETT, ER. BURNS, E. Immersion in water in labour and birth, *Cochrane database of systematic reviews 2011*. Janvier 2013, issue 10, article No: CD000111

12. Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE), Quelle est la différence entre un pôle physiologique et une maison de naissance ? (7 mars 2015) http://ciane.net/Ciane/DiscussionMaisonsDeNaissance

13. Légifrance, Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance**,** décembre 2013, 2p (consulté le 7 mars 2015) http://www.legifrance.gouv.fr

14. Sénat, Proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, 2013 (consulté le 7 mars 2015) http://www.senat.fr/rap/l12-368/l12-3684.html

15. Y.-M., D. Autorisation des maisons de naissance. *Option Bio, Elsevier Masson*. Janvier 2014, volume 25, n°501, p4

16. HAS, *Maisons de naissance, cahier des charges de l'expérimentation*. Mars 2014, note de cadrage, 17p

17. KRAEMER, Caroline. *L'accompagnement d'un accouchement naturel.* Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. Université de Lorraine 2013, 68p

18. LAUNAY, C. VIVES, M-I. Le projet de pôle physiologique en obstétrique : prétexte stratégique ou vecteur de changement ? *La revue Sage-femme.* 2010, volume 9, n°1, p25-30

19. CIANE, Recensement des salles nature, pôles physiologiques et maisons de naissance en France, juillet 2013 (consulté le 6 mars 2015) http://ciane.net/Ciane/SallesNatures

20. http://www.sallenature.com/realisations.html (consulté le 28 février 2015)

21. http://www.centre-clinical.fr/votre-accouchement.html (consulté le 28 février 2015)

22. THEVENET, S. Un projet de pôle physiologique en maternité. *Vocation Sage-femme.* avril 2007, volume 2, n°51, p12-17

23. http://www.chu-lyon.fr/web/2741 (consulté le 28 février 2015)

24. GAUDINEAU, A. SAULEAU, E-A. NISAND, I. LANGER, B. Issues obstétricales et néonatales en « maison de la naissance » : une étude cas-témoins. *Gynécologie Obstétrique &Fertilité*. Septembre 2012, volume 40, numéro 9, p 524-528

25. http://www.materniteportroyal.fr/poles-activite.html (consulté le 28 février 2015)

26. Association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL), l'accompagnement semi-global (consulté le 8 mars 2015), www.ansfl.org

27. http://www.materniteportroyal.fr/patiente-nouveau-ne/pole-physiologique/grossesse-a-bas-risque.html (consulté le 28 février 2015)

28. GUPTA, JK. HOFMEYR, GJ. SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of systematic reviews*. mai 2012, volume 5.

29. CIANE. Enquête sur les accouchements, respect des souhaits et vécu de l'accouchement, *Dossiers du CIANE.* Août 2012, dossier n°3, 18p

30. SCHAAL, J-P, et al. *Mécanique et techniques obstétricales, 3ème édition*. Paris : Sauramps Médical, 2007, p223-243, p315-330, p503-514

31. TESSIER, V. PIERRE, F. Recommandations pour la pratique clinique : facteurs de risques au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum. *Journal de Gynécologie-Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2004, n°33, p29-56

32. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : *Hémorragies Du Post - Partum*. 2014. http://www.cngof.asso.fr

33. HAS, *Synthèse de la recommandation de bonne pratique, sortie de la maternité après accouchement.* mars 2014, 4p

34. Le Ray, C. Goffinet, F. Palot, M. Garel, M. Blondel, B. Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France. *Birth*. Septembre 2008, volume 35, n°3.

