

Accoucher en plateau technique : étude au CHU de Caen

Claire Mahieu

▶ **To cite this version:**

Claire Mahieu. Accoucher en plateau technique : étude au CHU de Caen . Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01557666

HAL Id: dumas-01557666

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01557666

Submitted on 6 Jul 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.

Université de Caen Normandie

Ecole de Sages-Femmes

ACCOUCHER EN PLATEAU TECHNIQUE
ÉTUDE AU CHU DE CAEN

Mémoire présenté et soutenu par

Claire MAHIEU

Née le 24 avril 1994

Sous la direction de Mme Stéphanie HEBERT

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme

Années universitaires 2013-2017

CAEN · CAMPUS 5
BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE
SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Bibliothèque universitaire Santé
Adresse Pôle des formation s et de recherche en santé ● 2, rue des Rochambelles ● CS 14032 ● 14032 CAEN CEDEX
Tél 02 31 56 82 06
Courriel bibliotheque.sante@unicaen.fr
Internet scd.unicaen.fr/

REMERCIEMENTS

A Mme Stéphanie HEBERT, sage-femme libérale exerçant sur le plateau technique du CHU de Caen, pour m'avoir fait découvrir le plateau technique, partagé sa passion pour l'accompagnement des femmes et m'avoir accompagnée dans la réalisation de ce mémoire.

A Mme Laura LEVALLOIS, sage-femme enseignante de l'école de sages-femmes de Caen pour ses conseils précieux et sa disponibilité.

A tout le personnel de l'école de sages-femmes de Caen, pour leur accompagnement tout au long de nos quatre années d'étude.

A toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce mémoire et à ma formation.

A Audrey, Marie, Marine, Pauline et Emilie, pour tous ces bons moments passés ensemble.

A mes parents, pour m'avoir toujours soutenue et encouragée dans mes projets.

A ma sœur Flavie, pour m'avoir donné l'envie en tout premier lieu d'être sage-femme et sans qui rien de tout cela ne serait arrivé.

Last but not least, à Jean-Loup, pour son soutien sans faille, son amour et sa présence, de près ou de loin, à chaque instant.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1
1. Qu'est-ce qu'un plateau technique ? 1
1.1. Définition 1
1.2. Historique 2
1.3. Cadre législatif et réglementaire 2
1.4. Etat des lieux en France 3
2. Le plateau technique du CHU de Caen 3
2.1. Convention avec l'établissement 3
2.2. Responsabilité et assurances professionnelles 4
2.3. Aspects financiers 5
2.4. Prise en charge des patientes 6
2.5. Evolution de la convention 9
3. L'accompagnement global et l'accompagnement continu au cours du travail 9
3.1. L'accompagnement global et le rôle de la sage-femme 9
3.2. L'accompagnement continu au cours du travail 10
4. Question de recherche 13

MATERIELS ET METHODE 14
1. Description de l'étude 14
2. Objectifs 14
3. Sélection des cas 14
4. Sélection des témoins 15
5. Recueil de données 16
6. Analyse statistique 17
7. Etude complémentaire 18

RESULTATS 19
1. Caractéristiques générales 19
2. Caractéristiques du travail et de l'accouchement 21
3. Transfert de responsabilité 25
4. Nouveau-né 25

5. Suites de couches 26
6. Etude complémentaire 26

ANALYSE ET DISCUSSION 29
1. Points forts et limites de cette étude 29
2. Analyse de l'étude 30
3. Discussion 34

CONCLUSION 38

BIBLIOGRAPHIE 40

ANNEXES 44

LISTE DES ABREVIATIONS

APD : analgésie péridurale

AAD : accouchement à domicile

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

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

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

ARCF : anomalies du rythme cardiaque fœtal

RCF : rythme cardiaque fœtal

HPP : hémorragie du post-partum

DA : délivrance artificielle

RU : révision utérine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens en France

RAPDE : rupture artificielle de la poche des eaux

CSP : catégorie socio-professionnelle

IMC : indice de masse corporelle

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

SA : semaines d'aménorrhée

RSPDE : rupture spontanée de la poche des eaux

INTRODUCTION

En France, la plupart des femmes vivent un accouchement médicalisé le plus souvent assisté d'une analgésie péridurale (APD) et sont accompagnées de façon discontinue au cours du travail par la sage-femme de garde souvent en charge d'autres patientes. L'accouchement est une des étapes importantes dans la vie d'une femme et d'un couple, et la naissance d'un enfant constitue un moment très riche en émotions. Ainsi, de plus en plus de couples sont à la recherche d'une alternative leur permettant d'être acteurs de cette étape de leur vie, qui respecte la physiologie de l'accouchement avec un soutien continu, tout en gardant un cadre sécurisé en cas de complications obstétricales ou néonatales. Quelques sages-femmes françaises pratiquent ainsi ce que l'on appelle l'accompagnement global, et suivent leurs patientes tout au long de la grossesse, de l'accouchement puis dans le post-partum. Il existe en France trois possibilités d'accoucher avec sa sage-femme libérale : à domicile, en maisons de naissance (qui en sont encore à un stade expérimental) et en plateau technique.

Dans ce mémoire, nous nous sommes intéressées à l'accouchement en plateau technique et plus particulièrement tel qu'il est proposé au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Caen. Nous avons choisi ce sujet car le plateau technique est un lieu pour accoucher encore méconnu et peu développé en France, alors qu'il semble être le parfait compromis entre l'accouchement à domicile (AAD) avec sa sage-femme et l'accouchement classique en milieu hospitalier avec une sage-femme souvent inconnue.

1. Qu'est-ce qu'un plateau technique ?

1.1. Définition

De manière générale, un plateau technique est défini comme étant l'ensemble des installations et équipements biomédicaux, techniques et informatiques permettant aux

professionnels de santé de réaliser des actes indispensables à la prise en charge des patients [1].

Dans le cadre obstétrical, le plateau technique est un lieu permettant aux sages-femmes libérales d'assurer, en toute autonomie et sous leur propre responsabilité, l'accouchement de leurs patientes au sein d'une maternité publique ou privée. Elles disposent alors à titre locatif du matériel et des locaux nécessaires à leur pratique [2].

1.2. Historique [2]

Les plateaux techniques sont nés grâce à la loi hospitalière du 21 décembre 1941, qui autorise les praticiens libéraux à bénéficier d'une partie des installations hospitalières dans le cadre de leur pratique.

En février 1984, l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) se mobilise pour la première fois pour l'accès aux plateaux techniques des sages-femmes libérales, et demande en 1986 un rendez-vous avec Madame Barzach, ministre de la Santé. Un dossier est déposé au ministère en juillet 1987 par l'ANSFL. L'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques devient possible grâce au décret du 8 août 1991 et la circulaire d'application complémentaire du 29 juillet 1992.

1.3. Cadre législatif et réglementaire

La loi d'août 1991 du Code de Santé Publique concerne la réforme hospitalière. L'ancien article L.711-5, qui fut abrogé en juin 2000 et remplacé par l'article L.6112-4, permet l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques [2]. L'article L.6112-4 fut modifié en janvier 2016 [3] par la loi de « modernisation du système de santé » et le plateau technique est depuis régi par l'article L.6146-2. En effet, l'article L.6146-2, modifié par la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009 précise : « le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, […] à participer à l'exercice des missions mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1. […] Les honoraires de ces professionnels

de santé sont à la charge de l'établissement public concerné. […] Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L.6112-3 du présent code. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé » [4].

1.4. Etat des lieux en France

Très peu de données sont disponibles sur le nombre de plateaux techniques existant en France. En 2008, le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) a mené une enquête nationale auprès des sages-femmes libérales : 4,4% d'entre elles ont déclaré avoir accès à un plateau technique [2]. Sur son site, l'ANSFL propose une recherche en fonction du type d'activité de ses adhérentes : 38 sages-femmes sont recensées comme ayant accès à un plateau technique [5]. Le site projetdenaissance.com a également établi un répertoire national régulièrement actualisé des sages-femmes libérales pratiquant les AAD ou les accouchements en plateau technique : 68 sages-femmes sont citées comme ayant accès à un plateau technique, et 30 hôpitaux disposeraient d'un plateau technique dans leur centre [6].

2. Le plateau technique du CHU de Caen

Le plateau technique du CHU de Caen a ouvert ses portes en octobre 2012 et la première naissance a eu lieu en mai 2013. Trois sages-femmes y ont accompagné plusieurs dizaines de leurs patientes depuis lors.

2.1. Convention avec l'établissement [annexes 1 ; 2]

Tout d'abord, la sage-femme libérale souhaitant avoir accès au plateau technique doit rencontrer le responsable du service et la sage-femme cadre supérieur qui, dans un entretien de motivation, examineront ainsi sa candidature. Si elle est acceptée, une

convention sera signée entre la sage-femme libérale et la direction de l'établissement. Celle-ci déterminera les conditions d'accès à la structure dans le cadre du suivi du travail et de l'accouchement, de la prise en charge du nouveau-né à la naissance et de la surveillance de la patiente et du nouveau-né dans les deux premières heures du post-partum. La convention garantit à la sage-femme libérale un accès 24h/24 et 7j/7 aux salles de naissance, prioritairement à une des salles dites « natures », ainsi qu'une mise à disposition des locaux et du matériel.

Préalablement à la signature de la convention, la sage-femme libérale, si elle n'a pas exercé en salle de naissance dans les six mois précédents, devra effectuer un minimum de six gardes (trois dans le cas contraire) dans ce service, sous la tutelle d'une sage-femme hospitalière. Ce stage permettra à la sage-femme libérale de se familiariser avec les locaux, le fonctionnement du matériel et les protocoles.

La sage-femme libérale bénéficiant de l'accès au plateau technique ne pourra prendre en charge que des grossesses à bas risque. Le travail et l'accouchement devront être strictement physiologiques. En cas de survenue d'un évènement pathologique, la sage-femme libérale passera le relais à la sage-femme hospitalière préalablement désignée comme « relais ».

La convention est établie pour une durée d'un an avec tacite reconduction. Elle peut être résiliée à tout moment sur préavis de trois mois, ou immédiatement en cas de faute grave ou de non-respect des engagements prévus par la convention, par chacune des deux parties.

2.2. Responsabilité et assurances professionnelles [annexes 1 ; 2]

La sage-femme libérale est juridiquement responsable des actes qu'elle effectue, dans la limite du respect de ses compétences professionnelles.

Par conséquent, elle doit souscrire à une assurance responsabilité civile professionnelle adaptée à sa pratique et dont elle devra fournir une attestation annuelle à l'établissement. Le coût de cette assurance professionnelle avec accès à un plateau technique peut varier entre 800 et 5000 € par an.

2.3. Aspects financiers [annexes 1 ; 2 ; 3]

La sage-femme libérale est tenue de réaliser la codification de tout acte professionnel qu'elle est amenée à réaliser lors de la prise en charge de sa patiente.

La rémunération de la sage-femme libérale dépend de la survenue ou non de complications :

- Lorsqu'elle prend en charge de manière autonome le travail, l'accouchement et la surveillance du post-partum, la sage-femme perçoit 70 % du forfait accouchement. Celui-ci comprend le suivi du travail ainsi que de l'accouchement et correspond au tarif de l'acte CCAM réalisé. L'établissement perçoit 30 % au titre de la mise à disposition des locaux, du matériel et du personnel.
- Si un évènement pathologique survient au cours du travail, un transfert de responsabilité a lieu entre la sage-femme libérale et la sage-femme hospitalière « relais ». Si la sage-femme libérale s'engage à poursuivre son accompagnement sans intervention technique ou médicale, jusqu'aux deux heures suivant la naissance, elle perçoit alors 50 % du forfait accouchement. Sinon, elle renonce à cette part.
- Si un évènement pathologique survient après l'heure de naissance, la sage-femme libérale perçoit 60 % du forfait accouchement.

Une majoration de la rémunération est attribuée en cas de naissance de nuit, un dimanche ou un jour férié.

La sage-femme cadre supérieur ou la sage-femme cadre des salles de naissance valide ce forfait lors du staff quotidien en fonction de la prise en charge de la patiente.

De façon générale, la sage-femme libérale est libre de demander aux patientes sollicitant cet accompagnement en plateau technique une participation financière en dehors du cadre de la convention, au titre de la disponibilité 24h/24 que cela induit, dès 37 semaines d'aménorrhée (SA) jusqu'à l'accouchement (frais de déplacement, éventuelle annulation d'une journée de consultation, …).

2.4. Prise en charge des patientes [annexes 1 ; 2 ; 4]

2.4.a. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les patientes pouvant être suivies en plateau technique doivent répondre aux critères suivants :

- Grossesse physiologique
- Terme entre 37 et 41+6 SA
- Travail spontané (y compris suite à une rupture prématurée des membranes et mise en travail spontanée avant la 24ème heure)
- Souhait du couple d'un accouchement sans APD et sans médicalisation
- Utérus cicatriciel si accouchement par voie basse sans extraction instrumentale depuis, et accord voie basse donné par un gynécologue-obstétricien.

Les critères d'exclusion sont :

- Utérus cicatriciel si n'a pas accouché par voie basse depuis
- Grossesse gémellaire
- Présentation autre que céphalique
- Placenta praevia
- Macrosomie supérieure au 90ème percentile (réévalué au neuvième mois)
- Retard de croissance intra-utérin
- Diabète gestationnel insulino-requérant
- Hypertension artérielle
- Tout autre état pathologique maternel et/ou fœtal connu avant la mise en travail.

L'inclusion d'une patiente est validée au cours de la consultation de suivi de grossesse du neuvième mois effectuée dans l'établissement par une sage-femme hospitalière référente ou un médecin. A cette occasion, le dossier médical et administratif de la patiente est ouvert et complété, et le document d'information et de consentement au plateau technique est signé par le représentant de l'équipe médicale (sage-femme ou médecin), la sage-femme libérale et la patiente. Une consultation d'anesthésie doit obligatoirement être réalisée.

2.4.b. Suivi de la grossesse, du travail et de l'accouchement

La sage-femme libérale s'engage à respecter le règlement intérieur de l'établissement, ainsi que les recommandations de bonnes pratiques éditées par les sociétés savantes (collèges nationaux des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes, Haute Autorité de Santé (HAS)) et les protocoles médicaux de l'établissement.

La sage-femme libérale pratique dans le cadre du plateau technique un accompagnement global à la naissance, dans le respect de la physiologie avec comme objectif une prise en charge globale de la mère et de l'enfant. En dehors de la survenue d'une pathologie, elle accompagne ses patientes lors de leur accouchement et assure leur sécurité ainsi que celle de leur enfant jusqu'au minimum deux heures après la naissance.

La sage-femme libérale peut proposer une visite de la maternité au couple, si l'activité en salle de naissance le permet. Lors de la mise en travail de la patiente, elle prévient l'équipe obstétricale de son arrivée et précise le nom de sa patiente ainsi que l'avancée du travail. Si la patiente se présente seule, une sage-femme de garde l'accueille et en a la responsabilité jusqu'à l'arrivée de la sage-femme libérale. Au sein de l'équipe de garde, est désignée une sage-femme « relais », qui est présentée à la patiente. La sage-femme libérale est tenue de faire une traçabilité informatique de l'avancée du travail.

Lors de l'accouchement, l'aide-soignante est présente. La sage-femme libérale assure la surveillance de la mère et du nouveau-né pendant les deux heures suivant l'accouchement. A l'issue de ce délai, l'équipe médicale et paramédicale devient responsable des soins de la patiente et de son enfant, ainsi que de leur séjour. La sage-femme libérale accompagne le couple mère-enfant dans le service des suites de couches avec l'aide du brancardier, et effectue des transmissions à la sage-femme du service. Elle fournit toutes les informations nécessaires à la prise en charge de la mère et de l'enfant durant leur séjour.

La sortie est autorisée après visite et accord du pédiatre, au minimum 12 heures après la naissance, bien qu'un séjour prolongé soit vivement conseillé, pour s'assurer de l'absence de complications maternelles et néonatales immédiates. En cas de sortie précoce, la sage-femme assure alors les tests de dépistage et s'assure que le test d'auto-émission a bien été réalisé.

2.4.c. Passage de relais

Les critères de passage de relais sont :

- Hyperthermie supérieure à 38.5°C
- Rupture prématurée des membranes supérieure à 24 heures sans mise en travail spontanée
- Utilisation d'ocytociques de synthèse
- Pose d'une APD
- Stagnation de la dilatation de deux heures en phase active, malgré une bonne dynamique utérine
- Lors d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF), un avis est demandé :
    - En cas d'attitude expectative ou si le rythme cardiaque fœtal (RCF) redevient physiologique : la sage-femme libérale poursuit le suivi
    - Si un pH au scalp est demandé :
        - Le pH est pathologique : la sage-femme hospitalière prend le relais
        - Le pH est normal : la sage-femme libérale poursuit sa prise en charge
- Hémorragie du post-partum (HPP)
- Anomalie de l'adaptation extra-utérine du nouveau-né et appel du pédiatre
- Autres pathologies se déclarant pendant le travail
- Délivrance artificielle (DA), révision utérine (RU)

Le diagnostic d'une situation nécessitant un passage de relais est établi par la sage-femme libérale, conformément aux décrets de compétences relatifs à la profession de sage-femme. Elle peut demander l'aide de la sage-femme « relais », de l'interne ou du senior à tout moment.

En cas de transfert de responsabilité, elle effectue des transmissions orales et écrites précises et mentionne spécifiquement l'heure du passage de relais. Elle peut alors rester présente en tant qu'accompagnante mais c'est la sage-femme hospitalière qui prend médicalement la patiente en charge.

2.5. Evolution de la convention

Une nouvelle version de la convention est actuellement en cours de validation et devrait être signée courant 2017. Elle permettra aux sages-femmes libérales exerçant sur le plateau technique de :

- Prendre en charge leurs patientes après une maturation cervicale par Propess® et mise en travail spontanée, dans le cadre d'une rupture prématurée des membranes supérieure à 24 heures ou d'un terme dépassé,
- Recourir à une perfusion d'ocytociques de synthèse (Syntocinon®) jusqu'au débit de 30 ml/h (5 mUI/min) en cas de stagnation du travail au cours de la phase active. Passé ce débit, la sage-femme hospitalière prend le relais.

Les patientes pourront également sortir de la maternité dès 24 heures après leur accouchement. En effet, bien que la convention actuelle permette aux femmes de sortir 12 heures après la naissance, en pratique les pédiatres n'autorisent pas une sortie avant 36 heures minimum.

3. L'accompagnement global et l'accompagnement continu au cours du travail

3.1. L'accompagnement global et le rôle de la sage-femme

L'ANSFL a défini en 2002 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 postnataux de la mère et de l'enfant » [7]. La sage-femme devient l'interlocuteur privilégié du couple et encourage les jeunes parents à devenir acteurs de cette nouvelle étape de leur vie. L'accompagnement global permet ainsi une approche plus humaine et plus respectueuse de la physiologie.

La HAS préconise l'identification des situations à risque. En cas de grossesse à bas risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin. Elle recommande également que le suivi des patientes soit assuré par un groupe restreint de professionnels, voire même par une seule personne [8].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) encourage les pays du monde entier à mieux reconnaitre la profession de sage-femme et à voir en elle un pilier essentiel de la périnatalité [9].

En dehors du plateau technique, défini en première partie, l'accouchement dans le cadre de l'accompagnement global peut se dérouler :

- A domicile
- En maison de naissance

L'AAD est rare en France, car les sages-femmes libérales n'obtiennent pas d'assurances professionnelles ou à des tarifs pouvant dépasser leur salaire. Celles qui le pratiquent ne sont donc pas couvertes par leur assurance en cas de complications.

Les maisons de naissance sont très répandues dans de nombreux pays européens et en Amérique du Nord. Elles constituaient une des priorités du Plan Périnatalité 2005-2007 [10] mais la loi n°2013-1118 autorisant leur expérimentation pour une durée de deux ans n'a vu le jour qu'en décembre 2013 et la liste définitive des maisons de naissance autorisées à ouvrir leurs portes n'a été publiée que fin 2015. Neuf d'entre elles ont ouvert courant 2016 [11].

3.2. L'accompagnement continu au cours du travail

Si autrefois les femmes accouchaient à la maison, accompagnées par d'autres femmes, aujourd'hui avec la médicalisation de l'accouchement et la généralisation de l'accouchement en milieu hospitalier, les parturientes sont très souvent laissées seules et sans accompagnement pendant la majeure partie de leur travail. Pourtant, de nombreuses études ont montré ces dernières années qu'un soutien continu au cours du travail apportait de nombreux bénéfices.

