



HAL
open science

Espace physiologique d'une maternité de type III : vécu et prise en charge des parturientes

Julie Pagès

► To cite this version:

Julie Pagès. Espace physiologique d'une maternité de type III : vécu et prise en charge des parturientes. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01539684

HAL Id: dumas-01539684

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01539684>

Submitted on 15 Jun 2017

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

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

**ESPACE PHYSIOLOGIQUE
D'UNE MATERNITE DE TYPE III**

Vécu et prise en charge des parturientes

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Julie PAGES

Née le 30 juillet 1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

**ESPACE PHYSIOLOGIQUE
D'UNE MATERNITE DE TYPE III**

Vécu et prise en charge des parturientes

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Julie PAGES

Née le 30 juillet 1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



Remerciements

A ma directrice de mémoire, Isabelle POUTIGNAT, sage-femme coordinatrice, pour sa confiance, sa disponibilité et son aide précieuse tout au long de la réalisation de ce travail.

A ma co-directrice, Aurélie MEJEAN-LAPAIRE, sage-femme enseignante, pour l'intérêt qu'elle a porté à cette étude, pour ses remarques constructives et son soutien qui m'ont aidé dans l'élaboration de ce travail.

A l'ensemble du corps enseignant, pour ces quatre années de formation.

Aux 16 femmes et couples, qui m'ont accordé de leur temps et qui ont bien voulu se confier pour mener à bien ce travail.

Plus personnellement, je remercie sincèrement :

Mes parents, Papa et Maman, depuis le début, merci pour tout, pour ce que vous faites au quotidien, pour votre générosité et votre amour, merci de m'aider à rendre possible ce que je pense inaccessible.

Mathieu, pour sa présence, ses encouragements et son amour de petit frère.

Rémi, pour son soutien, réconfortant et sans faille, pour sa patience et sa joie de vivre. Merci pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien...

Mes loulous, Adèle, Audrey, Manon, Marine, Morgane et Yoann, pour ces quatre années riches en émotions partagées, pour votre présence dans les bons comme dans les moments plus difficiles.

Mes proches, famille et amis, pour m'avoir accompagnée pendant ces années d'étude.

Glossaire

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie.

AS/AP : Aides-Soignantes / Auxiliaires de Puériculture.

ATCD : Antécédents

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CNGOF : Conseil National des Gynécologues Obstétriciens Français.

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

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de le Santé et de la Recherche Médicale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise En Charge

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

SA : Semaines d'Aménorrhée

SF : Sage-Femme

SFL : Sage-Femme Libérale

Lexique

Les mots accompagnés d'un astérisque (*) dans le texte sont définis ci-dessous dans leur ordre d'apparition :

Première phase du travail : période d'effacement et de dilatation du col de l'utérus.

Deuxième phase du travail : période allant de la dilatation complète du col de l'utérus à la naissance de l'enfant.

Soutien continu : soutien empathique et physique, par une même personne, durant le travail et l'accouchement.

Multitrac® : dispositif d'étirement comprenant une liane de suspension, un ballon fixé au sol, un tabouret d'accouchement amovible et un siège à l'arrière pour l'accompagnant.

Optibed® : grande banquette de repos, de forme ronde ou rectangulaire, ergonomique et spacieuse.

Acupression : technique de massothérapie dérivant de la médecine traditionnelle chinoise consistant à stimuler les points d'acupuncture par la pression des doigts sur les méridiens.

Aromathérapie : utilisation médicale des extraits aromatiques de plantes (essences et huiles essentielles).

Sommaire

Introduction	1
Revue de la littérature	3
1. Evolution de la naissance et de la profession de sage-femme du Moyen-Âge à nos jours.	3
1.1. Le Moyen-Âge (VI ^{ème} -XV ^{ème} siècle)	
1.2. Période du XVI ^{ème} au XIX ^{ème} siècle	
1.3. Le XX ^{ème} siècle : l'ère de la médicalisation	
1.4. Le XXI ^{ème} siècle : une technicité toujours plus importante	
2. Le bas risque et la physiologie.	6
2.1. Définition du bas risque	
2.2. La physiologie de l'accouchement	
3. Evolution des attentes des couples.....	9
3.1. Leurs attentes pour la prise en charge du travail et de l'accouchement	
3.2. Les réponses aux attentes des couples	
4. Les solutions alternatives proposées en France pour une prise en charge moins médicalisée de la naissance.....	12
4.1. L'expérimentation des maisons de naissance	
4.2. L'accompagnement global	
4.3. Les espaces physiologiques	
4.4. Les méthodes alternatives pour soulager la douleur	
4.5. L'analgésie péridurale ambulatoire	
Population et méthode	17
Résultats	21
Discussion	47
Conclusion	64
Références bibliographiques	
Annexes	

Introduction

Un des événements les plus marquants d'une vie est la naissance d'un enfant.

Aussi, les futurs parents sont demandeurs d'une prise en charge et d'une sécurité optimale pour la mère et l'enfant durant la grossesse et l'accouchement.

Dans ce souci de garantir la meilleure sécurité qui soit, les professionnels de la périnatalité ont dû uniformiser leurs pratiques et une prise en charge plus « technicisée » de la naissance s'est peu à peu développée. Elle englobe tous les moyens techniques et médicaux mis au service de la surveillance materno-fœtale : enregistrements cardiotocographiques continus, rupture artificielle de la poche des eaux, monitoring maternel, perfusions d'ocytociques, analgésie péridurale, etc. Cette évolution des pratiques a eu un impact sur les indicateurs en périnatalité, en témoignent les progrès accomplis en termes de morbi-mortalité maternelle et néonatale. [1, 2]

Cependant, aujourd'hui, des sages-femmes, des obstétriciens et des usagers contestent cette « médicalisation » autour de la naissance et s'interrogent sur les réels bienfaits de ces pratiques. En effet, qu'en est-il du bien-être des femmes et des couples, de l'accompagnement discret et respectueux durant ce moment si particulier ? [1]

Depuis 1998 et la réorganisation des maternités en trois types, les structures de type III, destinées à prendre en charge les grossesses pathologiques, sont également amenées à accueillir des grossesses dites à bas risque ou physiologiques. Dans ces centres, la prise en charge est très souvent protocolaire et étendue à l'ensemble des grossesses, qu'elles soient pathologiques ou non. Néanmoins, une prise en charge plus simple et moins technicisée est possible pour les grossesses à bas risque, tout en garantissant une sécurité optimale.

Face à ce constat et afin d'améliorer la satisfaction des usagers, certains centres de type III sont amenés à repenser leur prise en charge en proposant diverses alternatives pour les grossesses physiologiques. Les femmes et les couples qui le souhaitent ont ainsi l'opportunité d'être les acteurs principaux lors de la naissance de leur enfant.

L'étude qui va être présentée, concerne la maternité de type III de la région Auvergne qui dispose depuis trois ans d'un espace physiologique. Il est apparu intéressant de recueillir l'avis des femmes et des couples ayant pu bénéficier de cette alternative afin de savoir si oui ou non, elle répond à leurs attentes. Les femmes sont-elles informées de l'existence de cet espace physiologique à la maternité de type III de la région

Auvergne ? Comment sont-elles prises en charge lorsqu'elles bénéficient de cet espace ? Que pensent-elles de cette prise en charge et des solutions alternatives qui peuvent leur être proposées ? Quelles sont les améliorations à apporter ?

Dans ce travail, une revue de la littérature est présentée dans un premier temps et permet de resituer le contexte actuel. Dans un second temps, les modalités de réalisation de cette recherche et ses résultats sont détaillés. Enfin une troisième partie est consacrée à la discussion pour approfondir les données de cette étude qualitative.

Revue de la littérature

1. Evolution de la naissance et de la profession de sage-femme du Moyen-Âge à nos jours

1.1. Le Moyen-Âge (VI^{ème}-XV^{ème} siècle) [3, 4]

En France, à cette époque, l'accouchement est le domaine de certaines femmes âgées du village, les matrones. Ces dernières usent essentiellement de leurs expériences et de leur vécu personnel pour accompagner les parturientes puisque, à l'image de la situation des femmes à cette époque, elles n'ont pas le droit à l'instruction.

L'accouchement a lieu dans la maison familiale, communément près de la cheminée, dans la pièce centrale, uniquement en présence de femmes.

Les femmes sont relativement libres dans la posture d'accouchement : allongées sur le dos, semi assises, assises sur une chaise percée ou en position debout suivant les coutumes de chaque région. Evidemment, malgré cette liberté posturale, la douleur de l'accouchement est bien présente et en aucun cas soulagée.

En raison d'une médecine impuissante et de la méconnaissance des matrones, les accouchements peuvent être catastrophiques avec des taux de mortalité maternelle et infantile très élevés.

C'est du XVI^{ème} au XIX^{ème} siècle, que l'histoire de la naissance va rencontrer d'importantes modifications en France.

En effet, cette nouvelle ère est propice au développement rapide de la science médicale.

1.2. Période du XVI^{ème} au XIX^{ème} siècle

Tout d'abord, l'Etat français décide de former les sages-femmes et les médecins dans de grandes villes et de remplacer les matrones en campagne par de véritables sages-femmes formées à l'art de l'accouchement. [3]

L'enseignement se perfectionne peu à peu et comprend essentiellement des notions d'obstétrique et de médecine. [5]

Au XVIII^{ème} siècle, la formation des sages-femmes de province prend un grand tournant grâce aux services de Madame LE BOURSIER DU COUDRAY. Cette maîtresse sage-femme à Paris, originaire de Clermont-Ferrand, est frappée par l'insuffisance du niveau de formation des sages-femmes de province. Elle entreprend alors de sillonner la France pour former convenablement de nouvelles sages-femmes grâce à des cours adaptés et

illustrés. Pendant près de vingt-cinq ans, elle formera plus de cinq milles élèves sages-femmes dans le pays. [3, 5]

De manière concomitante à l'apparition de la profession de sage-femme, des hommes médecins, ou accoucheurs, interviennent progressivement lors de l'enfantement. Ils sont fréquemment appelés lorsque l'accouchement se complique et instaurent dans ce contexte l'utilisation des forceps. Pour faciliter leurs gestes, ils imposent progressivement la position d'accouchement sur le dos et cette posture va peu à peu se systématiser. [3]

Les parturientes sont donc de moins en moins libres dans leur choix de positions pour mettre au monde leur enfant. D'ailleurs, la position gynécologique est aujourd'hui encore très généralisée pour accoucher. [3]

Ces changements progressifs de pratiques marquent le premier pas vers la médicalisation des naissances. [4]

A la fin de ce « siècle des lumières », la naissance reste néanmoins très peu médicalisée dans les campagnes, et les accouchements se font encore pour la grande majorité à domicile. [5]

Le XIX^{ème} siècle est lui marqué par l'apparition des tous premiers moyens pour soulager la douleur. [3] Les accouchements se font toujours à domicile pour la plupart des femmes puisque les hôpitaux sont encore réservés à la prise en charge des populations « misérables ». Ils restent des lieux effrayants où le taux de mortalité maternelle est très élevé, notamment à cause des épidémies de fièvre puerpérale, véritable fléau jusque dans les années 1880. [3]

Il faut attendre la fin du siècle et les grands progrès en termes d'hygiène et d'asepsie pour voir le début d'une migration massive vers les hôpitaux pour accoucher. De plus, la volonté grandissante des femmes d'abolir la douleur lors de l'accouchement les conduit de plus en plus vers les hôpitaux et vers les médecins, délaissant peu à peu l'accouchement à domicile par les sages-femmes. [5]

Ces nouvelles évolutions participent également à la médicalisation de la naissance. [5]

1.3. Le XX^{ème} siècle : l'ère de la médicalisation

Au début du siècle, la naissance à l'hôpital continue sa progression, surtout dans les grandes villes : les hôpitaux accomplissent des progrès évidents en matière de confort et

de sécurité. Malgré tout, ils gardent encore une image défavorable aux yeux des populations et les accouchements se font toujours pour la grande majorité à domicile.

Les années 1900 sont marquées par un combat commun : celui des femmes et des médecins pour que l'enfantement ne se fasse plus dans la douleur. [6]

C'est à partir des années 1950 que l'on observe une nette évolution : environ 53% des accouchements ont lieu à l'hôpital en 1950 contre 85% en 1960. [3] Ce constat s'explique en partie par le développement des « accouchements sans douleur » (ASD), du nom de la méthode de préparation à l'accouchement importée en France par le gynécologue Fernand LAMAZE. Cette technique repose sur « *une préparation physique et psychique pendant la grossesse* », les femmes étant ainsi conditionnées pour enfanter sans douleur. [6]

L'analgésie péridurale, progrès majeur dans l'histoire de la naissance, évince l'ASD à partir des années 1970. Le succès est tel qu'au début des années 1990 en France, la moitié des femmes bénéficie de cette anesthésie locorégionale lors du travail. Cette technique d'analgésie nécessite cependant une surveillance particulière (monitorage maternel et fœtal, perfusion) et entraîne un bloc moteur, immobilisant les parturientes le temps du travail. [7]

Par ailleurs, la direction du travail se développe avec la rupture artificielle de la poche des eaux et l'utilisation de produits médicamenteux (les ocytociques par exemple). [2]

A la fin du XX^{ème} siècle, le temps de l'accouchement à domicile est révolu, l'hôpital devient gage de modernité, de confort, de sécurité et les femmes s'y rendent pour accoucher. [3] En effet, cette médicalisation de la naissance contribue à la diminution de la mortalité maternelle et infantile lors de l'enfantement et de ses suites. [8]

1.4. Le XXI^{ème} siècle : une technicité toujours plus importante

Le XXI^{ème} siècle signe davantage l'ère de la naissance médicalisée avec des technicités toujours plus pointues, en matière de médecine fœtale par exemple (échographies obstétricales de plus en plus précises, chirurgie fœtale,...). Outre ces innovations, les recommandations pour la pratique clinique évoluent.

Une enquête sur la santé périnatale réalisée entre 2003 et 2010 en France, montre que la direction du travail concerne plus de la moitié des accouchements et que plus de 77% des parturientes bénéficient d'une analgésie péridurale. [2]

Actuellement en France, 99% des femmes accouchent à l'hôpital. L'accouchement à domicile ne représente plus que 1% des naissances, comprenant les accouchements à domicile inopinés. [9]

Aujourd'hui, des couples peuvent reprocher leur manque de participation dans les décisions prises par les professionnels des maternités, voire même un manque d'humanité, qui peut aller de pair avec la technicité croissante. [8]

Ainsi, certains peuvent avoir la sensation d'être dépossédés de ce moment important de leur vie qui peut être totalement démunie de chaleur affective et sécurisante. C'est pourquoi une nouvelle demande de la part de certains futurs parents émerge concernant le suivi de la grossesse et l'accompagnement lors de l'accouchement. [10]

2. Le bas risque et la physiologie

2.1. Définition du bas risque

Depuis une dizaine d'années se pose la question du risque qui pourrait être entraîné par une surmédicalisation de la naissance. En effet, la technicisation mise au service des grossesses présentant une pathologie a tendance à se généraliser à des situations qui le justifient moins : les grossesses à bas risque, ou physiologiques. [11]

La Haute Autorité de Santé (HAS) définit la grossesse à bas risque « *comme une grossesse dont le déroulement est dit « normal », soit « sans complication » avérée, chez une femme en bonne santé et qui le reste.* » La grossesse pourra être considérée comme totalement normale uniquement après l'accouchement et si celui-ci s'est déroulé sans complication, avec un nouveau-né en bonne santé.

Le terme « normal » sous-entend l'absence de pathologie. Le terme de « bas risque », quant à lui, n'exclut pas le risque de survenue d'un événement indésirable. En effet, le niveau de risque peut évoluer au cours de la grossesse. [9]

Pour la HAS, qui se base sur le classement des experts du réseau sentinelle AUDIPOG, le bas risque est défini en fonction de la parité de la façon suivante : [9]

- Chez les primipares par :
 - Un âge supérieur ou égal à 18 ans et inférieur à 35 ans ;
 - Une absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière ;
 - Une absence de pathologie au cours de la grossesse ;
 - Une grossesse singleton ;

- Une présentation céphalique.
- Chez les multipares par :
 - les caractéristiques déjà citées ;
 - l'absence d'antécédent néonatal : ni prématurité, ni mort-né, ni mort néonatale ;
 - l'absence d'utérus cicatriciel.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) parle quant à elle de grossesse normale lorsque : [12]

- Le déclenchement est spontané,
- Le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement,
- L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37e et 42e semaines de gestation,
- Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien.

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) définit la grossesse physiologique par une évaluation initiale et continue : [11]

- Avant l'accouchement : par l'absence de risque particulier lié à la patiente, au déroulement de la grossesse, à la présentation de l'enfant,
- Pendant l'accouchement : par le déroulement spontané et normal du travail,
- Après l'accouchement : par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère.

La généralisation de certains actes médicaux, pas toujours nécessaires à tous les accouchements, peut amener à entraver les processus physiologiques mis en jeu à ce moment-là. Comme le déclare l'OMS, il convient donc d'avoir une raison valable pour intervenir dans le processus de la naissance, lorsque celle-ci est normale. [11, 12]

2.2. La physiologie de l'accouchement

La physiologie en obstétrique est de nos jours encore mal définie. On la présente comme l'étude des mécanismes à la fois physiques et chimiques de l'organisme. Ces derniers permettent les fonctions de reproduction, de gestation, d'enfantement et enfin d'allaitement. [13]

Pour les physiologistes, comme le gynécologue obstétricien Michel ODENT, la physiologie est une référence universelle. Selon lui, les principes fondamentaux de la physiologie de l'accouchement sont les suivants : [14]

- Se relaxer et se sentir en sécurité : Pour sécréter l'ocytocine, hormone clé de l'accouchement qui permet notamment les contractions utérines, la femme doit être détendue. Or, la synthèse d'ocytocine peut-être inhibée par une sécrétion importante d'adrénaline (aussi appelée épinéphrine), en réponse à un état de stress. La parturiente a donc intérêt à lâcher prise, afin de se mettre dans un état de profonde relaxation. Pour le bon déroulement du travail, il est nécessaire qu'elle se sente en sécurité et en confiance pour sécréter l'ocytocine.
- Mettre le néocortex au repos : Dans l'espèce humaine, le néocortex correspond à la partie du cerveau la plus développée, celle qui nous permet de penser. Or, les hormones nécessaires à l'accouchement (par exemple ocytocine et endorphines) sont synthétisées et sécrétées au niveau de centres cérébraux plus archaïques : hypothalamus et hypophyse. Si le néocortex est stimulé pendant le travail (par une lumière vive, des questions, des bruits, du stress,...), il inhibe les centres archaïques. Chez une femme qui accouche sans péridurale, il y a un moment où elle se coupe du monde, où elle est dans sa bulle, faisant confiance à son instinct. Parfois elle peut hurler ou avoir un comportement inhabituel. C'est ce moment précis où le contrôle du néocortex est réduit, les centres archaïques prennent le dessus et les hormones nécessaires à l'accouchement sont sécrétées normalement, de façon optimale.
- Eviter d'interférer pendant l'accouchement quand cela est possible. Limiter les touchers vaginaux par exemple, ne pas mettre d'enregistrement cardiotocographique en continu si cela n'est pas justifié, ne pas imposer de positions à la parturiente, etc.
- Accepter l'idée que la douleur fait partie du processus d'accouchement : elle permet la sécrétion d'endorphines. Ces hormones, analgésiantes, stimulent la synthèse d'ocytocine qui, comme il a été vu précédemment, est indispensable. De plus, les endorphines amènent la patiente à s'abandonner, à lâcher prise, ce qui diminue davantage l'activité du néocortex. Enfin, endorphines et ocytocine favorisent la sécrétion de prolactine qui servira ensuite pour l'allaitement.

Le processus physiologique de l'accouchement repose aussi sur une liberté de mouvements et la mobilité de la future mère en travail. En effet, cela favoriserait les mécanismes de l'accouchement. Ainsi, la dilatation du col utérin et le bon positionnement du fœtus dans le bassin maternel seraient facilités, et la participation active de la femme renforcée. [15]

Par ailleurs, aucune étude ne permet de conclure sur une position maternelle idéale lors du travail et de l'accouchement : [16, 17]

- Durant la première phase du travail*, la position verticale n'a montré aucun effet néfaste sur la mère et le fœtus. De plus, cette position, associée à la déambulation, permettrait de réduire la durée de cette phase.
- Certains résultats, à considérer avec du recul selon les auteurs, montrent que l'accouchement en position verticale serait plus à risque d'une éventuelle hémorragie du post-partum.

Malgré tout, les auteurs recommandent de laisser libre choix aux femmes quant à la position durant la deuxième phase du travail* et l'accouchement. Selon eux, les parturientes devraient être encouragées à trouver la position d'accouchement qui leur paraît la plus confortable et qui leur correspond le mieux.

L'accouchement physiologique est donc un ensemble de modifications physiques du corps de la femme, mais surtout biologiques avec des hormones clés qui doivent être sécrétées. C'est une connexion intense entre le corps et l'esprit qu'il faut veiller à respecter. [18]

3. Evolution des attentes des couples

3.1. Leurs attentes pour la prise en charge du travail et de l'accouchement

Le souhait de certaines patientes et de certains couples est aujourd'hui d'avoir l'opportunité de vivre plus librement leur accouchement, de manière plus naturelle. [19]

Une enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) menée en 2006 nous informe que plus de 95% des femmes se déclarent satisfaites de leur suivi de grossesse et de leur accouchement. [20]

Six ans plus tard, en 2012, une enquête du Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE), montre que le nombre de femmes exprimant des souhaits particuliers pour leur accouchement est en augmentation : 36% avant 2005 contre 57% en 2011. Par ailleurs, 90% des femmes dont les souhaits ont été respectés, déclarent avoir bien vécu leur accouchement, tant sur le plan physique que psychique. [21]

Les principaux souhaits des patientes sont les suivants : [21]

- Avoir plus de liberté dans les mouvements pendant le travail,

- Bénéficier d'une prise en charge plus personnalisée lors de ce moment privilégié, et en particulier un accompagnement pour aider à gérer la douleur,
- Eviter au maximum la réalisation d'une épisiotomie.

Plusieurs études réalisées dans différents pays européens, montrent que la déshumanisation des soins autour de la naissance pourrait avoir des effets néfastes sur le bon déroulement du travail. [22]

Ces études montrent à l'inverse qu'un soutien continu* pendant toute la durée du travail serait bénéfique pour une progression favorable de l'accouchement, en favorisant son déroulement physiologique. Les patientes ayant bénéficié de ce soutien continu sont, pour la plupart, satisfaites de cette prise en charge plus rassurante et personnalisée.

