



**HAL**  
open science

# État des lieux des espaces physiologiques dans deux départements de Normandie

Agathe Carpentier

► **To cite this version:**

Agathe Carpentier. État des lieux des espaces physiologiques dans deux départements de Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01689609

**HAL Id: dumas-01689609**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01689609v1>**

Submitted on 22 Jan 2018

**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.

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN**

**ECOLE DE SAGES-FEMMES**

**MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME**

**PROMOTION 2017**

**ETAT DES LIEUX DES ESPACES PHYSIOLOGIQUES DANS  
DEUX DEPARTEMENTS DE NORMANDIE**

**MEMOIRE PRESENTE PAR :** Madame Agathe CARPENTIER

Née le 13 août 1993

**SOUS LA DIRECTION DE :** Madame Fabienne DAR CET



**ETAT DES LIEUX DES ESPACES PHYSIOLOGIQUES DANS  
DEUX DEPARTEMENTS DE NORMANDIE**

## REMERCIEMENTS

*Je tiens à remercier Mme DARCET, ma directrice de mémoire pour sa disponibilité, sa patience, son écoute et ses précieux conseils tout au long de la rédaction de mon travail.*

*Merci aussi à Mme PASTOR qui a su me guider dans les prémices de mon mémoire.*

*Merci à l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme pour leur accompagnement tout au long de ces années et plus particulièrement à Mme BOURDON pour sa bienveillance.*

*Un grand merci aussi à ma famille et plus particulièrement à mes parents pour leur soutien et leur dévouement, eux qui ont toujours cru en moi tout au long de mes études.*

*Merci à Elise, pour notre relation si particulière et pour ses encouragements quotidien depuis toujours.*

*Je voudrais exprimer ma reconnaissance à mes camarades, sages-femmes et autres pour leur soutien inestimable, qu'ils sachent la chance que j'ai de les compter parmi mes amis.*

*Pour finir, j'adresse mes remerciements à toutes les sages-femmes que j'ai rencontrées, cliniciennes, coordinatrices, libérales, pour leurs discussions autour de la naissance qui m'ont permises de concrétiser ce mémoire.*

## **GLOSSAIRE**

ARS : Agence régionale de santé

CASSF : Collectif des associations et des syndicats de sages-femmes

CIANE : Collectif interassociatif autour de la naissance

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNOSF : Conseil national de l'ordre des sages-femmes

CNSF : Collège national des sages-femmes

DDC : Délivrance dirigée complète

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HCSP : Haut conseil de santé publique

IHAB : Initiative hôpital ami des bébés

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

PRADO : Programme d'accompagnement du retour à domicile

RAPDE : Rupture artificielle de la poche des eaux

SFN : Société française de néonatalogie

TV : Toucher vaginal

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
 <b>PREMIERE PARTIE : EVOLUTION DES PRATIQUES ET DES MENTALITES CONCERNANT L'ACCOUCHEMENT</b>	
<b>1. D'HIER A AUJOURD'HUI .....</b>	<b>3</b>
1.1 HISTORIQUE DE LA NAISSANCE EN FRANCE .....	3
1.2 LA NAISSANCE AUJOURD'HUI : SITUATION DES MATERNITES EN FRANCE .....	4
1.3 DES RESULTATS PERINATALS A AMELIORER .....	5
1.4 CONTEXTE ECONOMIQUE ACTUEL .....	6
<b>2. POUR UN RETOUR A LA PHYSIOLOGIE .....</b>	<b>7</b>
2.1 L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE.....	7
2.2 DEMANDE DES FEMMES.....	8
2.3 SOLUTIONS PROPOSEES .....	11
2.4 EVOLUTION DES PRATIQUES : EXEMPLE DE L'IHAB .....	13
<b>3. FOCUS SUR LES ESPACES PHYSIOLOGIQUES .....</b>	<b>14</b>
3.1 SITUATION ACTUELLE EN FRANCE .....	14
3.2 OBJECTIFS DE CREATION.....	15
3.3 EQUIPEMENTS ET CONDITIONS D'UTILISATION .....	16
3.4 IMPACT DANS LES MATERNITES.....	17
3.5 ET EN DEHORS DE LA FRANCE ?.....	19
3.6 RESULTATS A SUIVRE .....	19