Pour l'OMS, « un soutien continu pendant l'accouchement permet de raccourcir légèrement la durée du travail et est associé à une probabilité plus grande d'accouchement spontané par voie basse et à une réduction de la nécessité d'analgésie pendant l'accouchement. Les femmes ayant reçu un soutien continu sont moins susceptibles de signaler une insatisfaction relative à leur expérience de l'accouchement » [12].

En France, un groupe de travail regroupant des représentants du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE), du Collège National des Gynécologues Obstétriciens en France (CNGOF), du CNOSF, de la Société Française de Néonatalogie et du Ministère de la Santé a souligné qu'un « soutien empathique et physique continu pendant l'accouchement a pour effet de diminuer le stress et présente de ce fait de nombreux avantages comme un travail plus court, une diminution du recours systématique aux moyens techniques et une réduction des extractions instrumentales » [13].

En Angleterre, que ce soit en maison de naissance (« birth centre ») ou en salle d'accouchement classique, les sages-femmes prennent en charge les parturientes en accord avec le slogan « one-to-one care » (« une femme, une sage-femme ») [14 ; 15].

Une des études majeures sur le soutien continu au cours du travail est une méta-analyse de la Cochrane Library, menée par Ellen Hodnett (Canada) et publiée en 2013, qui a étudié les résultats de 22 essais (15288 femmes). Les femmes recevant un soutien continu avaient plus de chance d'accoucher par voie basse spontanée, avaient moins recours à une APD, étaient plus satisfaites de leur accouchement et la durée de travail était légèrement plus courte. Les nouveau-nés avaient des scores d'Apgar à cinq minutes légèrement plus élevés. L'étude conclut que chaque femme devrait avoir un soutien continu pendant le travail [16].

Une seconde méta-analyse de la Cochrane Library, menée par Jane Sandall (Grande-Bretagne) et publiée en 2016, a étudié les résultats de 15 essais (17674 femmes) sur le soutien continu par une sage-femme contre un soutien fourni par un autre professionnel de santé (obstétricien, généraliste, …). Cette revue de la littérature a montré que les femmes bénéficiant d'un soutien continu par une sage-femme avaient moins recours à une APD et subissaient moins d'épisiotomies ou d'extractions instrumentales. De plus, leur chance d'accoucher par voie basse spontanée était augmentée. Il n'y avait pas de différence significative concernant les césariennes. L'étude conclut que chaque femme ayant une grossesse à bas risque devrait pouvoir accoucher avec le soutien continu d'une sage-femme [17].

Une autre revue de la littérature menée par Ellen Hodnett, publiée en 2002 et étudiant les résultats de 137 essais, s'est intéressée aux facteurs influençant la satisfaction

maternelle concernant l'accouchement. Quatre facteurs importants ont été cités comme ayant une influence forte sur la satisfaction maternelle : les attentes personnelles, l'importance du soutien des soignants, la qualité de la relation entre le soignant et la patiente et l'implication de la patiente dans les décisions faites au cours du travail et de l'accouchement. De plus, l'attitude et le comportement des soignants influençaient beaucoup plus la satisfaction des patientes que d'autres facteurs tels que la douleur, le soulagement de la douleur et les interventions médicales [18].

Enfin, d'autres études expérimentales [19 ; 20 ; 21] ont également souligné qu'un accompagnement continu par une sage-femme entrainait une réduction significative du temps de travail, une utilisation plus faible d'ocytociques de synthèse et des déchirures périnéales moins graves. Les taux de césariennes étaient soit équivalents, soit significativement réduits dans le groupe bénéficiant d'un soutien continu.

Très peu d'études spécifiques aux plateaux techniques existent, car ce concept est bien souvent remplacé par des maisons de naissance à l'étranger et notamment dans les pays anglophones, pays pourvoyeurs principaux d'études. La maternité de Thiers (niveau 1) a souhaité évaluer les résultats de son plateau technique (51 patientes). Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient similaires à ceux du plateau technique du CHU de Caen ; mais aucune mention n'était faite du cas des patientes présentant un antécédent de césarienne. 82,35% des naissances ont eu lieu par voie basse spontanée, 5,88% par extraction instrumentale et 11,76% par césarienne. Un transfert de responsabilité en cours de travail a eu lieu dans 25,49% des cas. Les critères de passage de relais retenus étaient comparables à ceux du plateau technique du CHU de Caen (APD, ARCF, extraction instrumentale, césarienne). Cependant, le recours aux ocytociques de synthèse, la prise en charge d'une HPP ou la nécessité d'une DA et/ou RU n'étaient pas cités comme devant faire l'objet d'un passage de relais. Concernant l'état périnéal, le périnée était intact dans 26,7% des cas et une épisiotomie a été effectuée dans 6,7% des cas. Aucun cas d'HPP, de DA et/ou de RU n'a été constaté [22]. Enfin, un article paru dans le magazine *Vocation Sage-Femme* présente le plateau technique de la Maison Arc-en-Ciel à Bordeaux, ouvert depuis 2010 et qui accueille une centaine de couples chaque année. Trois sages-femmes libérales, dont la patientèle est commune, y effectuent le suivi de grossesse puis accompagnent les couples au cours du travail. La structure est attenante à la maternité voisine et les patientes y sont

transférées en cas de pathologie au cours du travail ou de recours à une APD, ainsi que pour leur séjour en suites de couches [23].

4. Question de recherche

Comme nous avons pu le constater, le plateau technique est un concept encore méconnu et peu développé, alors que tout porte à croire qu'il est le parfait compromis entre respect de la physiologie et sécurité. Si de nombreuses études sur le soutien continu de la parturiente au cours du travail existent et que toutes, ainsi que de nombreux organismes de la périnatalité (OMS, HAS, CNGOF, CNSF, …), encouragent ce mode d'accompagnement pour ses bénéfices sur le pronostic obstétrical et néonatal et sur la satisfaction maternelle, très peu de données concernant les plateaux techniques sont disponibles.

La convention du plateau technique du CHU de Caen a été signée le 21 septembre 2012 et le premier accouchement y a eu lieu en mai 2013, mais à ce jour, aucun bilan n'en a été fait. Nous nous sommes donc demandées quels étaient les intérêts de l'accompagnement en plateau technique dans le cadre de la prise en charge d'une femme à faible risque obstétrical et si les résultats des études présentées ci-dessus se vérifiaient également au plateau technique du CHU de Caen.

MATERIELS ET METHODE

1. Description de l'étude

Cette étude est une étude cas-témoins monocentrique réalisée au CHU de Caen.

2. Objectifs

L'objectif principal était d'étudier si l'accompagnement en plateau technique diminuait l'incidence de complications obstétricales au cours du travail, notamment si :

- La direction active du travail (rupture artificielle de la poche des eaux (RAPDE), recours aux ocytociques de synthèse), les épisiotomies ou les déchirures périnéales, l'HPP, la DA et/ou la RU étaient moins fréquentes,
- L'accouchement par voie basse spontanée était plus fréquent.

L'objectif secondaire était d'étudier si l'accompagnement en plateau technique pouvait avoir une influence sur le bien-être fœtal et néonatal, comme :

- Des ARCF au cours du travail et des efforts expulsifs moins fréquentes,
- Un pH au cordon et un score d'Apgar à une et cinq minutes plus élevés.

3. Sélection des cas

Etaient sélectionnées dans ce groupe, toutes les patientes ayant accouché sur le plateau technique du CHU de Caen entre le 8 mai 2013 et le 27 septembre 2016.

4. Sélection des témoins

Etaient sélectionnées dans ce groupe, des patientes ayant accouché au CHU de Caen entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015, répondant aux critères d'inclusion du plateau technique, appariées aux patientes cas sur l'âge maternel et la parité (+/- 1 chez les multipares en cas d'impossibilité d'appariement). Chaque patiente cas était appariée à deux patientes témoins.

Pour rappel, les critères d'inclusion du plateau technique sont :

- Grossesse physiologique
- Terme entre 37 et 41+6 SA
- Travail spontané (y compris suite à une rupture prématurée des membranes et mise en travail spontané avant la 24ème heure)
- Utérus cicatriciel si accouchement par voie basse sans extraction instrumentale depuis, et accord voie basse donné par un gynécologue-obstétricien.

Le dernier critère (« souhait du couple d'un accouchement sans APD et sans médicalisation ») n'a pu être respecté puisqu'il était impossible de sélectionner rétrospectivement quelles patientes ayant accouché au CHU de Caen avaient réellement ce souhait au début du travail.

Les critères d'exclusion sont :

- Utérus cicatriciel si n'a pas accouché par voie basse depuis
- Grossesse gémellaire
- Présentation autre que céphalique
- Placenta praevia
- Macrosomie supérieure au 90è percentile (réévalué au 9ème mois)
- Retard de croissance intra-utérin
- Diabète gestationnel insulino-requérant
- Hypertension artérielle
- Tout autre état pathologique maternel et/ou fœtal connu avant la mise en travail.

5. Recueil de données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers informatisés sur le logiciel 4D Obstétrique du CHU de Caen.

Les caractéristiques étudiées étaient :

✓ *Concernant le profil des patientes*

- L'âge des patientes
- La parité
- La catégorie socio-professionnelle (CSP)
- L'indice de masse corporelle (IMC)

✓ *Concernant la grossesse*

- Le suivi de la grossesse
- Le suivi d'une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

✓ *Concernant le travail, l'accouchement et le post-partum*

- Le terme d'accouchement en SA
- La dilatation à l'entrée en centimètres
- La durée du travail en heures
- La durée de la phase active de la première phase du travail (de cinq centimètres à dilatation complète) en heures
- La durée de la phase passive de la deuxième phase du travail (du diagnostic de dilatation complète au début des efforts expulsifs) en minutes
- Le recours à une APD au cours du travail
- Le mode de rupture de la poche des eaux
- L'utilisation d'ocytociques de synthèse
- Les ARCF au cours du travail et au cours des efforts expulsifs
- La voie d'accouchement
- La survenue d'un passage de relais et son motif initial dans le cadre du plateau technique
- La position d'accouchement

- La durée des efforts expulsifs en minutes
- Le recours à une extraction instrumentale
- L'état périnéal
- La survenue d'une HPP
- La nécessité d'une DA et/ou RU
- Le mode d'allaitement
- La durée de séjour en suites de couches

✓ *Concernant le nouveau-né*

- Le score d'Apgar à une et cinq minutes
- La réalisation de manœuvres de réanimation (définie dans le logiciel 4D par la nécessité d'une ventilation supérieure à une minute)
- Le pH au cordon
- Le poids en grammes

6. Analyse statistique

Les données ont été collectées dans un tableau Excel. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type tandis que les variables qualitatives ont été décrites par leur répartition et leur pourcentage.

Les tests statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel de statistique R, par l'intermédiaire du site internet Biostatgv (https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/), propriété de l'Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique. Les tests utilisés étaient le test de Student pour la comparaison des variables quantitatives et le test du Chi 2 pour les variables qualitatives. Lorsque les conditions de validité des tests n'étaient pas remplies (effectifs trop faibles), les tests de Mann-Whitney et de Fisher exact étaient respectivement utilisés.

Nous avons considéré une *p value* inférieure à 0,05 comme statistiquement significative, et une *p value* comprise entre 0,1 et 0,05 comme étant à tendance

significative. Dans le cas de comparaisons de variables qualitatives à plusieurs modalités, nous avons calculé une *p value* globale.

7. Etude complémentaire

Nous avons décidé de conclure cette étude par la comparaison des patientes cas avec un sous-groupe des patientes témoins, constitué des patientes ayant accouché sans APD. En effet, l'APD constituant le biais majeur de cette étude puisqu'il nous était impossible de l'écarter, nous avons souhaité étudier comment se déroulaient le travail et l'accouchement des patientes n'ayant pas eu d'APD dans le groupe témoin, et comparer ces résultats à ceux obtenus chez les patientes du plateau technique.

RESULTATS

1. Caractéristiques générales

Au total, 42 patientes ont accouché au plateau technique du CHU de Caen entre le 8 mai 2013 et le 27 septembre 2016 et ont constitué le groupe cas.

84 patientes témoins ont été sélectionnées. Les critères d'inclusion et d'exclusion étant stricts, il n'a pas été possible de trouver des appariements exacts pour chaque patiente cas. Trois deuxièmes pares ont ainsi été sélectionnées pour être appariées avec des troisièmes pares. La répartition des classes d'âge est identique dans chaque groupe.

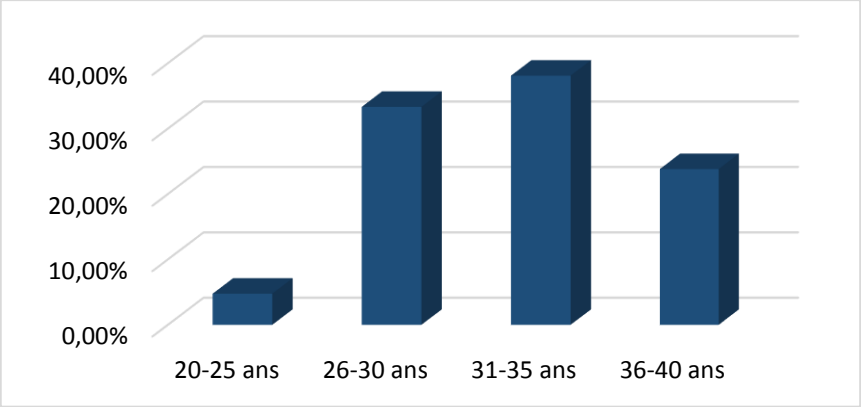


Figure 1 : répartition des classes d'âge des patientes de l'étude

Tableau I : Moyenne d'âge et parité des patientes de l'étude

		Cas (N=42) Moyenne (+/- écart type) ou N (%)	Témoins (N=84) Moyenne (+/- écart type) ou N (%)
Age		32,24 (+/-4,18)	32,24 (+/-4,18)
Parité	1	17 (40,48%)	34 (40,48%)
	2	14 (33,33%)	31 (36,90%)
	3	8 (19,05%)	13 (15,48%)
	≥ 4	3 (7,14%)	6 (7,14%)

Tableau II : CSP

	Cas (N=42) N (%)	Témoins (N=84) N (%)	p
Agriculteurs	0 (0%)	3 (3,57%)	0,32
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 (2,38%)	2 (2,38%)	
Cadres, prof. intellect. sup.	13 (30,95%)	15 (17,86%)	
Professions intermédiaires	17 (40,48%)	30 (35,71%)	
Employés	6 (14,29%)	23 (27,38%)	
Sans activité professionnelle	5 (11,90%)	11 (13,10%)	

Tableau III : caractéristiques générales de la grossesse

		Cas (N=42) Moyenne (+/- écart type) ou N (%)	Témoins (N=84) Moyenne (+/- écart type) ou N (%)	p
IMC en début de grossesse		22,9 (+/-4,27)	23,56 (+/-4,27)	0,41
Suivi de la grossesse	Sage-Femme	32 (76,19%)	13 (15,48%)	**$1,71 \times 10^{-10}$**
	Obstétricien	2 (4,76%)	8 (9,52%)	
	SF+Obstétricien	7 (16,67%)	57 (67,86%)	
	Autre	1 (2,38%)	6 (7,14%)	
PNP	Non	2 (4,76%)	36 (42,86%)	**$3,46 \times 10^{-6}$**
	Oui	40 (95,24%)	48 (57,14%)	

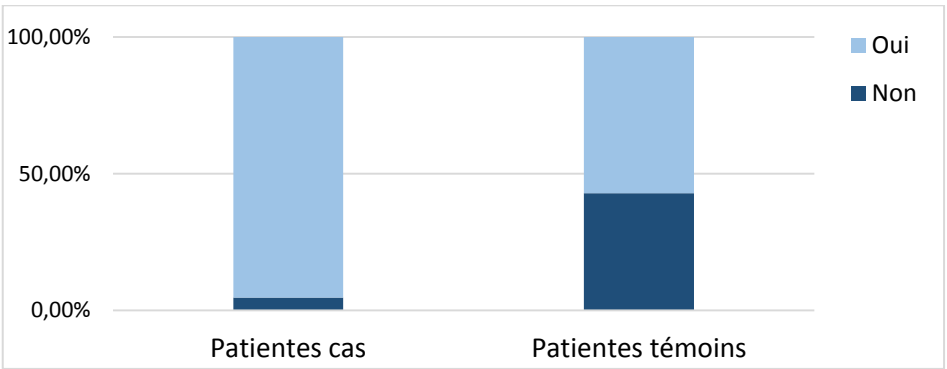


Figure 2 : suivi de cours de PNP par les patientes

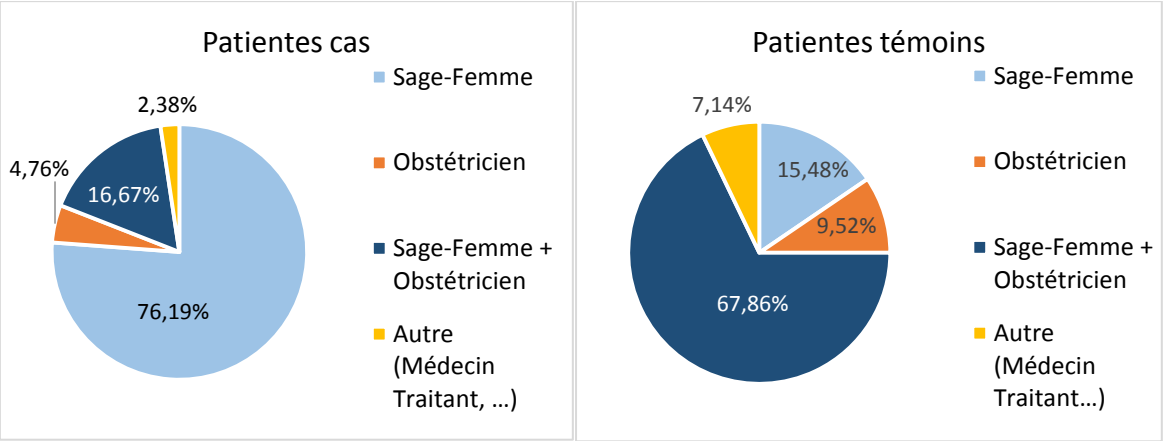


Figure 3 : professionnel(s) ayant suivi la grossesse

2. Caractéristiques du travail et de l'accouchement

Tableau IV : terme et dilatation à l'entrée

	Cas (N=42) Moyenne (+/- écart type)	**Témoins (N=84) Moyenne (+/- écart type)**	**p**
Terme (SA)	39,88 (+/-1,15)	39,46 (+/-1,09)	0,055
Dilatation à l'entrée (cm)	3,93 (+/-2,18)	4,11 (+/-1,83)	0,64

Tableau V : durée des différentes phases du travail et de l'accouchement

	Cas Moyenne (+/- écart type)	**Témoins Moyenne (+/- écart type)**	**p**
Durée totale du travail (h)	8,4 (+/- 5,3)	7,89 (+/- 4,37)	0,59
Phase active de la 1ère phase de travail (h)	2,54 (+/-2,37)	2,39 (+/-2,38)	0,58
Phase passive de la 2ème phase de travail (min)	22,27 (+/-35,51)	41,19 (+/-54,04)	**0,023**
Efforts expulsifs (min)	16,95 (+/-16,94)	12,7 (+/-11,91)	0,16

Les patientes cas n'ont eu recours à une analgésie loco-régionale au cours du travail que dans 11,90% des cas, contre 76,19% des patientes du groupe témoin (*p value* = **8,23 x 10^{-12}**).

A noter que toutes les patientes ayant eu recours à une analgésie loco-régionale au cours du travail ont eu une APD sauf deux :

- Une patiente cas a eu une rachianesthésie avant une césarienne en cours de travail,
- Une patiente témoin a eu une perfusion de rémifentanyl pour échec de pose d'une APD.