Ainsi, les professionnels de santé sont parfois amenés à repenser la prise en charge des grossesses à bas risque obstétrical.

3.2. Les réponses aux attentes des couples

Quels moyens sont mis en œuvre pour permettre aux femmes et aux couples de s'impliquer le mieux possible dans la naissance de leur enfant ?

Déjà en 1998, l'OMS publie des recommandations sur la prise en charge des grossesses physiologiques. Dans le cadre d'un accouchement normal, il est précisé que le professionnel de santé en charge de la parturiente se doit d'évaluer régulièrement l'apparition de facteurs de risque. Le transfert de la femme vers un niveau de soins supérieur est justifié lorsque des facteurs de risque ou complications apparaissent durant le travail ou l'accouchement. [12]

En France, la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, permet aux parturientes d'être libres de refuser des actes médicaux lors de leur accouchement puisque : « *Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.* » [23]

De plus, les femmes sont libres de choisir le praticien qui les prendra en charge pour la grossesse et l'accouchement : « La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin » [24]

Malgré tout, la prise en compte des attentes des femmes et des couples doit s'adapter à l'état de santé de la mère et de l'enfant et certaines demandes ne peuvent être acceptées par les professionnels si elles mettent en péril la vie de l'enfant ou de la mère. [9]

Le plan « périnatalité » 2005-2007 (qui peut se résumer par « humanité, proximité, sécurité, qualité ») prend en compte dans ses objectifs les besoins des couples lors de la grossesse et de l'accouchement. Une partie des efforts doit être centrée sur l'écoute des besoins et des attentes, le dialogue et l'information. Le but est de garantir le mieux possible la sécurité émotionnelle et physique des couples. [8]

Le plan prévoit également l'expérimentation des maisons de naissances pour répondre à la demande des couples qui souhaitent une naissance moins médicalisée (cf. page 12). [8]

En 2003, à l'initiative du CNGOF, se réunissent les premiers Etats Généraux de la Naissance. En plus des professionnels, les usagers du système de soins étaient également conviés à participer aux échanges. C'est lors de cet événement que s'est formé le CIANE. [25]

De nombreuses propositions ont été faites lors de ce rassemblement, par exemple : [26]

- Prise en compte des solutions alternatives proposées pour le travail et l'accouchement,
- Diversification et amélioration de l'offre de soins,
- Humanisation des grandes structures hospitalières,
- Réaffirmation de la place des sages-femmes dans la prise en charge des accouchements eutociques, etc.

Le 31 août 2015, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) publie un communiqué de presse rappelant l'importance du respect du choix des femmes. Cette publication fait suite aux résultats d'une enquête réalisée par l'INSERM montrant que sur un quart des femmes souhaitant accoucher sans péridurale, seule la moitié y parvient. Le CNOSF met en avant l'importance de respecter le choix des femmes ne souhaitant pas recourir à la péridurale. Selon lui, il faut tout mettre en œuvre pour qu'un accompagnement de qualité et adapté au niveau de risque de la grossesse soit possible. [27, 28]

4. Les solutions alternatives proposées en France pour une prise en charge moins médicalisée de la naissance

Dans ce contexte, de nouvelles alternatives se développent en France pour permettre aux femmes qui le désirent et qui ont une grossesse à bas risque de pouvoir enfanter en toute sécurité mais sans hyper médicalisation, c'est-à-dire en respectant le plus possible la physiologie, avec une prise en charge simplifiée. [29]

Il est donc opportun de se pencher sur les solutions existantes.

4.1. L'expérimentation des maisons de naissance

Les maisons de naissance sont des lieux qui accueillent les femmes enceintes pendant la grossesse, pour le suivi, et jusqu'après l'accouchement, ce qui permet une prise en charge globale.

Ces structures sont exclusivement sous la responsabilité des sages-femmes. Elles permettent une prise en charge personnalisée et moins médicalisée pour les grossesses physiologiques, tout en garantissant les conditions de sécurité nécessaires pour l'enfant et sa mère. Pour cela, ces structures doivent, en France, être attenantes à une maternité pour permettre un transfert rapide de la parturiente en cas de survenue d'une complication. [30]

Si dans certains pays voisins, les maisons de naissance sont répandues, en France les premières volontés d'ouvrir de telles structures se font entendre en 1998, par le ministre de la santé de l'époque Bernard KOUCHNER.

Il faut attendre le plan « périnatalité » 2005-2007 pour que l'expérimentation de tels lieux commence à être discutée officiellement. [30] En effet, le plan prévoit dans ses mesures l'élaboration de textes de loi permettant cette expérimentation. [8]

Le 6 décembre 2013 la loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance en France est promulguée. [31] Le décret d'application relatif à cette loi est quant à lui paru le 30 juillet 2015. [32]

Après une évaluation de l'expérimentation sur cinq ans, comme définit à l'article 4 de la loi du 6 décembre 2013, sa fin est prévue pour l'année 2020. [33]

A ce jour, en France, neuf projets d'expérimentation ont été acceptés, dont deux en outre-mer. (Annexe I)

4.2. L'accompagnement global

En 2002, l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) définit l'accompagnement global : « *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnatals de la mère et de l'enfant.* ». Cette alternative donne l'opportunité à la femme et au couple de vivre leur accouchement différemment, en présence d'une sage-femme avec qui ils ont pu établir une relation de confiance tout au long de la grossesse. [34]

Dans ce cadre, les sages-femmes libérales peuvent pratiquer l'accouchement des patientes qu'elles ont suivi pendant la grossesse. Comme le prévoit l'article L 6146-2 du code de la santé publique, les sages-femmes libérales peuvent avoir accès à un plateau technique : « (...) *Le directeur d'un établissement public de santé peut (...) admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires (...) à participer à l'exercice des missions de service public (...) attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement.* » [35]

.En Auvergne, un des centres hospitaliers de type I propose un plateau technique à cinq sages-femmes libérales depuis 2012. [36]

4.3. Les espaces physiologiques

La circulaire du 10 avril 2014 annonce la possibilité de mettre en place des unités physiologiques au sein des maternités. Elle réaffirme la place privilégiée des sages-femmes dans la prise en charge des parturientes au sein de telles structures. [37]

Ces lieux proposent un encadrement et un suivi moins technicisé du travail et de l'accouchement pour les grossesses à bas risque et permettent à la future maman de se réapproprier ce moment si particulier.

Ils dégagent une atmosphère chaleureuse et spacieuse, le matériel médical est souvent à l'extérieur, faisant oublier l'environnement hospitalier. Ils sont mis en place au sein du bloc obstétrical de manière à pouvoir assurer toute action nécessaire en cas d'apparition d'une pathologie chez la mère ou l'enfant. [38]

Ces espaces peuvent être considérés, dans une moindre mesure, comme une alternative à la maison de naissance.

A la maternité de type III d'Auvergne, l'espace physiologique a été mis en place en septembre 2013. Il comprend une salle physiologique et une salle avec une baignoire. L'utilisation de cet espace est soumise à un protocole (Annexe II), rédigé la même année. La salle physiologique propose différentes possibilités matérielles pour « gérer leur travail d'accouchement » sans péridurale : ballons, galettes, coussins, musique, lumières de couleur, Multitrac[®], Optibed[®]. En plus du matériel, la patiente a aussi la possibilité de déambuler librement dans cet espace. Pour son accouchement, la patiente est transférée dans une des neuf salles de naissance et un enregistrement cardiotocographique continu pendant les efforts expulsifs est mis en place.

4.4. Les méthodes alternatives pour soulager la douleur

- La méthode BONAPACE : Accoucher sans stress. [39]

Julie BONAPACE, médiatrice familiale québécoise, a mis au point en 1989 un programme non pharmacologique pour réduire la douleur de l'accouchement. Cette méthode, fondée sur les principes de la neurophysiologie de la douleur, et validée par des recherches scientifiques canadiennes, permet de soulager les douleurs du travail d'accouchement de près de 50 %. Le but est également de permettre un accouchement naturel, sécuritaire et que les parents en soient satisfaits. La participation active du père et de la mère dans la gestion de la douleur est grandement encouragée.

Cette méthode repose sur trois mécanismes endogènes spécifiques qui réduisent la douleur lors de l'accouchement :

- Le contrôle de la pensée, aide à la perception de la douleur. La femme doit apprendre au cours de la grossesse à respirer, se relaxer et visualiser.
- La théorie du portillon : consiste en un massage léger de la zone douloureuse. Le résultat est une réduction de la douleur. Le père apprend comment effleurer les zones douloureuses dans le but de soulager la douleur de sa partenaire. Ces massages légers sont réalisés en dehors des contractions utérines.
- Le contrôle inhibiteur diffus nociceptif : Il permet de créer une seconde douleur qui provoque la sécrétion d'endorphines. À l'accouchement, les massages douloureux sont réalisés par le père, au niveau de points réflexes qui sont le plus souvent des points d'acupuncture (au niveau du pied ou du bas du dos par exemple). Ces stimulations douloureuses permettent de réduire la douleur du travail, elles favorisent également des contractions utérines efficaces et une bonne position du fœtus.

Cette méthode se répand aujourd'hui dans la pratique française et des formations sont proposées aux professionnels qui le souhaitent.

- *La méthode DE GASQUET*: [40]

Cette méthode décrite par le médecin et professeur de yoga Bernadette DE GASQUET est une approche posturo-respiratoire applicable lors de l'accouchement. Elle enseigne aux femmes l'importance de trouver une position antalgique pendant le travail. En effet cela permet d'accéder à un état de détente, d'avoir une respiration libre et de pouvoir mobiliser son bassin de manière à favoriser la progression du bébé. Les parents deviennent ainsi plus actifs pour la mise au monde de leur enfant.

Durant la grossesse, la future mère apprend notamment la respiration abdominale, les différentes postures possibles pendant la grossesse, le travail et l'accouchement et le rôle du périnée. La méthode insiste sur les bonnes postures et surtout sur celles qu'il convient d'éviter. Chaque femme est incitée à trouver la position qui lui correspond grâce à des exercices pendant la grossesse.

Les futurs parents peuvent se procurer des livres pour réaliser les exercices pendant la grossesse, ils peuvent aussi faire appel à un professionnel formé à cette méthode.

- *Les méthodes d'acupuncture, hypnose et autres alternatives*. [41- 44]

Des études randomisées ont été réalisées afin de démontrer l'efficacité de certaines techniques non pharmacologiques dans le traitement de la douleur d'accouchement.

Les résultats concluent que l'acupuncture est un moyen qui peut soulager la douleur. L'hypnose diminuerait le recours aux produits pharmacologiques et favoriserait l'accouchement par les voies naturelles. Les auteurs ajoutent que des études complémentaires sont nécessaires pour affirmer ces résultats.

Les effets des massages, de l'acupression*, de la musique, de l'aromathérapie*, de la relaxation n'ont pas pu être établis dans ces études et d'autres investigations semblent nécessaires.

L'immersion dans une baignoire de dilatation est une méthode alternative qui se répand de plus en plus dans les maternités de France. Le bain chaud permet aux parturientes de se détendre, de se mobiliser et de favoriser le lâcher-prise et le bien-être. Pour certaines femmes, l'eau permet de soulager la douleur. Cette solution permettrait de réduire la durée de l'accouchement, aurait un effet positif sur les tissus du périnée et entraînerait un vécu positif des patientes.

Une des salles de naissance du CHU de type III de la région Auvergne dispose d'une baignoire depuis mars 2010. L'espace physiologique comprend donc deux endroits distincts au sein du bloc obstétrical offrant des alternatives : cette salle avec baignoire et la salle physiologique (cf. page14).

4.5. L'analgésie péridurale ambulatoire [45 – 47]

Aujourd'hui, l'analgésie péridurale pratiquée lors du travail d'accouchement semble satisfaire une grande majorité de femmes. Cependant, cette technique impose aux parturientes d'être allongées et passives durant tout le travail, du fait des monitorages de surveillance de la mère et du fœtus.

Des études réalisées dans les années 1990 montrent que péridurale et déambulation ne sont pas incompatibles et que cette association entraînerait une meilleure satisfaction des parturientes.

D'importantes améliorations ont déjà été faites en terme d'analgésie avec les péridurales faiblement dosées en anesthésiques locaux, permettant de minimiser le bloc moteur et ainsi de faciliter la mobilisation des femmes pendant le travail. Ce type d'analgésie est privilégié dans la pratique courante aux vues de ces bénéfices (qualité d'analgésie satisfaisante, mobilisation et déambulation possibles, efforts expulsifs plus efficaces).

La déambulation sous péridurale est pratiquée dans certaines structures en France. Pour prétendre à cette alternative, la femme doit présenter une grossesse normale à terme et le rythme cardiaque fœtal doit être normal. De plus, la parturiente ne doit en aucun cas être laissée seule, le risque principal étant la chute (rôle important du partenaire).

Une étude réalisée en 2006 montre que l'analgésie péridurale ambulatoire entraînerait une augmentation de la première phase de travail*, mais qu'elle reste un moyen sûr pour la mère et le fœtus.

Le CNGOF signale que la déambulation pendant le travail doit pouvoir être proposée aux parturientes. Elle ne doit en aucun cas être vue comme un surplus de travail pour les professionnels de santé.

Compte tenu de ce contexte, un travail de recherche a été mené au sein de l'espace physiologique de la maternité de type III d'Auvergne.

L'étude réalisée est présentée par la suite et s'articule en trois parties majeures : Population et Méthode, Résultats et Discussion.

Population et méthode

1. Objectifs de la recherche

- Objectif principal de l'étude : Faire un bilan quant à la prise en charge médicale et psychologique des femmes pendant leur travail d'accouchement lorsqu'elles bénéficient de l'espace physiologique de la maternité de type III de la région Auvergne.
- Objectif secondaire de l'étude : Evaluer la qualité de l'information sur l'espace physiologique reçue par les femmes ayant eu accès à ce service.

2. Description de l'étude

Il s'agit d'une étude exploratoire, phénoménologique, de type qualitatif et compréhensif.

Elle s'est étendue sur quasiment cinq mois, entre le 26 mai et le 18 octobre 2015, sur le site de la maternité de type III de la région Auvergne, au niveau du pôle Femme Et Enfant (secteur obstétrique).

3. Population

- Population source : Elle correspond à l'ensemble des femmes qui accouchent à la maternité de type III du CHU de la région Auvergne.
- Population cible : Elle comprend toutes les femmes ayant eu accès à l'espace physiologique durant leur travail d'accouchement. Pour rappel, cet espace comprend une salle physiologique et une salle de naissance disposant d'une baignoire.

4. Critères de sélection des sujets

Une fiche d'informations a été affichée dans l'espace physiologique afin que les patientes puissent être informées de l'étude en cours.

- Le recrutement des patientes s'est fait de deux manières :
 - Appels téléphoniques réguliers en salle de naissance (tous les deux jours) afin d'être informée de l'utilisation de l'espace physiologique.
 - Consultation du cahier « salle physiologique » présent en salle de naissance, tous les deux jours dans un premier temps puis uniquement lorsque l'appel téléphonique s'avérait positif. Ce cahier contient l'identité des patientes ayant eu

accès à la salle physiologique et/ou à la baignoire de dilatation pendant leur travail, il est rempli par les sages-femmes de salle de naissance.

- Les critères d'inclusion étaient les suivants :

Multipares ou primipares ayant une grossesse estimée à bas risque et ayant fait tout ou une partie de leur travail dans l'espace physiologique.

Devant le faible effectif de femmes ayant accès à cet espace, il n'a pas été souhaité de restreindre l'étude à des primipares.

- Les critères d'exclusion étaient :

- Les femmes ne parlant et/ou ne comprenant pas le français.
- Les femmes ayant une pathologie générale ou obstétricale ne leur permettant pas d'avoir un travail avec une surveillance discontinue en espace physiologique.
- Les femmes ayant une césarienne programmée.
- Les femmes ayant une grossesse à bas risque mais n'ayant pas eu accès à l'espace physiologique.

5. Le recueil des données

5.1. Les variables recueillies

Les variables recueillies sont répertoriées dans un guide d'entretien (Annexe III).

Cinq grandes parties composaient ce guide :

- Les attentes des patientes et des couples, les projets de naissance
- L'information à propos de l'espace physiologique
- Le déroulement de l'admission à l'accueil et du début du travail
- Le déroulement du travail en espace physiologique et l'accouchement
- Les remarques particulières et les propositions énoncées par la femme ou le couple.

5.2. Le mode de recueil des données

Un entretien individuel et anonyme, semi directif, a été réalisé le deuxième jour du séjour en maternité. Ces entretiens se sont déroulés en fin de journée, dans la chambre de la patiente, au calme, afin de permettre des échanges de qualité.

Les conjoints présents au moment de l'entretien ont participé, s'ils le souhaitaient, à l'échange, ce qui a permis d'enrichir certains recueils.

Les entretiens ont été enregistrés en direct sur un dictaphone puis retranscrits sur support informatique.

Un entretien test a été réalisé le 26 mai 2015 auprès d'une patiente répondant aux critères d'inclusion. Il a été inclus dans l'étude et aucune modification du guide d'entretien n'a été apportée suite à ce test.

6. L'analyse des données

6.1. L'organisation des données de terrain

- Un carnet de bord a été élaboré. Il a permis de répertorier toutes les idées de départ, les différentes questions inhérentes à cette étude ainsi que les remarques des différents professionnels impliqués de près ou de loin dans l'élaboration de ce travail.
- Un guide d'entretien a été créé au préalable dans le but de structurer les échanges avec les patientes. Ce guide, véritable fil conducteur de l'entretien, répertorie toutes les variables à recueillir, à minima (Annexe III).

6.2. L'analyse du contenu des entretiens

Tout d'abord, l'ensemble des échanges a été retranscrit en intégralité, mot pour mot et sans reformulations, permettant ainsi de rester le plus objectif possible. Chaque document a été repris et présenté afin de faire ressortir les informations pertinentes et de mettre en avant les ressemblances et les différences entre chaque interview.

- Etape 1 : L'analyse thématique du contenu.

Les différents thèmes abordés dans chaque entretien ont été mis en évidence, afin de dégager leur diversité.

- Une analyse verticale des données retranscrites a été réalisée dans le but de mettre en avant les thèmes récurrents dans un même entretien.
- Puis une analyse horizontale a été effectuée autour de chaque thème pour mettre en perspective tous les entretiens pour chaque thème, faisant ainsi ressortir les divergences et les similitudes.

- Etape 2 : Synthèse des données relatives aux patientes

Des données personnelles ont été répertoriées pour chaque patiente afin d'avoir connaissance de certaines caractéristiques les concernant (cf. page 22).

7. Aspects éthique et réglementaire

Dans un premier temps, une demande d'autorisation pour la réalisation d'entretiens a été faite auprès du médecin responsable du pôle Femme Et Enfant, secteur obstétrique, et de la sage-femme coordonnatrice du dit pôle.

Une fois l'autorisation obtenue, les participantes à cette étude ont pu être rencontrées dans leur chambre de maternité.

Une feuille d'information à propos de ce travail de recherche leur a été remise à ce moment-là (Annexe IV). Cette fiche mentionnait le descriptif de l'étude, les buts et les modalités de réalisation des entretiens. Elle précisait également le caractère strictement anonyme des échanges, incluant de ne mentionner aucune personne par son nom et/ou prénom. Un rendez-vous pour le lendemain était fixé à cette occasion, ce qui laissait un délai de réflexion à la patiente.

Avant la réalisation de chaque entretien, un rappel des modalités d'entretien, notamment en termes de confidentialité, était fait. Après concertation avec l'équipe enseignante, le directeur de mémoire et le représentant de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, il a été décidé qu'un consentement oral serait recueilli auprès de chaque patiente avant de débiter l'échange.

Après retranscription informatique intégrale des entretiens, un numéro d'anonymat a été attribué à chaque patiente (patiente 1 = P1, patiente 2 = P2,...). Les entretiens sous format audio ont été conservés dans un fichier informatique protégé par un code d'accès, afin de garantir la protection des données et l'anonymat des patientes.

Les résultats recueillis au travers de cette étude sont présentés dans la partie qui suit.

Résultats

Le plan de cette partie est présenté en Annexe (Annexe V).

1. Description de l'échantillon

Sur les 23 femmes ayant reçu la lettre d'information et la demande d'entretien, **16 ont accepté de participer à l'étude et de réaliser l'entretien**. Six femmes ont refusé de participer, estimant ne pas être restées assez longtemps dans l'espace pour que leur témoignage soit exploitable. Une femme a été exclue de l'étude, elle ne parlait pas français.

La cartographie des 16 entretiens réalisés se présente comme suit :

- Treize entretiens ont été recueillis auprès de femmes ayant bénéficié uniquement de la salle physiologique (P1 à P7, P9, P11 à P14, P16),
- Deux ont été réalisés auprès de femmes ayant bénéficié de la salle physiologique et de la salle qui dispose de la baignoire de dilatation (P8, P10),
- Un entretien concerne une femme ayant bénéficié uniquement de la salle avec la baignoire de dilatation (P15).

Les entretiens ont duré entre **19 et 54 minutes**, soit au total 497 minutes d'enregistrement audio. L'ensemble des entretiens retranscrits intégralement représente un document de 60 pages recto-verso.

Parmi les participantes à l'étude, il y a :

- Dix primipares,
- Cinq deuxièmes-pares
- Une troisième-pare

L'âge moyen de la population est de 31 ans, les âges s'échelonnant de 26 à 36 ans.

Quatorze femmes ont accouché par voie basse et deux ont eu une césarienne pour non progression de la présentation.

Onze pères étaient présents et tous ont souhaité participer à l'entretien de leur conjointe respective.

Les caractéristiques de toutes les parturientes sont répertoriées dans un tableau récapitulatif, page suivante.

	Age	Nationalité	Parité	Terme (SA + jours)	ATCD médicaux	PNP	Projet de naissance	Conjoint	Durée entretien (minutes)
P1	28	F	1	41+1		SFL		+	32
P2	26	F	1	40+4	Fracture du rachis	CHU		+	27
P3	34	F	2	40+5		SFL	+	+	28
P4	33	F	2	40+4		SFL	+	+	48
P5	30	F	1	40+4	Spondylar- thrite	SFL / CHU		+	25
P6	28	F	2	41+4		SFL		+	32
P7	32	F	1	40+4	Myocardite aigüe	SFL			28
P8	28	F	1	39+4	Asthme	SFL		+	29
P9	29	F	2	40		SFL			19
P10	34	F	1	40+2		SFL	+	+	36
P11	33	F	2	39+3		SFL			25
P12	31	A	1	39		SFL		+	32
P13	34	F	1	40+3		SFL		+	29
P14	36	F	3	40					25
P15	28	F	1	41+4		SFL	+		54
P16	29	B	1	41+1		SFL		+	28

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon.