## DEUXIEME PARTIE

<b>1. PRESENTATION DE L'ETUDE.....</b>	<b>21</b>
1.1 PROBLEMATIQUE.....	21
1.2 HYPOTHESES.....	21
<b>1.3 MATERIEL ET METHODE .....</b>	<b>22</b>
1.3.1 TYPE D'ETUDE.....	22
1.3.2 DEPÔT DES QUESTIONNAIRES.....	22
1.3.3 ELABORATION DES QUESTIONNAIRES .....	23
1.3.4 COLLECTE DES QUESTIONNAIRES.....	24
<b>1.4 MATERIEL D'ANALYSE .....</b>	<b>25</b>
<b>2. RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE .....</b>	<b>26</b>
2.1 QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX SAGES-FEMMES COORDINATRICES.....	26
2.1.1 CARACTERISTQUES DES ETABLISSEMENTS.....	26
2.1.2 HISTORIQUE ET CARACTERISTIQUES DES ESPACES PHYSIOLOGIQUES .....	26
2.1.3 PRISE EN CHARGE DES PATIENTES DANS CET ESPACE .....	29
2.1.4 INDICATEURS EXISTANTS .....	30
2.1.5 COMMUNICATION AUTOUR DE CET ESPACE .....	32
2.1.6 CONCERNANT L'EQUIPE MEDICALE .....	32
2.1.7 POUR CONCLURE .....	33
2.2 QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX SAGES-FEMMES CLINIENNES .....	34
2.2.1 CARACTERISTIQUES DES SAGES-FEMMES.....	34
2.2.2 ESPACE PHYSIOLOGIQUE.....	35
2.2.3 CONCERNANT VOTRE PRATIQUE DANS L'ESPACE PHYSIOLOGIQUE .....	38
2.2.4 POUR CONCLURE .....	39

## TROISIEME PARTIE

<b>1. CRITIQUE DE L'ETUDE.....</b>	<b>42</b>
1.1 INTERÊTS .....	42
1.2 LIMITES.....	42
<b>2. DISCUSSION .....</b>	<b>44</b>
2.1 DISCUSSION RELATIVE A LA PREMIERE HYPOTHESE.....	44
2.2 DISCUSSION RELATIVE A LA DEUXIEME HYPOTHESE .....	46

<b>3. PROPOSITIONS.....</b>	<b>51</b>
3.1 L'ESPACE PHYSIOLOGIQUE IDEAL.....	51
3.2 ACCOUCHER EN FRANCE DEMAIN : Quel choix pour les usagers ? .....	53
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>55</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	
<b>ANNEXES</b>	

## INTRODUCTION

Aujourd'hui en France 99% des femmes accouchent à l'hôpital. Les progrès de la médecine ont contribué à réduire les risques de la naissance pour les mères et les nouveau-nés. Cependant, la prise en charge des grossesses physiologiques reste à améliorer. Dès les travaux préparatoires du plan périnatalité 2005-2007, le constat d'une inadéquation de la prise en charge des grossesses physiologiques, potentiellement génératrice de risques, est clairement établi : « *dans les situations à faible risque (...) il a été montré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène. Les données disponibles laissent à penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque et moins et mieux dans les situations à faible risque* ». [1]

De plus, la « loi Kouchner » du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, permet notamment à la femme enceinte de favoriser sa participation active et de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé. [2]

Dans une société où l'utilisateur est libre de choisir, de s'informer, les maternités n'ont pas d'autres choix que de diversifier et différencier les offres alternatives, pour rester concurrentes et attractives. Avec l'apparition des indices qualité, le classement des maternités, les établissements de santé doivent redoubler d'efforts pour maintenir un certain taux d'activité et attirer la patientèle. Nous avons pu constater une expansion du nombre d'espaces physiologiques pour répondre à une demande des femmes.

« *Salle physio, espace physio, salle nature, une salle d'accouchement pas comme les autres, un accouchement au naturel, une salle spéciale pour accoucher comme à la maison, accoucher « nature », une chambre d'accouchement « naturel », alternative à l'accouchement traditionnel* », le CIANE constate en 2015 que ces diverses appellations recouvrent des réalités très différentes pour les parents. [3-4] (Annexe I) De plus, les prises en charge proposées dans ces espaces sont bien souvent diverses et professionnelles dépendantes.

Des recommandations pour la pratique clinique : « Accouchement normal (dont physiologique) » sont attendues pour 2017.

Il apparaît intéressant de poursuivre notre réflexion sur la représentation de ces espaces, les objectifs de leur création et de s'interroger sur la satisfaction des sages-femmes à prendre en charge les patientes dans ces espaces.

Dans un premier temps, nous aborderons l'évolution des pratiques et des mentalités concernant l'accouchement. Puis nous présenterons notre étude, ses résultats et la discussion qui en découle.

# PREMIERE PARTIE : Evolution des pratiques et des mentalités concernant l'accouchement

## 1. D'HIER A AUJOURD'HUI

### 1.1 HISTORIQUE DE LA NAISSANCE EN FRANCE

La naissance a été pendant des millénaires un événement simple, familial et naturel. L'accouchement étant avant tout une histoire de femmes, la parturiente était entourée de la matrone et de quelques compagnes.

Jusqu'au XVII<sup>ème</sup> siècle, les naissances se déroulent à la maison, les patientes sont accompagnées exclusivement par des femmes, notamment la matrone. En ces temps, la variabilité des positions d'accouchements était importante, position allongée, debout, accroupie ou assise sur une chaise percée.