35. WENNAGEL, E. *Grossesse, accouchement et post-partum des sages-femmes et des femmes gynécologues-obstétriciens*. Mémoire de fin d'étude en vue d'obtention du diplôme d'état de sage-femme, école de sage-femme de Grenoble, 2006, 92p

36. PINEAU, E. *L'accouchement sans péridurale : choix sociologiquement déterminé ?* Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, université de Nantes, 2008, 62p

37. De GASQUET, B. La liberté posturale au cours de l'accouchement. *Les dossiers de l'obstétrique*. Mars 1991, n°182, pages 9 à 11

38. RACINET, C. Positions maternelles pour l'accouchement. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. Juillet-août 2005, volume 33, numéro 7-8, pages 533-538

39. DENEUX-THARAUX, C. DUPONT, C. COLIN, C. RABILLOUD, M. TOUZET, S. LANSAC, J. et al. Multifaceted intervention to decrease the rate of severe postpartum haemorrhage : the PITHAGORE 6 cluster-randomised controlled trial. *British journal of Gynecology*. Septembre 2010, volume 117, n°10.

40. UZAN S, BERKANE N, VERSTRAETE L, BRÉART G. L'équilibre acido-basique du fœtus pendant le travail: physiopathologie et moyens d'exploration. *Journal de Gynécologie-Obstétrique et de la Biologie de la Reproduction*. 2003, volume 32 (suppl. au n°1)

41. LEPLEUX, F. HUE, B. DUGUE, A-E. SIX, T. RIOU, C. DREYFUS, M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *La revue sage-femme*. Octobre 2014, volume 13, numéro 5, p231-241

Annexes

Annexe I : Questionnaire « Salle Nature »

Questionnaire de participation

Concernant la salle nature,

Comment avez-vous connu l'existence de la salle nature de Port Royal ?

_____

_____

Pourquoi désiriez-vous accouchez en salle nature ? Quelles étaient vos motivations ?

_____

_____

_____

_____

_____

Aviez-vous visité la salle nature avant le début de votre travail ?

- ○ Oui
- ○ Non

Concernant la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP),

Avez-vous effectué une préparation à la naissance ?

- ○ Pendant cette grossesse
- ○ Pendant une grossesse précédente
- ○ Jamais

Quel type de préparation avez-vous effectué ?

- ○ Classique
- ○ Sophrologie
- ○ Hypnose
- ○ Piscine
- ○ Haptonomie
- ○ Yoga
- ○ Chant Prénatal
- ○ Méthode Bonapace
- ○ Autre (préciser) : _____

Combien avez-vous fait de séances ?

_____

Quelle était la durée des séances ? Combien de personne y avait-il dans le groupe ?

_____

Où a-t-elle eu lieu ?

- ○ A l'hôpital
- ○ En ville avec une sage-femme libérale

- ○ Autre (préciser) : _____

Concernant votre accouchement,

Êtes-vous satisfaite de cette naissance ?

_____
_____
_____
_____

Quels équipements avez-vous utilisé dans cette salle ? Lesquels vous ont été utiles ?

Equipement	Utilisé	A été utile
Baignoire	○	○
Suspension (liane)	○	○
Grand lit d'accouchement	○	○
Musique	○	○
Lumière tamisable	○	○
Espace de la salle	○	○
Autre : ( )	○	○

Quelles améliorations pourrions-nous apporter ?

_____
_____

La sage-femme a-t-elle été suffisamment présente à vos côtés ?

_____
_____

Si un transfert a été nécessaire en salle de naissance classique,
- Pourquoi ?

_____
_____

- Comment l'avez-vous vécu ?

_____
_____

- Pour un éventuel prochain accouchement, seriez-vous prêt à réutiliser la salle nature ?

_____
_____

Avez-vous bénéficié d'un suivi semi-global (même sage-femme à la fois pour la préparation à la naissance, les suites de couches (visite à la maison ou au cabinet)) ?

_____

_____

Avez-vous d'autres remarques ?

_____

_____

Nous vous remercions pour votre participation.

Annexe II : Protocole « Salle Nature »

Anne Théau, Camille Le Ray, Céline Cartagena, Sophie Richard, Valérie Marcoux, Nathalie Brugel, Samira Belcaid, Mathilde Munier, Carine Jangal, François Goffinet.