Tableau VI : direction du travail

		Cas (N=42) **N (%)**	**Témoins (N=84)** **N (%)**	**p**
RAPDE	Non	28 (66,67%)	46 (54,76%)	
	Oui	14 (33,33%)	38 (45,24%)	0,2
Ocytociques de synthèse	Non	36 (85,71%)	53 (63,10%)	
	Oui	6 (14,29%)	31 (36,90%)	**0,0086**

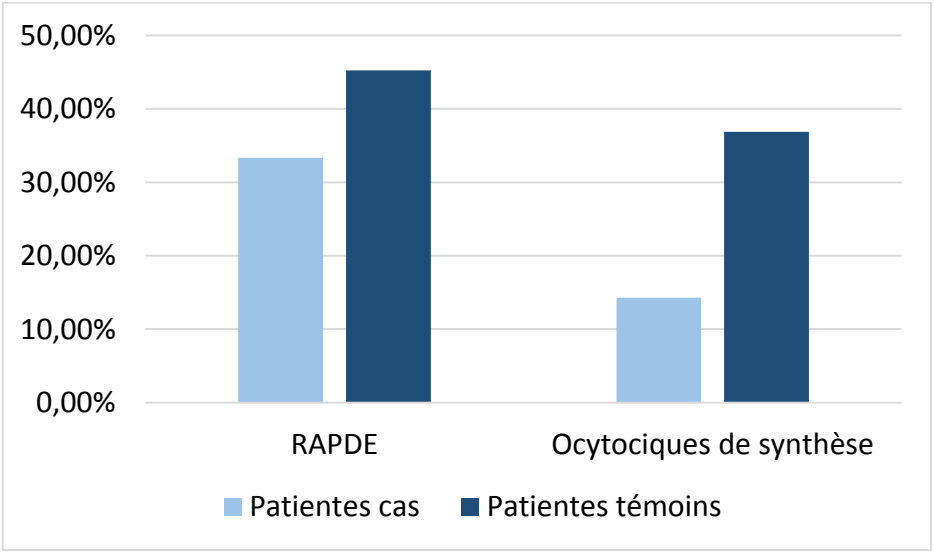


Figure 4 : direction du travail

Tableau VII : ARCF au cours du travail et des efforts expulsifs

		Cas N (%)	Témoins N (%)	p
ARCF au cours du travail	Non	30 (83,33%)	48 (60,76%)	**0,016**
	Oui	6 (16,67%)	31 (39,24%)	
ARCF au cours des efforts expulsifs	Non	22 (81,48%)	32 (45,71%)	**0,0015**
	Oui	5 (18,52%)	38 (54,29%)	

Il faut cependant noter que de nombreux dossiers obstétricaux étaient incomplets dans les deux groupes en ce qui concerne les ARCF.

Dans le groupe cas : 14,29% des dossiers étaient incomplets concernant les ARCF au cours du travail, et 34,15% l'étaient pour les ARCF au cours des efforts expulsifs.

Dans le groupe témoin : 5,95% des dossiers étaient incomplets concernant les ARCF au cours du travail, et 12,50% l'étaient pour les ARCF au cours des efforts expulsifs.

Dans la plupart des cas de non renseignement des ARCF, cela concernait des patientes arrivant en salle de naissance à un stade très avancé du travail ou sur le point d'accoucher : aucun enregistrement de qualité n'a pu être réalisé.

Concernant la voie d'accouchement, 97,62% des patientes cas et 95,24% des patientes témoins ont accouché par voie basse (*p value* = 0,66).

Une patiente cas a eu une césarienne pour une présentation fœtale fixée en front et quatre patientes témoins ont été césarisées : trois pour non engagement à dilatation complète et une pour stagnation de la dilatation cervicale.

Les patientes cas ont accouché majoritairement (75,61%) dans des positions variées autres que la position gynécologique. L'accouchement en position gynécologique représentait 24,39% des patientes cas, contre 94,03% des patientes témoins (p *value* = **$3{,}055 \times 10^{-14}$**). 13 dossiers du groupe témoin étaient incomplets concernant la position d'accouchement.

Les taux d'extractions instrumentales étaient comparables dans les deux groupes : 14,63% dans le groupe cas et 15,00% dans le groupe témoin (*p value* = 0,96). 100% des extractions instrumentales ont été faites par ventouse.

Au total, les accouchements par voie basse spontanée représentaient 83,33% des patientes cas et 80,95% des patientes témoins (*p value* = 0,74).

Tableau VIII : état périnéal

	Cas (N=41) **N (%)**	**Témoins (N=80)** **N (%)**	**p**
Périnée intact	15 (36,58%)	28 (35%)	1
Déchirure périnéale simple	22 (53,66%)	44 (55%)	
Episiotomie	4 (9,76%)	8 (10%)	

Aucun périnée complet (déchirure du sphincter anal) ou complet compliqué (déchirure de la muqueuse anale) n'a été constaté.

Tableau IX : HPP et DA/RU

		Cas (N=41) **N (%)**	**Témoins (N=80)** **N (%)**	**p**
HPP	Non	39 (95,12%)	72 (90%)	0,49
	Oui	2 (4,88%)	8 (10%)	
DA/RU ou RU seule	Non	39 (95,12%)	67 (83,75%)	0,072
	Oui	2 (4,88%)	13 (16,25%)	

3. Transfert de responsabilité

Un transfert de responsabilité entre la sage-femme libérale et la sage-femme hospitalière a eu lieu dans 30,95% des accouchements.

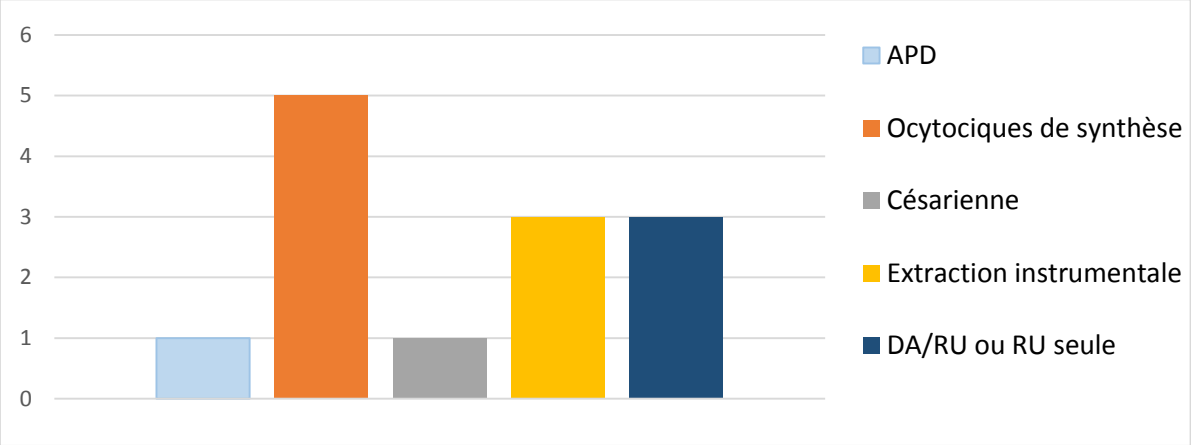


Figure 5 : motif initial du transfert de responsabilité (en nombre de cas)

4. Nouveau-né

Tableau X : score d'Apgar à une et cinq minutes, pH au cordon et réanimation néonatale

		Cas (N=42) Moyenne (+/- écart type) ou N (%)	Témoins (N=84) Moyenne (+/- écart type) ou N (%)	p
Score d'Apgar	1 min	9,88 (+/- 0,63)	9,27 (+/-1,9)	**0,009**
	5 min	10 (+/-0)	9,94 (+/-0,39)	0,17
pH au cordon		7,29 (+/-0,08)	7,265 (+/-0,08)	0,09
Réanimation néonatale	Non	42 (100%)	79 (94,05%)	0,17
	Oui	0 (0%)	5 (5,95%)	

A la naissance, les nouveau-nés pesaient 3485,48 (+/-446,87) grammes dans le groupe cas, et 3415,36 (+/-393,82) grammes dans le groupe témoin (*p value* = 0,39).

5. Suites de couches

L'allaitement était maternel chez 95,24% des patientes cas, contre 63,10% des patientes témoins (p *value* = **6,76 x 10^{-5}**). La durée de séjour moyenne était de 3,02 jours (+/-1,09) dans le groupe cas, et 3,52 jours (+/- 0,88) dans le groupe témoin (*p value* = **0,01**).

6. Etude complémentaire : comparaison entre les patientes du groupe cas et les patientes du groupe témoin ayant accouché sans APD

Les patientes du groupe témoin ayant accouché sans APD avaient un âge moyen de 31 ans (32,24 au plateau technique ; *p value* = 0,29). 95% d'entre elles étaient des multipares (59,52 % au plateau technique ; *p value* = **0,0058**).

La dilatation à l'entrée était en moyenne de 5,75 cm (3,93 cm au plateau technique ; *p value* = **0,013**).

Tableau XI : durée des différentes phases du travail et de l'accouchement

	Cas Moyenne (+/- écart type)	**Sous-groupe témoin Moyenne (+/- écart type)**	**p**
Durée totale du travail (h)	8,4 (+/- 5,3)	4,65 (+/- 2,99)	**0,0012**
Phase active de la 1ère phase de travail (h)	2,54 (+/-2,37)	1,07 (+/-1,22)	**0,011**
Phase passive de la 2ème phase de travail (min)	22,27 (+/-35,51)	2,26 (+/-2,86)	**0,00014**
Efforts expulsifs (min)	16,95 (+/-16,94)	5,4 (+/-5,26)	**0,018**

Les taux de RAPDE étaient équivalents dans les deux groupes : 33,33% dans le groupe cas et 30% dans le sous-groupe témoin (*p value* = 1).

Aucune patiente du sous-groupe témoin n'a eu de perfusion d'ocytociques de synthèse au cours du travail, contre 14,29% des patientes du groupe cas (*p value* = 0,16).

Tableau XII : ARCF au cours du travail et des efforts expulsifs

		Cas N (%)	**Sous-groupe témoin N (%)**	**p**
ARCF au cours du travail	Non	30 (83,33%)	13 (86,67%)	1
	Oui	6 (16,67%)	2 (13,33%)	
ARCF au cours des efforts expulsifs	Non	22 (81,48%)	10 (71,43%)	0,69
	Oui	5 (18,52%)	4 (28,57%)	

100% des patientes du sous-groupe témoin ont accouché par voie basse (97,62% au plateau technique ; *p value* = 1), dont 95% par voie basse spontanée (85,37% au plateau technique ; *p value* = 0,41).

Les patientes du sous-groupe témoin, bien que n'étant pas sous APD, ont accouché majoritairement en position gynécologique (84,62%), contre 75,61% des patientes du groupe cas (*p value* = **0,00017**).

Tableau XIII : état périnéal

	Cas (N=41) N (%)	**Sous-groupe témoin (N=20) N (%)**	**p**
Périnée intact	15 (36,58%)	12 (60%)	0,2
Déchirure périnéale simple	22 (53,66%)	6 (30%)	
Episiotomie	4 (9,76%)	2 (10%)	

Les taux d'HPP étaient équivalents dans les deux groupes : 95% dans le sous-groupe témoin et 95,10% dans le groupe cas (*p value* = 1). Les taux de DA/RU étaient de 90% dans le sous-groupe témoin et de 95,12% dans le groupe cas (*p value* = 0,59).

Les scores d'Apgar étaient de 9,4 (+/-2,03) à 1 minute dans le sous-groupe témoin et 9,88 (+/-0,63) dans le groupe cas (*p value* = 0,43) et 10 (+/-0) à 5 minutes dans les deux groupes (*p value* non calculable). Le pH au cordon était de 7,319 (+/-0,09) dans le sous-groupe témoin et de 7,29 (+/-0,08) dans le groupe cas (*p value* = 0,12). Un nouveau-né (5%) du sous-groupe témoin a dû être réanimé, contre aucun des nouveau-nés du groupe cas (*p value* = 0,32).

Enfin, 70% des patientes du sous-groupe témoin ont choisi d'allaiter (95,24% des patientes du groupe cas ; *p value* = **0,011**). Elles sont sorties de la maternité au bout de 3,15 (+/-0,65) jours (3,02 (+/-1,09) des patientes du groupe cas ; *p value* = 0,67).

ANALYSE ET DISCUSSION

1. Points forts et limites de cette étude

Depuis que le plateau technique a été ouvert en 2012 au CHU de Caen, aucune étude n'avait encore été faite sur son activité. Bien que n'incluant que 42 patientes ayant accouché sur le plateau technique, notre étude permet déjà de faire un premier bilan sur ses résultats et de montrer les différences pouvant exister entre un accouchement en plateau technique et un accouchement classique au CHU de Caen.

Comme nous pouvions nous y attendre, il y a une grande différence entre les deux groupes concernant le recours à l'APD. Elle constitue un biais que nous ne pouvions éviter puisque les patientes accouchant au CHU de Caen sans APD sont majoritairement des patientes multipares ayant eu un travail trop rapide pour pouvoir y avoir recours, comme le montrent les résultats de notre étude complémentaire ; nous n'avons trouvé aucun moyen de sélectionner rétrospectivement des patientes témoins ayant accouché sans APD par choix.

Nous avons constaté des différences significatives sur des critères évalués directement par les sages-femmes (notamment l'analyse du RCF et l'évaluation du score d'Apgar). Bien que les sages-femmes et autres professionnels de santé de la périnatalité reçoivent une formation uniforme sur l'évaluation de ces critères, une variabilité interindividuelle persiste et peut donc constituer un biais important : ces résultats sont à prendre avec précaution.

Nous avons principalement étudié les différences obstétricales et néonatales pouvant exister au cours du travail, de l'accouchement et du post-partum. Cependant, cette étude des dossiers ne nous renseigne absolument pas sur les motivations des femmes à choisir ce mode de prise en charge, ni sur le vécu de leur accouchement en plateau technique. C'est pourquoi nous avons décidé, pour compléter cette étude, de réaliser des entretiens semi-dirigés avec trois patientes du plateau technique. En effet, choisir d'accoucher en plateau technique implique une contrainte financière mais surtout un

engagement total puisque les femmes signant la convention choisissent de ne pas avoir recours à l'APD. Ces femmes doivent donc voir dans le plateau technique des avantages certains. Ces entretiens sont retranscrits intégralement dans les annexes de ce mémoire.

2. Analyse de l'étude

Pour commencer, 30,95% des patientes du groupe cas sont cadres ou exercent une profession intellectuelle supérieure, contre 17,86% dans le groupe témoin. A l'inverse, 27,38% des patientes du groupe témoin sont employées, contre 14,29% dans le groupe du plateau technique. Les taux de professions intermédiaires sont similaires dans les deux groupes (groupe cas : 40,48% ; groupe témoin : 35,71%). Les patientes accouchant en plateau technique semblent donc appartenir davantage à une CSP plus élevée que les patientes du groupe témoin. Ces résultats ne sont pas surprenants, car de nombreuses études de santé publique ont démontré que les personnes exerçant une profession intellectuelle supérieure ou ayant fait des études supérieures se renseignent souvent beaucoup plus et sont plus attentives à leur santé de manière générale (médecines alternatives, alimentation saine, …) que les agriculteurs, les ouvriers ou les employés par exemple. Cependant, il n'y a pas de différence significative globale (*p value* = 0,32) et les *p value* spécifiques calculées pour les taux de professions intellectuelles supérieures et d'employées sont toutes les deux égales à 0,09, ce qui ne montre qu'une tendance significative : il faudrait plus d'inclusions pour pouvoir conclure.

Au cours de leur grossesse, les patientes du plateau technique sont majoritairement suivies uniquement par une sage-femme (76,19%), alors que les patientes du groupe témoin se font le plus souvent suivre conjointement par une sage-femme et un obstétricien (67,86% ; *p value* = $1,71 \times 10^{-10}$). L'accouchement en plateau technique rentre dans le cadre de l'accompagnement global, c'est-à-dire le suivi de la patiente par la même sage-femme pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum : il est donc logique que les patientes du groupe cas soient majoritairement suivies par une sage-femme seule. De plus, les patientes du groupe témoin ne sont que 57,14% à suivre des cours de PNP, alors que les patientes accouchant sur le plateau technique en suivent dans plus de 95% des cas (*p value* = $3,43 \times 10^{-6}$). En effet, l'accouchement en plateau technique étant destiné aux

patientes souhaitant accoucher sans APD, il est vivement conseillé à ces patientes de suivre des cours de PNP pour apprendre à gérer la douleur des contractions de façon naturelle (yoga, haptonomie, chant prénatal, sophrologie, … ou tout simplement par des techniques de relaxation et de respiration), ce qu'elles font presque toutes.

Comme nous pouvions le supposer, les patientes du plateau technique ont beaucoup moins recours à une APD que celles du groupe témoin (*p value* = 8,23 x 10^{-12}). La durée totale du travail ainsi que la durée de la phase active de la première phase du travail ne sont pas différentes entre les deux groupes ; cependant il est difficile d'être précis sur le début du travail, car les sages-femmes doivent pour cela se baser sur l'estimation de la patiente elle-même. La durée de la phase passive de la deuxième phase du travail, entre le diagnostic de dilatation complète et le début des efforts expulsifs est significativement plus longue dans le groupe témoin (*p value* = 0,023). Une des hypothèses probables est que l'on pourra attendre une descente maximale de la présentation fœtale dans le bassin maternel avant le début des efforts expulsifs dans le groupe témoin (sous condition d'une bonne tolérance fœtale), puisque les patientes sont majoritairement soulagées par une APD. En revanche, bien qu'elle ne soit pas significative (*p value* = 0,16), la durée d'expulsion est légèrement augmentée dans le groupe cas, ce qui concorde avec l'hypothèse exposée ci-dessus : en débutant les efforts expulsifs plus rapidement dans le groupe cas, la présentation fœtale est encore peu engagée dans le bassin maternel et les efforts expulsifs sont alors plus longs.

S'il n'y a pas de différence significative concernant le mode de rupture de la poche des eaux (*p value* = 0,2), le travail des patientes du groupe témoin est significativement plus souvent dirigé par une perfusion d'ocytociques de synthèse (*p value* = 0,0086). Plusieurs études ont montré que l'APD peut entrainer un ralentissement du travail et une baisse de la fréquence des contractions utérines. Cette soudaine hypocinésie de fréquence associée à une stagnation de la dilatation à la suite d'une APD nécessitera plus fréquemment un recours aux ocytociques de synthèse [24] [25] [26]. Le rythme physiologique du travail est donc plus souvent respecté chez les patientes du plateau technique. Cependant, notre étude a recueilli les données de patientes témoins ayant accouché en 2015 avant la mise en place d'un nouveau protocole de service au CHU de Caen qui vise à réduire les interventions médicales au cours du travail et notamment la direction active par les

ocytociques de synthèse : les examens vaginaux sont dorénavant plus espacés dans le but de laisser plus de place à la physiologie [Annexe 5].

Nous pouvons constater qu'il y a significativement moins d'ARCF au cours du travail et au cours des efforts expulsifs dans le groupe du plateau technique (*p value* = 0,016 et 0,0015) mais ces résultats sont à considérer avec précaution puisque l'analyse du RCF reste subjective et influencée par des différences d'interprétation interindividuelles. De plus, de nombreux dossiers étaient incomplets pour ce critère d'évaluation.

Les taux de césariennes dans les deux groupes étant très faible, la différence (*p value* = 0,66) est non significative. De façon générale, les taux d'accouchements par voie basse spontanée sont équivalents dans les deux groupes (*p value* = 0,74). En revanche, nous pouvons constater une différence très significative (*p value* = 3,055 x 10^{-14}) entre les positions maternelles lors de l'accouchement : les patientes du plateau technique accouchent dans des positions très variées (décubitus latéral, à quatre pattes, …) alors que près de 95% des patientes du groupe témoin accouchent en position gynécologique. Aucune différence n'a pu être mise en évidence concernant l'état périnéal (*p value* = 1), la durée d'expulsion (*p value* = 0,16) ou les extractions instrumentales (*p value* = 0,96). Bien qu'il n'existe pas de différences significatives concernant le pronostic obstétrical entre nos deux groupes, il est important de signaler que les patientes du plateau technique ne sont pas immobilisées par une APD contrairement à la majorité des patientes du groupe témoin et peuvent ainsi déambuler au cours du travail, prendre un bain tant que la poche des eaux n'est pas rompue, accoucher dans la position de leur choix, … et sont donc généralement plus satisfaites de leur accouchement. Ainsi, une étude réalisée au CHU de Caen entre 2007 et 2009 sur le retentissement de la mobilisation pendant le travail a montré que dans le groupe des femmes « mobilisées », les patientes et leurs conjoints étaient très, voire pleinement satisfaits (médiane de 9/10 pour les patientes, 10/10 pour les conjoints) [27].

Les taux d'HPP (*p value* = 0,49) ne sont pas différents entre les deux groupes. Toutefois, nous pouvons constater une tendance significative sur le taux de DA et/ou RU qui est moins important dans le groupe du plateau technique (*p value* = 0,072) ; une étude incluant un plus grand nombre de patientes pourrait permettre de conclure à une différence significative entre les deux groupes.

Sur le plan néonatal, le score d'Apgar est significativement plus bas à une minute (*p value* = 0,009) dans le groupe témoin, puis les scores d'Apgar à cinq minutes des deux groupes sont comparables (*p value* = 0,17). Bien qu'aucun nouveau-né n'ait été réanimé dans le groupe du plateau technique, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes (*p value* = 0,17). Si la *p value* (0,09) concernant le pH ne nous permet pas de conclure (tendance significative uniquement), le pH moyen dans le groupe cas est légèrement plus élevé, ce qui concorde avec certaines études montrant un lien entre le recours aux ocytociques de synthèse et un pH au cordon plus bas [28]. Encore une fois, une étude incluant plus de patientes pourrait permettre de conclure.