Abréviations présentes dans le tableau :

- SA : Semaines d'Aménorrhée
- ATCD : Antécédent
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- Conjoint = conjoint présent lors de l'entretien
- P1 = patiente n°1, P2 = patiente n°2, etc...
- SFL : Sage-Femme Libérale
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire (c'est-à-dire à la maternité d'étude)
- F = Française, A = Allemande, B = Britannique

2. Résultats de l'analyse

Dans cette partie des abréviations sont utilisées pour faciliter la lecture : la première patiente interrogée = P1, la deuxième = P2, etc. De même pour les conjoints : conjoint de la première patiente interrogée = C1, etc.

Pour rappel, l'espace physiologique de la maternité où cette étude est réalisée comprend une salle physiologique et une salle de naissance qui dispose d'une baignoire.

2.1. Les attentes des femmes

Parmi les femmes interviewées, **quatre ont élaboré un projet de naissance** (P3, P4, P10, P15). Ces projets restent simples, avec des idées qui semblent tout à fait réalisables, dans la mesure du possible. Les attentes sont relativement similaires : « *sans péridurale, médicalisé le moins possible* » (P3), « *sans péridurale systématiquement, (...) aller dans la salle physio* » (P15), « *je voulais absolument pouvoir bouger et faire de la salle physiologique. Dans le projet de naissance, j'avais parlé de la salle physiologique et de la baignoire de dilatation si elles étaient disponibles.* » (P10).

Les conjoints sont également impliqués dans ce projet qui relève d'une démarche commune avec leur compagne : « *volonté que tout se passe le plus naturellement possible, que l'on puisse faire un petit peu à notre guise malgré le fait que l'on soit dans le cadre hospitalier.* » (C4).

Quant aux 12 autres sans projet particulier, certaines avaient des attentes malgré tout :

- Six d'entre elles souhaitaient une analgésie péridurale (P2, P7, P9, P11, P13, P14) « *Péridurale de manière certaine mais pas forcément tout de suite* » (P9).
- Une femme ne savait pas si elle bénéficierait ou non d'une péridurale, mais souhaitait pouvoir utiliser un ballon « *je savais qu'il y avait des ballons à disposition et j'espérais pouvoir m'en servir* » (P8).

La patiente 13 avait envisagé un accouchement sur le côté et la patiente 12 espérait seulement « *que tout se déroule bien* ».

Enfin, **quatre femmes n'avaient aucune attente particulière** (P1, P5, P6, P16).

2.2. Prise en charge à l'accueil des urgences obstétricales

A leur arrivée aux urgences obstétricales, 14 patientes étaient en début de travail (P1, P3 à P11, P14 à P16), deux avait fissuré la poche des eaux et ont présenté une dystocie de

démarrage (P2, P13), enfin une patiente avait rompu la poche des eaux et était en faux travail (P12).

L'espace physiologique a été proposé par l'équipe soignante de l'accueil à douze parturientes, de différentes façons :

- Espace physiologique proposé en première intention, pour six parturientes (P1, P3, P4, P6, P8, P14) :
 - « *On nous l'a proposé tout de suite lorsque l'on a dit qu'on ne voulait pas de péridurale* » (P4),
 - « *Elles m'ont dit qu'elles allaient me garder, et elles m'ont montré qu'il y avait la salle de disponible, et la baignoire aussi.* » (P8).
- Espace physiologique proposé en première intention car aucune salle de naissance disponible, pour une parturiente (P11) :
 - « *Quand j'ai voulu aller (...) dans ma salle d'accouchement, pas de place. Donc c'est pour ça que je suis allée dans cette salle physiologique.* »
- Péridurale proposée en première intention puis proposition de l'espace physiologique suite au refus de la péridurale pour trois parturientes (P7, P10, P12) :
 - « *On m'a proposé la péridurale, j'ai dit que je préférais continuer encore un peu parce que c'était supportable les contractions, donc on me l'a proposé [l'espace physiologique] et j'y suis allée.* » (P7),
 - « *Aux urgences elles m'ont parlé directement de la péridurale mais, moi, j'ai dit que je souhaitais attendre et on m'a proposé la salle physiologique.* » (P10).
- Différentes possibilités proposées dont l'espace physiologique pour deux parturientes (P9, P15) :
 - « *On m'a demandé si je voulais la péridurale tout de suite ou si je voulais aider le bébé à descendre en faisant du ballon, c'était l'un ou l'autre.* » (P9).
 - « *Quand on a été admis, la sage-femme nous a dit : « il y a trois possibilités : vous pouvez aller dans votre chambre pour être tranquilles, vous pouvez tout de suite aller prendre un bain si vous voulez, ou la péridurale ».* » (P15).

Quatre femmes ont demandé l'espace physiologique dès leur arrivée (P2, P5, P13, P16) :

- « *C'est moi qui ai demandé la salle et la sage-femme m'a dit : "mais oui, j'allais vous la proposer" »* (P2),

- « On a demandé, on a pris les devants parce qu'on nous avait conseillé de marcher, bouger, et c'est de là qu'on a dit : « vous avez une salle avec des ballons ? ». » (P13).

2.3. L'espace physiologique (Annexe VI)

2.3.1. Le ressenti des femmes

Les commentaires recueillis à propos de l'espace sont globalement très positifs.

Certains adjectifs reviennent très souvent dans plusieurs entretiens. Ainsi, neuf parturientes trouvent l'espace « agréable » (P4, P5, P7, P8, P10 à P13, P16), d'autres préfèrent le terme de « chaleureux » (P4, P6).

Pour deux d'entre elles, l'espace s'avère également « confortable » (P14, P16).

Trois parturientes se sont senties dans un « cocon » (P7, P8, P13).

Une parturiente souligne quant à elle « le côté intimiste » de la salle. (P4). Ce côté est renforcé, selon elle, grâce à la tenue qu'elle a pu porter en salle physiologique : « On m'a laissée m'habiller comme je voulais. C'est tout bête mais, de ne pas être habillée en tenue d'hôpital, j'ai trouvé ça agréable. Etre avec mes vêtements à moi (...) c'est confortable, au niveau pudeur on est bien ! Ça renforce un petit peu le côté intimiste de cette salle, on peut s'approprier l'endroit un peu plus. »

Trois patientes ont souligné les sensations de « sécurité » et de protection éprouvées dans l'espace (P2, P10, P12) : « on sait qu'il y a les sages-femmes pas loin ; si on a besoin, on appelle. C'est vrai qu'il est important de se sentir en sécurité. Si on avait la moindre question, il y avait quelqu'un pour répondre. » (P2), « on s'est senti rassuré, en sécurité » (P12).

De plus, une femme souligne : « on n'entend pas, je trouve, le brouhaha du couloir, le passage, c'est relativement silencieux. Et moi, j'ai crié un petit peu et je ne me suis pas dit « tout le monde va m'entendre ! ». On sent que c'est un espace qui est quand même protégé. » (P4).

Deux parturientes ont ressenti un sentiment de « liberté » dans la salle physiologique (P2, P4) : « on a vraiment été tranquille, c'est important de pouvoir faire à notre guise, tout en étant guidé si jamais on a besoin. » (P2).

Des remarques sur la décoration ont également été faites, toutes positives : « déco sympa » (P2, P12), « bien décorée » (P4, P9, P13), « les peintures au mur sont

chouettes » (P16), « *cette salle elle est magnifique. Au niveau esthétique, elle est jolie* » (P11), « *les murs sont joliment décorés* » (P14).

Une patiente retrouve un esprit enfantin au travers de la décoration : « *ça fait déjà un esprit un petit peu d'enfant, de bébé* » (P7).

Quatre patientes trouvent la salle lumineuse et soulignent l'importance de la fenêtre (P1, P3, P4, P14) : « *il y a l'ouverture sur l'extérieur qui joue aussi je pense. Avec la fenêtre, on est plus ouvert sur l'extérieur que sur l'intérieur. Et donc ça c'est bien.* » (P4), « *on s'est dit : ouah super ! C'est lumineux, c'est coloré. Et j'ai senti à ce moment-là un truc qui lâchait.* » (P3).

Six femmes ont fait remarquer qu'elles ne se sont pas senties dans un hôpital, pas dans une prise en charge médicale. (P2, P4, P8, P10, P12, P14) :

- « *On ne voit pas d'écran d'ordinateur, de machines (...) on est attiré par l'endroit, c'est très vivant. J'étais plus dans une petite bulle, un peu comme à la maison.* » (P4),
- « *La déco est faite aussi de telle manière qu'on ne se sent pas à l'hôpital. C'est ça, pendant deux heures on ne se sent pas du tout encore dans une prise en charge médicale.* » (P14).

Toujours dans cet esprit, deux parturientes relèvent que le lieu apporte de la sérénité : « *Ça permet d'attendre un peu sereinement, (...) j'ai largement préféré faire le ballon dans la salle physio qui permet d'être plus serein.* » (P7), « *on est quand même dans une ambiance beaucoup plus sereine* » (P14).

2.3.2. Le matériel mis à la disposition des femmes

Douze patientes ont utilisé le Multitrac®* (P1, P2, P4 à P6, P8 à P11, P13, P14, P16). Toutes ont eu des commentaires très positifs à propos de ce dispositif, malgré des difficultés parfois à l'utiliser par manque d'explications (Cf. 2.3.5.) :

- « *J'ai apprécié de pouvoir me tenir avec la corde, c'est vraiment intéressant. La chaise derrière aussi pour que le papa puisse masser dans le bas du dos, (...) c'était vraiment bien, c'était confortable. (...) Pouvoir bouger le bassin tout en étirant le dos, c'était vraiment bien, appréciable.* » (P5),
- « *Le ballon, et pouvoir bouger comme ça grâce au socle, ça c'est super bien (...) j'ai vraiment bien apprécié.* » (P11).

- « *Le ballon, avec les sangles, ça m'a un peu suspendue. Ce n'est pas quelque chose que j'avais vu et que je maîtrisais. Je ne sais pas si je l'ai bien utilisé correctement. Mais ça me soulageait quand même au niveau des contractions, pour étirer le dos et pouvoir faire de plus grands cercles sur le ballon.* » (P13).

Trois femmes ont utilisé uniquement le ballon, sans le système de suspension (P3, P7, P12) : « *j'ai essayé plusieurs choses. C'est finalement sur le ballon que je me sentais le mieux.* » (P7).

Au total, quatorze femmes ont utilisé le ballon : « *le simple fait de rebondir sur un ballon, c'était déjà super.*» (P10).

Une femme s'est servie du tabouret d'accouchement en lune, accessoire annexe du Multitrac®* : « *j'étais bien sur ce truc en lune* » (P14).

Sept femmes ont utilisé la grande banquette (P3, P4, P8, P10, P12 à P14). Parmi celles-ci, deux ont également utilisé les gros coussins présents dans la pièce (P8, P14), « *la grande banquette, elle est super confortable, et pour le coup, c'est important quand on a mal au dos. Et les coussins que l'on peut moduler de différentes manières.* » (P14).

Une femme remet en cause l'utilité de la banquette : « *mais le lit, je ne vois pas trop ce que l'on peut faire dessus, pour moi il n'a pas d'utilité* » (P6).

Les tapis de sol ont été utilisés par deux femmes (P4, P16) : « *le fait d'avoir un grand lit, on peut soit se mettre à deux, soit se mettre n'importe comment, il est à la bonne hauteur par rapport à une table de travail. Donc ça c'est bien. Et puis le fait de pouvoir se mettre par terre aussi avec les tapis. (...) Ce qui compte le plus, c'est de pouvoir se mettre par terre, enfin d'avoir des choses à différents niveaux.*» (P4).

Deux femmes auraient aimé qu'il y ait un coussin d'allaitement de disponible dans la salle : « *il manquait un coussin d'allaitement, (...) on ne peut pas faire les positions qu'on a apprises chez la sage-femme et qui nécessitent le coussin.* » (P6).

Il a manqué une galette dans la salle physiologique pour une patiente : « *C'est dommage qu'il n'y ait pas de galettes pour soulager le dos aussi. Parce qu'on l'avait essayé en cours de préparation et j'avais senti que c'était assez magique.* » (P2)

Pour ce qui est de la baignoire, trois patientes en ont bénéficié (P8, P10, P15) :

- « *Le bain m'a fait du bien (...) les contractions étaient moins intenses.* » (P8),

- « *La baignoire, super, vraiment super ! (...) C'est la détente que l'on recherche, pour ne pas se crispier. (...) Etre dans l'eau, ça détend énormément, même si les contractions sont les mêmes, elles sont peut-être ressenties moins douloureuses. (...) Entre deux, ça détend énormément. (...) J'étais bien.* » (P15).

Cependant, quatre autres patientes (P2, P3, P5, P11) ont été très demandeuses de la baignoire mais n'ont pas eu l'opportunité d'y aller. Les raisons sont différentes :

- Le bain n'était pas recommandé du fait d'une dystocie de démarrage (P2) : « *moi, c'est ce que j'avais demandé du coup parce que les contractions me faisaient bien mal (...) mais on m'a dit, comme je n'avais pas encore de vraies contractions, « le problème c'est que la baignoire va les calmer et ce n'est pas le but pour vous ».* » ,
- Le travail est allé trop vite (P3) : « *je n'ai pas eu le temps de rester plus, c'était trop rapide (...) j'avais envie de pousser.* » ,
- La salle avec la baignoire était indisponible (P5, P11) : « *franchement, moi, c'est mon grand regret, (...) ils m'ont expliqué qu'en fait la salle de la baignoire était utilisée mais sans la baignoire. (...) Du coup je ne pouvais pas y aller alors que la personne qui était dans cette salle ne s'en servait pas. Et je trouve ça super dommage.* » (P11).

Un douche, présente en face de la salle physiologique, a été proposée à trois d'entre elles en contrepartie (P2, P3, P5) : « *la baignoire était occupée, donc on m'avait dit qu'en face de la salle physio, il y avait des douches.* » (P5).

La baignoire a été proposée à quatre parturientes (P1, P7 à P9). Parmi elles, seule une patiente a souhaité en bénéficier (P8).

Un poste radio-CD est également à disposition dans la salle physiologique mais aussi dans toutes les salles de naissance. Le fait de pouvoir écouter de la musique est globalement très apprécié, surtout par les hommes. En effet, lors des interviews, ce sont généralement les conjoints qui insistent sur ce point positif. Ainsi, neuf couples ont dit avoir utilisé la musique (P1 à P4, P8 à P10, P13, P14) :

- « *Les postes radio... Même dans les salles d'accouchement, on a mis la musique partout, c'est un petit truc qui ne coûte rien mais qui est assez agréable, c'est pas mal.* » (P2),
- « *La radio, moi j'ai trouvé ça super chouette, ça détend* » (C3),

Deux patientes soulignent qu'elles ont vraiment apprécié le fait d'avoir des sanitaires directement dans la salle physiologique : « *Ça peut paraître bête, mais les toilettes aussi*

à l'intérieur de la salle..., donc rien que pour nous, donc vraiment pratique. » (P1), « d'avoir des sanitaires à côté, (...) c'est très confortable psychologiquement de savoir que l'on peut les utiliser comme on veut, sans avoir besoin de demander. » (P4).

Huit couples ont remarqué l'affiche présente en salle physiologique expliquant différentes postures de travail. (P2, P6 à P10, P12, P14) :

- *« Avec les petites affiches et les photos, ça nous donnait des petites idées en plus. » (P8),*
- *« L'affiche avec les photos aussi, elles sont simples pour expliquer les exercices (...) Et le fait que ce soit un vrai couple avec une vraie femme enceinte et pas des comédiens dessus, c'est rassurant » (P12/C12).*

Enfin, deux femmes ont apprécié les lumières de couleur au plafond (P8, P13).

2.3.3. L'espace disponible

Pour ce qui est de l'espace disponible dans la salle physiologique, sept femmes ont fait des remarques à ce sujet et les avis sont partagés.

Quatre femmes trouvent la salle trop petite (P8, P10, P11, P13) :

- *« (...) Il faut être debout et déambuler et la salle est toute petite en fait. C'est peut être ça qui manque : avoir un espace un petit peu plus large. » (P10),*
- *« Elle est petite par contre. Peut-être un inconvénient ça, s'il y avait quelque chose à dire dessus. (...) Elle n'est pas grande du tout, (...) quand on a des contractions, on a peut-être besoin de plus (...). » (P11).*

Deux autres pensent que la taille de la salle physiologique est tout à fait adaptée (P4, P6) : *« elle a une bonne taille cette pièce, parce que les salles de naissance, par exemple, je les trouve grandes, on se sent un peu tout petit au milieu ! Alors que dans la salle physio, c'est un bel espace, on n'est pas coincé non plus, on sent qu'on ne nous a pas mis dans un placard, mais voilà on touche les murs ! » (P4).*

Enfin **une femme estime que l'espace est suffisant** : *« il y a de la place pour deux » (P12).*

2.3.4. La prise en charge médicale

Tout d'abord, **les femmes sont restées dans l'espace physiologique de 30 minutes** (P3, P11) à **cinq heures** (P13). Neuf femmes sont restées dans l'espace plus d'une heure trente (P1, P2, P4, P8 à P10, P13, P14, P16).

Les parturientes ayant été dans la baignoire sont restées entre une heure (P15) et une heure trente dans l'eau (P8, P10), en moyenne.

Le protocole de surveillance stipule qu'une auscultation intermittente avec un doppler manuel doit être réalisée toutes les 30 minutes dans la salle physiologique et qu'un enregistrement cardiotocographique doit avoir lieu toute les deux heures dans une salle de naissance. Néanmoins, **cinq patientes seulement ont bénéficié d'une surveillance** (doppler manuel à 30 minutes ou enregistrement cardiotocographique à une heure) **au sein de la salle physiologique**, notamment celles qui sont restées plus d'une heure trente dans l'espace physiologique (P1, P3, P4, P7, P9) :

- « *Toutes les demi-heures, elle venait avec son petit appareil portatif pour écouter le cœur.* » (P1),
- « *J'étais accroupie par terre, elle s'est mise dessous et hop, elle a mesuré le cœur (...) c'était très léger, très discret* » (P4),
- « *Il y a quelqu'un qui est venu au bout d'une heure environ pour me faire un monitoring. J'ai eu de la chance parce que l'appareil était disponible donc j'ai pu avoir l'enregistrement dans la salle physio !* » (P9).

Pour ce qui est des transferts en salle de naissance, certaines femmes sont demandeuses d'aller en salle d'accouchement afin de bénéficier d'une analgésie péridurale, d'autres sont transférées dans le cadre des surveillances (enregistrement cardiotocographique et toucher vaginal). Les différents motifs de transfert sont les suivants :

- Huit parturientes ont demandé de pouvoir bénéficier d'une analgésie péridurale et ont par conséquent été transférées en salle de naissance suite à leur propre demande (P5 à P7, P9, P11 à P14).
- Une parturiente a été transférée dans une salle d'accouchement du fait d'un travail rapide, pour accoucher (P3).
- La parturiente ayant eu recours uniquement à la baignoire est sortie de l'eau pour une surveillance, elle n'a pas souhaité ensuite retourner dans l'eau : « *je n'ai pas été demandeuse d'y retourner* ». Néanmoins, elle a choisi ensuite de poursuivre le travail dans la salle où était la baignoire (P15).
- Six parturientes sont allées en salle de naissance dans le cadre des surveillances, à la demande de la sage-femme (P1, P2, P4, P8, P10, P16). Le déroulement de leur prise en charge est détaillé ci-dessous, car des différences importantes sont à noter :

- P1 est retournée en salle physiologique après la première surveillance, puis elle est revenue en salle de naissance une heure et demie plus tard pour une nouvelle surveillance (enregistrement cardiotocographique et toucher vaginal). Devant la diminution de la dynamique utérine et une stagnation de la dilatation à six centimètres, l'analgésie péridurale lui a été proposée dans le but de diriger le travail, grâce à des ocytociques.
- P2 est sortie de la salle physiologique après trois heures pour une première surveillance. Un déclenchement du travail (péridurale, ocytocine) lui a été proposé devant une dynamique utérine insuffisante et une stagnation de la dilatation à deux centimètres.
- Après une heure trente en salle physiologique, P8 est allée en salle de naissance pour une première surveillance. A l'issue de cette surveillance, la baignoire lui a été proposée, elle a pu en profiter une heure trente, puis a demandé d'avoir recours à une analgésie péridurale.
- Les trois autres parturientes sont restées en salle de naissance après la surveillance, deux n'ont pas souhaité retourner dans la salle physiologique (P4, P16), P10 aurait bien aimé mais n'en n'a pas eu l'opportunité : *« là, pour moi, c'était un peu dur parce que j'avais vraiment imaginé que je pourrai retourner me poser sur un ballon. Ça a été monitoring permanent et, par contre, je n'avais pas demandé à ce moment-là la péridurale. »*.

Chaque femme a vécu différemment le passage d'un endroit à un autre, d'un milieu moins médicalisé à une salle d'accouchement classique. Cependant des similitudes dans leur façon d'envisager les choses sont mises en avant.

Ainsi, **six femmes n'ont perçu aucun inconvénient à ce transfert** ou trouvent une cohérence dans cette pratique (P1, P7 à P9, P12, P14) :

- *« C'est une bonne chose, je trouve, de changer de salle pour l'accouchement et pour mettre le monitoring. On passe à autre chose comme ça, quand on quitte la salle physio, on sait que les choses sérieuses commencent ! (...) On se déplace pour les surveillances et l'accouchement, ce n'est pas la même chose, donc ça me paraît plutôt approprié. » (P7).*
- *« Pour moi, c'est vraiment deux salles différentes et je trouve ça normal d'aller dans une autre salle pour accoucher (...). C'est bien d'avoir justement une salle sans matériel médical dans laquelle on peut faire des exercices et après d'aller*

dans une salle pour accoucher dans laquelle il y a tout le matériel médical. Pour moi c'est normal, je trouve ça logique » (P8).