Critère d'éligibilité pour accoucher en salle nature :

- Grossesse unique
- De déroulement normal (cf liste des patientes non éligibles ci-dessus)
- En présentation céphalique
- Entre 37 et 41SA+5 jours
- RCF normal à l'admission
- Membranes intactes ou si rupture des membranes, LA clair à l'admission
- Patiente apyrétique
- Travail spontané

La patiente arrive en salle nature après être passée aux urgences, où elle aura eu un monitoring et la prise de pouls, tension artérielle et température.

Protocole de surveillance per-partum en salle nature

Pour toutes les patientes, mise en place d'une voie veineuse périphérique « cathéter obturé ».
Rupture artificielle des membranes possible si besoin.
Pas d'utilisation d'ocytocine pendant le travail (sauf pour la délivrance dirigée)
Prise de constante (pouls, TA, température) à intervalles réguliers.
Tenue habituelle du dossier et du partogramme

Avant 5 cm (phase de latence) :

- Monitoring discontinu (15 minutes par heure)

À et après 5 cm (phase active) :

- Monitoring continu sans fils relié à la centrale
- Toucher vaginal à intervalles réguliers (minimum toutes les 2 heures)

À l'accouchement :

- Pas d'accouchement dans la baignoire

- Pas d'extraction instrumentale
- Délivrance dirigée systématique (5UI d'ocytocine IV aux épaules)
- pH au cordon systématique

Surveillance habituelle du post-partum immédiat.

Critères d'exclusion :

Patientes ne pouvant pas accoucher en salle nature

a) ATCD obstétricaux

- Utérus cicatriciel (non éprouvé par une épreuve du travail antérieur)
- Dystocie des épaules
- Hémorragie de la délivrance
- Déchirure périnéale du 3ème degré

b) ATCD médicaux

- Antécédents psychiatriques majeurs
- Usage de drogues ou alcool
- Pathologie chroniques maternelles : HTA traitée, diabète préexistant, mucoviscidose, lupus systémique, SAPL, greffe, asthme sévère, néphropathie avec insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, épilepsie traitée, maladie de Cushing,… (liste non exhaustive)
- Troubles de la coagulation à risque hémorragique (Willebrandt,…)
- Obésité avant la grossesse : IMC > 30
- Problème de communication orale

c) Déroulement de la grossesse

- Désordre psychiatriques
- Hypertension artérielle gravidique et pré-éclampsie
- Diabète gestationnel sous insuline
- Diabète gestationnel sous régime et suspicion de macrosomie

- Immunisation rhésus
- Plaquettes < 50 000/mm^3
- Placenta praevia ou bas inséré
- Suspicion de RCIU < 5e percentile
- Oligoamnios
- Rupture précoce des membranes > 72h

Situations indiquant un transfert vers la salle de naissance conventionnelle (liste non exhaustive)

Avant la naissance

- Demande d'analgésie péridurale

- Anomalie du RCF nécessitant une intervention médicale
- Hyperthermie > 38,5°C
- LA méconial

- Stagnation de la dilatation au bout de 2h de phase active (après 5 cm) poche des eaux rompue
- Non engagement de la présentation au bout de 2h de dilatation complète
- Arrêt de la progression de la présentation après 1h d'efforts expulsifs

- Métrorragies abondantes
- Procidence du cordon

Après la naissance

- Hémorragie de la délivrance > 500cc
- Rétention placentaire > à 30 minutes
- Thrombus vulvaire

Mode d’utilisation de la baignoire

Contre-indications à l’utilisation de la baignoire : HIV +, AgHBS+, HCV+, infection à pyocyoanique, lésion herpétique visualisée.

Le portage vaginal de Streptocoque B, en l’absence de suspicion de chorioamniotite, n’est pas une contre-indication à l’utilisation de la baignoire.

CONDITIONS D’UTILISATION de la baignoire :

La parturiente doit être obligatoirement assistée pour entrer et sortir de la baignoire.