Les patientes du plateau technique choisissent plus fréquemment un allaitement maternel (*p value* = $6{,}76 \times 10^{-5}$) et ont une durée de séjour en suites de couches plus courte (*p value* = 0,01). En effet, de nombreuses patientes du plateau technique font le choix de cette structure car elle représente un compromis entre un accouchement classique à l'hôpital et un AAD, la plupart d'entre elles souhaitent donc une sortie au plus tôt. De plus, comme nous l'avons déjà évoqué, les patientes du plateau technique sont des femmes informées et renseignées, qui souhaitent un accouchement respectueux de la physiologie : il semble donc cohérent que ces femmes soient plus désireuses d'allaiter leur enfant.

Les résultats de notre étude complémentaire entre les patientes du groupe cas et les patientes du groupe témoin ayant accouché sans APD montrent que ces dernières sont des patientes en très grande majorité multipares (*p value* = 0,0058), se présentant en salle de naissance avec une dilatation cervicale avancée (*p value* = 0,013). Les durées des différentes phases de travail sont toutes significativement plus rapides (*p value* de la durée totale du travail = 0,013 ; *p value* de la durée de la phase active de la première phase du travail = 0,011 ; *p value* de la phase passive de la deuxième phase de travail = 0,00014 ; *p value* de la durée des efforts expulsifs = 0,018). Il n'y a pas de différence significative concernant les taux de RAPDE (*p value* = 1) et aucune patiente n'a reçu d'ocytociques de synthèse (*p value* = 0,16). Contrairement à l'étude principale, les taux d'ARCF au cours du travail et des efforts expulsifs ainsi que le score d'Apgar à une minute ne connaissent pas de différences significatives (*p value* respectivement égales à 1 ; 0,69 ; 0,43). De même, les taux de DA/RU sont similaires dans les deux groupes (*p value* = 0,59) alors que les résultats avaient une tendance significative dans l'étude principale.

Ces résultats montrent que les patientes accouchant sans APD au CHU de Caen (en dehors du cadre du plateau technique) sont majoritairement des femmes multipares arrivant en salle de naissance à un stade avancé du travail et n'ont sans doute tout simplement pas le temps de bénéficier d'une APD, même si cela était leur souhait initial. Il était donc impossible de sélectionner rétrospectivement des patientes témoins ayant accouché sans APD par choix et non à cause d'un travail trop rapide.

3. Discussion

De nombreuses études [16 ; 17 ; 19 ; 20 ; 21] ont conclu que les femmes bénéficiant d'un accompagnement continu par une sage-femme au cours du travail avaient plus de chance d'accoucher par voie basse spontanée, recevaient moins d'ocytociques de synthèse, la durée de leur travail était légèrement plus courte et elles subissaient moins d'épisiotomies ou de déchirures périnéales graves. Les nouveau-nés avaient également des scores d'Apgar légèrement plus élevés.

Les résultats de notre étude montrent que les patientes du plateau technique reçoivent moins d'ocytociques de synthèse. Il y a également moins d'ARCF au cours du travail et des efforts expulsifs relevés dans ce groupe et les nouveau-nés ont un score d'Apgar plus élevé à une minute. Cependant, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences significatives entre nos deux groupes concernant la durée du travail ou les taux d'accouchements par voie basse spontanée, d'épisiotomies ou de déchirures périnéales graves.

S'il existe moins de différences significatives dans notre étude que dans les principales études citées dans ce mémoire, il faut cependant souligner les très bons résultats du groupe témoin. En effet, l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 [29] constatait un recours aux ocytociques de synthèse dans 58% des travails spontanés, un taux bien au-dessus des 36,90% retrouvés dans notre étude. Le taux d'accouchements par voie basse spontanée de l'Enquête Nationale Périnatale est de 66,9 % ; il est de 80,95% dans notre groupe témoin. De plus, cette même enquête évoque 44,4% d'épisiotomies pour les primipares et 14,3% pour les multipares. Dans notre étude au CHU de Caen, le taux toutes parités confondues est de 10% (20% d'épisiotomies chez les primipares et 4% chez les

multipares). Toutefois, nous n'avons étudié que les accouchements de patientes appartenant à une population à « bas risque » obstétrical, contrairement à l'Enquête Nationale Périnatale qui s'intéresse à tous les accouchements, il faut donc se montrer prudent dans l'analyse de ces résultats. Il est cependant certain que la physiologie des grossesses et des accouchements « à bas risque » est de plus en plus respectée, au niveau national [29] comme au CHU de Caen, où un nouveau protocole de service a été créé début 2016, avec comme objectif d'espacer les touchers vaginaux et ainsi réduire le taux d'interventions médicales (RAPDE, ocytociques de synthèse) visant à diriger activement le travail [Annexe 5].

Enfin, il est important de différencier les caractéristiques obstétricales, du vécu psychologique et de la satisfaction des patientes. En effet, comme le souligne la méta-analyse de la Cochrane Library [16] menée par Ellen Hodnett et publiée en 2013, les femmes recevant un soutien continu au cours du travail par une sage-femme étaient plus satisfaites de leur accouchement que celles recevant un soutien discontinu. En 2002, Ellen Hodnett avait déjà publié une revue de la littérature centrée sur la satisfaction des femmes concernant leur accouchement : le soutien des soignants, la qualité de la relation entre la patiente et le soignant ainsi que l'implication de la patiente dans les décisions étaient des facteurs décisifs de la satisfaction des patientes après leur accouchement [18]. Puisque notre étude était essentiellement centrée sur les caractéristiques obstétricales, nous avons choisi de réaliser des entretiens avec trois patientes ayant accouché sur le plateau technique du CHU de Caen pour étudier leurs motivations, leur satisfaction et le vécu qu'elles ont eu de leur(s) accouchement(s). Nous avons sélectionné des femmes aux profils différents : une primipare (Mme C), une deuxième pare (Mme D) ayant accouché les deux fois sur le plateau technique et ayant connu un passage de relais lors de son premier accouchement, et une quatrième pare (Mme L) ayant accouché sur le plateau technique après deux accouchements dans un cadre hospitalier classique et un accouchement à domicile.

Mme C a choisi d'accoucher en plateau technique car elle souhaitait être suivie par la même sage-femme au cours de la grossesse et de l'accouchement. De plus, elle et son conjoint sont « *contre la médicalisation, les médicaments à outrance* », elle souhaitait donc être accompagnée par « *quelqu'un qui savait ce que j'aimais […] je savais qu'au maximum*

elle allait essayer de respecter ma vision des choses. Pour moi c'était important ». Mme C pense qu'elle n'aurait pas aussi bien vécu son accouchement sans l'accompagnement de sa sage-femme libérale car *« le peu de fois où elle quittait la salle […] j'étais en stress parce qu'elle n'était plus là pour me coacher, c'était plus du tout pareil* » et cela l'a beaucoup aidé dans la gestion de la douleur : « *sans le soutien de Stéphanie j'aurais jamais pu aller au bout de l'accouchement sans péridurale […] dès qu'elle quittait la pièce je sentais un découragement ».* Elle et son conjoint ont apprécié de vivre cet accouchement sans l'intervention de personnes extérieures : « *c'était vraiment intime* ». Concernant son vécu des premiers temps après l'accouchement, Mme C a apprécié avoir son enfant en peau à peau et que le cordon ombilical ne soit pas coupé tout de suite, comme ils l'avaient convenu avec leur sage-femme libérale [Annexe 6].

Mme D souhaitait dès le début de la grossesse accoucher sans APD et être accompagnée lors de l'accouchement par la sage-femme ayant suivi la grossesse. Pour elle et son conjoint, « *ça nous a paru une évidence absolue, ça a du sens de se retrouver dans cette situation avec une personne que l'on connait, où il y a une relation de confiance, d'une certaine intimité* ». Elle souligne la grande intimité du plateau technique : « *on arrive à l'hôpital avec son mari et la sage-femme qu'on connait et on ne voit que ces gens-là pendant toute la durée de l'accouchement* ». Mme D n'a jamais envisagé d'accoucher à domicile pour des questions de sécurité, « *c'est rassurant d'avoir tout cela [l'hôpital] en arrière-plan* ». Elle a apprécié d'avoir pu commencer son travail à la maison accompagnée de sa sage-femme car « *c'est plus agréable d'être chez soi que d'attendre là-bas* ». Mr et Mme D sont plusieurs fois revenus sur le lien qui les lie à leur sage-femme libérale : « *il y a un lien qui s'établit, un lien de confiance […] un lien de tendresse, une bulle de familiarité qui est là et c'est infiniment précieux* », « *on se tutoie, c'est un truc tout bête, mais qui a plus de sens dans ces moments-là* ». Mr D était également très satisfait de cet accompagnement en plateau technique : « *on reste dans un espace absolument sécurisé émotionnellement parlant, il y a la grande liberté de se mouvoir et d'y faire absolument ce que l'on veut* », « *nous étions installés sur le grand lit dans le coin et il y a de la place pour le père, il peut être allongé à côté de sa femme et de son enfant* » [Annexe 7].

Pour Mme L, le plus important est « *l'accompagnement, le lien de confiance est primordial* », « *cette notion de respect, de confiance envers la personne* ». Mme L garde un

mauvais souvenir de ses deux premiers accouchements dans un cadre hospitalier classique et souhaitait accoucher avec la même sage-femme qui avait suivi sa grossesse car « *on a pas à justifier ce que l'on veut, puisqu'on en a déjà parlé avant. Je n'ai pas à devoir réexpliquer mes choix à une équipe à chaque fois* ». Mme L pense que l'accompagnement global a une grande influence dans le post-partum : « *cela m'a permis de mieux investir et plus rapidement ma relation avec mon enfant* ». Elle regrette que le plateau technique reste très dépendant du milieu médical, « *il y a quand même un protocole à respecter quoi. […] Il y a des choses très précises à respecter qui pour moi sont difficiles à accepter, mais Stéphanie fait cela d'une façon très humaine, qui fait qu'on ne le vit pas si mal que ça au final* » [Annexe 8].

Les témoignages de ces patientes nous permettent de réaliser à quel point l'accompagnement en continu par une sage-femme connue est important dans le vécu de leur accouchement. Les sages-femmes libérales pratiquant l'accompagnement global et les accouchements en plateau technique font la connaissance de leurs patientes parfois dès le début de la grossesse et les rencontrent à de nombreuses reprises, ainsi que leur conjoint. La sage-femme est à l'écoute des futurs parents, notamment de leurs souhaits et de leurs préférences concernant la naissance de leur enfant (mobilisation, interventions médicales, place du conjoint, …). Cette relation de confiance établie entre la sage-femme et le couple est directement en lien avec les facteurs désignés par Ellen Hodnett comme influençant fortement la satisfaction maternelle. L'intérêt premier du plateau technique réside dans le respect de la physiologie de l'accouchement et l'accompagnement du couple, tout en gardant un cadre sécurisé en cas de complications.

CONCLUSION

Notre étude portait sur la comparaison des caractéristiques de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum de deux populations différentes : des patientes accouchant accompagnées de leur sage-femme libérale sur le plateau technique du CHU de Caen et des patientes accouchant dans ce même établissement accompagnées par une des sages-femmes de garde. Ces deux populations étaient appariées sur leur âge et leur parité. Le but de cette étude était de se rendre compte si les complications obstétricales ou néonatales étaient moins fréquentes lors d'un accompagnement en plateau technique.

Cette étude a permis de mettre en évidence que le rythme physiologique du travail est plus souvent respecté dans le cadre du plateau technique, avec un recours aux ocytociques de synthèse significativement moins fréquent. Il y a également dans cette population moins d'ARCF au cours du travail et des efforts expulsifs, et les enfants ont un score d'Apgar plus élevé à une minute. Le pH au cordon est en moyenne légèrement plus élevé (tendance significative). Cependant, la voie d'accouchement n'est pas différente entre ces deux groupes : les taux de césariennes, d'extractions instrumentales et d'accouchements par voie basse spontanée sont similaires. De même, aucune différence significative n'a été retrouvée concernant les taux d'épisiotomies ou de déchirures périnéales et d'HPP. Une tendance significative existe pour les DA/RU.

Les tendances et différences significatives que nous pouvons souligner pour les DA/RU ainsi que pour le bien-être fœtal et néonatal pourraient être expliquées par le recours plus fréquent à une perfusion d'ocytociques de synthèse dans le groupe témoin.

Comme nous avons pu le voir grâce aux trois entretiens réalisés pour ce mémoire, le souhait principal des patientes du plateau technique est d'être accompagnées en continu au cours du travail par la sage-femme qui les a suivies pendant leur grossesse. Des études ont également montré les bénéfices que pouvait avoir cet accompagnement sur la satisfaction des patientes à propos de leur accouchement. Bien que les plateaux techniques et les maisons de naissance se développent de plus en plus, il faudrait cependant

encourager dans les maternités un accompagnement aussi continu que possible au cours du travail par une des sages-femmes de garde, quand la charge de travail le permet, comme le recommande déjà l'OMS : « une femme, une sage-femme ». En effet, bien que cet accompagnement continu ne montre pas des résultats toujours significatifs sur le pronostic obstétrical, il est certain qu'il permet à des patientes désireuses d'un accouchement « nature » de se sentir plus soutenues dans la gestion de la douleur et ainsi de souvent mieux vivre leur accouchement. De plus, cela pourrait aider un nombre important de patientes qui souhaitent accoucher sans APD mais finissent par revenir sur leur décision, à aller au bout de leur démarche. Il faut également noter que l'accompagnement en plateau technique a un coût financier : proposer un accompagnement similaire dans les maternités serait une alternative accessible à toutes les populations, même les plus démunies.

A l'heure où la satisfaction des usagers est très recherchée, il serait intéressant d'étudier plus profondément celle des patientes du plateau technique, ce qui pourrait peut-être donner des pistes d'amélioration dans l'accompagnement des patientes accouchant dans un cadre hospitalier classique.

De plus, une étude menée sur des groupes de patientes plus importants pourrait peut-être mettre en évidence plus de résultats significatifs. Il serait également pertinent de pouvoir réaliser une étude où le biais majeur que constitue l'APD serait écarté, et en sélectionnant des patientes témoins depuis la mise en application du nouveau protocole de service du CHU de Caen.

Enfin, le plateau technique répond à la demande d'une certaine partie de la population de pouvoir accoucher autrement qu'à l'hôpital accompagnée de façon discontinue par une sage-femme inconnue. De ce fait, chaque année, en France, de plus en plus d'établissements ouvrent leurs portes aux sages-femmes libérales. En Basse-Normandie, hormis le plateau technique du CHU de Caen, une deuxième structure vient d'ouvrir au Centre Hospitalier de Bayeux, et une autre est en projet au Centre Hospitalier d'Argentan. Chaque plateau technique est défini par une convention, qui est spécifique à chaque structure. A l'avenir, il pourrait être intéressant de faire évoluer les critères d'inclusion, d'exclusion et de passage de relais pour ouvrir l'accès au plateau technique à une plus population plus large et permettre au plus grand nombre de bénéficier de cet accompagnement.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Ministère de la Culture et de la Communication. Définition du plateau technique parue au Journal Officiel du 03/06/2003. [en ligne]. http://www.culture.fr/franceterme/result?francetermeSearchTerme=plateau+technique&francetermeSearchDomaine=0&francetermeSearchSubmit=rechercher&action=search. Consulté le 20/12/2016.

[2] Moyroud M. Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques. Premier Colloque du Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes, Paris le 05/05/2010.

[3] Code de la Santé Publique. Article L6112-4. [en ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021939877&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120217&oldAction=rechCodeArticle. Consulté le 15/11/2016.

[4] Code de la Santé Publique. Article L-6146-2. [en ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691051&dateTexte=&categorieLien=cid. Consulté le 16/03/2017.

[5] Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. Trouver une Sage-Femme. [en ligne]. http://ansfl.org/trouver-une-sf/. Consulté le 15/11/2016.

[6] Gamelin-Lavois S. Répertoire des Sages-Femmes pour un accompagnement en accouchement à domicile et en plateau technique. [en ligne]. https://projetdenaissance.wordpress.com/2016/03/24/repertoire-sages-femmes-pour-accompagnement-aad-et-pt/. Consulté le 15/11/2016.

[7] Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. L'accompagnement global. [en ligne]. http://ansfl.org/document/laccompagnement-global/. Consulté le 30/11/2016.

[8] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [en ligne].

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf. Consulté le 30/11/2016.

[9] Organisation Mondiale de la Santé. Dix faits et chiffres sur la profession de sage-femme. [en ligne]. http://www.who.int/features/factfiles/midwifery/facts/fr/. Consulté le 30/11/2016.

[10] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Plan Périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité ». [en ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf. Consulté le 30/11/2016

[11] Noël, I. Expérimentation des maisons de naissance en France : où en sommes-nous ? Collège National des sages-femmes, Issy les Moulineaux le 01/02/2016.

[12] Organisation Mondiale de la Santé. Soutien continu aux femmes pendant l'accouchement. [en ligne]. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/fr/. Consulté le 01/12/2016.

[13] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités – fondamentaux. [en ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_pc48a.pdf. Consulté le 01/12/2016.

[14] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Women in established labour should receive one-to-one care. [en ligne]. https://www.nice.org.uk/news/article/women-in-established-labour-should-receive-one-to-one-care. Consulté le 01/12/2016.

[15] Freydier, A. Accoucher autrement : un accouchement naturel en *birth centre*. Vocation Sage-femme. 2016;123 :15-19.

[16] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013, Issue 7. Art. No.: CD003766. [en ligne]. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/abstract. Consulté le 09/05/2016.

[17] Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. [en ligne]. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/abstract. Consulté le 15/05/2016.

[18] Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth : a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2002:186(5 Supp Nature):160-172.

[19] Sehhatie F, Najjarzadeh M, Zamanzadeh V, Seyyedrasooli A. The effect of midwifery continuing care on childbirth outcomes. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 2014;19(3):233-237. [en ligne]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4061621/. Consulté le 15/05/2016.

[20] Sehhatie F, Najjarzadeh M, Seyyedrasouli A, Zamanzadeh V. Effect of Continuous Midwifery Care on Length of Labor. Journal of Caring Sciences. 2012;1(1):47-52. [en ligne]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4166689/. Consulté le 18/05/2016.

[21] Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2010;109(3):198-200. [en ligne]. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729210000202. Consulté le 20/05/2016.

[22] E. Nohuz et al. Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de niveau 1. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2015;43:271–277. [en ligne]. http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297958915000442. Consulté le 10/11/2015.

[23] Jaeck S, Chatelain M, Rosa PE. Accoucher autrement : l'expérience bordelaise d'un plateau technique physiologique. Vocation Sage-femme. 2016;123:8-10.

[24] Leighton BL, Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes : a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology.

2002;186(5 Suppl Nature):69-77. [en ligne] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK69501/. Consulté le 24/02/2017.

[25] Mousa WF, Al Metwalli R, Mostafa M. Epidural analgesia during labor vs no analgesia : a comparative study. Saudi journal of Anaesthesia. 2012;6(1):36-40. [en ligne] https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3299112/. Consulté le 24/02/2017.

[26] Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. Cochrane Database Systematic Reviews, 2011, Issue 12. Art. No. : CD000331. [en ligne]. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000331.pub3/abstract. Consulté le 24/02/2017.

[27] Lepleux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. Journal de Gynécologie Obstétrique et de Biologie de la Reproduction. 2014;43(7):504-513. [en ligne] http://emvmsa1a.jouve-hdi.com/showarticlefile/914652/main.pdf. Consulté le 28/02/2017.

[28] Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodriguez-Borrego MA. Labor stimulation with oxytocin : effects on obstetrical and neonatal outcomes. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2016;24:e2744. [en ligne]. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982443/. Consulté le 24/02/2017.

[29] Blondel B. Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Rapport d'enquête. Inserm;2011,132p. [en ligne]. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf. Consulté le 21/10/2015.