- *« Je ne crois pas que j'aurais eu envie d'accoucher dans cette salle [physiologique]. (...) C'est important d'avoir quand même le côté médicalisé dans la dernière ligne droite. Proposer ça [la salle physiologique] pendant le travail, je trouve que c'est vraiment bien. » (P14).*

Trois femmes ont vécu ce passage comme « un non-retour », un tournant dans le travail :

- *« Il y a ce passage aussi qui fait qu'une fois que l'on a passé la porte, que monsieur met la blouse, c'est un peu le non-retour en arrière. Donc on se dit que la salle physio c'est derrière nous et que c'est les choses sérieuses [rire] ! On n'est plus dans le même état d'esprit. » (P5).*
- *« C'est vraiment cette sensation-là : là c'est sérieux et ça ne rigole pas. » (P13).*
- *« Vous nous avez proposé si on voulait retourner dans la salle physio et j'avais l'impression que si je retournais en physiologique, c'était comme si je faisais un pas en arrière. (...) Dans ma tête c'était : « si je retourne là-bas, je retourne en arrière ». » (P16).*

Enfin, pour **quatre d'entre elles, ces transferts ne sont pas parus indispensables, mais difficiles**, ils ont plutôt été perçus de manière négative. Il est à noter que ces remarques proviennent des femmes qui avaient un projet de naissance :

- *« Alors ça, ça me glace complètement ! Je trouve ça très dommage de devoir bouger, parce qu'en plus on perd totalement la notion du temps, (...). Ça c'est sûr que je n'aurais pas aimé et que ça m'aurait stressée. Si elle m'avait parlé du changement de salle (...), je ne sais pas ce que j'aurais fait. » (P3).*
- *« Faire l'aller-retour comme ça, ce n'est pas confortable [confirmation du papa] surtout quand on commence à trouver nos repères, (...) le petit monitoring pour surveiller, c'est rassurant et suffisant. Si après être allé dans la salle d'accouchement, il avait fallu retourner en salle physio, on ne l'aurait pas investie pareil. » (P4).*
- *« On change d'ambiance quand même. A partir du moment où je suis arrivée en salle d'accouchement, c'était de la surveillance permanente [insiste sur ce mot]. Il n'y a pas eu de retour, moi je m'imaginai que je pourrais me relever, aller*

me mettre sur un ballon et continuer à bouger. On était en 100% surveillance et 100% clouée au lit. » (P10).

- *« C'était bien aussi, je pense, de ne pas avoir bougé, d'être dans notre salle d'accouchement. Une fois qu'on a senti que c'était là que ça se passait, que ça se passerait jusqu'au bout là, c'est devenu notre espace. Et je pense, avec le recul, que c'est important d'avoir notre espace, c'est clair. Et, petit à petit, de se l'approprier, que ce soit une salle de naissance ou la salle physio. » (P15).*

2.3.5. La prise en charge psychologique mise en place par le personnel

- Les explications données pour l'utilisation du matériel :

Neuf couples nous ont fait remarquer le manque d'explications lors de leur arrivée dans l'espace physiologique. Certains auraient apprécié davantage de conseils sur les postures et l'utilisation correcte du matériel (P3, P5 à P8, P10 à P13) :

- *« On nous a mis dans la salle et puis c'est tout. Je connaissais un petit peu les positions grâce à la préparation à l'accouchement. On aurait pu apprécier un « re-brief », avoir quelqu'un qui nous redit « vous pouvez faire si, ça, ça », c'est vrai que ça aurait pu être bien aussi. » (P5),*
- *«Elles [les sages-femmes] ne nous ont pas expliqué grand-chose en fait. (...) Pour une personne qui ne connaît pas, ça ne suffit pas. » (P8/C8),*
- *« On aurait pu avoir plus d'explications. Moi, il y a des choses que j'ai faites sans savoir si je les faisais vraiment telles qu'il fallait les faire (...). » (P13).*

En revanche, sept couples ont reçu toutes les informations et conseils qui leur semblaient nécessaires (P2, P4, P9, P12, P14 à P16) :

- *« Elle nous a expliqué rapidement un petit peu le matériel, on lui a dit qu'on se débrouillerait. La sage-femme nous a montré les positions (...) sur le ballon et ça, c'est pas mal pour pouvoir s'approprier le matériel un minimum. » (P4),*
- *« Une dame nous a montré tout ce que l'on pouvait faire (...). On m'a tout montré et heureusement parce que je n'avais jamais utilisé le ballon et je ne savais pas m'en servir, elle m'a bien montré, c'était parfait » (P9),*
- *« Il y a la puéricultrice qui t'a massé un petit peu le bas du dos, qui m'a montré comment faire, donc ça, c'était bien ! » (C12),*
- *« On m'a expliqué, la sage-femme a pris le temps et pourtant, ce jour-là, elle était débordée. Elle m'a bien expliqué le matériel que je ne connaissais pas, ça*

c'était clair. (...) c'était suffisant, j'avais les explications nécessaires. Sinon, ça n'a pas grand intérêt.» (P14).

Malgré l'encadrement et la présence minimale nécessaires pour les couples, certains ont tout de même apprécié la tranquillité qui leur a été laissée dans l'espace physiologique :

- *« On sentait qu'elles [les sages-femmes] étaient là derrière pour répondre à toutes nos interrogations, tout en nous laissant tranquilles et faire comme on le sentait. Donc vraiment c'était : si on a besoin elles sont là et si on n'a pas besoin elles sont transparentes. C'est important de pouvoir faire à notre guise tout en étant guidé si jamais j'avais besoin. » (P2),*
- *« Ce qui était pas mal aussi c'est qu'on nous a laissé tranquille, on pouvait faire comme on voulait. » (P9).*

- *L'accompagnement et l'aspect relationnel entretenus avec les couples :*

Tous les couples ont eu des remarques très positives quant au personnel les ayant pris en charge.

Ainsi, des termes récurrents reviennent dans les entretiens lorsque les couples parlent de l'accompagnement qu'ils ont reçu : *« vraiment bien » (P1, P6, P7, P13), « sympas » (P6, P13), « disponibilité » (P8, P11, P13, P14), « à l'écoute » (P4, P13, P15), « respect » (P4, P10), « rassurant » (P4, P10, P12, P15), « elle nous a encouragés » (P4, P16).*

Nous pouvons ajouter quelques commentaires sur la prise en charge par les sages-femmes :

- *« Très bon vécu, avec le respect de notre parole et de nos souhaits. Même moi, à la fin, j'ai pu couper le cordon au moment où j'ai voulu, (...) j'ai trouvé ça vachement chouette ! La première fois [lors d'un précédent accouchement] l'auxiliaire était très présente, elle t'encourageait. Et là cette fois ci, c'est moi qui ai eu ce rôle-là, (...) j'avais ma place » (C4),*
- *« Les gens sont toujours aimables et polis » (P10),*
- *« Super la sage-femme ! Quand elle était là, elle était vraiment disponible. Mais les pauvres, elles n'avaient pas le temps, (...) elles étaient over-bookées » (P11),*
- *« Psychologiquement, ce qui nous a beaucoup aidés tous les deux, c'est que la sage-femme, elle savait où elle allait, elle faisait très sûre d'elle. Ça, c'était vachement bien ! » (C12),*

- « *Les filles [les sages-femmes] font en sorte de laisser le plus de mouvements possible, tout comme le choix d'accoucher soit sur le dos, soit sur le côté, ça c'était plutôt chouette.* » (P13),
- « *Les personnes étaient calmes, agréables* » (P15).

La notion d'accompagnement est très présente dans les entretiens des femmes qui avaient un projet de naissance. Les remarques de trois patientes sont positives et très encourageantes :

- « *J'ai été ravie et elles m'ont beaucoup apporté. C'était les mots justes, au bon moment. (...). Elles se sont adaptées. (...) Elles m'ont bien guidé, je me suis vraiment sentie accompagnée.* » (P3),
- « *On a senti que vraiment on était complètement respecté dans ce que l'on voulait. Cet accompagnement, c'était vraiment de l'accompagnement. (...) Elle a vu qu'on voulait un accouchement naturel donc après elle a tout calé dessus, (...). Elle a respecté mes positions, (...) j'avais demandé à ne pas trop avoir les étriers pour ne pas trop être coincée. La première fois [lors d'un précédent accouchement] on m'avait mis les pieds dedans et on me tenait les pieds pour que je pousse. Là au contraire je ne les ai pas subis [les étriers].* » (P4),
- « *C'est vraiment un plus d'envisager le rôle de la sage-femme différemment, même si je suis consciente qu'il y a parfois beaucoup de travail, mais de ne pas voir tout ça comme un acte uniquement mécanique. La sage-femme a la connaissance, on le voit bien, elle m'a rassurée, elle ne paniquait pas, il faudrait encore plus qu'elle reconnaisse son rôle d'accompagnante (...).* » (P15).

2.3.6. Le regard des pères

La place des conjoints dans la prise en charge de la douleur sera détaillée dans le chapitre consacré à ce thème (cf. page 37).

Les conjoints ont formulé des remarques positives. De manière générale, leurs propos sur l'espace physiologique rejoignent ceux de leur compagne. Ils trouvent que c'est « *agréable* » (C5, C10, C16), « *sympa* » (C8, C12), « *rassurant* » (C12), « *cocooning, bien décorée* » (C13), « *une bonne chose* » (C8).

L'un d'eux a apprécié : « *que l'on puisse faire un petit peu à notre guise malgré le fait que l'on soit dans le cadre hospitalier. Et en ça, la salle, c'est un peu comme du pain*

béni, parce que c'est un endroit où l'on se retrouve un peu comme dans une bulle, pour ce moment en particulier. » (C4).

Quatre d'entre eux soulignent positivement que l'endroit est peu médicalisé, ne faisant donc pas penser à l'hôpital (C8, C10, C12, C16) :

- *« Moi je crains un petit peu les hôpitaux et là, je ne me sentais pas dans un hôpital » (C8),*
- *« C'est sympa qu'il y ait des petits signes comme ça qui font que ce n'est pas que médical. » (C12),*
- *« On n'était pas dans un milieu médicalisé. Au début, je me demandais ce que c'était un milieu médicalisé. Et puis quand on est allé dans la salle de travail, je me suis dit : « ah ouais ! On était mieux dans l'autre salle !! » » (C16).*

Certains nous ont avoué qu'ils se sentaient un petit peu comme chez eux : *« On a l'impression d'être dans une pièce chez soi. » (C10), « j'étais comme à la maison. » (C13).* Un autre a dit : *« ça ressemble presque à un environnement de crèche » (C8).*

Un père a été perturbé par les lumières au plafond, changeant de couleur : *« Alors les lumières au plafond qui passent du bleu au vert puis au rouge, pour le père, je trouve que ce n'est pas ... enfin c'est étrange de voir sa compagne qui change de couleur pendant un moment qui est douloureux quand même. Je trouve ça moyen ces petites lumières » (C4).*

Le manque d'explications de la part du personnel, notamment pour utiliser le matériel présent dans la salle, est signalé par deux conjoints :

- *« Elle ne nous a pas expliqué. Elle nous a montré ce qu'il y avait mais pas comment s'en servir. » (C3),*
- *« Je m'en suis rendu compte dès le début quand on est arrivé, il faut demander. On ne vient pas vers nous pour nous expliquer, mais tout le long. » (C5).*

Cependant deux pères relèvent le contraire et soulignent l'importance de ces explications :

- *« Les sages-femmes en rentrant nous ont montré ce que l'on pouvait faire, les positions pour faire venir les contractions et puis après elles nous ont laissé reproduire les positions quand elles sont parties. » (C2),*

- « *La sage-femme nous a montré aussi les positions que l'on pouvait prendre sur le ballon et ça, c'est pas mal pour pouvoir s'approprier le matériel un minimum.* » (C4).

Certains pères font la comparaison entre l'espace physiologique et la salle d'accouchement. Ils soulignent également que la place qui leur est laissée n'est pas la même, suivant l'endroit (C5, C8, C10, C13) :

- « *Ce qui est sûr, c'est que c'est plus agréable que la chambre [la salle d'accouchement], une fois qu'on est dans la chambre, elle est branchée de partout. On était plus libre dans la salle [physiologique].* » (C5),
- « *On était un petit peu perturbé par tous les bips. Comme nous on voulait que ce soit le plus naturellement possible, la salle physiologique est très, très bien pour ça.* » (C10),
- « *Dans la chambre [la salle d'accouchement], c'est des couleurs froides, dans la salle physio c'est plus des couleurs chaudes, on se sent mieux. Dans la salle d'accouchement, c'est autre chose, ce n'est plus la même ambiance. Il y a les machines et tout le reste. Il n'y a plus de possibilités de massages ou quoi que ce soit, nous on participe moins du coup. On est mis à l'écart.* » (C13).

La réaction d'un conjoint (lorsque sa compagne décrit son arrivée dans la salle physiologique, cf. page 26), sur le contraste entre le box d'accueil des urgences obstétricales et la salle physiologique est à noter : « *enfin il faut dire aussi que l'accueil c'est hyper anxiogène comme endroit, il n'y a pas de fenêtres, c'est des grands néons et puis on attend longtemps, on est cloîtré dans cet espèce d'espace* » (C3).

Par rapport au matériel disponible, un papa souhaitait qu'il y ait « *un petit peu la télé le temps d'attendre* » (C1).

2.4. La prise en charge de la douleur

Treize patientes ont eu recours à l'analgésie péridurale au cours du travail. (P1, P2, P5 à P14, P16).

L'analgésie péridurale a été proposée par la sage-femme au cours du travail à trois de ces femmes (P1, P2, P13). Au contraire, **neuf d'entre elles l'ont demandée** (P5 à P7, P9 à P12, P14, P16) :

- « J'ai dit à ce moment-là que je voulais la péridurale rapidement parce que ça commençait à être douloureux » (P7),
- « Mais moi j'ai été bloquée sur le lit même sans péridurale ! Ça a rendu les choses plus douloureuses parce que je ne pouvais pas me mobiliser. Je n'étais pas bien, j'avais mal au dos. Quand on reste trois heures allongée, on a mal partout, mal au dos, mal aux fesses, sans compter les contractions. J'ai demandé la péridurale, je n'y arrivais plus. » (P10),
- « J'ai demandé la baignoire et donc le protoxyde d'azote et elle m'a dit : « non on s'en sert que rarement et qu'aux dames qui ne prennent pas la péridurale ». Et moi je voulais essayer ça avant de savoir si je prendrais la péridurale. Parce que chez moi [en Angleterre] c'est le protoxyde d'azote, après il y a le diamorphine, et après c'est la péridurale. » (P16).

Les trois parturientes ayant accouché naturellement, sans analgésie péridurale, sont celles qui avaient un projet de naissance (P3, P4, P15). Deux femmes se sont senties complètement respectées dans leur choix de ne pas avoir de péridurale :

- « L'équipe nous a dit qu'ils ne nous avaient pas du tout proposé la péridurale parce qu'ils ont vu que l'on formait un vrai duo. Et on a vraiment été tranquilles du coup. » (P3),
- « La sage-femme et l'auxiliaire ont complètement respecté notre choix encore une fois. A un moment, j'ai demandé « dites-moi qu'il est trop tard pour la péridurale » donc la sage-femme m'a dit : « non je ne peux pas vous dire que c'est trop tard mais par contre vous allez y arriver, vous avez décidé ça comme ça et on va vous aider dans ce sens-là ». Même si pour elles ça ne doit pas être évident de tenir ce genre de discours, elles l'ont très bien fait. » (P4).

La dernière patiente n'ayant pas eu d'analgésie péridurale (P15) a plus ou moins été déroutée par les discours tenus par l'équipe soignante :

- « Il y a quand même eu l'histoire de l'anesthésiste. La sage-femme me dit : « l'anesthésiste est là et il fait des pieds et des mains pour savoir si vous la voulez parce que ce soir ce n'est pas un anesthésiste très sympa et il ne reviendra pas plus tard ! ». Et là, je doute de certaines choses, parce que pour moi ils sont de garde, donc on peut les appeler à n'importe quelle heure à mon avis. A un moment, la sage-femme a passé la tête en me disant : « je pose une péridurale dans la salle à côté, juste au cas où, je vous le dis... ». Et en fait moi,

je m'en foutais qu'elle pose une péridurale à côté ! Ça n'a pas eu d'effets sur moi. Mais mon conjoint s'est dit : « quand même !!! ». » (P15).

Dans l'attente de l'analgésie péridurale pour certaines ou durant la totalité du travail pour d'autres, les femmes ont utilisé diverses méthodes pour se soulager.

Pour les femmes qui avaient suivi des cours de PNP avec une SFL, la plupart avaient reçu des explications pour gérer la douleur des contractions sans analgésie péridurale (P1, P6 à P8, P10 à P14) :

- *« Elle était très naturelle. Donc elle m'a expliqué tout ce qui était médicalisé bien sûr, mais elle m'orientait bien quand même, pour se soulager de nous-mêmes, les postures de soulagement, la respiration, quelques points d'acupuncture aussi. (...) elle m'avait tellement dit que ça irait plus vite si on gardait la notion de mobilité le plus longtemps possible et de verticalité. » (P1),*
- *« On a vu les postures avec le ballon, faire des étirements, la position du toboggan (...) la respiration, on l'avait vraiment bien vu avec la sage-femme libérale et puis j'ai fait un peu de yoga aussi. » (P8),*
- *« Elle nous avait donné une fiche avec les positions antalgiques et les avait travaillées aussi. » (P13).*

Souvent, différentes techniques de soulagement ont été associées :

- Neuf femmes ont apprécié les massages dans le dos par leur conjoint. Ces massages leur ont fait du bien (P3 à P5, P7, P8, P10, P12 à P14) :
 - *« La sage-femme a même amené à un moment de l'huile d'amande douce pour masser au niveau des reins, des épaules, ça c'était chouette. » (C4),*
 - *« Nous avons eu l'huile de massage (...) la puéricultrice t'a massé un petit peu le bas du dos et elle m'a montré comment faire » (P12/C12).*
- Huit femmes ont utilisé différentes postures, en s'aidant parfois du ballon (P1, P2, P7, P10, P11) : *« j'ai surtout beaucoup utilisé le ballon, j'essayais de me soulager et en même temps de travailler » (P2), « je n'avais qu'une seule position qui m'allait, c'était contre le mur et faire en avant, en arrière. » (P15), « du ballon, du quatre pattes » (P6).*
- Sept femmes se sont beaucoup servies de leur respiration pour gérer la douleur des contractions (P3, P6 à P8, P10, P13, P16) : *« j'ai surtout utilisé la respiration et j'ai beaucoup crié, ça m'a bien aidée ! » (P3), « oui, la respiration, carrément ! Après*

je ne sais pas si ça fait grand-chose mais ça aide déjà à se concentrer sur quelque chose et donc à faire passer plus vite les contractions » (P7).

- Six femmes ont trouvé à se soulager avec des étirements grâce au Multitrac®* (P1, P2, P8, P9, P10, P16).
- Quatre femmes ont eu recours à la méthode Bonapace pour soulager la douleur (P4, P12, P15, P16). Les points d'acupression ont été montrés et de la glace a été donnée via des préservatifs remplis d'eau et congelés. Les conjoints ont beaucoup participé dans la prise en charge de la douleur de leur compagne grâce à cette méthode, c'est d'ailleurs eux qui en ont le plus parlé :
 - *« Elle [la sage-femme] me donnait des conseils aussi, faire diversion au niveau de la douleur, d'appuyer à certains endroits. Mais je trouve qu'il y avait un côté un peu décalé par rapport à la préparation où tout est basé sur la douceur, et donc là on me disait appui comme un sauvage pour lui faire mal [rire] (...) mais pourquoi je fais ça maintenant ? C'est bizarre ! Je n'ai pas eu cette explication sur le coup et ça aurait pu m'aider de comprendre pourquoi on me demandait de faire ça. Parce que bon, le côté diversion, ça ne m'avait pas convaincu ! » (C4),*
 - *« Nous avons eu la glace pour se soulager. » (C12),*
 - *« Elle avait dit à mon mari de venir à tel endroit pour les points, et effectivement, entre deux contractions quand il me l'a fait, c'était vraiment très bien. » (P15),*
 - *« J'ai fait un petit peu de points d'acupression mais je ne savais pas si ça marchait bien donc j'ai arrêté au bout d'un moment. (...) Pour les premières contractions dans la salle physio ça peut être très bien. » (C16),*
 - *« On a utilisé les glaçons, c'est une astuce qu'il faut à mon avis donner à toutes les femmes qui vont accoucher. (...) Et puis, avec le préservatif, j'arrivais à tenir beaucoup plus longtemps, je ne me rendais plus autant compte parce que le froid me brûlait la main. Ça m'a fait comprendre que les choses avançaient mais sans avoir quelqu'un qui passe pour m'examiner ou quoi que ce soit. » (P16/C16).*
- Trois femmes ont déambulé (P3, P7, P11).
- Les trois femmes ayant bénéficié de la baignoire ont été satisfaites quant à l'effet bénéfique pour se détendre et mieux gérer leurs contractions (P8, P10, P15).

Une autre alternative pour soulager la douleur, non encore utilisée dans la maternité de cette étude lors des entretiens, a été abordée avec onze femmes : **l'analgésie péridurale ambulatoire.**

Trois femmes avaient connaissance de cette alternative proposée dans certains hôpitaux (P5, P10, P13). Néanmoins, huit femmes n'en n'avaient pas connaissance (P1 à P3, P7, P8, P11, P12, P14).

Après avoir été informées sur les modalités de cette analgésie, ces femmes ont affirmé être favorables pour que ce genre d'approche se développe dans les maternités :

- « *Ça ne peut être qu'avantageux, c'est sûr que c'est mieux plutôt que de rester clouée sur un lit* » (P1),
- « *C'est sûr que si un jour il y a la péridurale ambulatoire, pour moi c'est le summum du confort. Avoir une péridurale et pouvoir rester dans une salle comme ça, là c'est vraiment le top ! Moi je pense que cet espace serait optimisé à fond si on arrivait à faire le rapprochement entre la péridurale et ces méthodes où on ne reste pas des heures sur un lit.* » (P5),
- « *Ça c'est vrai que ce serait super, ne serait-ce que pour se tourner dans le lit sans parler d'aller se promener, mais rien que ça, ce serait vraiment chouette !* » (P13).

Une patiente maintient qu'elle n'est « *pas pour la péridurale, dans sa globalité.* » (P3).