Température de l’eau entre 36 et 38°C, poitrine immergée

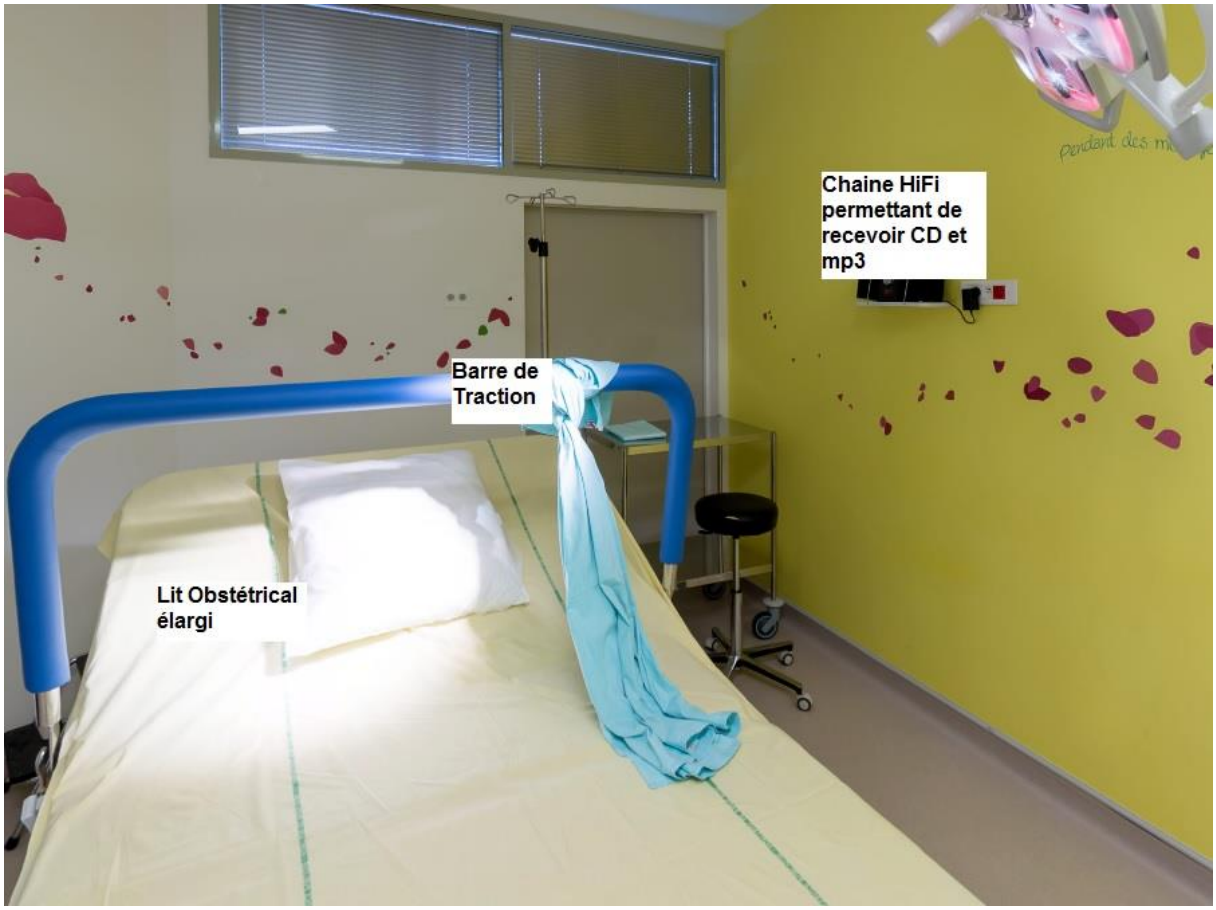
Surveillance de la température de la baignoire et de la mère toutes les heures

Le monitoring en continu est obligatoire dans la baignoire.