Au XVII<sup>ème</sup> siècle, les chirurgiens utilisant des instruments notamment le docteur Tarnier, sont de plus en plus sollicités pour aider les femmes dans les accouchements difficiles. C'est un premier pas vers la médicalisation des naissances. En parallèle, à l'initiative de Madame du Coudray, naît la profession de sage-femme. [5] Jusqu'au début du XIX<sup>ème</sup> siècle, l'hôpital est davantage considéré comme un lieu d'assistance qu'un établissement de soins. Il est surtout réservé aux pauvresses et aux filles-mères. La mortalité est très élevée, en raison de la fièvre puerpérale.

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle avec les préceptes de Louis Pasteur, asepsie, antiseptie, stérilisation, les mentalités changent et les femmes vont accoucher à l'hôpital. Les assurances sociales favorisent la prise en charge des frais d'accouchement, le versement d'indemnités pendant douze semaines et les allocations d'allaitement. Créées pour parer à la dénatalité dont souffre la France, elles sont versées uniquement si les femmes se soumettent à divers examens médicaux au cours de la grossesse. [6]

Une évolution extrêmement rapide a lieu après guerre. En effet, dès 1952, plus de la moitié des accouchements se font à l'hôpital, atteignant 85% en 1962. Parallèlement, une réflexion s'engage sur la prise en charge de la douleur. Le docteur Fernand Lamaze, élabore une méthode dite « d'accouchement sans douleur » reposant sur une préparation psychique et physique censée agir sur l'anxiété et supprimer la douleur. La méthode se répand ensuite dans toute la France et les femmes obtiennent à la fin

des années 1950 le remboursement de six séances de préparation à l'accouchement, qui passeront à huit dans les années 1960. D'autres transformations fondamentales des pratiques de la naissance, marquées par une intervention médicale accrue, se produisent au cours des vingt années suivantes, faisant peu à peu oublier la « révolution » de l'accouchement sans douleur. [7] Carricaburu affirme *«historiquement l'obstétrique française s'est structurée à partir d'une conception de l'accouchement comme situation à risque vital pour la mère et l'enfant.»* [8]

De même, le père commence à faire son apparition en salle d'accouchement et l'analgésie péridurale se généralise progressivement, passant de 1 à 3% en 1980, 21% en 1989, à 68% en 1998. [9] Le suivi médical de la grossesse, quasiment inexistant en 1900, se généralise progressivement et concerne, à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle neuf femmes sur dix.

L'accouchement est alors devenu un acte médicalisé tant par la surveillance du fœtus que par la prise en charge de la femme au cours du travail et de l'accouchement.

## 1.2 LA NAISSANCE AUJOURD'HUI : SITUATION DES MATERNITES EN FRANCE

Depuis le premier plan de périnatalité de 1971-1976, d'autres se sont succédés afin d'améliorer notre système de soins. Suite à cela, la restructuration du secteur des maternités a été particulièrement importante, amenant entre 1972 et 2012 à la disparition des deux tiers des maternités. Par ailleurs, les contraintes normatives se sont considérablement accrues depuis les décrets de 1998. Ces derniers prévoient trois niveaux de maternités selon la complexité de l'accouchement et le risque encouru pour la mère et le (les) enfant(s). [10-11-12]

En 2012, nous recensons ainsi 544 maternités sur le territoire. Par conséquent, une suppression importante du nombre de lits d'obstétrique et une augmentation de la dimension moyenne des établissements sont constatées. La période 2002-2012 est ainsi marquée par une forte augmentation des maternités de grande taille. Le nombre d'établissements assurant annuellement plus de 3000 accouchements double en dix ans, tandis que le nombre de ceux qui en réalisent moins de 500 est divisé par deux. En

découle une tendance à l'augmentation de la technicité des soins. Les femmes souhaitant revenir à des méthodes plus naturelles, choisissent alors certains lieux de naissance par rapport à d'autres. [13-14]

### 1.3 DES RESULTATS PERINATALS A AMELIORER

La périnatalité comprend les périodes du pré, per et post-partum. De nombreux acteurs interviennent et constituent un réseau de santé en périnatalité, en partenariat avec l'ARS. Ce réseau a pour but de favoriser l'accès aux soins, la coordination des acteurs entre eux, la continuité et l'interdisciplinarité de la prise en charge des mères et des nouveau-nés. Il permet un accompagnement de proximité et de qualité compatible avec les choix des futures mères. En France, 98% des établissements sont membres d'un réseau de santé formalisé en périnatalité en 2010, contre 92% en 2003. Cependant, il faut encore améliorer la couverture nationale en privilégiant la création de réseau de santé en périnatalité unique au niveau régional et créer des antennes. [15]

Certains indicateurs actuels témoignent de l'amélioration de la prise en charge des naissances. Cependant, d'autres restent à consolider.