ANNEXES

Annexe 1 : Convention relative aux modalités d'accès aux salles de naissance du service d'obstétrique du CHU de Caen pour une sage-femme libérale

Annexe 2 : Protocole de collaboration médicale sages-femmes libérales et CHU de Caen d'accès aux salles de naissance

Annexe 3 : Grille de rémunération des sages-femmes libérales

Annexe 4 : Information et consentement patiente dans le cadre d'une prise en charge par une sage-femme libérale avec accès aux salles de naissance du CHU de Caen

Annexe 5 : Direction du travail obstétrical : document opérationnel du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Caen

Annexe 6 : Entretien de Mme C

Annexe 7 : Entretien de Mme D

Annexe 8 : Entretien de Mme L

Annexe 1 :

CONVENTION RELATIVE AUX MODALITES D'ACCES AUX SALLES DE NAISSANCE DU SERVICE D'OBSTETRIQUE DU *(nom de l'établissement)* POUR UNE SAGE-FEMME LIBERALE

ENTRE

Le (nom de l'établissement), sis *(adresse)*, représenté par son Directeur Général, (*nom-prénom)*

ET

Madame (*nom-prénom)*, sage-femme exerçant dans un cadre libéral inscrite au tableau de l'ordre départemental des sages-femmes sous le n° (*numéro)*, conformément aux dispositions de l'article L.4111-1 du code de la santé publique ; et dont le cabinet est situé *(adresse).*

Il est convenu ce qui suit :

Vu le Code de la Santé Publique et notamment ses articles

- L 4151-1 à 4163-10 relatifs à la profession de sage-femme,
- L 6112-4 relatifs aux modalités d'accès des médecins et autres professionnels de santé non hospitaliers au plateau technique des centres hospitaliers,
- R4127-301 à R4127-367 portant Code de déontologie des sages-femmes,

Article 1 – OBJET

Dans le cadre d'une réponse à une démarche éthique de la profession de sage-femme et dans le respect de leurs compétences médicale et obstétricale définies par l'article L4151-1 et suivants du code de la Santé Publique d'une part,

Dans le cadre de la volonté de l'établissement d'ouvrir ses pratiques à des partenaires extérieurs d'autre part,

Le Directeur de l'établissement autorise à Mme *(nom-prénom)* sage-femme libérale, l'accès aux salles de naissance et à ses structures pour l'exercice de son activité.

Article 2 - CONSULTATIONS PRENATALES

Avant tout accouchement, la sage-femme libérale doit organiser une consultation prénatale auprès d'un des médecins obstétriciens ou sages-femmes de l'établissement. Cette consultation donne lieu à l'ouverture du dossier médical et administratif et à la signature d'une fiche d'information et de consentement patiente (annexe 1), *(nom de l'établissement)* et sage-femme libérale.
Au cours de la 37ème semaine d'aménorrhée, les patientes de la sage-femme seront vues à la même consultation d'anesthésie que les parturientes suivies dans l'établissement. Cette consultation donne lieu à la constitution d'un dossier sécurité anesthésie.

Article 3 - CONDITIONS D'ACCES AUX SALLES DE NAISSANCE

Préalablement à l'accès aux salles de naissance, la sage-femme acceptera les termes de fonctionnement et les modalités induites pour la prise en charge de sa patiente contenus dans le protocole d'accès aux salles de naissance par les sages-femmes libérales (annexe 2).

L'accès aux salles de naissance garantit par la présente convention comprend la mise à disposition des locaux, du matériel et du personnel paramédical et administratif, nécessaire à
Mme *(nom-prénom)* pour sa pratique professionnelle au bénéfice de ses patientes.
L'utilisation des salles de naissance par la sage-femme, en application de l'article 1er, se limite à la prise en charge de la patiente de la sage-femme libérale, dans le respect des règles professionnelles déontologiques et éthiques en vigueur dans la profession de sagefemme.

L'accès aux salles de naissance est garanti 24h/24, 7jours/7.

Mme *(nom-prénom)* pratique l'accompagnement global de la naissance, dans le respect de la physiologie, avec comme objectif la prise en charge globale de la mère et de l'enfant dans le respect des règles de l'art et des recommandations de bonnes pratiques éditées par les sociétés savantes (CNGOF, CNSF, HAS), notamment :

- elle accouche les patientes qu'elle a suivies dans l'exercice de son activité libérale en cabinet
- elle assure la sécurité de la mère et nouveau-né pendant un délai minimum de deux heures après la naissance
- elle participe à toutes les autres actions conformément aux décrets de compétences en vigueur

Article 4 – PRISE EN CHARGE DE LA PARTURIENTE

La sage-femme libérale peut proposer à ses patientes bénéficiant d'une telle prise en charge, la visite de la maternité, si l'activité en salle de naissance le permet.

Si la parturiente se présente à l'hôpital sans la sage-femme, elle est accueillie par la sage-femme de garde jusqu'à l'arrivée de la sage-femme libérale qui prend la responsabilité de la patiente.

La sage-femme libérale passe le relais à l'équipe hospitalière en toutes situations dystociques ou pathologiques ou lors de la pose d'une analgésie péridurale. Le diagnostic de cette situation doit être établi par la sage-femme libérale, conformément aux recommandations de bonnes pratiques et aux décrets de compétences relatifs à la profession de sage-femme.

A l'issue du délai de deux heures mentionné à l'article 3 alinéa 4, les équipes médicales et paramédicales deviennent responsables des soins en post-partum, des soins au nouveau-né et du séjour de la mère et de l'enfant.

La sage-femme libérale s'engage à fournir toutes les informations nécessaires à la prise en charge de la mère et de l'enfant durant leur séjour.

La sage-femme libérale participera aux actions du réseau périnatalité du secteur sanitaire.

Article 5 – RESPONSABILITE ET ASSURANCES

Mme *(nom-prénom)* agissant dans le cadre de son activité libérale est tenue de s'assurer pour son exercice professionnel ainsi que pour sa responsabilité civile.

La responsabilité juridique de Mme *(nom-prénom)* est engagée pour les actes qu'elle effectue et dans la limite du respect de ses compétences professionnelles. A cet effet, elle est couverte par une assurance personnelle pour sa pratique professionnelle et l'utilisation du matériel hospitalier. Mme *(nom-prénom)* produit annuellement une attestation d'assurance concernant les actes qu'elle sera amenée à pratiquer dans l'établissement.

Les médecins appelés par Mme *(nom-prénom)*, en application de l'article R4127-361 du Code de la Santé Publique voient leur responsabilité juridique engagée pour leurs avis et actes professionnels.

Le centre hospitalier voit sa responsabilité engagée en cas de dysfonctionnement des installations mises à la disposition de Mme *(nom-prénom)* ou en cas de faute dans l'exécution des soins ou dans l'exercice médical, commises par son personnel.

Article 6 - REMUNERATION DE LA SAGE-FEMME LIBERALE

Les actes sont réalisés par chacune des parties contractantes sur la base des règles de tarification en vigueur.

La prise en charge des actes par les organismes d'Assurance Maladie est conditionnée par la mise en place d'une évaluation et d'une analyse de l'activité prévues aux articles L6113-2 à L6113-6 du Code de la Santé Publique dont les modalités précises sont définies dans le règlement intérieur annexé.

Un bilan annuel de l'activité, communiqué au service médical de l'assurance maladie auprès de la caisse pivot de l'établissement est établi au cours du premier trimestre de l'année suivante.

Article 7 - DISPOSITIONS FINANCIERES

Les prestations fournies au titre de l'article 3 par le centre hospitalier donnent lieu à un reversement égal à 30% des honoraires perçus par Mme *(nom-prénom)*. Les montants ci-dessus pourront faire l'objet d'une actualisation en fonction de l'évolution des tarifs.

Le montant des honoraires est perçu par le *(nom de l'établissement)* qui reverse 70% à la sage-femme libérale, conformément aux dispositions de l'arrêté du 28 mars 2011.

En cas de survenue d'un événement pathologique durant le travail, la sage-femme libérale qui passe le relais à l'équipe hospitalière s'engage à poursuivre son accompagnement du couple jusqu'aux deux heures suivants la naissance de l'enfant, sans intervenir de manière technique et/ou médicale. La sage-femme libérale pourra alors bénéficier de 50% du forfait accouchement. Si la sage-femme ne poursuit pas son accompagnement, elle renonce à rétribution.

En cas de passage de relais après l'heure de naissance, alors la sage-femme libérale perçoit 60% du forfait accouchement.

Ce versement s'effectue à réception du titre de recettes établi par la direction des affaires financières au vu d'un mémoire récapitulatif des actes effectués établi par le signataire et visé par la sage-femme Cadre Supérieur.

L'état récapitulatif de l'activité réalisée par la sage-femme signataire de la convention au titre de la prise en charge de chaque parturiente, conforme au modèle ci-annexé (annexe 3), est communiqué à la Direction de la facturation au plus tard le 15 du mois suivant.

Article 8 - EXAMEN DES CANDIDATURES DES SAGES-FEMMES LIBERALES

L'examen des candidatures soumises par les sages-femmes libérales est effectué conjointement par le Responsable de service et la Sage-femme cadre supérieur, ou leurs représentants, lors d'un entretien de motivation.

Article 9 - DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est établie pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.
Elle peut être résiliée avant ce terme par chacune des deux parties sur préavis de trois mois.
Elle peut être résiliée avant ce terme par chacune des deux parties, en cas de :

- Non-respect des engagements souscrits dans la convention
- Manquement grave à la déontologie, recommandations de bonnes pratiques, protocole de collaboration

La présente convention prendra effet à la date de sa signature. Elle fera l'objet d'une évaluation semestrielle ou plus, si besoin, à la demande des parties.

Fait à *(ville),* le *(date)*

Pour le *(nom de l'établissement),* son Directeur général,	Pour le *(nom de l'établissement),* la sage-femme cadre supérieur du service de gynécologie-obstétrique,
Nom-prénom	*Nom-prénom*
Pour *(nom de l'établissement),* Le chef de service de gynécologie-obstétrique.	La sage-femme libérale,
Nom-prénom	*Nom-prénom*

Attestation d'assurance reçue le : …….

Annexe 2 :

Protocole de collaboration médicale sages-femmes libérales et *(nom de l'établissement)* d'accès aux salles de naissance

Préambule

Le but premier de cette démarche est de prendre en compte la demande des patientes d'être prises en charge tout au long de la grossesse, le travail, l'accouchement et le post partum par le professionnel libéral de leur choix. Le *(nom de l'établissement)* permet ainsi aux patientes d'accoucher dans une structure sécurisée tout en répondant à leur demande d'une prise en charge globale de leur grossesse de manière personnalisée et individualisée par une sage-femme libérale.

Ce projet permet également une collaboration étroite entre le secteur hospitalier et le secteur libéral permettant à nos collègues sages-femmes libérales de bénéficier de l'infrastructure des salles de naissance, de la réanimation néonatale et du bloc opératoire du *(nom de l'établissement).*

En adaptant notre lieu de naissance aux demandes des patientes, nous définissons ainsi un nouveau modèle organisationnel pour la prise en charge de la périnatalité en toute sécurité.

L'objectif de cette ouverture de plateau technique est

- de créer une alternative à l'accouchement à domicile,
- de laisser le choix au couple du lieu, des conditions mais également du professionnel les accompagnants durant la naissance de leur enfant,
- répondre à la fois aux attentes des patientes et à la demande des professionnels libéraux consistant à favoriser le respect de la physiologie en utilisant la médicalisation à bon escient.

1) Convention sage-femme libérale et *(nom de l'établissement).*

Une convention sera définie et signée entre les sages-femmes souhaitant bénéficier de l'ouverture du plateau technique du *(nom de l'établissement).*

Cette convention aura pour but de définir les modalités d'accès au plateau technique du *(nom de l'établissement).* Dans le cadre de suivi du travail et de l'accouchement de patiente et de la prise en charge du nouveau-né à la naissance, mais également la surveillance de la mère et du nouveau-né dans les deux heures suivants cette naissance.

Cette ouverture aux salles de naissance comprend uniquement l'accès aux salles de naissance, une des deux salles de naissance dites "espace physiologique" préférentiellement, à défaut toutes autres salles de naissance. Cet accès sera donc possible 24h/24.

Les sages-femmes bénéficiant de l'ouverture des salles de naissance ne prendront en charge que des grossesses à bas risques ainsi qu'un travail et un accouchement strictement physiologique.

Tout acte professionnel réalisé au titre de la présente convention, par la sage-femme, fera l'objet d'une codification dans *(noms des logiciels),* les produits d'exploitation liés à ces actes constitueront une recette perçue par le *(nom de l'établissement).*
La sage-femme signataire de la convention n'aura aucune charge d'exploitation à supporter.
Les frais de déplacements ou tout autre frais, ne pourront en aucun cas donner lieu à un remboursement de la part du *(nom de l'établissement).*

Le versement de la redevance des sages-femmes, se fera sous la forme de rétrocession.
Le forfait accouchement comprend le suivi du travail ainsi que l'accouchement.

Nous distinguerons trois cas :

- La sage-femme prend en charge de manière, tout à fait, autonome, le travail et l'accouchement de la patiente et la surveillance du nouveau- né. Nous sommes face à une prise en charge physiologique.

  La sage-femme perçoit alors 70% du tarif de l'acte CCAM réalisé.

  Le *(nom de l'établissement)* percevra les 30% restant au titre des moyens mis à disposition (plateau technique, personnel ...)

- En cas de survenue d'un événement pathologique durant le travail, diagnostiquée par la sage-femme libérale qui passe le relais, à ce moment à la sage-femme «hospitalière», la sage-femme libérale s'engage à poursuivre son accompagnement du couple jusqu'au 2 heures suivant la naissance de l'enfant, sans intervenir de manière technique et médicale. La sage-femme libérale pourra alors bénéficier de 50% du forfait accouchement. Si la sage-femme ne poursuit pas son accompagnement, elle renonce à cette part du forfait.

- En cas de passage de relais après l'heure de naissance alors la sage-femme libérale perçoit 60 % du forfait accouchement.

L'estimation et la validation de ce forfait est réalisée à l'issue de chaque staff quotidien, par la sage-femme cadre supérieur ou la sage-femme cadre de salles de naissance, en fonction de la prise en charge de la patiente.

2) Responsabilité

Chaque sage-femme libérale est personnellement responsable de son exercice et souscrira une assurance professionnelle adaptée à la pratique des accouchements, dans le cadre d'un protocole de collaboration sage-femme libérale établissement public d'accès aux salles de naissance.

3) Engagement préalable à la convention

D'un commun-accord, nous souhaitons que la sage-femme libérale réalise un minimum de trois gardes au sein des salles de naissance si elle a réalisé une activité hospitalière en salles de naissance dans les six mois précédent son intégration au plateau technique.
Nous estimons qu'au minimum 6 gardes sont nécessaires pour les autres sages-femmes.
Nous souhaitons que la même convention de stage déjà élaborée et expérimentée, soit instaurée.
Afin d'optimiser le bénéfice de ces gardes, une sage-femme « tutrice » hospitalière sera définie qui permettra d'accompagner et de répondre spécifiquement aux demandes de la SF libérale.

Les objectifs de ce stage préalable à la convention sont

- de se familiariser avec les locaux,
- de connaître l'emplacement et le fonctionnement du matériel,
- d'appréhender le circuit patient,
- de maîtriser les protocoles médicaux et de connaître les procédures.

4) Prises en charge des patientes

La sage-femme libérale peut proposer à ses patientes bénéficiant d'une telle prise en charge, la visite de la maternité, si l'activité en salle de naissance le permet.

Les sages-femmes libérales s'engagent à respecter le règlement intérieur du *(nom de l'établissement)*, notamment en ce qui concerne le respect des conditions d'hygiène et de sécurité édictés dans le cadre des mesures en usage au sein de l'établissement.

Les recommandations des bonnes pratiques édictées par les sociétés savantes (les collèges nationaux des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes, HAS) seront suivies. Les protocoles médicaux rédigés par le service de gynécologie-obstétrique du *(nom de l'établissement)* ainsi que les critères d'acceptabilité et de faisabilités dans le service d'obstétrique des projets de naissances, élaborés en équipe pluridisciplinaire en mai 2007, seront également respectés.

4.1) Critères d'inclusion

Les patientes suivies répondront aux critères d'inclusion suivants :

- grossesse physiologique,
- terme entre 37 et 41 SA + 6 jours,
- travail spontané, (y compris suite à une rupture prématurée des membranes et mise en travail spontané avant la 24ème heure),
- souhait du couple d'un accouchement sans péridurale et sans médicalisation du couple,
- utérus cicatriciel si la patiente a déjà accouché depuis la césarienne par voie basse sans extraction instrumentale après un accord voie basse à demander à un gynécologue.

4.2) Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- utérus cicatriciel, si n'a pas accouché voie basse depuis,
- grossesse gémellaire,
- présentation autre que céphalique,
- placenta prævia,
- macrosomie supérieure au 90 percentiles (réévaluée au 9 ème mois),
- Retard de croissance intra-utérin,
- diabète gestationnel insulino-requérant,
- Hypertension artérielle,
- Tout autre état pathologique maternel et/ou foetal connu avant la mise en travail.

Cette inclusion sera validée par la consultation de suivi de grossesse du 9ème mois effectuée au *(nom de l'établissement)* par une sage-femme hospitalière ou un médecin.
Cette consultation du 9ème mois permettra également de recueillir l'ensemble des données médicales et de formaliser le dossier médical de la patiente. Cette dernière signera à ce

moment le document « information-consentement patientes d'accès aux salles de naissance » tripartite sage-femme libérale – équipe médicale du *(nom de l'établissement)* – patiente.
La patiente bénéficiera obligatoirement d'une consultation d'anesthésie réalisée au *(nom de l'établissement)*.

4.3) Critères de passage de relais à l'équipe hospitalière

Les critères de passage de relais à l'équipe hospitalière durant le travail sont:

- hyperthermie supérieure à 38.5°,
- rupture prématurée de la membrane supérieure à 24 heures, sans mise en travail,
- utilisation d'ocytocine,
- pose d'une analgésie péridurale,
- stagnation de la dilatation de deux heures, malgré une bonne dynamique utérine, 4 à 5 contractions utérines par 10 minutes de bonne intensité, en phase active,
- anomalies du rythme cardiaque foetal,
    - Si un avis est demandé concernant une anomalie de rythme et que celui-ci obtient une réponse d'expectative ou que le rythme redevient physiologique, la sage-femme poursuit le suivi de la patiente,
    - si un pH est demandé,
        - celui-ci est pathologique, la sage-femme libérale passe le relais à la sage-femme hospitalière.
        - celui-ci est normal, la sage-femme libérale poursuit sa prise en charge.
- hémorragie de la délivrance,
- anomalie de l'adaptation extra-utérine du nouveau-né et si appel du pédiatre.
- autres pathologies se déclarant pendant le travail
- délivrance artificielle - révision utérine

4.4) Cas particuliers

Dans le cas d'une RPM sans CU, la patiente est hospitalisée. S'il y a une mise en travail spontanée avant la 24ème heure suivant la rupture, la sage-femme libérale est alors appelée.

5) Procédure de collaboration sage-femme libérale et équipe obstétricale du *(nom de l'établissement)*

La sage-femme libérale prévient l'équipe obstétricale de son arrivée en précisant son nom, le nom de la patiente et l'avancée du travail de la patiente. Au sein des trois sages-femmes de garde, une sage-femme appelée "relais" est alors définie d'un commun accord. A l'arrivée de la patiente, la sage-femme relais et l'aide –soignante seront présentées au couple. Durant le travail, une traçabilité informatique est effectuée au fil de l'eau lors de chaque toucher vaginal, par la sage-femme libérale. Si nous avons un passage de relais à une sage-femme hospitalière, du fait de la survenue d'une pathologie, la sage-femme libérale effectue des transmissions orales et écrites précises en mentionnant spécifiquement l'horaire de passage du relais. Une collaboration ainsi qu'une communication étroites sont primordiales au bon déroulement de cette prise en charge. Par exemple dans le cas d'une stagnation de la dilatation, la sage-femme « hospitalière » est prévenue d'une stagnation de dilatation. Une sage-femme « hospitalière », un interne, un senior peut être appelé pour aide à tout moment, par la sage-femme libérale responsable de l'acte.

En cas de survenue d'une pathologie, la sage-femme libérale s'engage à rester présente en tant qu'accompagnant jusqu'au deux heures après l'accouchement mais c'est la sage-femme hospitalière qui prendra en charge la patiente comme selon les procédures habituelles.
Lors de l'accouchement par la sage-femme libérale, l'aide-soignante est présente. La sage-femme libérale laisse la salle en ordre. Elle assure la surveillance de la patiente et du nouveau-né dans les deux heures qui suivent l'accouchement. Elle accompagne la patiente et le nouveau-né avec l'aide du brancardier en suites de naissances, réalise les transmissions aux sages-femmes des unités fonctionnelles de suites de naissances et enfin participe à l'installation de la patiente dans sa chambre.
La sortie sera autorisée après la visite du nouveau-né et l'accord du pédiatre, au minimum 10 à 12 heures après la naissance. Cependant, il sera vivement conseillé aux patientes de rester hospitalisées, deux nuits après l'accouchement. Dans ce cas l'équipe soignante et médicale du *(nom de l'établissement)* assurent le suivi de la mère et de l'enfant.
La sage-femme assure les tests de dépistages (Guthrie et tests associés) et s'assure que le test d'auto émission est réalisé.