Pas d’huiles essentielles dans la baignoire

Annexe III : Photos « Salle Nature »

Vue d'ensemble de la salle nature



Liane de
Suspension
Chariot
de soin

Baignoire de
dilatation

PCEA
et fluide
Scope
Table d'accueil
du nouveau-né
Monitoring
foetal

Annexe IV : Un pôle physiologique au sein de la maternité Port-Royal : projet pilote

Dans la nouvelle maternité de Port-Royal, réunissant à la fois les sites de Port-Royal et de Saint-Vincent de Paul, 6000 naissances annuelles sont prévues. Cette nouvelle structure, par sa taille et ses ambitions autour de la mère et de l'enfant, doit réadapter certains services rendus pour répondre à la demande des patientes, tout en développant son réseau ville-hôpital. Nous proposons de créer au sein de la maternité un projet-pilote, le premier en France dans un établissement public de cette taille et de ce niveau (maternité de type 3). Il permettrait à la fois la prise en charge des grossesses à haut risque et aussi celle des grossesses à bas risque avec création d'un « pôle physiologique », autour d'une réflexion commune sur l'accompagnement physiologique de l'accouchement.

Les deux types d'accouchement seraient traités à égal, en répondant aux besoins de chacune des femmes suivies : alliant haute technicité (plateau technique, hypermédicalisation,...) et sécurité pour les grossesses et accouchements pathologiques, et suivi personnalisé pour certaines femmes demandeuses dont la grossesse et l'accouchement sont normaux. Les grossesses à bas risque pourraient y trouver un panel complet de préparations à la naissance, élaborer un projet de naissance et accoucher dans une « salle nature », et enfin rentrer rapidement à domicile avec un accompagnement adapté. Ainsi la sécurité physique, mais aussi affective seraient prises en compte.

Il s'agit d'augmenter la qualité des soins, la satisfaction des femmes et le nombre d'accouchements en touchant une certaine frange de femmes qui sont en demande de naissances moins médicalisées et d'un accompagnement plus personnalisé dans un cadre sécuritaire.

L'intérêt pour les équipes soignantes est de permettre une prise en charge plus respectueuse pour les patientes et leur enfant et de recentrer les sages-femmes sur leurs compétences propres.

A Paris, il n'existe aucun pôle physiologique à l'AP-HP à ce jour.

MISE EN PLACE DU PROJET-PILOTE À PORT-ROYAL

L'évaluation de la demande des femmes pour un accouchement avec suivi global est de l'ordre de 8% *(chiffres recueillis au CHU de Strasbourg).*
Dans une maternité de 5700 accouchements par an, il représenterait 460 accouchements/an, soit plus d'un accouchement par jour.

Port-Royal serait une des premières structures de l'AP-HP à offrir aux femmes enceintes un lieu alliant sécurité *(grâce à une maternité de type 3) et respect des femmes en répondant au plus près à leurs désirs pour la naissance de leur enfant.*

SERVICES PROPOSÉS

PRÉ-PARTUM

- La femme enceinte s'inscrit à la maternité.

*- **Au cours du premier trimestre de grossesse,** la patiente a un premier rendez-vous pour ouvrir le dossier. On peut d'ores et déjà sélectionner les femmes à bas risque. Si la patiente est intéressée par le pôle physiologique, elle est suivie par une des sages-femmes de consultation qui adhère à ce projet.*

*- **Au cours de la grossesse**, toutes les femmes se voient proposer un large panel de préparations à la naissance (à la maternité même ou en ville) : préparation classique, yoga, sophrologie, haptonomie, hypnose, acupuncture, chant prénatal, musicothérapie, gymnastique prénatale... Des sages-femmes libérales proposant des préparations spécifiques pour les femmes enceintes pourront venir sur le site de la maternité (un cadre juridique est à définir.) Pour les femmes qui souhaitent accoucher dans le pôle physiologique la préparation à la naissance serait obligatoire.*

*- Au cours du suivi, la femme élabore **un projet de naissance** avec son consultant.*
À la consultation de 34-35 SA à PR, celui-ci sera validé par le consultant, puis soumis à l'obstétricien référent. Si la patiente le souhaite, il comprendra un volet concernant la période post-natale avec sortie précoce.