Le manque de liberté de mouvements sous analgésie péridurale est le point négatif montré du doigt par certaines patientes et leur conjoint (P2, P5, P8, P11, P13, P14) :

- « *On a la péridurale, on reste clouée au lit pendant des heures* » (P2),
- « *Quand on a la péridurale, on est clouée au lit. (...) C'est vraiment dommage (...). A partir du moment où on rentre dans le système péridurale, en fait on subit l'accouchement et on ne le maîtrise plus du tout. Et vous faites ce que vous voulez de nous en fait ! Même si on vous fait confiance.* » (P5),
- « *C'était un peu frustrant quand j'ai eu la péridurale (...) je me suis sentie un petit peu bête parce que je ne pouvais plus rien faire pour favoriser le travail. Une fois la péridurale faite, tu n'as plus qu'à attendre, impuissante* ». (P8/C8),
- « *Les sages-femmes en sont pleinement conscientes parce qu'elles disent : bon alors maintenant je vous attache, vous ne bougez plus !* » (P13).

Malgré tout, dix patientes sur treize sont très satisfaites d'en avoir bénéficié :

- « *La péridurale m'a beaucoup plu parce qu'elle m'a permis de passer un super accouchement.* » (P5),
- « *Ca m'a vraiment fait du bien. Je ne regrette pas non plus de l'avoir prise parce que la douleur, je n'en pouvais plus. (...) Je ne regrette pas.* » (P8).

Cependant, trois d'entre elles ont moins bien vécu leur travail, à partir du moment où elles ont bénéficié de l'analgésie péridurale (P7, P10, P11) :

- « *Je me dis : « Est-ce que si j'avais continué sans péridurale, est-ce que les choses se seraient passées comme ça ? » On me dit que ça n'aurait rien changé et que ça ne joue que sur la douleur mais je me dis, c'est à partir de ce moment-là que les complications ont commencé.* » (P7),
- « *Pour la péridurale, j'avais dit : « Je veux quelque chose de très peu dosé, de manière à bien sentir ce qui se passe ». Apparemment c'était un peu dosé mais je ne sentais quasiment plus rien. Donc là, sur la fin, ce n'était plus vraiment moi, j'ai un peu subi. (...) C'est la partie la moins bien une fois que j'ai eu la péridurale.* » (P10),
- « *J'ai entre guillemets mal vécu cette péridurale qui ne marchait pas et je n'avais pas le droit de bouger alors que je souffrais le martyre. La plus grosse souffrance que j'ai eu, c'est quand j'étais allongée sur ce lit et que je ne pouvais rien faire.* » (P11).

2.5. Niveau d'information des couples

Avant la grossesse, certains couples n'avaient pas notion de l'existence de structures moins médicalisées dans les hôpitaux pour les accouchements, comme les salles physiologiques, les maisons de naissances par exemple (P2, P8, P9, P14) :

- « *Moi, je ne savais même pas que ça existait (...) je ne savais pas ce que c'était.* » (P2),
- « *Je me suis dit que ça n'existait pas en 2011 [lors d'un précédent accouchement].* » (P14).

Cependant, d'autres savaient que ce genre de structures se développait de plus en plus en France (P3, P4, P5, P10, P12, P13, P15, P16) :

- « *Je sais que les maternités et les maisons d'accouchements misent pas mal sur ce genre d'endroits pour l'attente, donc je sais que ça se fait de plus en plus et qu'il y a de plus en plus d'endroits comme ça qui se développent.* » (P5),

- « *Par exemple, en Allemagne il y a beaucoup d'établissements « maison de naissance ».* » (P12),
- « *En gros, tout ce qui se passe en Angleterre finit par arriver en France. Donc il y aura beaucoup plus de baignoires, de salles comme ça, plus de choix dans la gestion de la douleur aussi, je pense* » (P16).

Après avoir été informées durant leur grossesse, l'ensemble des patientes interviewées avait connaissance de l'existence d'un espace physiologique au sein de la maternité du CHU où elles avaient prévu d'accoucher.

Deux patientes avaient connaissance uniquement de la baignoire (P9, P16) et une patiente uniquement de la salle physiologique (P8).

Treize femmes ont rencontré une sage-femme libérale durant leur grossesse pour la PNP (P1, P2 à P4, P6 à P13, P15, P16). Au total, **sept sages-femmes libérales ont donné l'information**, dont une sage-femme, seulement sur la baignoire (P1, P3, P4, P6, P7, P10, P11). Deux patientes ont pu visiter l'espace physiologique lors des séances de PNP à la maternité (P2, P5). Une femme a reçu l'information par son ostéopathe (P3). Deux femmes avaient effectué des recherches personnelles pour s'informer (P13, P16) et deux autres ont été informées par des connaissances (P8, P15).

Les affiches présentes en salles d'attente des consultations du CHU ont renseigné sept patientes (P2, P7, P9, P10, P12, P14, P15). Uniquement trois femmes parmi les sept ont vu l'affiche consacrée à la salle physiologique et toutes les sept ont vu celle sur la baignoire « *il y a des affiches partout pour la baignoire par contre* » (P2) (Annexe VII).

Enfin, **dix femmes sont prêtes à diffuser de l'information sur l'espace physiologique** de cette maternité dans leur entourage (P1 à P5, P8, P10, P11, P13, P16). Elles sont aussi **favorables pour retourner dans un endroit comme cet espace** pour une future grossesse :

- « *Ah oui complètement ! Je retournerai sans problème dans un endroit comme celui-ci. Et je pourrais le conseiller tout à fait. Moi ça m'a bien plu.* » (P1),
- « *Je la redemanderai, je pense, parce que vraiment c'est apaisant, c'est une vraie bouffée. Mais je négocierai pour qu'il n'y ait pas d'allers-retours !* » (P3),
- « *Ah oui, on va le dire que quand on ne veut pas de péridurale et un accouchement naturel dans un hôpital, c'est possible ! C'est une grosse*

machine, ok, mais on peut quand même faire son bout de chemin même si c'est une petite minorité de patientes, c'est possible. Pour nous c'était important de trouver cet espace-là ici, et c'est réussi. On le défendra, c'est sûr !! » (P4).

2.6. Les diverses suggestions des futurs parents

Pour quatre femmes, il faudrait rendre accessible l'accouchement dans la salle physiologique ou dans un endroit moins technicisé (P3, P4, P10, P13) :

- « *La possibilité de pouvoir accoucher dans ce lieu ou d'avoir un autre endroit qui pourrait permettre ça.* » (P4),
- « *Ce serait bien d'accoucher dans des salles comme ça, ce serait même super ! Il faudrait que toutes les salles d'accouchement soient comme ça. Plus cocooning, plus naturelles, moins médicalisées, moins froides.* » (P13).

Pour quatre autres femmes, il faut favoriser le développement et l'accès à des lieux moins médicalisés pour l'accouchement (P8, P11, P13, P14) « *c'est encourageant que des structures comme ça se développent* » (P8), « *il faut qu'elle [la salle physiologique] soit peut-être proposée plus systématiquement* » (P11), « *ça montre qu'il y a une réflexion aussi sur le bien-être des mamans, donc c'est bien.* » (P14).

Trois patientes sont favorables à plus de formations pour les professionnels, pour la prise en charge des patientes sans analgésie péridurale et plus dans le respect de la physiologie : (P3, P4, P10) :

- « *Nous on est bien tombé, mais après faire en sorte qu'un maximum de personnes puissent être formées à ce lieu-là. Je pense que c'est beaucoup plus difficile de se l'approprier quand le personnel doute !* » (P4),
- « *Il faut permettre de rester dans la physiologie le plus possible : ne pas être monitorée comme pour une péridurale quand on ne l'a pas.* » (P10).

Certaines femmes ayant bénéficié de l'analgésie péridurale souhaiteraient une prise en charge adaptée en permettant aux femmes d'être le plus actives possible (P5, P8, P10, P11) : « *surtout ne pas être clouée au lit* » (P10).

Trois femmes ont trouvé dommage que le personnel ne prenne pas plus en compte leurs demandes, ou du moins ne leur explique pas plus les choses à ce moment précis (P5, P10, P11) :

- « *Le seul truc que j'ai demandé c'est si je pouvais quand même marcher un petit peu ou juste me lever, (...) et elle m'a dit non. C'est à partir de ce moment-là que je me suis dit : « tant pis je reste comme ça ».* » (P5),
- « *Moi je voulais aller aux toilettes moi-même mais la sage-femme a dit « non ! » Donc on m'a mis le truc entre les jambes [le bassin]. Alors que je n'avais pas de péridurale, je pensais pouvoir me lever et aller aux toilettes. Donc moi, ça m'a un peu traumatisée. [Très émue, retient ses larmes].* » (P10).

Des propositions sur le plan matériel ont été faites :

- Deux couples pensent que l'affiche avec les différentes positions du travail devrait être remplacée ou complétée par des petites vidéos : (P13, P16)
 - « *Un petit système avec des vidéos, ça peut être chouette. (...) Une vidéo de You Tube c'était très facile à suivre. (...) Parce que les fiches, ça ne va pas.* » (P13),
 - « *Des petites vidéos explicatives pour montrer comment faire les choses. Même faire ça sur You Tube, (...) faire avec un flash code que l'on met dans la salle et qui amène directement sur le site. Tous les gens savent s'en servir.* » (P16/C16).
- Une femme pense que le doppler manuel est suffisant pour la surveillance en salle physiologique (P4), une autre propose un monitoring sur roulette à rentrer dans la salle physiologique seulement pour le temps de la surveillance afin d'éviter de changer de salle (P3).
- Un papa propose des lumières « *douces, tamisées* » et pas forcément les lumières de couleur. Sa compagne rajoute « *les coussins sont en plastique, (...) des matériaux plus nobles, plus doux, plus de bois, de tapis tissés, des trucs complètement déconnectés de l'hôpital parce que malgré tout on retrouve des similitudes avec l'hôpital dans les matériaux. Après au niveau de l'hygiène, j'imagine que ce n'est pas possible mais bon, comme on en est aux suggestions !* » (C4/P4).
- Un couple pense qu'il serait intéressant de rajouter sur la liste des affaires à apporter un CD pour les postes. Il propose à défaut qu'un CD de relaxation soit disponible en salle physiologique : « *si nous n'avons pas eu notre musique, je n'aurais pas mis la radio* » (P13).

Un couple aurait apprécié de revoir la sage-femme qui était présente pour le travail et l'accouchement : « *la ou les sages-femmes qui nous ont aidé à accoucher, on les revoit ensuite pour parler un petit peu de l'accouchement savoir comment elles ont vu les*

choses. (...) C'est bien d'avoir un peu de retour à la fois pour nous mais aussi pour elles. Peut être aussi pour comprendre les choix qui ont été faits. Il y a des choses que l'on n'a pas toujours comprises. » (P10/C10).

Une patiente pensait que les femmes avec un projet de naissance sont prioritaires pour l'accès à l'espace physiologique: *« je pensais que c'était davantage proposé aux dames qui avaient tout un travail de réflexion sur un accouchement sans péridurale. Alors que moi je n'étais pas du tout fixée. Je n'aurais pas imaginé qu'on me le propose. » (P14).*

Les résultats obtenus grâce à cette étude amènent à une réflexion. Différentes observations ont ainsi pu être discutées dans la partie qui suit, en relation avec ce qui a été mis en avant dans cette partie. De même, suite aux questions que certains couples ont pu se poser, des réponses ont tenté d'être formulées.

Discussion

Le plan de cette partie est présenté en Annexe (Annexe VIII).

1. Limites et points forts de l'étude

1.1. Les limites

Tout d'abord, des difficultés ont été rencontrées lors du recrutement des femmes ayant eu accès à l'espace physiologique. En effet, le cahier présent en salle de naissance et répertoriant ces femmes n'est pas rempli par toutes les sages-femmes. Cet outil a donc été peu utile. Suite à ce constat, il a été décidé qu'un appel téléphonique serait fait tous les deux jours en salle de naissance pour connaître en temps réel l'utilisation de l'espace physiologique. Il s'est avéré plus simple d'obtenir les informations de cette façon.

Une autre difficulté a été rencontrée, à savoir la disponibilité nécessaire pour mener à bien cette étude. Il a fallu en effet se rendre deux fois auprès d'une même patiente : la première fois pour l'informer de l'étude et lui demander oralement son accord pour sa participation. Un délai de réflexion d'une journée lui était laissé puis le lendemain, lors d'une deuxième rencontre, l'entretien avait lieu. Les entretiens ont tous été réalisés au deuxième jour du post-partum, laissant peu de marge de manœuvre en cas de non disponibilité de notre part.

1.2. Les points forts

Tout d'abord, le guide d'entretien se présentait sous la forme d'une liste de thèmes à aborder et non sous la forme de questions à poser. Ainsi des idées ont été amenées aux femmes, mais les questions fermées lors des entretiens ont pu être limitées. Cela a permis des échanges riches et très vivants, les femmes ont pu réellement développer leurs pensées, convictions et vécu.

Ensuite, les entretiens étaient réalisés en début de soirée, aux alentours de vingt heures, les femmes étaient donc entièrement disponibles. De plus, le fait de leur laisser une journée de réflexion, leur a aussi permis de s'organiser pour n'avoir rien d'autre à faire au moment de l'entretien, permettant ainsi un véritable échange et le recueil de données pertinentes pour l'étude.

La présence des pères lors de certains entretiens s'est avérée être un point positif pour ce travail. En effet, ils ont pu apporter leur point de vue et compléter la version de leur

compagne. Leurs remarques à propos de l'espace physiologique, même si elles étaient pour la plupart plutôt sporadiques, se sont avérées très pertinentes.

Un autre point fort de cette étude est la réalisation d'entretiens semi-directifs. Ce mode de recueil de données s'est avéré très enrichissant. Il n'y avait pas de « limite de temps » pour la durée des entretiens, cela a permis de vraiment laisser parler les femmes, sans avoir à les interrompre dans le fil de leur pensée. D'ailleurs, la plupart étaient très satisfaites de pouvoir reparler de leur accouchement, de faire le point avec elle-même et leur compagnon parfois, sur ce qu'elles avaient vécu et ce qui les avait marqués.

Les entretiens ont donc été une expérience très positive, pour tous les interlocuteurs.

2. Discussion des résultats

2.1. Attentes des femmes et projets de naissance

Quatre femmes de cette étude avaient rédigé un projet de naissance. Trois projets ont été lus et pris en compte par la sage-femme en charge du couple. Un projet n'a pas été lu par la sage-femme par manque de temps, mais le couple a pu l'énoncer au cours du travail et leurs souhaits ont également été respectés.

Le projet de naissance est avant tout un outil de communication entre les couples et les professionnels de santé. Il reprend l'ensemble des choix et des souhaits de la femme et du couple quant à la prise en charge de la grossesse et essentiellement de l'accouchement. Il permet de renforcer la participation du couple. Le projet de naissance peut se présenter sous la forme d'un document écrit qui est transmis à l'équipe médicale en charge de la patiente. [9, 48]

Le plan « périnatalité » 2005-2007 compte favoriser, grâce à la mise en place de l'entretien prénatal précoce, l'expression des souhaits, attentes, besoins et projets pour la grossesse et l'accouchement. Cet entretien permet également aux professionnels de transmettre des informations claires et adaptées sur l'offre de soins existante pour rassurer et guider le couple dans l'élaboration de son projet. [8]

La HAS propose, dans ses recommandations professionnelles de 2007, que cet entretien puisse favoriser l'élaboration d'un projet de naissance pour les couples qui le souhaitent. Le projet peut être rédigé de manière individuelle ou avec l'aide de la sage-femme ou du médecin en charge de la grossesse. Les demandes exprimées par les usagers doivent néanmoins être en adéquation avec l'offre de soins de l'établissement,

d'où l'importance d'une information complète de la part des professionnels de santé et d'un dialogue de qualité. [9]

La loi du 4 mars 2002 rappelle aux professionnels le respect de la volonté des patients et l'importance d'une information sur les conséquences de leurs choix. Cependant, si les choix du couple mettent en danger la vie de la mère et de l'enfant, ils ne pourront être respectés.

A la maternité de type III d'Auvergne, des travaux ont été réalisés en 2011 pour encadrer les projets de naissance et apporter une réponse aux souhaits et questions des couples. Les futurs parents ont aussi la possibilité de rencontrer la sage-femme coordinatrice du bloc obstétrical en cas de demandes très particulières. Le projet est accepté uniquement si la sécurité de la mère et de l'enfant peut être garantie. Dans le cas contraire, la rencontre permet de discuter d'un compromis et d'expliquer au couple les limites de leur demande.

Ainsi, que ce soit par le biais d'un document écrit ou simplement de vive voix (pour les femmes n'ayant pas rédigé de projet, ou pour celles dont le projet écrit n'a pas été lu), les professionnels sont informés des souhaits des femmes et des couples et peuvent mettre en place une prise en charge adaptée et personnalisée.

Dans cette étude, mise à part deux femmes, aucune autre n'avait pour projet concret d'aller dans l'espace physiologique. Pourtant, une enquête du CIANE de 2013 montre que le choix de la maternité est de plus en plus influencé par le fait qu'elle dispose ou non d'un espace ou d'une salle physiologique. [10] Les établissements de santé disposant de ce genre de structures ont donc tout intérêt à informer le plus possible la population concernée.

Pour tenter de répondre aux souhaits de certaines femmes quant à l'approche plus physiologique de la naissance, les professionnels de santé réfléchissent de plus en plus sur la question. Ainsi, une enquête nationale a été réalisée en 2004 auprès des professionnels des maternités de niveau III (sages-femmes coordinatrices, chefs de pôle, sages-femmes cliniciennes, obstétriciens), à propos de la prise en charge des grossesses à bas risque dans ces structures. [49]

Il ressort de cette enquête que les sages-femmes coordinatrices et cliniciennes estiment que les grossesses à bas risque sont surmédicalisées pendant le travail. Du fait de ce constat, et pour tenter de mieux répondre aux souhaits des patientes, l'ensemble des sages-femmes se montre favorable à une réorganisation du bloc obstétrical, en faveur de

la physiologie : mise en place de chambres de naissance et de tables d'accouchement permettant différentes positions. 63,3 % des chefs de service et 62,5 % des médecins ne s'opposent pas à une telle réorganisation. Toutefois, une probable sectorisation au sein même des salles d'accouchement déplaît à 54,5 % de l'ensemble des personnes interrogées.

2.2. L'espace physiologique

Dans cette étude, toutes les personnes interviewées ont un avis positif quant à l'existence d'un espace physiologique au sein du CHU de la région Auvergne. Cet espace est accessible à toutes les femmes ayant une grossesse estimée à bas risque, mais des exceptions peuvent être faites après concertation avec l'obstétricien référent. Contrairement à ce que certaines pouvaient penser, l'élaboration d'un projet de naissance ne s'avère pas nécessaire pour bénéficier de cet espace (Annexe II).

Les femmes peuvent en bénéficier en cas de dystocie de démarrage ou durant le travail. Néanmoins, et malgré les souhaits exprimés par certaines patientes de cette étude, l'accouchement ne peut avoir lieu dans la salle physiologique. En effet, avec une superficie de 11m², la salle physiologique représente moins de la moitié de la surface d'une salle d'accouchement : en moyenne 23m². Elle n'est donc pas prévue, ni équipée pour accueillir, de manière optimale, une femme qui accouche.

Malgré cela, la salle permet tout à fait d'accueillir dans de bonnes conditions une femme en travail et son conjoint. Même si plusieurs femmes de l'étude trouvent la salle trop petite pour déambuler, elle permet tout de même de mettre à disposition de nombreux matériels et dispositifs favorisant le travail.

Pour des raisons d'organisation du bloc obstétrical, il est difficilement envisageable de concevoir la salle avec la baignoire comme un espace physiologique à part entière (avec l'ensemble du matériel de la salle physiologique actuelle), tout simplement parce qu'une telle réorganisation supprimerait une des neuf salles de naissance. Cependant, la salle physiologique est située à côté d'une petite salle d'attente dédiée aux pères. Détruire la cloison entre les deux pièces pourrait s'envisager. Deux projets seraient alors possibles :

- Obtenir un espace physiologique plus grand, avec suffisamment de place pour déambuler tout en ayant accès à l'ensemble du matériel mis à disposition, hormis la baignoire.

- Faire de ce nouvel espace une salle d'accouchement classique et envisager un nouvel espace physiologique à part entière dans la salle où se situe actuellement la baignoire.

Mais, malgré tout, ne vaut-il pas mieux conserver la salle physiologique telle qu'elle est, ainsi que son environnement de petit « cocon », apprécié et recherché par les femmes ? De plus, des travaux d'une telle envergure représentent un budget certain qui pourrait plutôt servir à équiper toutes les salles de naissance (avec des lianes de suspension par exemple) pour que toutes les femmes puissent en bénéficier.

2.3. Le matériel mis à disposition dans l'espace physiologique

- Multitrac®*, ballons et autres matériels :

Le ballon, le système de suspension Multitrac®* et la banquette Optibed®* sont les dispositifs les plus utilisés au sein de l'espace physiologique. Les ballons représentant un faible coût, on en trouve dans la quasi-totalité des salles de naissance de la maternité où s'est déroulée l'étude. Cela permet à un plus grand nombre de femmes d'en bénéficier.

Par ailleurs, il pourrait être envisageable de mettre un grand tapis de sol dans les salles d'accouchement. A ce jour, il est possible de déplacer le tapis de la salle physiologique vers une salle de naissance si la patiente le désire, mais si la salle physiologique est occupée ce n'est plus possible.

Les autres dispositifs présents en espace physiologique sont utilisés par les femmes, de manière plus personnelle, selon ce qui leur correspond le mieux.

Trois femmes ont remarqué qu'il manquait des dispositifs dans la salle physiologique : un coussin d'allaitement et une galette. Normalement, ces dispositifs sont pourtant à disposition dans la salle physiologique et les salles d'accouchement. Le personnel soignant doit donc être en mesure de s'assurer que le matériel est bien présent et le cas échéant, il doit permettre aux femmes de pouvoir en bénéficier. Il faut ajouter que ce genre de matériel représente, tout comme les ballons, un faible coût et qu'il est donc tout à fait concevable d'en équiper toutes les salles de naissance.

Depuis la réalisation de cette étude, de nouveaux dispositifs ont été installés dans la salle, renforçant le côté « cosy » : un fauteuil design est présent ainsi qu'une lampe sur pied offrant la possibilité d'une lumière plus tamisée et non colorée.