Près de 800 000 enfants naissent chaque année en France, ce qui fait de notre pays, le deuxième en Europe enregistrant le plus grand nombre de naissances, derrière l'Irlande. [16]

Malgré une réforme sans équivalent dans le secteur hospitalier, l'enquête de la Cour des comptes met en avant des résultats peu satisfaisants. La France occupe en matière de périnatalité, le 17<sup>ème</sup> rang en Europe. Ce classement doit être amélioré. [17]

Le perfectionnement du suivi médical de la grossesse permet des progrès importants quant à la sécurité des naissances. Cependant, la surmédicalisation des grossesses physiologiques, fait courir des risques supplémentaires aux parturientes et aux bébés à naître. En effet, contrairement à d'autres pays, en France la gestion des risques repose sur un modèle unique. L'utilisation de normes et de protocoles est

nécessaire dans la gestion des grossesses quel que soit le niveau de risque identifié. Cependant, nous savons qu'une systématisation des gestes est iatrogène. [18]

#### 1.4 CONTEXTE ECONOMIQUE ACTUEL

Depuis des décennies, les pouvoirs publics français s'efforcent de « réformer » l'hôpital, afin notamment de mieux « maîtriser » les dépenses. Ils ont de plus en plus recours aux méthodes du « nouveau management public », visant à importer dans le secteur public les outils du secteur privé comme les indicateurs de « performance », le *benchmarking*, la « responsabilisation » des professionnels. (Annexe I) L'hôpital est de plus en plus géré comme une entreprise, notamment depuis la mise en place de la tarification à l'activité ; ce phénomène est accentué par les difficultés de la situation économique française actuelle. [19]

La restructuration des maternités pour des raisons organisationnelles et d'efficience, conduit à une fragilité des établissements. Ils sont soumis à une augmentation des charges, même si la tarification a été revalorisée. Les contraintes financières actuelles, amènent certaines maternités à limiter leur personnel.

Il faut bien sûr tenir compte des conditions de sécurité mais la maternité n'est pas une maladie. La surmédicalisation, le développement des maternités de niveau III sont des mouvements contestables. Il est indispensable d'avoir également des structures qui accueillent les grossesses physiologiques. [17]

La diminution des moyens humains, techniques et financiers contraint les hôpitaux à une forme de rentabilité qui peut aller à l'encontre de la dimension humaine de l'accouchement. Les premières critiques sociologiques de la médicalisation dénoncent l'emprise médicale croissante sur un ensemble de situations à priori non strictement médicales. Elles suggèrent également une passivité des couples face au pouvoir médical. [20]

La technicisation de la grossesse et de l'accouchement physiologique est donc aujourd'hui largement contestée par les spécialistes de la périnatalité, mais également par les futurs parents qui aspirent à jouer un rôle plus actif dans la naissance de leur enfant.

## 2. POUR UN RETOUR A LA PHYSIOLOGIE

### 2.1 L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE

Dans la littérature, nous retrouvons différentes définitions, nous avons choisi de nous référer à celle du CNGOF. Celui-ci rappelle que l'accouchement physiologique se définit par une évaluation initiale et continue de l'absence de risque particulier lié à la patiente, au déroulement de la grossesse et à la présentation de l'enfant. De plus, il se caractérise pendant l'accouchement par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Sur ces critères, ce sont de nombreux accouchements qui pourraient bénéficier d'une prise en charge simplifiée. [21]

Nous avons souhaité apporter quelques précisions devant l'ambiguïté du contexte français suite à la publication de décrets, concernant l'évolution du statut des sages-femmes hospitalières publiques en avril 2014. [22] Cette circulaire mentionne les unités fonctionnelles dédiées au suivi des grossesses à bas risques et des accouchements eutociques. Cependant un accouchement « eutocique/normal » par voie basse spontanée ne signifie pas forcément « physiologique/naturel ». Une utilisation correcte du terme « eutocique », « normal » et « physiologique » est nécessaire conformément à la littérature médicale, scientifique et maïeutique internationale. Lors d'un accouchement dit « eutocique/normal », le recours à des interventions médicales telles que l'amniotomie ou l'analgésie péridurale, par exemple sont possibles. Les Anglo-Saxons font cette différence depuis longtemps, en qualifiant un accouchement « eutocique/normal » par voie basse spontanée de « vaginal delivery » et accouchement « physiologique/naturel » de « normal birth ». [18]

Le document issu des travaux du groupe de la commission nationale de la naissance, créé en 2008 sur les modalités d'organisation de la prise en charge des grossesses à bas risque, présente les points fondamentaux partagés sur le suivi et l'accompagnement des grossesses physiologiques. (Annexe II) Il rappelle en premier lieu que la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective et un suivi

médical assurant une prise en charge adaptée. A cet égard, il est précisé : « *la prise en charge de manière systématique de toute grossesse et de tout accouchement avec le même niveau d'intervention que celui requis pour ceux présentant un risque, comporte des effets négatifs pour les femmes, les équipes des maternités et la société* ». [23]