*- **A la dernière consultation**, on s'assure du bas risque de la grossesse compatible avec le pôle physiologique. La sélection des patientes à bas risque est rigoureuse,*

selon la grille hollandaise des accouchements à domicile. L'obstétricien référent a pour rôle d'aider les sages-femmes dans la sélection des grossesses et des accouchements à bas risque.

PER-PARTUM

Une « salle nature » est mise à disposition des femmes pour les accouchements normaux, au sein même de la salle de travail de la maternité Port-Royal. Ainsi, en cas de besoin, la parturiente a accès au plateau technique et son nouveau-né à la réanimation.

Une salle de naissance sera donc transformée en « salle nature » pour accueillir les femmes qui ne désirent pas de péridurale. Cette salle sera adaptée pour soulager la patiente dans sa douleur : Elle comportera une baignoire pour les bienfaits de l'eau chaude, une suspension pour trouver des positions antalgiques, des ballons de différentes dimensions adaptés à la taille de la parturiente. Une fresque murale réalisée par un artiste, une lumière tamisée, une musique douce grâce à un ampli et un mobilier adéquat la rendra chaleureuse et intime.

Le jour de l'accouchement, la parturiente entre en « salle nature » dans le pôle physiologique, après s'être assuré encore une fois de l'absence de risque. Sa prise en charge sera distincte de celle de la maternité classique.

La prise en charge pourra être la suivante :

- déambulation de la parturiente qui choisit ses positions de travail, puis d'accouchement
- pas de perfusion en systématique, mais un cathéter obturé
- monitoring en discontinu (15 minutes toutes les heures pendant le travail et 1 minute toutes les cinq minutes après une contraction utérine pendant l'expulsion)
- rupture artificielle de la poche des eaux et syntocinon non systématiques, mais seulement si dystocie avérée
- accompagnement très présent de la parturiente par une des 5 sages-femmes de la salle de naissance, dédiée à la physiologie (cette disponibilité dépendra du nombre d'accouchements en cours)
- propositions pour soulager la douleur : un bain, différentes postures grâce à une liane de suspension, des massages, de l'homéopathie, de l'acupuncture, des huiles essentielles ...

- le jeûne per-partum serait assoupli, en accord avec les anesthésistes
- pas de rasage en systématique
- le peau à peau immédiat et prolongé est instauré
- l'allaitement (s'il est souhaité) est débuté dès la salle de naissance
- les soins à l'enfant sont réalisés en présence des parents
- les gestes invasifs (comme la désobstruction) chez le nouveau-né sont rediscutés avec l'équipe pédiatrique
- en cas de césarienne, les pères sont admis au bloc opératoire et un temps de peau à peau est proposé à la mère dès sa sortie de la salle d'opération (soit en salle de réveil) en accord avec l'équipe d'anesthésistes

POST PARTUM

Le conjoint doit pouvoir rester la nuit et dormir sur place. Des prestations sont mises à disposition pour les papas : repas et lit ou couchette. Le tarif sera à définir.

Sortie précoce de la maternité à J1. Au bout de 24h, la maman et le nouveau-né peuvent sortir selon des critères bien précis et après accord du pédiatre. Une prise en charge à la maison par une sage-femme libérale (au mieux celle qui a assuré la préparation à la naissance) et par un pédiatre de ville est indispensable. Cette sortie est envisagée seulement si elle a été anticipée et organisée pendant la grossesse.

Ainsi, le suivi devient personnalisé par une équipe limitée de professionnels. Les retours à domicile précoces sont souvent appréciés des multipares pour retrouver rapidement leur(s) aîné(s).

Une aide-ménagère peut peut-être être mise en place avec l'assistante sociale.

COÛT

Des modélisations du coût de la grossesse et de l'accouchement en maison de naissance ont montré que le coût était systématiquement inférieur à une prise en charge classique.

Les éléments à budgétiser sont les suivants:

a) Mise à disposition d'un poste de sage-femme dédié à l'accompagnement physiologique.
La parturiente qui ne désire pas avoir d'analgésie péridurale a besoin d'un accompagnement quasi-constant de la sage-femme pour la soutenir dans sa douleur d'enfantement.

b) Création d'une « salle nature » : aménagement et équipement de la salle de prétravail N°3 de la maternité.