- La baignoire :

Pour rappel, la baignoire est située dans une des neuf salles d'accouchement et non dans la salle physiologique. Lorsque cette salle est occupée, les parturientes qui souhaitent prendre un bain peuvent, à défaut, prendre une douche dans une pièce située en face de la salle physiologique. Il faut néanmoins noter que l'effet relaxant de la douche est moindre, du fait de l'absence d'immersion. [44]

En soi, le fait que la baignoire soit détachée de la salle physiologique ne pose pas de problème aux femmes. En effet, elles voient plutôt cela comme une opportunité pour une autre femme lorsque la salle physiologique est déjà occupée. Le problème mis en avant est plutôt que la baignoire est indisponible si une femme, non intéressée par l'espace physiologique, occupe cette pièce. Pour certaines femmes, il faut donc venir « *au bon moment* », pour espérer bénéficier de la baignoire, en plus ou non de la salle physiologique. Cependant, si la charge de travail le permet, une femme, qui n'aurait pas d'analgésie péridurale et qui ne voudrait pas prendre de bain, peut laisser sa place à une autre qui souhaiterait profiter de la baignoire.

- Un espace offrant des libertés :

Une femme interrogée a beaucoup apprécié de pouvoir porter ses vêtements lorsqu'elle était dans la salle physiologique. Ina May GASKIN, sage-femme responsable d'une maison de naissance du Tennessee, encourage justement les femmes dans ce sens. Selon elle, garder ses vêtements personnels peut aider la future maman à se sentir mieux dans le milieu hospitalier : « *cela vous aidera à garder à l'esprit que vous n'êtes pas malade* ». [50]

Ainsi, il paraît intéressant de permettre aux femmes de garder leurs vêtements lorsqu'elles sont dans une démarche plutôt naturelle et qu'elles bénéficient de l'espace physiologique. Durant la première phase du travail, il ne paraît pas nécessaire d'imposer dans la salle physiologique la blouse de l'hôpital, celle que portent les malades, lorsqu'elle ne s'avère pas indispensable.

La salle physiologique possède également une fenêtre, lumineuse et ouverte sur l'extérieur. Elle permet l'accès à un sentiment de liberté, à une bouffée d'air frais. Il faut néanmoins remarquer que Michel ODENT recommande de minimiser les stimuli lumineux durant le travail pour ne pas entraver le processus physiologique de la

naissance par stimulation du néocortex. [14] Cette ouverture est donc un point fort aux yeux de certaines femmes, et un store amovible est également présent pour celles qui souhaiteraient moins de lumière vive la journée.

2.4. Comparaison avec une autre maternité de type III [51 - 53]

L'exemple d'une maternité de type III, de la région Pays-de-Loire, offre un espace comprenant deux grandes salles physiologiques et deux baignoires dans deux pièces attenantes. Les salles physiologiques sont au moins aussi grandes que les salles de naissance classiques. Elles disposent de ballons, de lianes de suspension, d'éclairage d'ambiance au sol et au plafond, d'une ouverture sur un patio végétalisé et d'une table d'accouchement ronde avec une grande modularité. Ces salles sont également pourvues de cardiocotographes sans fil permettant une surveillance tout en garantissant la mobilité de la parturiente. Tout le matériel médical est dissimulé.

Tout comme dans le CHU de la région Auvergne, les baignoires ne sont pas directement dans les salles physiologiques. Cependant, elles sont dans une pièce attenante, ce qui n'est pas le cas dans l'espace du CHU de cette étude.

Autre différence, les salles physiologiques du CHU de la région Pays-de-Loire ne sont accessibles qu'aux femmes ayant un projet de naissance, une réflexion de la part des patientes est donc requise. Les baignoires sont par contre accessibles à toutes les femmes, d'où le fait qu'elles soient dans une pièce séparée.

L'accouchement est possible dans les salles physiologiques de la maternité de la région Pays-de-Loire ce qui n'est pas le cas dans celle de la région Auvergne.

La salle physiologique de la région Auvergne de cette étude propose davantage de dispositifs que celles de la région Pays-de-Loire (musique, tapis de sol, dispositif Multitrac® permettant au père de s'asseoir derrière sa conjointe). Néanmoins, aucun matériel médical (hormis un pack d'accouchement) n'est disponible dans la salle physiologique du CHU de la région Auvergne alors qu'il est présent mais dissimulé dans celles de la région Pays-de-Loire.

Des différences plus ou moins grandes peuvent donc être notées entre ces deux maternités de type III, quant à la superficie, les conditions d'accès, la possibilité d'accouchement et les dispositifs mis à disposition. Ainsi, ne faudrait-il pas tenter d'harmoniser au maximum la définition de ces espaces d'une maternité à une autre ? C'est ce que plaide le CIANE dans un communiqué de presse de juillet 2015, devant le

constat qu'il n'y a pas d'homogénéité dans l'organisation de ces nouvelles structures, pourtant de plus en plus nombreuses. Le CIANE demande donc une « formalisation » des appellations « salles nature », « pôles physiologiques »,... pour faciliter la compréhension et le choix des usagers. [53]

2.5. Entre sécurité et liberté

Dans cette étude, une femme a pu bénéficier d'un enregistrement du RCF du fait de la présence d'un monitoring dans la salle physiologique. Elle a trouvé cela très appréciable, étant donné qu'elle a pu l'avoir tout en restant sur le ballon et dans la salle. Une autre femme n'en a pas eu l'opportunité mais a souligné que ce serait une bonne chose d'avoir à disposition « *un monitoring sur roulette* », que l'on rentrerait dans la salle physiologique uniquement le temps de la surveillance.

Un cardiocographe sur roulette est en effet présent au sein du bloc obstétrical mais il est davantage prévu pour l'accueil des urgences obstétricales. Il n'est donc pas dédié à l'espace physiologique. Un autre appareil peut également être détaché du service de grossesses à haut risque, si la charge de travail dans ce secteur le permet. Il faut toutefois noter que les ERCF sont prévus dans le protocole pour être réalisés en salle de naissance.

Serait-il envisageable d'adapter le protocole en fonction de la disponibilité des appareils ? Ainsi cela permettrait aux femmes pour qui le travail se déroule normalement de ne pas changer de salle pour l'enregistrement. En effet ce changement de salle peut s'avérer très déstabilisant pour certaines femmes, notamment celles ayant un projet de naissance. En changeant de salle, les femmes sortent de leur « cocon », ce qui peut amener à un état de stress, entraînant la stimulation du néocortex et l'inhibition des centres archaïques (cf. page 8).

D'autres femmes interviewées ont abordé la liberté de mouvements lors des ERCF. Pour la majorité d'entre elles, la position allongée ne devrait pas être imposée, notamment en l'absence d'analgésie péridurale. Le cardiocographe ambulatoire pourrait-être une solution. Ce système fonctionne grâce à un signal Wi-Fi, il permet ainsi de réaliser un monitoring sans que les deux sondes ne soient reliées à l'appareil par des fils. Ainsi, la femme peut déambuler et se mobiliser à sa guise, tout en permettant la surveillance du RCF.

Ce type d'enregistrement a pu être expérimenté dans la maternité de type III de la région Auvergne. Un frein au développement de cette alternative a cependant été mis en avant : les femmes souhaitant déambuler sont contraintes de rester au sein du bloc obstétrical, sous peine de perdre le signal Wi-Fi et d'empêcher l'enregistrement. De plus, toutes les salles de naissance ne reçoivent pas le signal Wi-Fi. Des travaux pour proposer cette alternative dans la pratique quotidienne se poursuivent. Il serait intéressant que ce système puisse fonctionner dans l'espace physiologique, d'autant plus que certains appareils peuvent fonctionner dans l'eau, permettant aux femmes d'avoir un enregistrement dans la baignoire (comme c'est le cas dans la maternité de type III de la région Pays de Loire).

Toutes les femmes interrogées ont bénéficié d'une surveillance discontinue du RCF, leur permettant une plus grande liberté de mouvements et de déambulation qu'un enregistrement continu. Le protocole du service (Annexe II), relatif à la surveillance des femmes en espace physiologique, autorise l'enregistrement discontinu uniquement pendant la phase de dilatation du col et après information de la patiente sur l'efficacité moindre pour la détection des acidoses fœtales (versus un enregistrement continu). Le CNGOF stipule dans ses recommandations que la surveillance discontinue « *ne peut se concevoir que pour une patiente à bas risque et nécessite la présence d'une sage-femme par parturiente* ». Néanmoins, du fait de l'impossibilité d'avoir une sage-femme par femme (concept anglo-saxon du « one to one »), il recommande un ERCF en continu en phase active de travail. [54]

L'OMS, dans un rapport de 1998, reconnaît que l'ERCF en continu limite beaucoup les mouvements de la femme mais que c'est utile pour la surveillance du travail des grossesses à haut risque. Toutefois, selon l'OMS, « *la méthode de choix pour la surveillance du fœtus pendant un travail normal est l'auscultation intermittente.* » [12]

Des efforts sont faits au sein de la maternité de cette étude pour permettre aux femmes d'être plus libres durant le travail. Il faut néanmoins noter que des améliorations peuvent être envisagées, notamment pour ce qui est des transferts en salle de naissance pour les ERCF. Il paraît important d'en discuter avec la patiente et de voir selon sa vision des choses si l'enregistrement peut avoir lieu dans la salle physiologique.

2.6. Le rôle d'accompagnant(e)

- La place du père

Dans cette étude, les seize femmes interviewées étaient toutes accompagnées de leur conjoint lors du travail et de l'accouchement. Ils ont eu, selon elles, un rôle important puisqu'ils étaient présents, à leurs côtés, les épaulant et les encourageant.

Certains ont également beaucoup participé dans la prise en charge de la douleur de leur compagne, grâce aux massages principalement et à leur présence tout simplement.

Une enquête du CIANE réalisée en 2014 montre que 99% des femmes souhaitent être accompagnées par leur conjoint pour l'accouchement et 98% d'entre elles le sont effectivement. [55]

De plus, comme le souligne très bien un rapport de l'OMS de 2002, la présence aidante du père est très bénéfique pour la femme en travail : l'aide sur le plan physique à travers les massages par exemple, à un impact positif sur le plan émotionnel et psychologique de la parturiente. [56]

Ainsi, l'accompagnement par le père ou par tout autre accompagnant (amie, sœur, mère,...) s'avère bénéfique pour le bon déroulement du travail et aide la femme à surmonter, à plus ou moins long terme, la douleur. En effet, une femme bien accompagnée durant le travail aurait moins recours à l'analgésie péridurale. L'OMS souligne également que le nombre de personnes présentes auprès d'une femme en travail doit être limité autant que possible. [12] Toutefois, le père doit avoir le choix d'être présent ou non en salle de naissance durant le travail et/ou l'accouchement. Il ne doit pas subir cette étape et doit rester libre de ses choix sans que cela ne soit néfaste pour l'accompagnement de sa compagne. [57]

La présence d'une sage-femme s'avère donc nécessaire, outre pour ses compétences médicales et techniques, mais aussi pour rassurer le couple et le guider dans la voie qu'il a choisie. Elle peut partiellement pallier à l'absence du père ou atténuer les éventuelles peurs et angoisses du couple durant le travail et l'accouchement.

- Le rôle de la sage-femme :

La sage-femme a un rôle primordial et central dans la prise en charge psychologique des femmes en travail, notamment lorsque celles-ci ne souhaitent pas d'analgésie locorégionale. Elle doit pouvoir associer bienveillance auprès de la femme mais aussi du père et vigilance, indispensable pour dépister toute anomalie. Le témoignage de la

patiente n°15 illustre très bien l'importance de la présence continue d'une sage-femme, présence rassurante et sécurisante :

- « ***On était très demandeur. Il y a eu un moment où je me suis sentie lâchée, (...) je demandais l'accompagnement (...) la notion d'accompagnement, je vois très bien ce que ça peut être et moi, c'était la présence rassurante. Parce que même mon mari à des moments il essayait des choses et je lui disais : « va-t'en, je veux la sage-femme !! ». Sinon je me sentais abandonnée. A la fin, si je la voyais repartir, c'était dur psychologiquement. (...) Au moment où je n'en pouvais plus, je lui ai dit que j'avais besoin de sa présence. (...) Elles nous disent : « bon ça n'a pas trop avancé donc on revient dans une demi-heure ». Et là, moi j'ai dit : « non, je ne veux plus que vous partiez », (...) « j'ai besoin que vous soyez là, même si ça n'avance pas comme prévu (...) » (P15).***

D'autres femmes ont également fait la remarque que les sages-femmes n'étaient pas assez disponibles du fait de la forte activité le jour de leur accouchement.

Après lecture de ce récit, il paraît important de souligner la difficulté rencontrée par les sages-femmes de se consacrer uniquement à une parturiente. Le CNSF, dans un communiqué, précise qu'une sage-femme est en surcharge de travail lorsqu'elle prend en charge « *plus de deux femmes, sans aucune activité surajoutée* », ce qui est souvent le cas au CHU de la région Auvergne : trois sages-femmes pour neuf salles d'accouchement et une salle physiologique soit une moyenne de trois femmes par sage-femme lorsqu'il y a une forte affluence. [58]

De plus, l'enquête nationale menée en 2004 auprès des professionnels des maternités de type III souligne la très nette augmentation de la charge de travail au sein de ces structures depuis la mise en place des décrets de périnatalité en 1998. [49]

Dans cette même enquête, il est retrouvé que plus de la moitié des sages-femmes de terrain interrogées sont défavorables au fait qu'une sage-femme soit dédiée à la physiologie et une autre plutôt à la pathologie. Malheureusement, malgré la demande, pour des raisons d'organisation du personnel et de budget dans les hôpitaux, une sage-femme ne peut généralement pas être dédiée entièrement à un espace physiologique. Sa disponibilité dépend essentiellement de la charge de travail qui lui incombe. [19]

L'enquête du CIANE sur l'accompagnement durant l'accouchement, insiste sur le fait que l'accompagnement par les professionnels ne doit pas se limiter aux aspects techniques et médicaux. La sage-femme doit pouvoir s'adapter aux besoins de la

parturiente et du couple, entre demande d'intimité pour certains et présence rapprochée pour d'autres. [55]

Notre étude le décrit également puisque certaines parturientes soulignent le fait qu'elles ont apprécié la tranquillité qui leur a été laissée dans l'espace physiologique, elles étaient cependant rassurées de pouvoir appeler à n'importe quel moment si besoin.

De plus, les femmes avec un projet de naissance et accouchant sans péridurale, ont été les plus demandeuses d'un réel accompagnement par la sage-femme. Ceci est tout à fait compréhensible puisque la femme a besoin d'être « coachée » par une sage-femme pour l'aider à gérer la douleur, à bien respirer et à prendre confiance en elle, pour atteindre le palier parfois difficile qui lui permettra de sécréter normalement des endorphines.

Cinq couples sur seize suggèrent que les sages-femmes soient formées à la physiologie afin qu'elles puissent mieux adapter leur prise en charge. Or, la physiologie est la base même du métier de sage-femme, elle fait partie intégrante de la formation initiale des futurs professionnels en maïeutique. La communication fait également partie des objectifs d'acquisition des étudiants. [59]

Après obtention du diplôme d'Etat, les sages-femmes ont également des opportunités pour se former de manière plus approfondie à la prise en charge physiologique des femmes durant le travail et l'accouchement :

- En 2006, des sages-femmes des maternités du CHU de la région Auvergne ont pu réaliser la formation Bernadette DE GASQUET (cf. page 15).
- Entre 2013 et 2015, quarante-cinq sages-femmes du CHU de la région Auvergne se sont formées à la méthode BONAPACE (cf. page 14). Une nouvelle formation aura à nouveau lieu en septembre prochain. Elle sera ouverte à une quinzaine de personnes : sages-femmes mais aussi aides-soignantes et auxiliaires de puéricultures.

2.7. L'analgésie péridurale [28, 60]

- *Le respect du choix des femmes :*

Dans cette étude, six femmes sur seize avaient pour projet de bénéficier d'une analgésie péridurale (trois primipares et trois multipares). Au contraire, quatre d'entre elles souhaitaient accoucher sans, deux femmes avaient déjà accouché sans péridurale et souhaitaient revivre l'expérience pour leur deuxième enfant, les deux autres étaient des primipares. Une récente enquête du CIANE relate qu'en 2012, 88% des primipares et

58% des multipares ont bénéficié d'une analgésie péridurale au cours du travail. De plus, les multipares auraient une volonté plus forte de ne pas avoir de péridurale dès leur arrivée à la maternité : 24% contre 7% de primipares. Or, dans notre étude, il n'y a pas de différence entre les primipares et les multipares.

Devant ce constat, il va sans dire que le respect du choix des parturientes est primordial, que ce choix se porte ou non sur une péridurale. Le CIANE ré-insiste sur le fait qu'il faut respecter les préférences exprimées par la femme, c'est-à-dire :

- ne pas proposer de péridurale à une femme qui a dit qu'elle n'en voulait pas,
- encourager une femme indécise, qui ne voulait pas de péridurale à l'origine, à passer le cap de la fin du travail.

Dans notre étude, la majorité des femmes ont été satisfaites du respect de leur choix initial. L'enquête du CIANE montre dans ce sens que 78% des femmes qui souhaitaient une péridurale et qui l'ont eu étaient satisfaites et 97% des femmes qui n'en souhaitaient pas et qui ont en effet accouché sans étaient aussi satisfaites.

Cependant, pour une minorité de femmes, des erreurs peuvent être commises quant à l'accompagnement et leur prise en charge lorsqu'elles ne souhaitent pas de péridurale. Prenons l'exemple d'une femme de notre étude. Elle a été contrainte de rester allongée trois heures sous monitoring alors qu'elle n'avait « *pas demandé, à ce moment-là, la péridurale* ». On lui a également imposé de rester allongée lorsqu'elle a demandé à aller aux toilettes : « *je n'avais pas de péridurale, je pensais pouvoir me lever et aller aux toilettes moi-même* », pourtant, « *on ne m'a pas redemandé si je voulais la péridurale, ça je pense que c'était bien ancré par la sage-femme* ». Il est facile de se rendre compte de l'absence de cohérences dans cette prise en charge : la sage-femme semble bien respecter et prendre en compte le souhait de la femme d'accoucher sans péridurale mais tout ce qui est mis en place pour la prise en charge va à l'encontre de son projet. Lors du recueil de témoignage, le couple était d'ailleurs toujours dans l'incompréhension du déroulement de la prise en charge. Il faut donc rappeler ici que la communication et l'explication des gestes sont absolument nécessaires, surtout lorsque la prise en charge s'avère opposée au projet initial.

Le respect du choix des femmes doit rester une priorité pour les soignants. Même si la péridurale peut sembler être une solution en cas de surcharge de travail, il faut néanmoins faire ce qui semble être le meilleur pour le couple, à savoir les accompagner dans leur démarche.

- L'analgésie ambulatoire :

L'ensemble des patientes interrogées sur le sujet sont favorables au développement de cette alternative. En effet, l'impossibilité de se mobiliser sous analgésie péridurale est un point récurrent dans les témoignages. D'après l'enquête du CIANE, en France, seulement 6% des péridurales permettent la déambulation.

Lors de notre étude, l'analgésie péridurale ambulatoire n'était pas encore proposée aux femmes accouchant à la maternité de type III de la région Auvergne. Néanmoins, depuis janvier 2016, un protocole a été mis en place pour permettre aux femmes qui le désirent, de bénéficier de cette alternative (Annexe IX). Il annonce que la déambulation peut être envisagée pour les grossesses à bas risque et en début de travail. La femme doit impérativement être accompagnée pour bénéficier de ce type d'analgésie. L'ERCF en continu devant être mis en place, la déambulation se limite donc, pour le moment, à la salle d'accouchement et à la longueur des fils du cardiotocographe. Cette méthode permet à la patiente d'être debout, de faire du ballon, de s'asseoir,... Elle n'est pas immobile sur le lit, comme pouvaient le reprocher certaines patientes.

Ce projet montre encore une fois que les remarques des patientes sont prises en compte et que des expérimentations se font pour répondre un maximum à leur demande. Il faut noter que cette alternative pourrait se parfaire par l'acquisition d'un cardiotocographe ambulatoire, des réflexions sont en cours sur ce projet (cf. 2.5.).

2.8. Informations aux couples quant à l'existence d'un espace physiologique

- Le rôle des sages-femmes libérales dans l'information. [61]

Il a été vu dans cette étude que les sages-femmes libérales ont un rôle important dans la diffusion d'informations sur le déroulement du travail (notamment sur la prise en charge de la douleur), et sur les pratiques de la maternité où la femme a choisi d'accoucher.

Au travers des séances de PNP, le couple, et notamment la femme, doit prendre confiance en elle, en ses capacités de future mère, en ses capacités pour mettre au monde son enfant. La sage-femme est là pour l'aider dans ce cheminement, en lui apportant toutes les réponses dont elle a besoin pour avancer dans ce sens-là. Ces séances de préparation sont aussi l'occasion de discuter du déroulement du travail, de l'accouchement. Très souvent, les sages-femmes montrent des positions antalgiques que les femmes pourront reproduire au moment venu, pour se soulager d'elle-même.

Comme l'ont souligné plusieurs patientes, les sages-femmes préparent les futures mamans à se mobiliser au maximum, à faire du ballon, à ne pas rester allongée, pour favoriser la descente du bébé. Mais qu'en est-il de la réalité le jour de l'accouchement ? Comme il a été vu précédemment, le manque de mobilité est le point négatif qui revient très souvent lors des entretiens. Or les femmes avaient appris lors des séances de PNP qu'il n'est pas favorable de rester immobile.

Il a également été vu que des efforts sont faits au sein de la maternité de cette étude pour pallier à ce manque de liberté de mouvements.

Une cohérence entre ce qui est dit durant les séances de PNP et ce qui est proposé durant le travail et l'accouchement doit pouvoir être retrouvée par le couple. Cette cohérence peut s'obtenir par un travail réalisé à la fois par les professionnels libéraux mais également hospitaliers :

- Il faut encourager les sages-femmes libérales à s'informer sur les pratiques en vigueur dans les maternités de leur secteur, afin de donner les informations nécessaires aux femmes durant la grossesse et notamment les différentes alternatives qui peuvent s'offrir à elles, durant le travail, quel que soit leur projet.
- Toutes les suggestions possibles (espace physiologique, ballon, déambulation, etc.) doivent être proposées aux femmes durant le travail, l'équipe médicale devrait favoriser, autant que possible, la mise en pratique de ce qui a été appris en séance de PNP.