6) Evaluation

La période d'évaluation nécessaire correspond à un nombre de douze naissances prises en charge par l'ensemble des sages-femmes libérales souhaitant bénéficier de cet accès aux salles de naissance.

Annexe 3 :

Logo de l'établissement

Annexe 3

Madame .....

Sage -Femme Libérale

Date	Nom de la patiente	Accouchement	Sondage évacuateur	ERCF pendant le travail au moins 2 h	Pathologie		Majoration en fonction de l'heure de naissance			Non rétribution
							Majoration dimanche et jour férié	*Majoration de nuit de 20h à 0h et de 6h à 8h*	*Majoration de 0h à 6h*	
		70% du 124,80 SF	**3 SFI**	**40 SF**	**50% du 124,80 SF**	**60% du 124,80 SF**	**21 €**	**35 €**	**40 €**	

La Sage-femme Cadre Supérieur
Service de Gynécologie Obstétrique
(nom de l'établissement)

Réglementation des cotations au 1er juillet 2014
SF : 2,80 €
SFI : 2,18 €

Annexe 4 :

Logo et nom de l'établissement

INFORMATION ET CONSENTEMENT PATIENTE DANS LE CADRE D'UNE PRISE EN CHARGE PAR UNE SAGE-FEMME LIBERALE AVEC ACCES AUX SALLES DE NAISSANCE DU *(nom de l'établissement)*

Madame,

Vous souhaitez bénéficier d'un accompagnement global médical par Mme ……..., sage-femme libérale lors de votre accouchement. Un accompagnement global signifie un travail et un accouchement entièrement physiologique et sans recours à l'analgésie péridurale.

La maternité du *(nom de l'établissement)* a passé une convention médicale mais également administrative avec Mme ……...,, qui devient directement responsable de votre prise en charge. Le *(nom de l'établissement)* met ses locaux et matériels à disposition. Cet accès aux salles de naissance est disponible 24h/24 et 7j/7. S'il survient une pathologie au cours du travail ou de l'accouchement, Mme ……..., passe le relais à l'équipe obstétricale de garde de la maternité du *(nom de l'établissement)*. Il reste cependant possible à Mme ……..., de vous accompagner sans intervenir médicalement ou techniquement.
L'acceptation de votre dossier est validée au cours de la consultation du 9ème mois effectuée par une sage-femme ou un médecin du *(nom de l'établissement)* selon les critères d'inclusion définis dans la convention médicale établie entre Mme ……..., et la maternité du *(nom de l'établissement)*. Une consultation d'anesthésie prénatale est obligatoirement réalisée au *(nom de l'établissement)*.

Je soussignée, Mme ……..., demande le suivi par Mme ……..., sage-femme libérale ainsi que l'accès aux salles de naissance du *(nom de l'établissement)*, dans les règles ainsi définies.

Fait à ……..., le ……...,

Madame ……...,	Madame ……...,
La patiente	La sage-femme libérale
Madame/Monsieur ……...,	
La sage-femme ou le médecin de la maternité du *(nom de l'établissement)*	

1 exemplaire remis à la patiente
1 exemplaire dossier patiente (nom de l'établissement)
1 exemplaire Sage-Femme Libérale

Annexe 5 :

CHUCaen	DOCUMENT OPERATIONNEL	GO-DO-050
	DIRECTION DU TRAVAIL OBSTETRICAL	Version 01 du 08/01/2016
		Page 1/4
Entité émettrice : POLE FEMME ENFANT \ Gynécologie Obstétrique		

1. OBJET

Prise en charge médicale du travail dystocique (amniotomie et perfusion d'oxytocine)

2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNE

Domaine d'application : le pôle Femme-Enfant
Personnel concerné : les médecins et les sages-femmes

3. RESPONSABILITES

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

4. DESCRIPTION DE L'OBJET

1. **Préambule** : Chaque situation clinique doit faire l'objet d'une évaluation précise des différents éléments du pronostic obstétrical afin de déterminer une **prise en charge adaptée et personnalisée**.

2. **Rappel de définitions et règles de bonnes pratiques :**

- **Tentative de voie basse =** toute situation obstétricale à **risque accru de césarienne** en urgence : prématurité, utérus cicatriciel, siège, gémellaire, suspicion de macrosomie, de RCIU/PAG

- **Dystocie = absence de progression du travail sur une période d'au moins 2 heures.**
  - ➔ **Pas de toucher vaginal** (TV) **systématique toutes les heures ;** par contre, tout évènement aigu (douleur aigue ou s'aggravant, anomalie du RCF, etc.) justifie un TV.
  - ➔ **Pas de direction systématique du travail,**
  - ➔ **Direction du travail uniquement si dystocie**, par **amniotomie première** (si membranes intactes)**.**

- **Phase de latence = = col non effacé, < 6 cm**
  - ➔ **TV toutes les 4 heures**
  - ➔ **Pas de partogramme en phase de latence**
  - ➔ **Pas de césarienne pour dystocie avant au moins 12 heures de non progression du travail**

- **Phase active = col effacé, au moins 6 cm, jusqu'à dilatation complète**
  - ➔ **Début du partogramme**
  - ➔ **TV toutes les 2 heures**
  - ➔ **Si dystocie :** contrôle de la **variété de présentation** si besoin à l'échographie, en cas de variété postérieure : **rotation manuelle.**

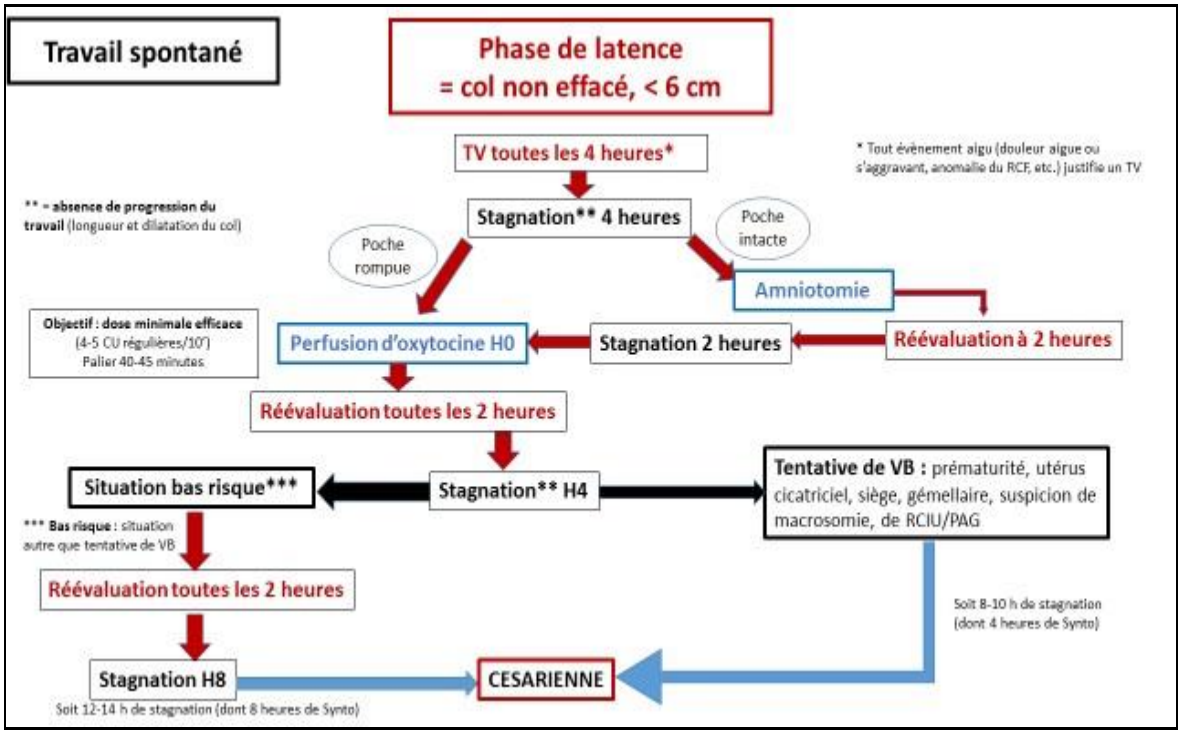
Perfusion d'oxytocine en cas de dystocie : modalités d'administration

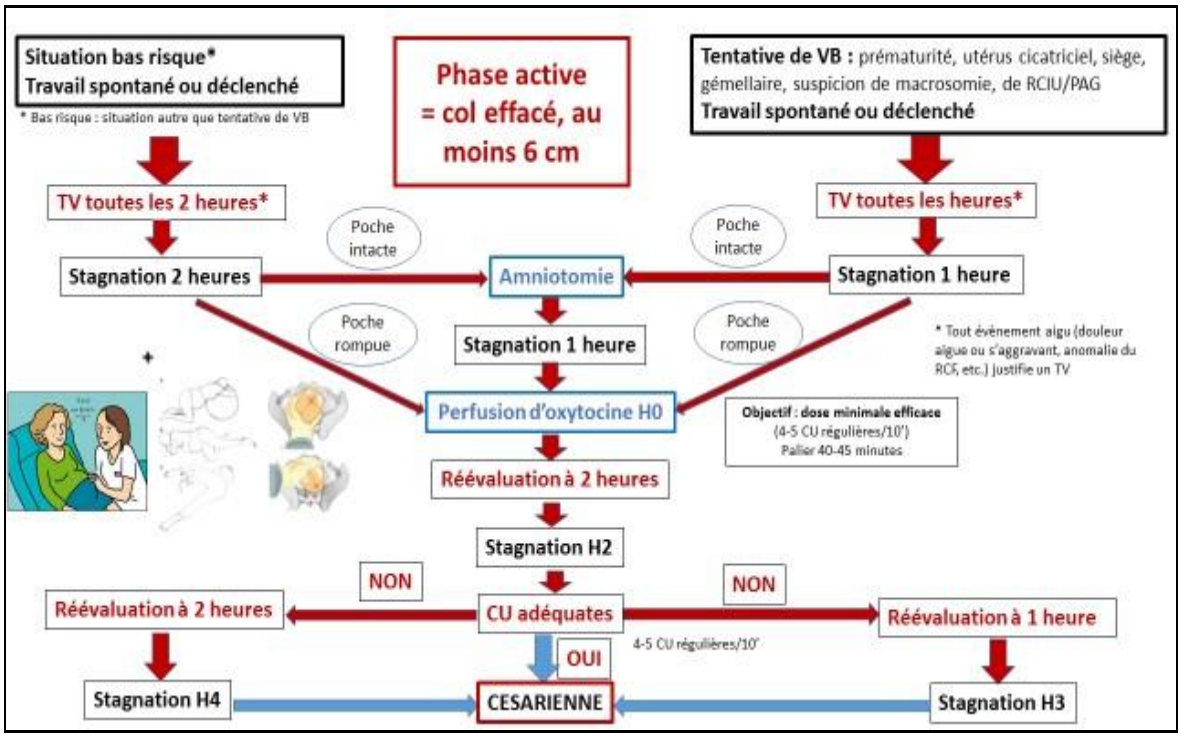
1. I**ndication :** uniquement si travail dystocique
2. Enregistrement **continu** du RCF et des CU : pose d'une tocométrie interne si mauvais enregistrement des CU ou si antécédent de césarienne.
3. **Amniotomie** première si membranes intactes (avant de débuter la perfusion)
4. **5 UI de Syntocinon®** dans 500 ml de soluté glucosé à 5%,
5. **Pompe** à perfusion électrique avec valve antireflux
6. **Spécifier la dose administrée en milli-unités par** minute (plutôt que le volume du liquide perfusé en ml/h)
7. **Commencer par un débit faible = 2,5 mU/min (soit 15 mL/h)**
8. **Augmentation progressive des doses par paliers de 40 min et de 2,5 mU/min (15 ml/h) sans aller systématiquement jusqu'à la dose maximale**
9. **Objectif : dose minimale efficace** pour obtenir une bonne dynamique utérine **(4-5 CU régulières /10 min)**
10. **Dès l'objectif atteint et progression du travail : arrêter la perfusion** (si nouvelle dystocie : reprise au palier auquel avait été arrêtée la perfusion).
11. **Dose maximale recommandée : 20 mU/min (soit 120 mL/h)**

Débits de perfusion et paliers recommandés (pour 5 UI dans 500 ml de G5%)

Concentration en mU/min	Débit en ml/h
2,5	15
5	30
7,5	45
10	60
12,5	75
15	90
20	120

Si **hyperactivité utérine** (mauvais relâchement et/ou hypercinésie ≥ 6 CU/10 min) : arrêt de la perfusion. Si associée à des anomalies du RCF : appel du médecin de garde et faire Salbutamol
0,5 mg, 1/5ème d'ampoule IVD.


Travail spontané
Phase de latence
= col non effacé, < 6 cm
TV toutes les 4 heures*
* Tout évènement aigu (douleur aigue ou s'aggravant, anomalie du RCF, etc.) justifie un TV
** = absence de progression du travail (longueur et dilatation du col)
Stagnation** 4 heures
Poche rompue
Poche intacte
Amniotomie
Objectif : dose minimale efficace
(4-5 CU régulières/10')
Palier 40-45 minutes
Perfusion d'oxytocine H0
Stagnation 2 heures
Réévaluation à 2 heures
Réévaluation toutes les 2 heures
Situation bas risque***
Stagnation** H4
Tentative de VB : prématurité, utérus cicatriciel, siège, gémellaire, suspicion de macrosomie, de RCIU/PAG
*** Bas risque : situation autre que tentative de VB
Réévaluation toutes les 2 heures
Soit 8-10 h de stagnation (dont 4 heures de Synto)
Stagnation H8
CESARIENNE
Soit 12-14 h de stagnation (dont 8 heures de Synto)


Situation bas risque*
Travail spontané ou déclenché
* Bas risque : situation autre que tentative de VB
Phase active
= col effacé, au moins 6 cm
Tentative de VB : prématurité, utérus cicatriciel, siège, gémellaire, suspicion de macrosomie, de RCIU/PAG
Travail spontané ou déclenché
TV toutes les 2 heures*
TV toutes les heures*
Poche intacte
Poche intacte
Stagnation 2 heures
Amniotomie
Stagnation 1 heure
Poche rompue
Poche rompue
Stagnation 1 heure
* Tout évènement aigu (douleur aigue ou s'aggravant, anomalie du RCF, etc.) justifie un TV
Perfusion d'oxytocine H0
Objectif : dose minimale efficace
(4-5 CU régulières/10')
Palier 40-45 minutes
Réévaluation à 2 heures
Stagnation H2
NON
NON
Réévaluation à 2 heures
CU adéquates
Réévaluation à 1 heure
4-5 CU régulières/10'
OUI
Stagnation H4
CESARIENNE
Stagnation H3

5. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

Externes : Zhang J et al. Contemporary patterns of spontaneaous labor with normal neonatal outcomes. Obstet Gynecol 2010. ACOG/SMFM Obstetric Care Consensus. Safe prevention of the primary cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2014. **Internes :** Protocole déclenchement artificiel du travail.

6. HISTORIQUE DU DOCUMENT

Dernière version	***Objet de la révision***
01 - 08/01/2016	création du document sous format électronique
Historique des révisions	

7. EVALUATION

Néant

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	**Vérification**	**Approbation**
Gael BEUCHER Médecin - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 07/01/2016 11:33:33	*Michel DREYFUS* Chef de Service - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique 07/01/2016 11:59:16	*Brigitte COURTOIS (par Brunehilde HUE)* Directeur - CHU\DIRECTION QUALITE ET DROITS DES PATIENTS 07/01/2016 12:54:38

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.

Annexe 6 : Entretien de Mme C

- Primipare de 33 ans
- Principales caractéristiques du travail, de l'accouchement et des suites de couches :
    - Rupture spontanée de la poche des eaux (RSPDE)
    - Pas d'utilisation d'ocytociques de synthèse
    - Sans APD
    - Accouchement par voie basse spontanée
    - Déchirure périnéale simple
    - Enfant de 3830 grammes
    - Pas de passage de relais
    - Allaitement maternel
    - Séjour de trois jours en suites de couches.

Bonjour Mme C, donc comme convenu, j'ai quelques questions à vous poser à propos de votre accouchement sur le plateau technique. Je vous rappelle que cet entretien est enregistré, cela ne vous pose pas de problème ?

Non, non, pas du tout.

Alors, pour commencer, pourquoi avez-vous choisi d'accoucher sur le plateau technique ? Selon vous, qu'est-ce que cela vous apportait en plus comparé à un accompagnement classique par l'équipe de garde ?

Eh bien… en fait… à la base quand je suis tombée enceinte, je ne savais pas du tout comment ça fonctionnait… c'était mon premier enfant… j'étais surprise parce que dans ma tête je pensais qu'on était suivie par la sage-femme, et que … C'est elle qui nous accouchait à la fin, au bout des neuf mois et puis la première sage-femme que j'avais été voir elle m'a dit « ah bah non, non ça ne se passe pas du tout comme ça, vous arrivez à l'hôpital et c'est le personnel de garde qui vous accouche » donc c'est vrai que j'étais un petit peu surprise ! Et puis … Au fur et à mesure des consultations avec cette sage-femme elle voyait un petit peu ce que je recherchais, parce que dans notre vie au quotidien on est contre la médicalisation, les médicaments à outrance… Et donc du coup elle me dit « je connais une sage-femme qui accouche ses patientes mais par contre il faut bien savoir que vous ne pouvez pas choisir la péridurale si vous souhaitez accoucher avec cette sage-femme là ». Donc j'ai dit oh ben il faut y réfléchir, j'avais pas vraiment pensé à ça quand elle m'en a parlé mais je me suis dit que ça pourrait bien me convenir. Donc elle me dit « écoutez je vous donne son numéro de téléphone et puis vous voyez avec elle si ça peut coller ». Donc on a eu un premier entretien avec Stéphanie qui nous a bien expliqué comment elle fonctionnait, que c'était une décision qu'il fallait bien réfléchir, parce que c'est un investissement aussi bien de sa part que de notre part, c'est une décision quand on choisit

de faire ce genre d'accouchement, bon bah elle il faut qu'elle se rende disponible 24h/24 7j/7 pendant une période, même si voilà, pendant l'accouchement si ça se passe mal, on se dit bon bah là il faut une péridurale ou il faut passer à la médicalisation, bon bah là du coup Stéphanie est obligée de passer la main au personnel soignant, mais faut que ça soit une décision mûrement réfléchie pour pas que dès les premières douleurs je me dise oh non ça va pas le faire il faut une péridurale ! [rires] Donc… Du coup on y a réfléchi longuement avec mon ami et puis… Comme nous dans notre optique on est pas trop pour la médicalisation en règle générale, du coup moi j'ai réfléchi de mon côté aussi et puis je me suis dit bon allez on tente l'expérience, les femmes accouchaient bien sans péridurale avant, ça doit se faire [rires]. Et j'avais vraiment envie d'un accouchement un peu intime, avec quelqu'un qui m'a suivie pendant neuf mois, qui me connait, j'avais vraiment envie de ce genre d'accouchement. J'avais aussi envie de quelqu'un qui savait ce que j'aimais, ce que j'aimais pas dans le sens où elle savait bien que j'étais un peu contre tout ce qui pouvait amener à forcer un peu les choses et du coup je savais qu'au maximum elle allait essayer de respecter ma vision des choses. Pour moi c'était important.

Très bien. Est-ce que vous aviez envisagé une autre façon pour accoucher ? Par exemple si on ne vous avait pas parlé du plateau technique, est ce que vous vous seriez tournée vers l'hôpital le plus proche de chez vous, ou est-ce que vous aviez pensé à l'accouchement à domicile par exemple... ?

Alors c'est vrai que quand on a commencé à chercher une sage-femme, tout ça, on s'est posé la question de l'hôpital, moi je suis plus proche de Flers donc on se disait « est ce qu'on choisit Flers, est ce qu'on choisit Caen », après moi mon travail étant à Thury-Harcourt, ça me rapprochait de Caen mais bon, mon domicile était un peu plus loin… Et c'est vrai qu'au début on avait pas des idées pré conçues, après ce qui s'est vraiment décidé du plateau technique c'est vraiment le choix de prendre Stéphanie et donc le plateau technique, et le fait qu'il y ait une salle nature au CHU ça a vraiment décidé notre choix quand on a appris qu'il y avait des salles comme ça au CHU. Et puis… Sinon l'accouchement à domicile, c'est pas quelque chose qui me tentait pour mon expérience à moi, c'était mon premier accouchement, je savais pas du tout comment ça allait se passer, et c'est vrai que ça m'aurait inquiété dans le sens où je sais que des fois les premières secondes avec un bébé ça peut être primordial si par exemple il respire pas et tout ça et c'est vrai que nous en habitant loin d'un hôpital ça m'aurait un peu stressé en fait. Donc… J'ai jamais envisagé l'accouchement à domicile, par contre le fait qu'il y ait une salle nature au CHU je trouvais ça super.