- *déposition de la colonne d'anesthésie (après accord des anesthésistes) et du scialytique*
- *masquer les bandeaux (cacher les prises électriques et les arrivées d'oxygène)*
- *un monitoring sans fils*
- *une lampe sur pied*
- *une commode à tiroirs pour ranger le matériel médical (doigtiers, compresses, bétadine, gants stériles, matériel de suture, syntocinon,...)*
- *installation d'une baignoire,*
- *une liane de suspension*
- *un tapis de sol*
- *des ballons de tailles différentes adaptées à la morphologie maternelle,*
- *des galettes*
- *un fauteuil confortable pour le père ou partage de la méridienne avec la future maman,*
- *lumière tamisée (lampe)*
- *chaîne hifi*
- *produits de toilette naturels pour la mère et l'enfant*
- *un diffuseur d'huiles essentielles*

c) Formation des sages-femmes à un accompagnement moins médicalisé :

- *positions d'accouchement*
- *homéopathie*
- *acupuncture*
- *la communication thérapeutique*
- *démédicalisation et « bientraitance des femmes »*
- *allaitement maternel*

Retour sur 8 mois de salle nature à la maternité Port-Royal

Né du désir des femmes et de l'initiative des professionnels de santé, des projets comme les maisons de naissance et les pôles physiologiques aboutissent sur l'ensemble de la France. C'est le cas à Paris, où l'ouverture d'une salle nature a eu lieu au sein de la maternité Port Royal en mai 2014.
Son but est de proposer un accompagnement à toutes femmes à bas risque souhaitant accoucher sans péridurale et le plus naturellement possible. Cette salle nature présente du matériel varié dans le but d'aider à l'accompagnement de ces femmes : grand lit, baignoire, liane de suspension, ballon… Nous avons choisi d'étudier cette salle nature dans le but de l'évaluer et de l'améliorer. Nous avons réalisé une étude cas-témoin comparant les 59 femmes qui ont accouché en salle nature de la période du 9 mai 2014 au 31 décembre 2014 à 118 femmes ayant accouché en salle de naissance classique. Nous avons également sollicité l'avis de ces femmes par questionnaire.
Le profil de ces femmes se détache par leurs caractéristiques socio-professionnelles et le déroulement de leur grossesse. On observe moins d'interventions et de pathologies du travail chez les femmes accouchant en salle nature, et des meilleures issues d'accouchement sans modifications de l'état du périnée ou les suites de couches. Les femmes sont satisfaites de leur accompagnement en salle nature, elles mettent en valeur la nécessité de se mobiliser et font des propositions qui nous permettront d'améliorer la salle nature pour correspondre au mieux à leurs attentes.

Mots-clés : salle nature, physiologie, péridurale, interventionnisme

8 month into the “natural birth” room in Port-Royal maternity yard: a case-control study.

From the desire of women and initiated by care providers, projects like birth centers and physiological birth ward are coming to life all around France. In Paris, a natural birth room opened in Port-Royal’s maternity ward back in May 2014.
Its purpose is to offer an accompaniment to all low risk patients willing to deliver without any epidural analgesia and according to obstetrical physiology. This “natural” delivery room is furnished to help accompany those women: large delivery bed, bathtub, balloon, suspension liana… We choose to study this project, seeking to both evaluate and improve it. We conduct a case-control study between 59 women who gave birth in this room from May the 9th to December the 31st 2014 and 118 women who gave birth in a “standard” delivery room. We gathered the tough of the case group women.
These women’s profile is different by theirs socio-professional specifications and the course of their pregnancy. We observed less interventions and pathology during the labor among the case group, as well as better delivery outcomes; although there are no results impacting the perineal state or the late post-partum. Women are satisfied with the accompaniment in those “natural birth” room, they underline the importance of mobility during labor and suggest improvements regarding this room to be in accordance with their expectations.

Keywords: natural birth room, physiology, epidural analgesia, interventionism