- Quels moyens pour diffuser l'information ? [62]

Une minorité de femmes de cette étude avait obtenu l'information de l'existence d'un espace physiologique au sein de la maternité de cette étude par des recherches personnelles ou par une connaissance. Cependant, après avoir bénéficié de cet espace, plus de la moitié des femmes interrogées se disent favorables pour diffuser l'information. Aussi, le bouche à oreille est un moyen concret de diffusion d'informations, notamment lors des séances de PNP où les multipares peuvent faire part de leurs expériences personnelles. De plus, Internet, au travers des forums et des réseaux sociaux, devient un grand espace d'échanges, notamment pour les femmes enceintes qui recherchent toujours le « meilleur » endroit pour mettre au monde leur enfant. Les maternités utilisent aussi Internet pour diffuser l'information et notamment lorsqu'elles proposent des alternatives pour un accompagnement moins technicisé.

Certaines femmes, et notamment celles ayant un projet de naissance, cherchent l'information à travers des livres et magazines. Une patiente (P15) de cette étude a ainsi « *beaucoup, beaucoup lu (...) les bouquins que l'on m'avait recommandés.* », afin de connaître toutes les alternatives qui pourraient s'offrir à elle le jour J.

Des affiches sont également présentes au sein de la maternité de cette étude pour informer les femmes enceintes de l'existence d'une baignoire et d'une salle physiologique (annexe VII). Ces affiches ont peu été vues par la population concernée. Aussi, peut-être faudrait-il revoir la disposition de ces affiches, ou les multiplier, afin qu'elles soient davantage visibles ? De même, peut-être faudrait-il revoir la conception de ces affiches ?

Enfin, la société dans laquelle nous vivons actuellement fait que les usagers, de plus en plus, attendent que l'information vienne à eux. C'est pourquoi les professionnels de santé ont un rôle central dans l'information, ils sont justement là pour compléter les informations dispensées par les affiches.

Ainsi, tous les professionnels de santé sont en première ligne quant à la diffusion d'informations. Il est donc primordial qu'ils soient informés des dernières alternatives que propose la maternité. De plus, pour une meilleure compréhension des couples, leurs propos se doivent d'être homogènes. Il relève de leur responsabilité de s'informer régulièrement afin de dispenser des informations actualisées aux futurs parents.

L'information durant la grossesse apparaît comme un élément primordial, qui ne doit en aucun cas être négligé. En effet, elle permet aux femmes et aux couples de formuler des choix éclairés pour le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

3. Projets d'action

Au regard de l'ensemble des témoignages reçus, des actions peuvent-être proposées pour apporter une meilleur visibilité de communication mais aussi des propositions sur les plans matériel et formation du personnel.

3.1. Une communication plus visible

- Les affiches d'information concernant la salle physiologique peuvent être améliorées en précisant que toutes les femmes peuvent bénéficier de cette salle, y compris celles n'ayant pas rédigé de projet de naissance.

- De même la visibilité des affiches de l'espace physiologique pourrait être améliorée et complétée par un spot publicitaire, diffusé sur les écrans de télévision présents dans le hall et en salles d'attente des urgences obstétricales et des consultations obstétricales.
- Une seconde campagne d'informations sur l'existence d'un espace physiologique pourrait-être mise en place afin que toutes les sages-femmes libérales de l'agglomération Clermontoise, (voire du département) puissent en informer leurs patientes. Une rencontre est d'ailleurs prévue prochainement dans ce sens.

3.2. De la musique et des vidéos

- Des postes radios sont présents dans toutes les salles d'accouchement et dans la salle physiologique. Les couples peuvent mettre des CD ou une clé USB avec leur musique personnelle. Cependant, aucune information à ce sujet n'est précisée. Ainsi un point pourrait être rajouté sur le trousseau de naissance : « N'hésitez pas à vous munir de votre musique personnelle (CD ou clé USB), des postes sont à votre disposition dans toutes les salles de naissance. ».
- De courtes vidéos pourraient être diffusées en salle physiologique pour pallier le manque de temps que peuvent rencontrer les sages-femmes pour expliquer quelques positions antalgiques et compléter l'affiche récapitulative déjà présente.

3.3. Formation du personnel

Un module spécifique de formation sur la communication thérapeutique durant le travail et l'accouchement pourrait être envisagé pour les sages-femmes et les AS/AP. Il s'agirait de redéfinir le vocabulaire d'une part à éviter et d'autre part à absolument utiliser. Au travers des témoignages recueillis, il est possible de se rendre compte de l'importance des mots employés, impactant de manière positive ou non sur le déroulement du travail et de ses suites.

Cette étude sera présentée lors d'un staff aux personnes amenées à accompagner des femmes dans l'espace physiologique. Ainsi, les points positifs ou négatifs mis en avant par les parents pourront être expliqués et des réflexions pourront être entamées pour prioriser les actions d'amélioration à mettre en place.

Conclusion

Cette étude nous permet de mieux comprendre le vécu et la prise en charge des femmes qui sont passées par l'espace physiologique de la maternité de type III de la région Auvergne.

La satisfaction de pouvoir bénéficier d'une pièce non médicalisée dans une structure comme celle-ci est pour l'ensemble de l'échantillon interviewé un point très positif et des encouragements pour poursuivre dans ce sens ont pu être recueillis.

Seuls bémols, certaines femmes auraient apprécié de pouvoir accoucher dans la salle physiologique, ce qui n'est à l'heure actuelle pas envisageable pour des raisons de limites spatiales et de sécurité. D'autre part, des parturientes n'ont pas très bien vécu les transferts en salle de naissance pour la pratique des ERCF et du toucher vaginal. Enfin, le personnel soignant devrait s'assurer que l'ensemble du matériel est à disposition dans la salle physiologique (notamment coussin d'allaitement et galettes).

Des réflexions doivent donc s'engager pour répondre au mieux aux attentes des couples et aider les sages-femmes qui les accompagnent dans cet espace, notamment quand la femme ne souhaite pas de péridurale.

Cette étude a mis en évidence la volonté des professionnels de continuer à favoriser des alternatives efficaces à la réduction de la technicisation de la naissance. Permettre une plus grande liberté de mouvements est d'ailleurs une des priorités actuelles, notamment avec la réalisation des premières analgésies péridurales ambulatoires et des expérimentations d'ERCF ambulatoires.

Il est important que les futurs parents soient au courant de l'existence de cet espace physiologique. Cela passe par une meilleure publicité locale, au niveau du CHU, avec des affiches plus visibles, et par le message que les médecins ou sages-femmes libéraux délivreront à leurs patientes à ce sujet. De même, des efforts doivent être menés pour que ce qui est appris lors des séances de PNP, en ville ou à l'hôpital, soit en accord avec ce qui peut être fait en salle de naissance.

Ce travail permet de réaffirmer l'importance du respect du choix des femmes et la nécessité de tout mettre en œuvre pour y parvenir lorsque les conditions le permettent, que la femmes bénéficie ou non d'une analgésie péridurale. De même, il a pu être montré que prendre le temps d'écouter et d'expliquer notre pratique aux femmes reste une priorité à laquelle il convient de ne pas déroger.

Références bibliographiques

- [1] CESBRON P. La médicalisation de la naissance en question : « Meilleur des mondes » ou progrès humain ? In : Les dossiers de l'obstétrique. 1997 ; 255 : pp3-7.
- [2] BLONDEL B, KERMARREC M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête Nationale Périnatale 2010. INSERM. 2011 : pp29-32.
- [3] MOREL M-F. Histoire de la naissance en France (XVII-XXème siècle). Naitre en France. 2007/2008 ; 61/62 : pp22-28.
- [4] JACQUES B. De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? La santé de l'homme. 2007 ; 391 : pp20-22.
- [5] MONTAZEAU O, BETHUYS J. Histoire de la formation des Sages-femmes en France. Université Médicale Virtuelle Francophone. 2011/2012 : pp7-19.
- [6] MOREL M-F. Histoire de la douleur dans l'accouchement. Société d'Histoire de la Naissance. 2012. [En ligne]. <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44> (Consulté le 13 août 2015).
- [7] AKRICH M. La péridurale, un choix douloureux. Thèse de sociologie. 1999 :17-48.
- [8] Ministère de la santé et de la protection sociale. Plan Périnatalité 2005-2007 - Humanité, proximité, sécurité, qualité. 10 Novembre 2004. [En ligne]. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf (Consulté le 20 novembre 2014).
- [9] Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes-recommandations_23-04-2008.pdf (Consulté le 20 septembre 2014).
- [10] Collectif Inter Associatif autour de la Naissance. Une demande croissante pour des approches moins médicalisées. 22 mai 2013. [En ligne]. <http://ciane.net/2013/05/une-demande-croissante-pour-des-approches-moins-medicalisees/> (Consulté le 21 août 2015).
- [11] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. 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. [En ligne]. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/position_acc_physio_121205.pdf (Consulté le 30 novembre 2014).
- [12] Organisation Mondiale de la Santé. Les soins liés à un accouchement normal : Guide pratique. 1998. [En ligne].

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65958/1/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf

(Consulté le 4 octobre 2014).

[13] TRELAUN M. J'accouche bientôt, que faire de la douleur ? Gap : Le souffle d'or ; 2008, pp35-36.

[14] COLLONGE C. COLLONGE J. Intime naissance, choisir d'accoucher à la maison. La plage édition ; 2008, pp362-380.

[15] DE GASQUET B. Accouchement, la méthode DE GASQUET. Paris : Marabout ; 2012, pp8-9.

[16] GUPTA J-K. HOFMEYR G-J. SHEHMAR M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 : pp1-2, 11-12.

[17] LAWRENCE A. LEWIS L. HOFMEYR G-J. DOWSWELL T. STYLES C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009 : pp1-2, 9-10.

[18] GASKIN I-M. Le guide de la naissance naturelle : Retrouver le pouvoir de son corps. Paris : Mama ; 2012 : pp183-188.

[19] COLMANT C. FRYDMAN R. Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? In : Gynécologie, Obstétrique & Fertilité. 2009 ; 37 : pp195-199.

[20] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evolution et des Statistiques. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. 2008. [En ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf> (Consulté le 30 novembre 2014).

[21] Collectif Inter Associatif autour de la Naissance. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. 2012. [En ligne]. http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/CP_Souhaits_Sept2012.pdf (Consulté le 2 décembre 2014).

[22] HODNETT E-D. GATES S. HOFMEYR G-J. SAKALA C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013 : pp1-2, 9-13.

[23] Légifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Art. L.1111-4. Journal officiel, n°1 du 5 mars 2004. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id> (Consulté le 2 décembre 2014).

[24] Code de déontologie des sages-femmes. Art. R 4127-306. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de->

[d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf](#) (Consulté le 2 décembre 2014).

[25] Collectif Inter Associatif autour de la Naissance. Des états généraux de la naissance à la plateforme périnatalité. 2007. [En ligne]. <http://www.cairn.info/revue-spirale-2007-1-page-30.htm> (Consulté le 25 août 2015).

[26] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Etats généraux de la naissance : La place des différents professionnels de la naissance. Juin 2003. [En ligne]. http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/MDIR_31.HTM (Consulté le 21 août 2015).

[27] Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Accouchement : notre système de santé doit respecter le choix des femmes. Août 2015. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/actualite/> (Consulté le 10 septembre 2015).

[28] Institut national de la santé et de la recherche médicale. En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans. Août 2015. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/en-france-la-peridurale-est-frequence-chez-les-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans> (Consulté le 10 septembre 2015).

[29] CIANE, CNGOF, CNSF, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités Fondamentaux. [En ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_physiologiques.pdf (Consulté le 21 août 2015).

[30] DINI M. Rapport sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Sénat. 20 février 2013. [En ligne]. <http://www.senat.fr/rap/112-368/112-3681.pdf> (Consulté le 20 septembre 2014).

[31] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Art 1. Journal officiel, n°0284 du 7 décembre 2013. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028279423&categorieLien=id> (Consulté le 20 septembre 2014).

[32] Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Décret no 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Journal officiel, n°0176 du 1 août 2015. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/7/30/AFSH1511616D/jo> (Consulté le 10 août 2015).

- [33] Haute Autorité de Santé. Maisons de naissance : Cahier des charges de l'expérimentation. Mars 2014. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/note_de_cadrage_maisons_de_naissance.pdf (Consulté le 2 décembre 2014).
- [34] Association nationale des sages-femmes libérales. L'accompagnement global. [En ligne]. <http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/laccompagnement-global/> (Consulté le 2 décembre 2014).
- [35] Légifrance. Code de la santé publique. Art. L6146-2 du 21 Juillet 2009. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691051&dateTexte=&categorieLien=cid> (Consulté le 2 décembre 2014).
- [36] Centre Hospitalier de Thiers. Gynécologie et obstétrique. [En ligne]. <http://www.ch-thiers.fr/index.asp?id=60> (Consulté le 5 décembre 2014).
- [37] Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire DGOS/RH4/2014/92 du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l'application de certaines dispositions du décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé. [En ligne]. http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/04/cir_38189.pdf (Consulté le 10 février 2015).
- [38] GUERROUDJ R. La vague des salles « physio ». Profession Sage-Femme. 2012 ; 186 : pp15-18.
- [39] BONAPACE J. Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace. [En ligne]. <http://www.bonapace.com/page.php?s=methode> (Consulté le 10 février 2015).
- [40] DE GASQUET B. Accouchement, la méthode DE GASQUET. Paris : Marabout ; 2012, pp18-53.
- [41] SMITH C-A. COLLINS C-T. CYNA A-M. CROWTHER C-A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 : pp1-2, 10-12.
- [42] Association française de naissance aquatique. Pourquoi accoucher dans l'eau ? [En ligne]. <http://www.accouchement-dans-leau.com/ressources-documentaires-afna-naissance-aquatique-accouchement-dans-l-eau.php?type=1> (Consulté le 10 février 2015).

- [43] TRELAUN M. J'accouche bientôt, que faire de la douleur ? Gap : Le souffle d'or ; 2008, pp141-145.
- [44] BARASINSKI C. POUTIGNAT I. BLANCHET E. GALLOT D. La baignoire de dilatation, une alternative antalgique. Vocation sage-femme. 2012 ; 99 : pp33-35.
- [45] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Quoi de neuf en analgésie obstétricale. 1998. [En ligne]. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1998_GO_247_fischer.pdf (Consulté le 11 septembre 2015).
- [46] ROELANTS F. La péridurale déambulatoire, un plus en obstétrique ? [En ligne]. <http://www.aliar.lu/index.php/documents-test?task=document.viewdoc&id=248> (Consulté le 11 septembre 2015).
- [47] DE LA CHAPELLE A. CARLES M. GLEIZE V. DELLAMONICA J. et al. Impact of walking epidural analgesia on obstetric outcome of nulliparous women in spontaneous labour. International journal of obstetric anaesthesia. 2006 ; 15(2) : pp104-108.
- [48] Collectif inter associatif autour de la naissance. Du bon usage du projet de naissance. 2007. [En ligne]. <http://ciane.net/2007/04/dubonusageduprojetdenaissance/> (Consulté le 15 mars 2016).
- [49] DABADIE C., FARGE M., VENDITTELLI F., GALLOT D., LEMERY D. Accueil des grossesses à bas risque dans les maternités de niveau III : Comment offrir des services adaptés ? In : 34es Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale : Rapports. Dijon ; 2004, pp97-103.
- [50] GASKIN I-M. Le guide de la naissance naturelle : Retrouver le pouvoir de son corps. Paris : Mama édition ; 2012, pp319.
- [51] Centre Hospitalier Universitaire Angers. Naitre au CHU d'Angers. [En ligne]. <http://www.maternite-chu-angers.fr/> (Consulté le 4 mars 2016).
- [52] SEJOUR C. Evaluation de la satisfaction des patientes concernant le nouvel espace physiologique du CHU d'Angers. Mémoire de sage-femme. Université d'Angers ; 2013, pp. 17-18.
- [53] Collectif inter associatif autour de la naissance. Physiologie de l'accouchement : le CIANE donne sa position. 2015. [En ligne]. <http://ciane.net/2015/07/physiologie-accouchement/> (Consulté le 4 mars 2016).
- [54] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Recommandation pour la pratique clinique : Modalités de surveillance fœtale pendant le travail. Décembre

2007. [En ligne]. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf (Consulté le 10 mars 2016).

[55] Collectif inter associatif autour de la naissance. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? 2014. [En ligne]. <http://ciane.net/2014/07/quel-accompagnement-pour-les-femmes-lors-de-laccouchement/> (Consulté le 11 septembre 2015).

[56] Organisation mondiale de la santé. Essential antenatal, perinatal and postpartum care. Genève ; 2002. [En ligne]. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf (Consulté le 6 mars 2016).

[57] TRELAUN M. J'accouche bientôt, que faire de la douleur ? Gap : Le souffle d'or ; 2008, pp154-155.

[58] Collège national des sages-femmes. Maternité : attention danger ! 2013. [En ligne]. <http://www.cnsf.asso.fr/doc/8966EC5E-5056-9C00-41CA5D54A51C4736.pdf> (Consulté le 6 mars 2016).

[59] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. Journal officiel, n°0184. [En ligne].

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024454241&categorieLien=id> (Consulté le 14 mars 2016).

[60] Collectif inter associatif autour de la naissance. Douleur et accouchement. Avril 2013. [En ligne]. <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf> (Consulté le 14 mars 2016).

[61] Haute autorité de santé. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). 2005. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf (Consulté le 14 mars 2016).

[62] Haute autorité de santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Avril 2005. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf (Consulté le 14 mars 2016).

Annexes

Annexe I :

Liste des neuf maisons de naissance en expérimentation en France

Annexe II :

Protocole Espace physiologique : surveillance du travail

Annexe III :

Guide d'entretien

Annexe IV :

Fiche d'information donnée aux participantes de l'étude

Annexe V :

Plan de la partie Résultats

Annexe VI :

Photos de l'espace physiologique de la maternité de type III en Auvergne

Annexe VII :

Affiches d'information sur l'espace physiologique

Annexe VIII :

Plan de la partie Discussion

Annexe IX :

Protocole Analgésie obstétricale déambulatoire

Annexe I : Liste des neuf maisons de naissance en expérimentation en France

- Société civile de moyens CALM (Comme A La Maison) Maison de naissance, à Paris
- Association Premier Cri, à Vitry sur-Seine (Val de Marne)
- Association Maison de naissance DOUMAIA, à Castres (Tarn)
- Association La Maison, à Grenoble (Isère)
- Association Le Temps de naître, à Baie-Mahault (Guadeloupe)
- Association Joie de naître, à Saint-Paul (La Réunion)
- Association Premières Heures au monde, à Bourgoin-Jallieu (Isère)
- Association MANALA, Maison de naissance Alsace, à Sélestat (Bas-Rhin)
- Association Un Nid pour naître, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Annexe II: Protocole Espace physiologique : surveillance du travail



CHU de Clermont-Ferrand Pôle de Gynécologie-Obstétrique Reproduction Humaine Service d'Anesthésie Réanimation Hémovigilance/ Comedims		Procédure Médicale
Espace Physiologique : Surveillance du travail		
Date de diffusion : 25 mai 2013	Rédigée par : Gallot D, Poutignat I.	
Version : 1	Vérifiée par : Alran S, Barasinski C, Bonnet V, Da Silva AC, Delabaere A, Delpirou F, Duclos J, Goffin M, Lichon M, Monier N, Pallot M, Nunes G, Sicard V, Storme B.	
Total pages : 2	Validée par : Pr Lemery D.	

1- Quelle population est éligible à l'espace physiologique et dans quelles conditions ?

La patiente et son fœtus doivent obligatoirement être à bas risque (NP5). Ceci signifie qu'il s'agit d'une grossesse singleton, avec un enfant attendu eutrophe, à terme, en présentation céphalique, sans utérus cicatriciel et sans pathologie obstétricale notable (exclusion des pré-éclampsies et des diabètes déséquilibrés notamment). Si la grossesse n'a pas été suivie et que l'on ne dispose pas des éléments tels que l'âge gestationnel ou l'estimation de la croissance de l'enfant, il est préférable de rester en salle d'accouchement classique avec un enregistrement du rythme cardiaque fœtal en continu.

Lorsque la Sage- femme se trouve dans la salle physiologique avec le couple, ses autres patientes sont confiées aux autres sages- femmes de l'équipe.

L'accès à l'espace physiologique peut être autorisé à des patientes qui ne sont pas à bas risque après concertation avec l'obstétricien (exemple : patiente ne pouvant pas bénéficier d'analgésie péridurale du fait d'un trouble de l'hémostase de type Willebrandt)

2- Domaine d'application

Salle d'accouchement du pôle de Gynécologie-Obstétrique.

3- Monitoring fœtal

3.1- Définition

La surveillance foetale discontinue consiste à ne pas laisser en permanence l'enregistrement cardiotocographique en cours de travail.

La patiente doit être favorable à ce type de surveillance après avoir été informée que la surveillance foetale continue a une meilleure sensibilité que la surveillance discontinue dans la détection des acidoses néonatales (NP2).

Pour notre équipe, la surveillance discontinue n'est actuellement envisagée que pour la phase de dilatation, tandis qu'un enregistrement continu est toujours réalisé durant les efforts expulsifs.

3.2- Technique d'auscultation intermittente

La surveillance discontinue peut être réalisée de différentes manières. Le stéthoscope de Pinard ou d'autres stéthoscopes foetaux peuvent être utilisés. La surveillance discontinue est réalisable à l'aide d'une sonde Doppler manuelle. Il est également possible de réaliser cette auscultation grâce à un cardiocographe électronique utilisé de manière intermittente. Cette dernière méthode a l'avantage de laisser une trace médicolegale de l'enregistrement et devrait être privilégiée (NP5).

Le rythme cardiaque foetal peut être initialement enregistré en continu pendant une courte période (20minutes). Si le tracé est normal, l'auscultation peut être intermittente pendant le reste de la phase de dilatation. Classiquement, l'auscultation doit être au minimum de 60 secondes pendant ou au décours de la contraction toutes les 15 minutes (fréquence à respecter si aucun enregistrement plus prolongé n'est effectué). La surveillance doit être reportée sur un diagramme à chaque auscultation.

Dans notre équipe nous avons convenu de réaliser préférentiellement un enregistrement cardiocographique de 30 minutes toutes les deux heures. Cet enregistrement est réalisé dans la salle de naissance attribuée à la patiente avec le cardiocographe classique. Dans l'intervalle une auscultation intermittente sera effectuée avec un Doppler manuel pendant au moins 60 secondes pendant et au décours de la contraction toutes les 30 minutes. La surveillance doit être retranscrite sur le partogramme.

4- Quand faut-il repasser à un enregistrement continu ?