## 2.2 DEMANDE DES FEMMES

Les attentes des futurs parents montrent aujourd'hui une ambivalence entre la recherche de sécurité et la surmédicalisation. Il est difficile pour les couples de complètement s'émanciper de la surveillance des risques, qui se trouve au cœur des interactions avec les professionnels. En même temps, certains expriment le souhait de prendre de la distance par rapport à cette surveillance et de vivre la grossesse et l'accouchement comme des événements à priori non problématiques. [20-24]

Dans son rapport de septembre 2011 la Cour des comptes fait état de nombreux travaux où la plupart des interventions comme la RAPDE, l'administration d'ocytocine, le monitoring en continu, l'épisiotomie et la césarienne, ne présentent pas d'avantages décisifs. A l'inverse, ces actes médicaux entraînent des conséquences négatives sur la santé de la mère et de l'enfant. La Cour des comptes date, dès les années 1970, le début de cette dérive techniciste.

Suite aux recommandations sur l'utilisation de l'ocytocine en février 2017, des médecins se sont exprimés notamment le Dr Camille Le RAY, gynécologue-obstétricienne membre du CNGOF : « *On médicalise beaucoup l'accouchement en France. Le déclenchement, la péridurale, l'épisiotomie, l'administration d'ocytocine sont globalement plus pratiqués que dans les autres pays d'Europe. Ces recommandations sont importantes car elles visent à trouver un juste milieu. Il ne s'agit pas de « démedicaliser » mais de mieux prescrire, la juste dose, au bon moment.* » [25]

La parution du décret Dienesch, relatif aux normes applicables aux maternités privées et la publication d'une brochure de recommandations sur la périnatalité en 1972, marquent un tournant décisif dans l'accroissement des mesures de sécurité concernant les accouchements. Cette brochure indique que « *l'accouchement dit*

*normal est une notion à posteriori, jusqu'à l'événement c'est une prévision. Tout accouchement comporte donc un risque et doit être surveillé* ». Il ressort de cette définition que la grossesse et l'accouchement ne peuvent être définis comme normaux qu'à posteriori. Par conséquent, le risque domine la prise en charge, multiplie les actes médicaux visant à maîtriser le processus d'accouchement et réduit drastiquement les possibilités de naissance hors de l'hôpital. [7]

Un certain nombre de femmes amenées à accoucher dans des maternités de niveau III, ont en effet l'impression de se retrouver dans des « usines à bébés », où l'accouchement est vécu « à la chaîne ». Cette réalité est en lien avec le peu de disponibilité et d'écoute du personnel médical face aux demandes individuelles, celui-ci étant très sollicité et lui-même contraint dans sa pratique aux protocoles établis. Se pose alors, la question de la qualité humaine de la prise en charge offerte à l'hôpital. Cette question fait partie intégrante du dernier plan de périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité et qualité » visant à mieux répondre aux attentes des usagers et permettant à chacun un égal accès aux soins assurant la sécurité émotionnelle, médicale et sociale. [26-27]

Il existe une demande de plus en plus structurée et relayée par des associations de parents, des sages-femmes mais également des obstétriciens en faveur d'une « humanisation de la naissance ». Cette demande, se fonde sur une approche naturelle du corps et une meilleure prise en compte des attentes des parturientes. [7] Différentes enquêtes démontrent, l'existence d'une véritable demande des femmes. Celle menée par la DRESS en 2006 sur la satisfaction des usagères des maternités, et également l'évaluation du plan périnatalité réalisée en 2010, montrent que les femmes intègrent largement la médicalisation de l'accouchement et recherchent la suppression de la douleur. D'après l'enquête réalisée par l'Union nationale des associations familiales en 2010, les femmes ayant accouché apparaissent globalement satisfaites du suivi médical pendant la grossesse, mais portent un jugement plus sévère sur le déroulement même de leur accouchement et le post-partum en déplorant notamment l'absence de suivi personnalisé. En effet, 15 % des femmes interrogées estiment que leur choix pour l'accouchement n'a pas été respecté. À cet égard, une enquête du CIANE sur le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement, est réalisée entre février et juin 2012, et est basée sur l'analyse de 5 460 réponses. Elle

indique que plus de 57 % des parturientes expriment des attentes particulières pendant leur accouchement. Dans 63 % des cas, elles sont respectées par l'équipe médicale, alors même que cette adéquation entre les souhaits et leur réalisation, constitue un facteur essentiel du vécu positif de l'accouchement. Le CNGOF évoque quant à lui dans son communiqué de décembre 2012 « *la frustration de certaines patientes qui estiment qu'elles auraient pu accoucher plus simplement* ». [21-28]

La possibilité pour les femmes d'être suivies, puis accouchées dans des lieux plus ou moins technicisés selon leur niveau de risque, répond de manière générale à la fois à la demande des patientes mais également à la demande des sages-femmes garantes de la physiologie.