Oui c'est vrai que c'est une très bonne chose pour les mamans qui souhaitent accoucher sans péridurale.

Oh oui, oui, oui ! Et puis c'est vrai que on a passé des heures dans la salle et c'est vrai que j'ai vu personne d'autre que Stéphanie, c'était vraiment intime quoi.

Très bien. Du coup, pensez-vous avoir eu un meilleur vécu de votre accouchement grâce au plateau technique ? Est-ce que ça aurait changé quelque chose si vous n'aviez pas accouché avec Stéphanie ?

Je pense que ça aurait pas été pareil dans le sens où il y avait plusieurs petites choses qui venaient un petit peu euh… J'avais fissuré 48 heures auparavant au moment d'accoucher, donc j'avais quand même été obligée d'avoir des antibiotiques vu qu'ils considèrent qu'il faut suivre le protocole quand on a fissuré, mais je sais que ça s'est passé pendant plusieurs heures pendant un moment c'était un peu long, Stéphanie a été demander plusieurs fois leur avis au personnel soignant, est ce qu'il faut passer à une autre étape, et du coup comme elle voyait en plus que moi j'étais pas trop stressée parce que moi je voyais que Stéphanie était… Enfin Stéphanie est très très zen, pas du tout stressée donc ça nous apaise aussi de la voir aussi détendue, et c'est vrai que le peu de fois où elle quittait la salle pour aller demander conseil et tout ça moi j'étais en stress parce qu'elle était plus là, elle était plus là pour me coacher, c'était plus du tout pareil [rires]. Euh… Du coup c'était quoi votre question de base, je ne me rappelle plus ?

C'était savoir si vous pensez avoir eu un meilleur vécu de votre accouchement grâce à cet accompagnement ?

Euh… Oui, oui, ce qu'on a trouvé super mon ami et moi effectivement, c'était de vivre l'accouchement tous les trois quoi, sans personne d'autre qui venait, c'était vraiment intime.

D'accord. Alors la prochaine question, c'est est-ce que vous pensez que cet accompagnement ait pu avoir une influence sur le déroulé du travail et de l'accouchement ? Par là j'entends, est-ce que vous pensez que sans ça vous auriez eu recours à la péridurale, ou est-ce que vous imaginez que le travail ne se serait pas aussi bien déroulé…

Une chose est sûre, c'est que au moment du travail je ne m'imaginais pas du tout que ça allait être aussi douloureux. Je m'imaginais que ça allait être dur mais je pensais pas autant. [rires] Donc c'est vrai que quand j'ai eu des douleurs intenses, quand Stéphanie quittait la pièce je disais à mon ami « han je sais pas si j'aurais choisi ça si j'avais su ! » [rires] et ça je l'ai dit à Stéphanie que sans son aide… Ouais c'est comme un coach sportif un peu hein, je crois que j'aurais passé facilement la main, de dire « oui je veux une péridurale j'en peux plus je suis fatiguée » ça faisait deux nuits que je dormais plus donc moi j'étais à ma troisième nuit blanche quand j'ai accouché et physiquement j'étais très très fatiguée… Et c'est vrai que sans le soutien de Stéphanie j'aurais jamais pu aller au bout de l'accouchement sans péridurale je pense, c'est même certain. Et comme je vous disais, dès qu'elle quittait la pièce je sentais un découragement, et puis elle m'a tellement soutenue jusqu'au bout, et je l'avais tellement choisi, l'accouchement comme ça… Pour moi c'était presque devenu une fierté que j'avais promis à Stéphanie que j'accoucherais sans péridurale, donc j'accoucherai sans péridurale ! [rires] Je lui ai dit à Stéphanie au final que c'est un peu pour elle que je l'ai fait parce que je m'étais engagée envers elle et pour moi

c'était important d'aller jusqu'au bout quoi [rires]. Il y a des liens très forts qui se lient avec la sage-femme et au final elle devient une pièce maitresse au moment de l'accouchement.

Un peu comme une troisième personne dans le couple en fait.. [rires]

[rires] Oui c'est ça ! C'est vrai que mon ami m'a beaucoup soutenue pendant mon accouchement aussi, Stéphanie lui disait comment faire et tout ça, et il a été super tout au long de l'accouchement, et c'est vrai que c'est un peu un travail à trois en fait. [rires]

D'accord ! Par la suite, comment avez-vous vécu votre séjour en suites de couches ? Est-ce que par exemple vous auriez aimé sortir plus tôt ?

Eh bien, tout le personnel était vraiment très très bien, aussi bien au plateau technique que par la suite on est bien suivi, bien encadré, le personnel très gentil. Quand je suis arrivée dans ma chambre les sages-femmes savaient que j'avais accouché sans péridurale d'un bébé de 3.8kg, deux-trois sages-femmes m'ont dit « ah bah dis donc félicitations, accoucher sans péridurale d'un bébé de 3.8kg pour un premier ! » Elles étaient très sympa, c'est vrai qu'on voit beaucoup d'équipes différentes entre la nuit et le jour et elles étaient toutes très gentilles. Donc j'ai très bien vécu ce séjour à la maternité et j'ai trouvé que trois jours c'était une bonne durée de séjour.

Est-ce que vous pensez qu'accoucher en plateau technique ait pu avoir une influence sur le post-partum ? Par rapport à l'allaitement, est ce que vous pensez que ça a joué sur votre attachement à votre bébé…

Eh bien, nous on en avait parlé avec Stéphanie on souhaitait que le cordon ombilical ne soit pas coupé tout de suite pour différentes raisons qu'on avait vues, donc c'est vrai que Stéphanie a attendu un peu, c'est vrai qu'elle nous l'a posé sur le ventre, il est resté un long moment sur nous, après on l'a mis au sein quand le cordon ombilical a été coupé, et… Après mon ami s'est occupé du bébé avec Stéphanie et tout ça, parce que moi je pouvais pas parce qu'elle devait me recoudre un peu et c'est vrai que … C'était vraiment intime, après c'est vrai que je peux pas trop comparer vu que je n'ai pas eu d'accouchement traditionnel donc c'est pas facile si de dire si ça aurait été très différent lors d'un accouchement traditionnel, j'ai pas de recul en me disant « bon j'ai vécu les deux accouchements je sais que celui-là c'est carrément mieux » mais en tout cas si j'en parle avec une copine je lui dirai que mon expérience c'est quand même … Je la recommande, après faut être très conscient que c'est intense et faut être prêt au niveau de la douleur, faut être courageuse.

Je comprends ! Donc pour une prochaine grossesse, pensez-vous que vous referiez le choix d'accoucher en plateau technique ?

Oui ! Bah en fait je suis enceinte depuis … C'est tout neuf là ! [rires] Donc en fait la première personne que j'ai prévenue c'est Stéphanie, c'était pour lui dire bah voilà il faut qu'elle me réserve une place. [rires]

Vous avez raison, parce que les places se font chères apparemment ! [rires]

Oui, en plus c'est rigolo parce trois semaines avant que j'apprenne que j'étais enceinte on avait été boire un thé avec Stéphanie et donc on parlait d'accouchements et je lui demandais alors beaucoup d'accouchements prévus pour 2017 ? Et elle me disait qu'elle allait avoir une collègue qui allait faire comme elle donc ça allait être plus facile à organiser et elle me disait « bon bah pour les vacances la première maman qui me dit j'accouche en juillet, bah moi du coup je prends août et les prochains accouchements c'est oui ou c'est non selon la date mais je peux pas dire oui à tout le monde sinon je pars jamais en vacances », donc moi quand j'ai appris que j'étais enceinte je me suis dit « oh la ça va tomber pendant les vacances ! » [rires] Donc c'était la première quasiment au courant pour réussir à l'avoir. Et en fait pour être honnête avec vous, quand on vient d'accoucher et les deux-trois premiers jours après l'accouchement quand on vient de vivre cette épreuve-là, sur le coup quand on me posait la question, je disais « je sais pas » [rires], « je sais pas si je recommencerais en fait » et en fait on oublie vite, on ne retient que les bons moments [rires] et on se dit que ça valait le coup quand même, même si c'était physique, ça valait le coup.

D'accord. Alors on arrive à la dernière question, est-ce que vous auriez des suggestions à faire pour améliorer le plateau technique ? Est-ce qu'il y a eu des choses qui se sont passées où vous vous êtes dit « dommage que ma sage-femme ne puisse pas faire cela » par exemple, …

Non, ya rien qui m'a choqué en fait… Non ya rien qui me vient à l'idée comme ça ... Non non … Je ne vois pas pour l'instant !

Très bien, je vous remercie de m'avoir accordé de votre temps. Au revoir !

Annexe 7 : Entretien de Mme D

- 1er accouchement :
  - Primipare de 36 ans
  - Principales caractéristiques du travail, de l'accouchement et des suites de couches :
    - RAPDE
    - Pas d'utilisation d'ocytociques de synthèse
    - Sans APD
    - Accouchement par voie basse spontanée
    - Episiotomie
    - Passage de relais pour HPP
    - Enfant pesant 3800 grammes
    - Allaitement maternel
    - Séjour de quatre jours en suites de couches.
- 2ème accouchement :
  - A 38 ans
  - Principales caractéristiques du travail, de l'accouchement et des suites de couches :
    - RAPDE
    - Pas d'utilisation d'ocytociques de synthèse
    - Sans APD
    - Accouchement par voie basse spontanée
    - Déchirure périnéale simple
    - Pas de passage de relais
    - Enfant pesant 3520 grammes
    - Allaitement maternel
    - Séjour de trois jours en suites de couches.

Bonjour Mme D, je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer. Pour commencer, pourquoi avez-vous choisi d'accoucher sur le plateau technique ? Selon vous, qu'est-ce que cela vous apportait en plus comparé à un accompagnement classique par l'équipe de garde ?

D'accord, alors en fait l'idée, on était partis sur un accouchement sans péridurale, et dans ce contexte-là, on avait depuis le début l'impression que ce serait quand même sympathique d'être accompagnés lors de l'accouchement par la personne qui nous a suivis lors de la grossesse. Je ne sais plus comment on a entendu parler du plateau technique parce que à l'époque c'était pas facile de tomber sur l'information, j'en ai parlé à ma gynéco, autour de moi, même ma gynéco m'a dit que ce n'était pas possible d'avoir la personne qui a suivi la grossesse présente lors de l'accouchement, elle m'a dit cela ne se

fait que à Paris. Je ne sais plus par quel biais je suis tombée sur le plateau technique lors de mes recherches en ligne… Et là ça nous a paru être une évidence absolue, que ça a du sens de se retrouver dans cette situation avec une personne que l'on connait, où il y a une relation de confiance, d'une certaine intimité… Voilà et donc c'était surtout pour accompagner cet accouchement sans péridurale, enfin sans gestion de la douleur médicamenteuse. Donc on s'est dit que c'était particulièrement important d'être bien accompagnée pour cela, et cela s'est avéré vrai. [rires]

D'accord ! Donc du coup vos deux accouchements, vous étiez accompagnée par Stéphanie ?

Oui voilà, et pour le deuxième accouchement il y avait également Hélène Labigne, qui travaille avec Stéphanie et qui fait de l'haptonomie aussi.

Ok. Aviez-vous envisagé une autre façon pour accoucher ? Par exemple à domicile, ou à l'hôpital mais avec un accompagnement classique ?

Non, alors mon mari a des notions très romantiques de l'accouchement, je pense qu'il me voyait limite accoucher à côté de l'étang en face de chez nous, en décembre ça aurait été génial [rires], mais ça je me suis jamais posée la question d'un accouchement à domicile tout bêtement pour des questions de sécurité, je sais, sans être spécialiste mais je sais que cela peut très rapidement partir en vrille, ya des choses qui ne posent pas de problème en milieu hospitalier mais qui peuvent être dramatiques à domicile, voilà donc non je ne me suis jamais posée la question d'un accouchement à domicile. Au début je pensais surtout aux maisons de naissance mais de ce que j'ai compris il n'y en a pas en France, ou c'est en train de se faire ?

Oui c'est ça, il y a une dizaine de maisons de naissance qui ont été autorisées à ouvrir récemment en France, mais c'est encore au stade expérimental et il n'y en a pas dans l'ouest de la France à ma connaissance.

D'accord… Oui c'est vrai que les maisons de naissance se rapprochaient vraiment de ce qu'on voulait à la base, après ceci étant dit, l'accouchement sur le plateau technique du CHU a été tellement super, on a eu une expérience tellement géniale, que je ne vois pas vraiment ce que la maison de naissance pourrait apporter en plus par rapport au plateau technique.

Je pense que la différence entre la maison de naissance et le plateau technique se tient surtout dans le lieu en lui-même, la maison de naissance c'est un lieu à part, sans aucun équipement médical, alors que le plateau technique on occupe une des salles de naissance de l'hôpital.

D'accord… Alors oui là je dois avouer que très honnêtement, je suis très sensible habituellement à cet aspect-là, de confort et de bâtis, mais pas du tout pendant ces quelques heures précises de ma vie [rires].

Je comprends ! Alors la question suivante, c'est est ce que vous pensez avoir eu un meilleur vécu de vos accouchements grâce à l'accompagnement en plateau technique ?

Oui, enfin le problème, c'est que je n'ai pas accouché en dehors de ce cadre donc je n'ai pas d'élément de comparaison, mais … Je ne peux pas imaginer que ce soit pas différent, quand j'en parle avec des amies ou des cousines qui ont accouché récemment, … C'est extraordinaire, on arrive à l'hôpital avec son mari et la sage-femme qu'on connait, et on ne voit que ces gens-là pendant toute la durée de l'accouchement, il y a quelque chose d'assez magique de ce point de vue là tout en ayant le cadre rassurant de l'hôpital, moi ma perspective c'était pas du tout un truc anti-hospitalier, hein, pas du tout, c'est rassurant d'avoir tout cela en arrière-plan, mais surtout le deuxième accouchement parce que le premier Stéphanie vous en a peut-être parlé mais il y a eu un petit problème à la fin, *(NDLR : passage de relais pour HPP lors du premier accouchement)* surtout le deuxième accouchement qui s'est passé sans aucun problème, c'est juste… C'est fou, on arrive à l'hôpital dans son cocon, on accouche, on quitte la salle de naissance dans son cocon, on arrive dans sa chambre, et voilà … Donc j'ai du mal à penser que cela ne soit pas mieux qu'un accouchement classique où justement il y a les équipes qui changent éventuellement, et où il y a peut-être un peu moins de patience aussi ? Je sais que par exemple Stéphanie lors du premier accouchement a vraiment attendu, attendu avant de faire l'épisiotomie, bon finalement il a fallu la faire mais je pense que dans un cadre classique elle aurait été faite plus tôt, donc elle s'est ménagée une certaine liberté, elle a attendu plus longtemps, enfin voilà je pense qu'on est peut-être moins dans des normes absolues.

D'accord. Ensuite, pensez-vous qu'un accompagnement en plateau technique ait pu avoir une influence sur le déroulé du travail et de l'accouchement ?

Alors euh… Je dirais deux choses : certainement dans le sens où c'était génial puisque Stéphanie est venue chez nous lorsque je l'ai appelée pour lui dire que ça commençait à « chauffer », elle est venue et je crois que les deux fois elle est repartie, donc ça limite le temps quand même passé au CHU, c'est plus agréable d'être chez soi que à attendre là-bas, et ensuite pendant le travail, le fait d'avoir cette personne qu'on connait vraiment je pense que ça change la donne, et puis surtout au cours du deuxième accouchement Hélène était là avec Stéphanie, pour l'accompagnement en haptonomie, et c'est surtout Alexandre qui l'a ressenti, moi je l'ai un petit peu ressenti mais Alexandre confirme cela, dans le fait d'accompagner le travail au lieu de se crisper, parce que c'est vrai que c'est malheureusement l'instinct premier que l'on a en tant que femme, cela a été assez formidable. Et puis surtout le fait qu'Hélène soit là, parce que oui on peut dire que la préparation en haptonomie peut se combiner à un accouchement classique, mais le fait que la sage-femme soit là cela change tout parce qu'on a beau avoir fait cette préparation, quand on est seul on en mène pas large, et Hélène a vraiment joué un très très grand rôle lors du deuxième accouchement. Ceci étant dit c'était vraiment génial d'avoir Stéphanie présente également, plutôt que les sages-femmes du CHU, même si je les ai rencontrées

par la suite et qu'elles sont géniales, mais bon elles n'auraient pas eu cet accompagnement sur la durée.

Monsieur : je pense qu'il y a aussi une question purement émotionnelle, avec Stéphanie du fait de la connaitre, ya un lien qui s'établit, un lien de confiance, même si les sages-femmes du CHU étaient vraiment géniales, les sages-femmes hommes aussi, mais avec Stéphanie il y a un lien de tendresse, … une bulle de familiarité qui est là et ça c'est … c'est infiniment précieux.

Madame : en fait lors de l'accouchement on est dans un moment où on se sent comme le centre de l'univers et pour les professionnels de la santé, que ce soient les médecins et les sages-femmes qui nous accompagnent, même si bien sûr ils nous veulent du bien, c'est leur quotidien et on est un parmi d'autres, et c'est vrai que le plateau technique est un peu une étape intermédiaire, j'ai bien conscience que nos filles ne soient pas les seuls enfants que Stéphanie ait mis au monde [rires], mais par exemple on se tutoie, c'est un truc tout bête, mais qui a plus de sens dans ces moments-là.

Monsieur : pour répondre plus précisément à la question, même si ma place dans l'accouchement n'est que secondaire… C'est tout à fait clair dans le sens où il y a un grand sentiment de liberté, on rentre dans la pièce, on referme la porte et on est de nouveau dans un espace protégé, la porte ne va pas s'ouvrir et de nouveaux visages ne vont pas apparaitre toutes les cinq minutes, aussi gentils, professionnels et bienveillants qu'ils soient, on reste dans un espace absolument sécurisé émotionnellement parlant, il y a la grande liberté de se mouvoir et d'y faire absolument ce que l'on veut, de ne pas être dirigés, « maintenant vous vous installez comme ça », pour elle comme pour moi, on fait absolument ce que l'on veut comme on l'entend…

Madame : après je ne sais pas comment cela se passe dans un accouchement classique, par exemple le choix de la position dans un accouchement sans péridurale lors d'un accompagnement classique, mais j'ai vraiment apprécié de pouvoir prendre les positions que je voulais et bouger comme je l'entendais.

D'accord. Et pensez-vous que sans cet accompagnement par Stéphanie et Hélène, vous auriez eu plus facilement recours à la péridurale ?

Madame : la question ne s'est pas posée, mais je pense qu'à un moment j'avais tellement mal que si quelqu'un était arrivé et m'avait dit on peut vous poser une péridurale, j'aurais pu dire oui, mais dans tous les cas ça aurait été trop tard, c'était vraiment à la fin. Je pense que peut-être d'être accompagnée en continu à la fois effectivement ça rassure, on sait que la douleur ne veut pas dire que quelque chose se passe mal mais que c'est complètement normal et puis je pense qu'il y a également un contrat moral, que l'on passe avant tout avec soi, mais aussi avec Stéphanie, il y a ce côté « on fait cela ensemble », cela m'a donné le courage de poursuivre à certains moments. Dire que l'on pourrait être considérée comme une lâcheuse si on abandonnait c'est peut-être un peu excessif, mais il

y a quelque chose de cet ordre-là. Voilà, on a fait ce choix en amont, on sait que il n'y a rien de déraisonnable là-dedans, on sait que c'est compliqué, et au moment où c'est compliqué on sait que cela fait partie du deal, on sait que ce n'est pas une raison pour abandonner maintenant.

D'accord. Vous me parliez tout à l'heure du « problème » à la suite du premier accouchement, comment avez-vous vécu ce passage de relais à l'équipe de garde lors de votre premier accouchement, le fait que justement il y ait tant de personnes qui pénètrent si rapidement dans votre « cocon » ?