Par prudence, tout événement intercurrent augmentant le risque d'hypoxémie (baisse de la tension artérielle, malaise, hyperthermie, hypertonie, métrorragies, liquide devenu teinté...) indique un passage à une surveillance continue. Cette attitude est nécessaire pour des raisons médicolegales et parce que l'intérêt de la surveillance continue est mieux établi dans les sous-groupes à risque.

Par prudence, la pose d'une analgésie péridurale et l'administration d'ocytociques dans le cadre d'un déclenchement ou lors du travail doit être surveillée de manière continue (NP3).

Une indication de réaliser un pH justifie le passage à l'enregistrement en continu (NP5).

Si des anomalies du rythme cardiaque foetal sont identifiées lors de la surveillance discontinue, l'enregistrement continu doit immédiatement être repris.

5- Règles Obstétricales

5.1- Partogramme :

- Lorsque la patiente est en travail, la sage-femme débute l'écriture du partogramme.
- Sur Icos, la partie admission et le suivi sont réservées aux patientes en attente ou en pré travail.

5.2- Touchers vaginaux, TA, pouls et température

- Un TV est réalisé à l'entrée avec l'enregistrement de départ. Lorsque la patiente revient dans la salle d'Accouchement, la sage-femme se pose la question de répéter le TV en concertation avec la patiente (douleurs, sensation de poussée, rupture des membranes,...). La sage-femme ne réalisera pas de TV horaire.
- La TA, le pouls et la température sont pris à l'entrée. Par la suite le pouls et la TA sont pris toutes les 2 heures ; la température toutes les 6 heures.

5.3- Stagnation de la dilatation :

2h avant 6 cms : banal mais il est préférable d'en discuter avec l'équipe obstétricale

Au-delà de 6 cms, au bout de 2 heures de stagnation on fait appel à l'obstétricien et on en discute. On peut tolérer 4 heures de stagnation avec un tracé normal.

Mais il est bien sûr possible de choisir une attitude plus interventionniste avec rupture artificielle des membranes et pose d'une analgésie péridurale.

6- Références

- Bretelle F, Le Du R, Foulhy C. Surveillance fœtale continue ou discontinue, télémétrie et centrale d'analyse. J Gynecol obstet Biol reprod 2008 ; 37 :S23-33
- Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. Obstet Gynecol 2010 ; 115 :705-10

7- Informations pour la gestion documentaire

Diffusion V1 : 25/05/2013	Responsables médicaux	Signature
Validation V1 : 10/05/2013	Professeur Lémery	

Annexe III : Guide d'entretien

Comment se passe le séjour ? Bébé va bien ? Comment se passe l'Allaitement?

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- Parité (si multipare : conditions des autres accouchements...)

LES ATTENTES, PROJETS DE NAISSANCE

- Prise en charge du travail : souhait d'aller dans l'espace physiologique ? Utiliser la baignoire ? Alternier ?
- Pour accouchement
- Souhait de péridurale? A quel moment ?
- **PNP** ? classique ou autre, confiance en elle, en ses capacités, réponses aux attentes, a-t-elle pu reproduire ce qu'elle avait appris ? ...

L'ESPACE PHYSIOLOGIQUE (information reçue)

- Information pendant la grossesse sur l'existence d'un espace physiologique à Estaing ?
 - **Qui vous a parlé de l'espace physiologique ?**
 - **Qu'est ce qui vous a intéressé ?**
 - **A quoi vous attendiez vous ?**
 - **Visite ou photos de l'espace ?**
- *Information donnée par l'entourage, une SFL, un professionnel du CHU, un gynécologue / obstétricien, affiches, autre source d'information.*
- A-t-on proposé l'espace physiologique à votre arrivée ou avez-vous dû demander ?

ADMISSION ACCUEIL URGENCE, DEBUT DE TRAVAIL

- Etat d'esprit de la patiente, son **ressenti** physique (douleur, fatigue...) et psychologique (stress, détente...)
- Accompagnée ? Par qui ? Conjoint : ressenti, implication, vision de l'espace physio...
- **Espace physio : vous en a-t-on (re)parlé ?**

TRAVAIL - ESPACE PHYSIOLOGIQUE - ACCOUCHEMENT

- 1) Vécu/satisfaction globale.
 - Vécu de la PEC ?
 - Accès au matériel ? (baignoire ?)
 - Mobilité ?
 - **Transfert surveillance** ? vécu, ressenti

- Patiente se sent en **sécurité** ?
- 2) Vécu/satisfaction de la PEC de la douleur
- Quelle PEC ? **méthode Bonapace** ? bain ? **respiration** ? => RESENTI
 - Place du papa
 - **Accompagnement par la SF**
- 3) Péridurale
- souhaitée ou non en début de travail ?
 - si péridurale, à quel moment et pourquoi ? **Qui vous l'a proposée ?**
 - qu'est ce qui aurait pu aider à continuer sans péridurale ?
 - qu'est ce que la péridurale a apporté ? Satisfaction/déception
 - suite du travail avec la péridurale, quel vécu ?
 - Si pas de péridurale : **Vous l'a-t-on quand même proposé ?**
 - Avis sur la **péridurale ambulatoire**

CONCLUSION, REMARQUES PARTICULIERES, PROPOSITIONS, FIN D'ENTRETIEN

- Renseignements socio démographiques (âge, profession, situation sociale, niveau d'étude, ethnie, ...)
- Après prise de recul, que vous a apporté l'espace physio ? comment avez-vous vécu dans cet endroit ? qu'avez-vous retenu de votre travail, de votre accouchement ? (multipares : comparaison avec les autres Acc ?)
- Dans le cadre d'une potentielle future grossesse, y retourneriez-vous ?
- Conseilleriez-vous l'espace à votre entourage ?
- Qu'apporteriez-vous à cet espace ? Quelles sont pour vous les choses à améliorer (s'il y'en a).

Annexe IV : Fiche d'information donnée aux participantes de l'étude

LETTRE D'INFORMATION

**ESPACE PHYSIOLOGIQUE D'UNE MATERNITE DE TYPE III : VECU ET PRISE EN CHARGE
DES PARTURIENTES**

Promoteur :

Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand
U.F.R. de médecine et pharmacie 28 place Henri DUNANT
63001 Clermont-Ferrand BP 38.
Téléphone : 04 73 75 03 15
Courriel : Julie.Pages@etu.udamail.fr

Investigateur :

- Nom : PAGES
- Prénom : Julie
- Courriel : Julie.Pages@etu.udamail.fr

Madame, Mademoiselle,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée "**Espace physiologique d'une maternité de niveau III : Vécu et prise en charge des parturientes**".

Avant de décider de participer à cette étude, il est important pour vous d'en comprendre l'objectif ainsi que ses implications. Prenez le temps de lire consciencieusement les informations suivantes, et d'en discuter avec vos proches. Si toutefois certains points manquent de clarté ou si vous avez besoin d'informations complémentaires, n'hésitez pas à contacter l'étudiante sage-femme en charge de l'étude.

Si vous décidez de participer à cette étude, un simple **consentement oral** vous sera demandé avant de débiter l'entretien.

1. INTRODUCTION

Aujourd'hui, de plus en plus de femmes et de couples formulent une nouvelle demande quant à la prise en charge de la grossesse et surtout de l'accouchement. C'est dans ce contexte que de nombreux espaces physiologiques et salles nature voient le jour en France.

2. OBJECTIF DE L'ETUDE

L'objectif principal de cette étude est de connaître la prise en charge psychologique et médicale des femmes pendant leur travail d'accouchement lorsqu'elles bénéficient de cet espace. L'objectif secondaire est d'évaluer la qualité d'information reçue par les patientes ayant eu accès à cet espace.

3. METHODE DE L'ETUDE

Des entretiens vont être réalisés avec les patientes ayant accédé à l'espace physiologique, dont vous faite partie. L'entretien se déroulera au 2^e jour de votre séjour en maternité, en fin d'après midi ou début de soirée. Il durera une trentaine de minute et sera réalisé uniquement en la présence de l'étudiante sage femme de l'étude.

4. CONFIDENTIALITE

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle l'étudiante sage-femme PAGES Julie vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche.

Vos données personnelles seront rendues **anonymes**.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au **secret professionnel**.

Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises ou étrangères, ou à d'autres entités du C.H.U. de Clermont-Ferrand.

Egalement dans un souci de confidentialité, il vous sera demandé de **ne pas nommer (nom et prénom) les personnes vous ayant prise en charge lors de votre travail et de votre accouchement, au cours de l'entretien**.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées.

Dans le cas où vous retirez votre consentement en cours d'étude et sauf opposition écrite de votre part, nous effectuerons un traitement informatique de vos données personnelles recueillies préalablement à votre retrait de consentement.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin ou d'une sage-femme de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès de l'étudiante sage-femme qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

5. PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre **participation** à cette étude est entièrement **libre** et **volontaire**.

Vous êtes **libre de refuser** d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait et **sans que cela n'entraîne de conséquences sur la qualité des soins qui vous seront prodigués**. Dans ce cas, vous devez informer l'étudiante sage-femme de l'étude de votre décision.

L'étudiante sage-femme de l'étude peut décider de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment sans votre consentement préalable. Si cela devait se produire, vous en serez avertie et les raisons vous seraient expliquées.

Il n'existe aucun risque médical à répondre à cette étude.

7. BENEFCES

Vos remarques, impressions, vécu, propositions nous permettront de savoir si l'espace physiologique correspond ou non aux attentes des patientes et ainsi **d'améliorer la qualité de prise en charge** pour les futures patientes.

8. OBTENTION D'INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Si vous le souhaitez, l'étudiante sage-femme de l'étude Julie PAGES, que vous pourrez joindre à l'adresse suivante Julie.Pages@etu.udamail.fr, pourra répondre à tout moment à toutes vos questions concernant l'étude : " Espace physiologique d'une maternité de type III : Vécu et prise en charge des parturientes ".

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informée des résultats globaux de la recherche par l'étudiante sage-femme de l'étude.

9. PROTECTION DES PERSONNES

Cette étude sera menée conformément à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 ainsi qu'aux textes réglementaires relatifs à la protection des personnes se prêtant à des recherches biomédicales.

La participation à cette étude nécessite que vous soyez affiliée ou bénéficiaire d'un régime de sécurité sociale.

Date et Signature du promoteur de l'étude :

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous conserverez cette lettre d'information.

Annexe V : Plan de la partie Résultats

1. Description de l'échantillon

2. Résultats de l'analyse

2.1. Les attentes des femmes

2.2. Prise en charge à l'accueil des urgences obstétricales

2.3. L'espace physiologique (Annexe V)

2.3.1. Le ressenti des femmes

2.3.2. Le matériel mis à la disposition des femmes

2.3.3. L'espace disponible

2.3.4. La prise en charge médicale

2.3.5. La prise en charge psychologique mise en place par le personnel

2.3.6. Le regard des pères

2.4. La prise en charge de la douleur

2.5. Niveau d'information des couples

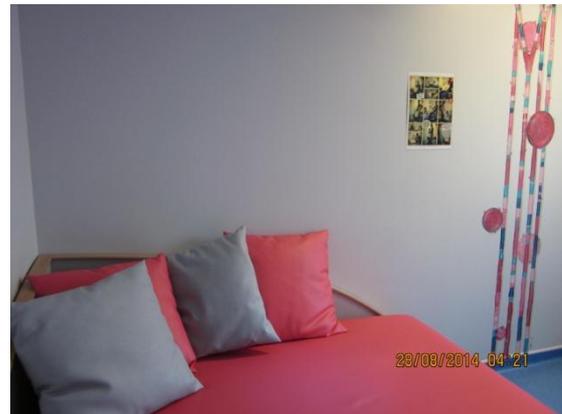
2.6. Les diverses suggestions des futurs parents

Annexe VI : Photos de l'espace physiologique de la maternité de type III en Auvergne



La salle physiologique avec au fond, le dispositif Multitrac®

La banquette Optibed®, les coussins.



*La baignoire,
dans une des salles de naissance.*

Annexe VII : Affiches d'information sur l'espace physiologique



LE SAVIEZ-VOUS ?

Une baignoire de décontraction est accessible aux femmes durant le travail d'accouchement.

Celle-ci permet de gérer différemment les contractions grâce à l'eau et ses bienfaits.

N'hésitez pas, plongez !

L'équipe de la maternité ESTAING sera là pour vous accompagner !

Parler - en avec votre sage-femme ou votre obstétricien.



Affiche de la baignoire.



L'équipe obstétricale du CHU Estaing

(sages-femmes, obstétriciens, auxiliaires de puériculture, aides-soignants, anesthésistes, infirmiers anesthésistes)

vous propose d'accompagner l'arrivée de votre bébé
différemment avec :

Différentes
techniques de prise en
charge de la douleur
(avec ou sans analgésie
péridurale)



Une baignoire
obstétricale

ainsi que des douches,
pour faciliter votre
détente.



Un espace
physiologique dédié

offrant une large mobilité et
un confort supplémentaire
pour le couple.



Parlez-en avec nous,
nous sommes là pour
vous !

Annexe VIII : Plan de la partie Discussion

1. Limites et points forts de l'étude

1.1. Les limites

1.2. Les points forts

2. Discussion des résultats

2.1. Attentes des femmes et projets de naissance

2.2. L'espace physiologique

2.3. Le matériel mis à disposition dans l'espace physiologique

2.4. Comparaison avec une autre maternité de type III

2.5. Entre sécurité et liberté

2.6. Le rôle d'accompagnant(e)

2.7. L'analgésie péridurale

2.8. Informations aux couples quant à l'existence d'un espace physiologique

3. Projets d'action

3.1. Une communication plus visible

3.2. De la musique et des vidéos

3.3. Formation du personnel

Annexe IX : Protocole Analgésie obstétricale déambulatoire



CHU Estaing Clermont-Ferrand Pôle Femmes et Enfants Pôle MPO		Procédure médicale
ANALGESIE OBSTETRICALE DEAMBULATOIRE		
Date de diffusion : 12/01/2016	Rédigée par : A Fournet-Fayard, B Storme, D Gallot, I Poutignat, I Perrier, C Barasinski	
Version : 1	Vérifiée par : M Bonnin, F Vendittelli , G Issert, E Blanchet, M Julien	
Total pages : 6	Validé par : JE Bazin et Gallot D	

1- Objet, Définition

Il s'agit de décrire la prise en charge anesthésique et obstétricale des parturientes souhaitant déambuler pendant le travail :

- Soit « Déambulation accompagnée », et un périmètre de marche doit être défini
- Soit Mobilisation en salle, mise au fauteuil, changement de posture, etc...

La salle de naissance ne disposant pas encore de possibilité de surveillance à distance du Rythme Cardiaque Fœtal, il s'agit d'une phase préliminaire, et seule la seconde possibilité est testée, avec mobilisation en salle de naissance. Le périmètre de déambulation pourra être élargi en fonction des équipements.

2- Domaine d'application

Cette procédure s'applique à tous les professionnels (obstétriciens, sages-femmes, médecins et infirmiers anesthésistes, aide soignants, auxiliaires de puériculture,) prenant en charge des accouchements.

3- Indications, Contre-Indications

3.1- Indications

- Parturiente adhérant à l'idée de déambuler.
- Grossesse normale et travail à priori simple.
- Patiente en travail, dilatation < 4 cm, poche des eaux intacte ou rompue.

3.2- Contre-Indications

- Parturiente à risque médical ou anesthésique (cardio-vasculaire, obésité,...) à discuter en équipe.
- CI à l'APD : refus de la patiente, anomalies de l'hémostase sanguine, constitutionnelles ou acquises, sepsis non contrôlé, infection locale, HTIC, maladies neurologiques évolutives...).
- Grossesse multiple, utérus cicatriciel.
- Doute sur le bien être fœtal (liquide amniotique teinté, ARCF).
- Perfusion d'oxytocine.
- Patiente non accompagnée.

4- Conditions de réalisation

4.1- En préambule

Un accord conjoint doit être établi entre les équipes anesthésique et obstétricale. Les 2 équipes conservent leurs fonctions et responsabilités respectives :

- Surveillance du bon déroulement du travail par l'équipe obstétricale.
- Surveillance de l'analgésie par l'équipe d'anesthésie.
- Activité mise en œuvre en dehors des pics d'activité intense (disponibilité des équipes) et des périodes de garde (18h – 8h00, week-end et fériés).

4.2- Conditionnement de la parturiente

L'analgésie obstétricale est instaurée sous monitoring : voie veineuse fonctionnelle, électrocardioscope, surveillance automatique de la PA et de la saturation en oxygène dans le box d'accouchement de la parturiente.

Mise en place de la surveillance du RCF en continu dans le box d'accouchement.

Présence permanente d'un accompagnant durant la déambulation.

Pied à perfusion mobile ou cathlon vérifié bouché avec prolongateur.

Appareil de PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia) sur batterie dans un étui portatif.

Le périmètre de déambulation est pour le moment limité au box de naissance, la distance étant déterminée par la longueur des câbles de tocographie (déambulation dans le box, fauteuil, ballon...).

5- Protocole analgésique

- Mise en place d'une Périurale, le cathéter doit être solidement fixé afin d'éviter toute mobilisation, voire tunnalisé. (fixation avec bande adhésive type Hypafix®).
- Injection initiale en Périurale: 15 à 20 ml en fractionné du mélange (soit une poche de 100 ml de chirocaïne à 0.625 mg/ml + une ampoule de 50 µg de sufentanil).
- Entretien : pompe Smith, choisir mode « DEAMBU », débit continu 5 à 10 ml/h de la solution initiale, pas d'autoboli.
- Surveillance de l'installation de l'analgésie selon les critères standards usuels.
- Evaluation de l'aptitude à la déambulation par l'équipe d'anesthésie.
- Débrancher le scope.
- Déconnecter la perfusion et obturer le cathlon.
- Faire suivre le boîtier contenant la poche d'anesthésiques locaux.

6- Test de l'aptitude à la déambulation par l'équipe d'anesthésie

La déambulation est autorisée si :

- Obtention d'une analgésie suffisante (à noter sur la feuille de surveillance).
- Absence complète de bloc moteur : score de Bromage (cf Annexe 1 et 2) + test de flexion-extension genou validées par le MAR ou l'IADE.

- Absence de troubles de l'équilibre (peut tenir sur un pied) validée par le MAR ou l'IADE.
- Absence d'hypotension orthostatique (PA couchée et debout), validée par le MAR ou l'IADE.
- Accord de l'équipe obstétricale.

Surveillance scope et PA automatique interrompue pour la déambulation.

Toute réinjection doit être faite par l'équipe d'anesthésie chez une parturiente allongée en box de naissance, sous surveillance scopique + PA et doit obligatoirement être suivie d'une surveillance de 20 minutes.

Reprise de la déambulation selon les mêmes critères.

7- Quand interrompre la déambulation ?

Le rythme de l'examen obstétrical reste déterminé par l'équipe obstétricale, il est toutefois souhaitable de profiter des périodes de décubitus imposées par la réinjection péridurale pour faire le point simultanément sur l'état d'avancement du travail.

La déambulation est interrompue si :

- Nécessité de poser une perfusion (ocytociques par exemple...).
- Sensation de malaise de la patiente ou souhait.
- Chute.
- Anomalies de contractilité utérine, hypertonie, hypercinésie avant correction pharmaceutique.
- Nécessité de rupture artificielle des membranes.
- Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal.

8- Bibliographie

1. la Chapelle A de, Carles M, Gleize V, Dellamonica J, Lallia A, Bongain A, et al. Impact of walking epidural analgesia on obstetric outcome of nulliparous women in spontaneous labour. *Int J Obstet Anesth.* avr 2006;15(2):104-8.
2. GUEDJ MP J, Faivre, E., Y., Bénéfice. L'analgésie péridurale déambulatoire pour le travail. *Ann Fr Anesth Réanimation.* juin 2007;26(6):613-4.
3. Ducloy-Bouthors A-S, De Gasquet B, Davette M, Cuisse M. Postures maternelles pendant le travail : description et interférence avec l'analgésie péridurale. *Ann Fr Anesth Réanimation.* juin 2006;25(6):605-8.

9- Gestion documentaire

Diffusion V1 : 12/01/2016	Responsables	Signatures
Validation V1 : 31/12/2015	Pr. D. LEMERY Pr JE Bazin	

Résumé

Introduction : En France, une demande croissante des femmes et des couples pour une prise en charge moins technicisée du travail et de l'accouchement est observée. Dans ce contexte, espaces physiologiques et méthodes alternatives pour prendre en charge la douleur se multiplient. Ainsi, il nous est paru pertinent d'étudier le vécu et la prise en charge des couples dans l'espace physiologique de la maternité de type III en Auvergne.

Population et méthode : L'étude réalisée était exploratoire, phénoménologique, de type qualitatif et compréhensif. Des entretiens ont été réalisés auprès de 16 femmes ayant bénéficié de l'espace physiologique de cette maternité afin d'étudier la prise en charge médicale et psychologique proposée. L'objectif secondaire était de savoir comment les femmes étaient informées de l'existence de cet espace, au cours de leur grossesse.

Résultats : L'ensemble des femmes interviewées ont eu un avis très positif vis-à-vis de cet espace physiologique. La majorité des femmes ont été informées par les sages-femmes libérales et par les affiches présentes en salle d'attente des consultations.

Discussion : Le respect du choix des femmes doit continuer d'être une priorité, qu'elles bénéficient ou non d'une analgésie péridurale. Les efforts permettant une prise en charge moins technicisée, au travers de l'espace physiologique doivent être poursuivis. De même, l'information durant la grossesse concernant les alternatives possibles durant le travail et l'accouchement doit être délivrée à toutes les femmes.

Mots-clés : Espace physiologique, alternatives, prise en charge de la douleur, projet de naissance, accompagnement, information.

Abstract

Background: In France, a growing demand for women and couples for a less technical support about labor and delivery is observed. In this context, alternative methods and physiological spaces to handle the pain increase. So it's seemed relevant to study the experiences and the support for couples in the physiological space of the type of maternity III in Auvergne.

Study design: The study was exploratory, phenomenological, qualitative and understanding. Interviews were conducted with 16 women who benefited the physiological space of this maternity to examine the provided medical and psychological care. The secondary objective was how were women informed of the existence of this space, during their pregnancy.

Results: All interviewed women had a very positive opinion about this physiological space. Majority of women were informed by liberals midwives and by posters in the waiting room of pregnancy consultations.

Discussion: The respect of women's choices must continue to be a priority, with or without epidural analgesia. Efforts to less technified supports, through the physiological space should be pursued. Similarly, information during pregnancy about possible alternatives during labor and childbirth must be issued to all women.

Keywords: Physiological space, alternatives, management of pain, birth plan, accompaniment, information.