En effet, lors de manifestations en 2001, certaines sages-femmes dénoncent les « usines à bébés » où elles ne sont plus des « accompagnatrices » mais des « techniciennes ». [29] En 2011, l'une de leurs revendications est de préconiser une prise en charge moins médicale de l'accouchement physiologique et d'être plus disponibles auprès des patientes. [30-31]

Dans le cadre du suivi physiologique l'offre de soins se déploie, mettant en œuvre différents moyens, notamment l'entretien prénatal précoce. Cet outil mis à la disposition des femmes et des professionnels permet un échange et une réflexion quant à la réalisation par les parents d'un projet de naissance. [32] De plus, la place du père fait de nos jours l'objet d'une attention particulière.

Les cours de préparation à la naissance sont proposés dans 9 maternités sur 10. [15] Un large panel se développe, par exemple la préparation globale, aquatique, le yoga prénatal, la sophrologie, le chant prénatal, l'haptonomie, l'acupuncture, ainsi que l'accompagnement postural et le soutien à l'allaitement. Ces offres de soins guidant les femmes pendant leurs grossesses permettent un meilleur accompagnement. Néanmoins la médicalisation de l'accouchement est pour certaines femmes encore trop présente. Des témoignages appuient ce constat : « Je ne me ferai pas accoucher, je donnerai naissance à mon enfant. » [33]

L'enquête périnatale 2010, met aussi en évidence la technicisation et la surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement physiologiques qui sont

régulièrement dénoncées, sans pour autant que des alternatives se mettent en place. [7-34]

## 2.3 SOLUTIONS PROPOSEES

La grande majorité des grossesses sont à bas risque y compris dans une maternité de niveau III et la demande des usagers souhaitant bénéficier d'un accouchement démedicalisé, est croissante. Il est nécessaire de proposer des offres alternatives.

La France a, depuis de nombreuses années, basé toute sa politique périnatale sur la gestion des grossesses à risque, avec un accompagnement identique appliqué à toutes les femmes enceintes. L'étude des recommandations étrangères montrent que l'obstétrique française doit évoluer afin d'adapter ses pratiques concernant les grossesses à bas risque. [35-36]

Le document : « suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités » rédigé par le Ministère des Affaires Sociales et de la santé en 2008, préconise la création de filières physiologiques. Ce sont des filières spécifiques identifiées et intégrées au sein des maternités, offrant aux femmes concernées qui le souhaitent, « *un suivi de la grossesse et de l'accouchement par des sages-femmes et un accouchement dans des conditions non technicisées* ». [23]

Le CNGOF, dans sa communication en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de l'accouchement physiologique, préconise le respect de la physiologie de l'accouchement en adaptant le niveau de médicalisation au niveau de risque obstétrical. Il recommande aussi la mise en place d'un suivi global effectué par un professionnel de la périnatalité dans les grossesses à bas risque. Il estime que, pour ce faire, plusieurs approches sont possibles :

– la création d'**espaces physiologiques ou salles nature**, caractérisés par l'absence de direction du travail ou de péridurale et une prise en charge réalisée par des sages-femmes.

– la mise en place d’unités **sages-femmes ou maisons de naissance hospitalières**, autonomes au sein des établissements de santé et attenantes à l’hôpital, dont la responsabilité est portée par des sages-femmes, avec un statut public ou privé.

– des **maisons de naissance** définies comme un lieu spécifique, indépendantes mais à proximité immédiate du plateau technique médical pour des raisons de sécurité. La prise en charge s’effectue par des sages-femmes dans les limites de leurs compétences reconnues. [21]

Cependant, les maisons de naissance, après avoir été proposées dans le plan périnatalité 2005-2007 puis dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2011, ont été censurées par le conseil constitutionnel. De plus, en mars 2008, le CNGOF fait part de sa mise en garde au sujet des maisons de naissance et se dit prêt à favoriser la création d’espaces physiologiques dans les services de gynécologie-obstétrique. Le CNGOF met aussi en avant le meilleur rapport coût/efficacité dans une structure unique que dans deux structures « attenantes » mais juridiquement et fonctionnellement indépendantes. [37] La création des maisons de naissance en France a finalement été rendue possible à titre expérimental grâce à la loi du 6 décembre 2013 et au décret du 30 juillet 2015 fixant les conditions de l’expérimentation pour une durée de 5 ans. [38] Pour répondre à la demande des femmes, d’autres solutions sont alors envisagées.