Madame : moi j'étais totalement dans les vapes, donc je voyais tout ça de façon assez lointaine comme dans du coton, mais c'est exactement comme vous le décrivez, effectivement c'est assez impressionnant, de passer de ce cocon, cette pièce presque vide à tout d'un coup, il y a beaucoup de monde qui rentre dans la salle, c'est à ça qu'on remarque qu'il y a quelque chose qui est en train de se passer. Dans la gestion du passage de relais, je me souviens que Stéphanie a été géniale parce que tout d'un coup il y avait du monde mais il n'y a pas eu d'angoisse, de panique ou quoique ce soit, donc je me sentais complètement en sécurité.

Monsieur : l'enfant est né, on est juste quelque part d'autre, complètement autour de ça, et à un moment tout le monde est rentré mais on regarde ça d'un coin de l'œil car on est concentré sur l'enfant et sur la mère et quelqu'un est venu me voir en me disant « s'il vous plait vous prenez l'enfant et vous allez dans une autre pièce » et moi ça m'a paru comme une pièce de théâtre, avec un changement de décor « acte 2 », et donc il n'y a pas eu d'angoisse, je pars avec l'enfant je suis dans une autre pièce tout seul avec lui, et là ça commence à durer et tout d'un coup je me dis mais qu'est-ce qu'il est en train de se passer, il y a eu cette personne qui m'a demandé de sortir avec l'enfant, mais tout ça ça a mis très longtemps, le sentiment d'angoisse a mis très longtemps avant d'émerger.

Madame : alors en fait… J'en ai pas tant parlé après coup, mais les équipes médicales, elles, avaient l'air un peu flippées. Yavait une dame, je sais pas si c'était l'anesthésiste qui me disait à l'oreille « restez avec nous, restez avec nous » un peu comme dans les mauvais films, alors à un moment j'avais envie de rigoler car ils m'ont fait une … Comment ça s'appelle ?

Une rachianesthésie … ?

Madame : oui c'est ça, une rachianesthésie, donc ils m'ont fait la piqûre et c'était drôle parce que j'ai vécu ce que c'était de ne rien sentir alors que je venais de sortir d'un accouchement sans péridurale [rires], et c'était drôle parce que à un moment elle me dit « attention, ça va peut-être être un peu désagréable », j'avais envie de lui dire « vous savez je viens d'accoucher sans péridurale, donc vous pouvez y aller ! » et j'ai rien senti ! Elle était là, elle me disait « ça va ? ça va ? » alors que je sentais absolument rien, j'étais dans un état de béatitude total. Donc le passage de relais s'est fait de manière assez fluide, même si on

passe d'un registre à un autre donc ya un contraste très marqué mais je ne l'ai pas du tout mal vécu, comme je vous disais au début, quand il y a une complication on est juste ravi d'être à l'hôpital et d'avoir ces personnes compétentes autour de nous, donc ce n'est pas du tout ce que je retiens en premier lieu de mon accouchement.

Monsieur : oui, et on avait discuté au début d'un accouchement à la maison mais qu'est-ce qu'on était heureux d'être à la fois dans cet environnement si intime et sécurisé et en même temps d'avoir l'hôpital qui est derrière en cas de complications.

Madame : oui parce que d'après ce que j'ai cru comprendre par Stéphanie, si j'avais pas été à l'hôpital à ce moment-là ça aurait potentiellement été un peu chaud quand même.

D'accord. Alors ensuite, comment avez-vous vécu vos séjours en suites de couches ? Auriez-vous aimé sortir plus tôt ?

Madame : euh … non… Au début on était partis sur l'idée de rester le moins de temps possible, mais … C'était tellement génial [rires] que au final on est resté trois jours mais si j'avais pu je serais bien restée quatre jours si je n'avais pas été obligée de sortir, à un moment il fallait bien que je libère la chambre, il n'y avait plus de raison médicale que je reste. En plus pendant ces quelques jours, on apprend à connaitre les gens, on les voit plusieurs fois, et l'accompagnement est génial, les gens sont hyper adorables, attentionnés, au moindre problème on peut appeler, il y a des visites régulières, ce n'est pas compétent et froid, il y a un climat très chaleureux, les chambres sont d'un confort incroyable, … Vraiment je n'ai rien à redire sur mes séjours après l'accouchement.

Monsieur : oui on voit difficilement comment ça pourrait être mieux. Et le fait pour le conjoint d'avoir un lit et de pouvoir dormir sur place c'est absolument précieux et vraiment génial. Ayant eu cette chance-là, si on devait se retrouver dans d'autres conditions où cela ne serait pas possible, je serais vraiment frustré.

D'accord. Pensez-vous qu'accoucher en plateau technique a eu une influence sur le vécu du post-partum, la mise en place de l'allaitement, l'attachement à vos enfants… ?

Madame : alors… De nouveau comme je n'ai pas eu d'autres expériences je ne peux pas vraiment comparer mais très honnêtement je ne pense pas. Je ne vois pas vraiment comment ça aurait pu influencer la mise en place de la relation avec le bébé ou… Après ce qui était formidable c'est que c'est Stéphanie qui est venue à domicile après ma sortie mais ça j'ai cru comprendre que cela se fait de plus en plus les visites à domicile après l'accouchement.

Monsieur : je ne sais pas comment cela se passe hors plateau technique mais je dirais quand même que de nouveau, ce qui était génial c'est ce sentiment de liberté et de non-imposition, après l'accouchement j'ai trouvé cela extraordinaire, Stéphanie a posé l'enfant sur le ventre de sa mère, et à aucun moment cela n'a été « hop hop hop il faut faire l'examen » et on a eu ce qui m'a semblé un temps infiniment long où l'on a pu prendre

contact avec l'enfant, un peu comme on s'imaginerait un accouchement à la maison, on ne sent pas du tout les contraintes de la gestion hospitalière.

Madame : après je ne pense pas que cela aurait influencé notre attachement émotionnel avec nos filles mais ces moments étaient vraiment merveilleux.

Monsieur : oui je ne pense pas non plus que cela aurait joué quoique ce soit si tu n'avais pas accouché au plateau technique, mais ce que j'ai apprécié également dans la salle nature, c'est que nous étions installés sur le grand lit dans le coin et il y a de la place pour le père, il peut être allongé à côté de sa femme et de son enfant, nous sommes réunis de façon complètement naturelle, sans avoir à se poser de questions, et ça c'était super précieux.

D'accord. Alors nous arrivons à la dernière question, quelles suggestions auriez-vous pour améliorer le plateau technique ?

Madame : euh … Alors là très honnêtement moi il n'y a rien qui me vient à l'esprit. Alors la seule suggestion que j'aurais même si ce n'est pas vraiment pour le plateau technique, c'est que pour ma deuxième grossesse, on m'annonçait un très gros bébé, donc il y a eu quelques semaines d'hésitation, où je n'étais pas sûre de pouvoir accoucher au plateau technique. Heureusement Stéphanie a pu gérer la chose au mieux avec le professeur Dreyfus, et nous avons pu obtenir une échographie une semaine avant le terme au CHU, et cette échographie-là indiquait un enfant de poids tout à fait normal donc à partir de là c'était validé. Si on avait pas pu obtenir cette échographie-là je pense que ça n'aurait pas suffi et on aurait été éjectés du mécanisme du plateau technique et du coup on avait réfléchi à plein d'arguments. Par exemple je mesure je crois plus de 20 cm de plus que la moyenne nationale, donc je pense que je dois quand même avoir un bassin plus large que la moyenne donc cela me semblait un peu restrictif comme critères, et cela a été un stress pour nous pendant deux ou trois semaines de ne pas savoir si nous pourrions faire le plateau technique, à se demander quels arguments nous pourrions mettre en avant, comment rédiger notre lettre pour plaider notre cause, etc. On espère que les critères de sélection du plateau technique peuvent être assouplis selon chaque situation, parce que même si le bébé devait être plus gros que la moyenne, c'était important pour nous d'accoucher au plateau technique. Après je pense que les changements doivent être très progressifs et quelque part il vaut mieux avancer doucement parce que si un jour il y a un problème dans le cadre du plateau technique ça ne servira pas non plus la cause du plateau technique. Ce qui a été intéressant à ce moment-là c'est que ça nous a fait une bonne piqûre de rappel du degré auquel on tenait au plateau technique parce que à trois semaines de l'accouchement, tout à coup j'ai eu la perspective éventuellement de pas pouvoir accoucher au plateau technique, donc j'étais un peu fataliste en me disant « bon bah si ça se fait pas ça se fait pas » mais bon j'avais vraiment très envie d'accoucher au plateau technique.

Monsieur : oui et moi je n'avais pas du tout du tout envie de ne pas accoucher au plateau technique ! [rires] Moi j'étais hors de moi, je me disais « c'est pas possible, c'est pas possible ».

Madame : voilà mais en dehors de ça, vraiment on a rien à redire au plateau technique, on a vraiment vécu deux très belles expériences.

Très bien, je vous remercie pour vos réponses.

Annexe 8 : Entretien de Mme L

- Quatrième pare de 37 ans, ayant déjà accouché deux fois à l'hôpital puis une fois à domicile.
- Principales caractéristiques du travail, de l'accouchement et des suites de couches :
    - RSPDE
    - Pas d'utilisation d'ocytociques de synthèse
    - Sans APD
    - Accouchement par voie basse spontanée
    - Périnée intact
    - Pas de passage de relais
    - Enfant de 3580 grammes
    - Allaitement maternel
    - Séjour de deux jours en suites de couches.

Bonjour Mme L, merci d'avoir accepté de me rencontrer pour cet entretien. Je vous rappelle que cet entretien est enregistré, cela ne vous dérange pas ?

Pas de souci.

D'accord. Pour commencer, j'aimerais faire le point sur vos accouchements, vous avez donc accouché sur le plateau technique pour votre dernier c'est ça ?

Oui c'est ça, et avant j'ai eu deux autres expériences différentes, deux accouchements à l'hôpital et un accouchement à la maison.

D'accord, alors du coup pourquoi avez-vous choisi d'accoucher en plateau technique après avoir accouché à l'hôpital de façon classique et à la maison ?

Eh bien en fait, après les deux premiers en milieu médical, notamment après le deuxième où j'ai eu une expérience un peu difficile, où ça s'est pas très bien passé avec la sage-femme qui m'a accompagnée, c'était vraiment… particulier, donc pour la troisième j'ai souhaité quelque chose d'un peu différent donc j'ai souhaité un accouchement à domicile et j'ai été suivie par une sage-femme d'Avranches à domicile sauf qu'elle a arrêté les accouchements à domicile donc pour le quatrième j'aurais aimé accoucher encore à la maison mais je n'avais plus d'accompagnement pour ce type d'accouchement du coup j'ai cherché ce qui pouvait s'en rapprocher le plus et du coup j'ai trouvé Stéphanie pour l'accompagnement en plateau technique. J'avais cherché, on m'avait donné les coordonnées d'une sage-femme en Bretagne qui acceptait de venir jusqu'à Caen pour l'accouchement à domicile mais cela faisait deux heures de route, donc ça faisait quand même beaucoup…

Oui, c'est vrai que deux heures de route pour un quatrième ça peut quand même être un peu juste !

Oui mais c'était pas vraiment ça, c'était plus de me dire, qu'on allait peu se voir, je me suis dit que le lien allait pas forcément être là, et en plus quand je lui ai dit ma date d'accouchement elle allait se marier à ce moment-là donc ça n'allait pas du tout. Du coup je me suis dit voilà, la seule solution, c'est l'accompagnement avec Stéphanie mais cela a été un peu un renoncement pour nous d'aller à l'hôpital.

D'accord. Du coup malgré le fait que ce soit comme un renoncement d'aller à l'hôpital, comment avez-vous vécu votre accouchement en plateau technique comparé aux précédents ?

En fait pour moi ce qui est important c'est vraiment l'accompagnement, le lien de confiance est primordial donc le fait que je connaissais bien Stéphanie, qu'on ait noué une bonne relation faisait que j'avais vraiment confiance en elle, elle était tout le temps avec moi et c'était ça que je recherchais, que je n'avais pas eu pour mes deux premiers accouchements. Pour le premier j'avais quand même eu un accompagnement qui était pas si mal que ça mais pour le deuxième j'ai clairement pas eu ça du tout et j'ai vraiment … Je me suis même sentie pas respectée en fait donc pour moi ce qui était vraiment important c'était cette notion de respect, de confiance envers la personne, de connaitre, de ne pas être submergé par le médical, de savoir… Voilà, qu'on allait pas m'imposer des choses que je voulais pas si c'était pas nécessaire par exemple, et ça ça m'a permis de bien mieux vivre mon accouchement du fait de cet accompagnement-là… En plus j'ai accouché un soir où il y avait beaucoup d'accouchements en cours du coup j'ai été en salle de pré-travail quasiment tout le temps et on a pu aller en salle nature que pour l'expulsion, donc je pense qu'il n'y aurait pas eu l'accompagnement de Stéphanie, je l'aurais vraiment très mal vécu. Mais le fait qu'elle soit là, j'avais emmené mon matériel, l'écharpe et tout, elle était présente, c'était différent. Et puis on a pas à justifier ce que l'on veut, puisqu'on en a déjà parlé avant. Je n'ai pas à devoir réexpliquer mes choix à une équipe à chaque fois. Elle gère, et il n'y a pas tout cet aspect-là, on est avec quelqu'un qu'on connait, en qui on a confiance, et on sait que cela va bien se passer, c'est ça qui est important.

Je vois. Après avoir eu ces différentes expériences, pensez-vous qu'un accompagnement en plateau technique ait pu avoir une influence sur le déroulé du travail et de l'accouchement ?

Je n'ai pas de notion de savoir par exemple si cela a été moins long, ou est-ce que cela aurait été différent si elle n'avait pas été là… Mais c'est sûr que cela m'a beaucoup soutenu dans la gestion des contractions, de savoir qu'elle était là, qu'elle me lâchait pas, qu'elle m'encourageait, … Voilà… La bienveillance permet de tenir beaucoup plus que quand on est tout seul en fait.

D'accord. Et après votre dernier accouchement où vous étiez chez vous, comment avez-vous vécu votre séjour en suites de couches ?

C'était un peu dur de se retrouver à l'hôpital, c'était ça le point difficile dans cette expérience parce que je supporte mal les intrusions et j'ai besoin qu'on me fasse confiance.

La danse des équipes, des personnes qui changent pour moi c'est vraiment difficile, voilà… Après je ne suis pas restée longtemps, j'ai accouché à 22h30 et je suis sortie le surlendemain donc en fait je ne suis restée que deux nuits et une journée. Mais quand j'ai voulu partir, la sage-femme n'était pas d'accord pour me laisser partir, elle l'a fait parce que le médecin lui a dit « si si laissez-la » mais elle avait appelé Stéphanie le matin, elle l'a réveillée, parce qu'elle trouvait que c'était beaucoup trop tôt…

D'accord, donc vous auriez aimé sortir plus tôt ?

Ah oui, moi si c'était possible je serais sortie trois heures après l'accouchement, ou au moins le lendemain ! La sage-femme estimait que je n'allais pas me reposer à la maison mais on a du soutien autour, les enfants peuvent aller chez les grands-parents, donc je voulais rentrer pour pouvoir me reposer chez moi, comme je pouvais le faire à l'hôpital.

Ok. Est-ce que vous pensez que cet accouchement en plateau technique a eu une influence sur la suite, l'attachement à votre enfant, la mise en place de l'allaitement … ?

Ca c'est sûr, je pense que c'est vraiment important... Enfin par exemple, à chaque fois que Stéphanie vient, « aaah Stéphanie vient aujourd'hui ! », c'est un peu la fête, on est content, ya quelque chose qui s'est noué avec elle, de confiance… Il y a eu des moments un peu difficiles juste après la naissance, avec la fatigue, les autres enfants tout ça… Donc je veux dire, pleurer devant Stéphanie c'était pas un problème quoi, elle accueillait ce que j'étais, mes impressions, elle pouvait y répondre, elle m'a pris dans ses bras…

Donc ça devient un peu comme une amie au final ?

Ouais, enfin on sent que c'est pas non plus une amie car on sent qu'il reste le lien professionnel, mais en même temps effectivement, il y a de l'empathie, la tendresse de quelqu'un qui sait là où on est, qui sait ce que l'on vit, et c'est fort ! J'avais vécu la même chose avec la sage-femme qui m'avait accompagnée pour mon troisième accouchement, c'est vrai que ce n'est pas du tout la même chose que pour mes deux premiers accouchements, j'ai oublié complètement les deux sages-femmes qui m'ont accompagnée pour la naissance de mes deux premiers enfants, je ne me rappelle même plus leur nom… C'est important pour moi cet accompagnement et c'est sûr que cela m'a permis de mieux investir et plus rapidement ma relation avec mon enfant.

D'accord. Par rapport au plateau technique, est ce que vous auriez des suggestions pour améliorer ce système ?

Je sais pas parce que je trouve que c'était bien comme c'était en fait, si ce n'est la sortie comme nous en avons parlé, je pense que si la femme le désire on puisse sortir vite en fait, si tout va bien il n'y a pas de raison de rester… Donc ça c'est sûr. Après le plateau technique on reste dans le milieu médical… Il y a quand même un protocole à respecter quoi. Il faut quand même qu'il y ait une perfusion, … Il y a quand même des choses très précises à respecter qui pour moi sont difficiles à accepter, mais Stéphanie fait cela d'une façon très

humaine, qui fait qu'on ne le vit pas si mal que ça au final, parce qu'elle est vraiment très prévenante, et présente oui.

Et je trouve aussi que cela devrait être beaucoup plus proposé aux femmes, parce qu'en fait on ne sait pas qu'on a ce choix-là, et je trouve ça génial de pouvoir accoucher avec la sage-femme qui nous a suivi.

D'accord. Bon alors je sais que ça ne fait pas si longtemps que vous avez eu votre dernier enfant, mais si vous étiez de nouveau enceinte, referiez-vous le choix du plateau technique ? Et que feriez-vous si par exemple, une sage-femme de la région s'installait pour faire des accouchements à domicile ?

Je pense que moi c'est sûr que l'accompagnement à domicile était le plus respectueux de ce que je voudrais pour mes accouchements, parce que le fait de pas quitter la maison, d'être là, de pas avoir de rupture avec le quotidien, je pense que je referais plutôt le choix d'un accouchement à domicile, car le plateau technique il reste quand même ce contact avec l'hôpital, et c'est quelque chose qui bloque chez moi. Voilà, … mais ceci dit cela ne remet pas du tout en question ce que j'ai vécu avec Stéphanie, parce que à la limite cela m'a presque même réconciliée avec l'hôpital, j'avais été un peu traumatisée pour le deuxième accouchement, donc ça a permis de faire quelque chose d'un petit peu guérissable oui.

Très bien, je vous remercie d'avoir répondu à mes questions.

RESUME : Cette étude cas-témoins a pour objectif de montrer les différences de pronostic obstétrical et néonatal existant entre les femmes accouchant sur le plateau technique et celles accouchant de façon classique au CHU de Caen. Elle a été menée au CHU de Caen sur 42 patientes du plateau technique et 84 patientes ayant accouché de façon classique. Les données maternelles et périnatales ont été analysées.

Le recours aux ocytociques de synthèse était significativement réduit chez les patientes du plateau technique. Il semble également que le bien-être fœtal et néonatal soit légèrement meilleur dans ce groupe. En revanche, il n'a pas été observé de différences significatives sur le mode d'accouchement ou les taux d'épisiotomies et de déchirures périnéales.

Bien que notre étude montre peu de différences significatives, le plateau technique permet à la patiente d'accoucher dans le respect de la physiologie avec le soutien continu de sa sage-femme libérale tout en gardant un cadre sécurisé en cas de complications, et doit donc être encouragé.

MOTS-CLES : plateau technique – accouchement naturel – sage-femme libérale – accompagnement continu – « une femme, une sage-femme »

TITRE : accoucher en plateau technique : étude au CHU de Caen

ABSTRACT : This case-control study's aim is to show the obstetrical and neonatal prognosis differences' existing between women giving birth on the childbirth *technical platform* and those giving birth in a classic way, in Caen Universitary Hospital. This study has been carried out in Caen Universitary Hospital including 42 patients from the childbirth *technical platform* and 84 patients who have given birth in a classic way. The maternal and perinatal datas have been analysed.

The oxytocin injection was significantly reduced in childbirth *technical platform*'s patients. There also seems to be a slightly better fetal and neonatal well being in this group. However, we haven't found any significant differences on the delivery mode nor the episiotomies and perineal tears' rates.

Although our study shows little significant differences, the childbirth *technical platform* allows the parturient woman to naturally give birth with the continuous support of her midwife, while maintaining a secure environment in case of complications, and must be encouraged.

KEY WORDS : childbirth *technical platform* – natural childbirth – independent midwife – continuous support – one-to-one care

TITLE : childbirth on a *technical platform* : a case-control study carried out in Caen Universitary Hospital