Actuellement, les services du ministère de la santé, ne sont pas en mesure de dénombrer les pôles physiologiques existant au sein des services d’obstétrique. Ceci est dû à l’absence de labellisation, voire même de définition claire de ces filières ne permettant pas de les recenser en dehors de quelques exemples emblématiques. Par ailleurs, les services proposés peuvent varier grandement d’un pôle à un autre, allant de la simple décoration intérieure des salles de naissance à des démarches bénéficiant d’une reconnaissance spécifique telle que l’IHAB en passant par la création d’espaces physiologiques. Ces derniers proposent divers équipements destinés à aider à la réalisation du projet d’accouchement physiologique comme, un tabouret d’accouchement, une baignoire, des ballons et des suspensions. [23]

## 2.4 EVOLUTION DES PRATIQUES : EXEMPLE DE L'IHAB

Le label «Initiative Hôpital Ami des Bébé» », créé à l'initiative de l'OMS, l'Unicef et l'Association Internationale de Pédiatrie, n'est pas officiellement reconnu en France. Il consacre la qualité de l'accompagnement de la naissance et de l'allaitement. Fin 2016, 30 services en France étaient labellisés « Amis des Bébé» », ce qui représente environ 6% des naissances en France (47 000 naissances/an).

Au cours de ces dernières années nous avons constaté une évolution des pratiques notamment concernant la « routine des soins » au nouveau-né. En effet, avant, le nouveau-né était rapidement séparé de sa mère même s'il était bien portant pour réaliser les soins : aspiration, désobstruction, prise des mensurations, bain, habillage, administration de collyre et de vitamine K.

A ce jour, dans les maternités de France nous observons une évolution des savoir-faire et des savoir-être qui a été mis en exergue par la labellisation IHAB. L'accueil du nouveau-né en salle de naissance respecte les besoins physiologiques et émotionnels de la mère et de l'enfant. Le contact « peau à peau » précoce et prolongé facilite la transition de la vie intra à extra-utérine. Le bruit, les lumières vives, les allées et venues non indispensables etc., sont évités.

Les équipes de toutes les maternités sont de plus en plus réceptives à ces pratiques qui sont aussi appliquées dans les espaces physiologiques.

Nous soulignons que sur les sept établissements faisant partie de notre enquête, la maternité de Lillebonne possède ce label depuis 2014 et l'hôpital de Monod souhaite l'obtenir. [39-40]

Les sages-femmes ont revendiqué le souhait d'un retour « à la nature ». [29-30] De surcroît, la demande des femmes est clairement établie, celle-ci prenant ainsi volontairement de la distance avec l'institution médicale. Destiné à faire oublier l'environnement hospitalier et répondant aux attentes des sages-femmes, le concept d'espace physiologique s'est développé. [41]

### 3. FOCUS SUR LES ESPACES PHYSIOLOGIQUES

#### 3.1 SITUATION ACTUELLE EN FRANCE

En France, l'essor des espaces physiologiques a eu lieu suite au discours du professeur Nisand, qui prônait leurs ouvertures. Les premiers espaces physiologiques datent de 2003 dans la région d'Alsace.

Nous constatons en France une augmentation des accouchements dans les maternités proposant des alternatives à la médicalisation classique. Nous ne retrouvons dans la littérature aucun chiffre officiel concernant le nombre d'espaces physiologiques en France. Seul le CIANE recense en 2013, 72 maternités dans 41 départements. Un établissement sur sept, déclare disposer d'une salle nature, d'un espace physiologique voire d'une maison de naissance. Nous nous sommes procurés une carte, explicitant la répartition géographique des espaces physiologiques créés par Optiland® en France et départements d'outre mer en 2016. Nous tenions à ajouter que l'entreprise Optiland® réalise 98% des espaces physiologiques de notre pays et a créé les sept espaces physiologiques des maternités de notre enquête. (Annexe IV)

Quelques autres mentionnent des équipements plus limités comme une baignoire ou des ballons. Notons que le coût d'un tel espace varie entre 30 000 et 130 000 euros. [42]

L'existence d'espaces physiologiques, au sein des maternités est progressivement prise en compte dans le choix de l'établissement. Nous constatons également une évolution de l'attractivité des maternités par rapport à l'environnement immédiat. [43] Nous notons que le département de Seine-Maritime était pionnier. En 2013 le CIANE recensait cinq espaces physiologiques contrairement aux autres départements. (Annexe III)

En effet, l'ouverture d'un espace physiologique est un réel facteur d'attractivité, une vitrine démontrant l'ouverture des équipes aux attentes des usagers. L'objectif principal est d'augmenter l'attractivité via la diversification de l'offre de soins.

Le CIANE souhaiterait une formalisation des diverses appellations : salle nature, pôle physiologique, maison de naissance, unités sages-femmes ; pour qu'elles puissent constituer des repères fiables permettant aux usagers de mieux s'orienter. [4-42]

## 3.2 OBJECTIFS DE CREATION

La création de ces espaces permet de répondre à différents objectifs. Dans un premier temps, elle permet de satisfaire les attentes des couples et de leur laisser le choix des conditions de la naissance, selon les recommandations de l’OMS et du Parlement Européen. Elle a pour second objectif de proposer un suivi global personnalisé et assurer la sécurité physique, psychique et familiale. De plus, cela permet de répondre à la demande des professionnels de santé, à savoir, favoriser le respect de la physiologie et médicaliser à bon escient afin de réduire le coût de la prise en charge. [42]

Dans le document élaboré en 2008, conjointement par le CIANE, le CNGOF, le CNSF et la SFN, « suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités » est stipulé que dans la mesure du possible, la femme doit être accompagnée par un nombre limité de personnes travaillant de manière coordonnée. Le document évoque une sortie de la maternité précoce (J2) pour les patientes ayant eu une grossesse et un accouchement physiologiques. Cette organisation de la sortie s’appuie sur l’environnement existant, comprenant notamment des réseaux de périnatalité. [23]

Les réseaux de santé en périnatalité sont acteurs au service de priorités nationales définies dans le domaine de la périnatalité. Leur implication concerne particulièrement l’amélioration de l’articulation ville-établissement de santé : entre les professionnels libéraux, les centres de santé, les services de PMI et les maternités, notamment dans le but de favoriser les retours à domicile dans les meilleures conditions. [44]

En effet, la prise en charge des femmes à la sortie de la maternité est de plus en plus ciblée. [15] Une sortie précoce peut être envisagée : avant H72 après un accouchement voie basse, avant H96 après une césarienne si le couple mère-enfant remplissent des critères bien définis. Le PRADO a pu être mis en place grâce notamment aux sages-femmes libérales qui interviennent à domicile ou dans leurs cabinets. Ce travail en réseau permet de développer des liens de confiance entre les différents intervenants et permet d’assurer une cohérence des discours et des pratiques. De plus, il facilite au besoin, la réorientation pour avis médical. [45]

### 3.3 EQUIPEMENTS ET CONDITIONS D'UTILISATION

Ce projet peut être mis en œuvre dans le respect des décrets de 1998 sur les conditions d'autorisation des maternités. Si les aménagements de la maternité peuvent être estimés nécessaires car liés à la réalisation d'un projet, les conditions de mise en œuvre ne sont pas définies. En effet, dans la littérature nous ne retrouvons pas de définition précise de l'espace physiologique.

Ces espaces doivent répondre aux conditions soulignées par le CNGOF au sujet de l'équipement, l'architecture, la lumière, la sonorisation, l'accès, combinant une sécurité technique et une atmosphère familiale. Dans les espaces physiologiques, le matériel médical est réduit au minimum et le matériel non-médical n'est pas commun aux autres salles de naissance de la structure hospitalière. Il se compose d'éléments permettant le soulagement de la douleur et/ou la progression du travail. Il doit s'avérer propice à la sérénité, la relaxation et l'intimité du couple.

Le plus souvent, la salle comporte différentes installations telles que :

- Un **lit d'accouchement électrique** qui permet à la parturiente d'adopter la position de son choix ou un **lit bas de posture** ou **fauteuil d'accouchement**
- Un **électrocardiogramme** disposant d'une télémétrie
- Une **baignoire** pour permettre à la patiente de se relaxer
- Des **ballons de mobilisation** et des **galettes** pour gérer les douleurs et faciliter la dilatation, des coussins de relaxation
- Une **chaîne hifi** pour écouter de la musique
- Des **lianes de suspensions**

L'accueil des nouveau-nés n'est pas différent de celui effectué en salle « classique ». La prise en charge de la douleur change considérablement et permet une alternative à la péridurale. Ceci, par divers moyens comme le bain, les positions, la déambulation, la suspension, l'acupuncture et l'hypnose, dans certaines maternités.

Les futures mamans se positionnent comme elles le veulent et les papas sont aussi beaucoup plus actifs.

L'admission dans cet espace nécessite un projet parental de naissance réfléchi et construit. En effet, la pose d'analgésie péridurale n'est pas envisageable dans cet

espace physiologique. Une patiente qui désire accoucher dans cet espace doit avoir réfléchi à ce qu'elle souhaite, à ce qu'elle désire. Etre préparée et informée l'aidera à mieux comprendre ce qui se passe dans son corps. De nos jours les patients sont beaucoup plus renseignés et ne souhaitent plus être « infantilisés ». C'est pourquoi le projet de naissance permet un changement de pratique des professionnels au profit de l'accompagnement plus personnalisé. Il permet également d'entretenir une relation de confiance entre soignés et soignants.

De plus, certaines conditions sont requises pour accéder à cette salle. L'espace physiologique est « conditionné » à une sélection des patientes à bas risque et doit se situer à proximité de la salle de naissance traditionnelle. L'accouchement se déroule dans des conditions non technicisées. Ces lieux doivent garantir une protection vis-à-vis des accidents périnataux et répondre aux impératifs de lutte contre les infections nosocomiales. [21] L'espace physiologique est attenant au bloc obstétrical, sous la responsabilité du chef de service et essaie de ressembler le plus possible au domicile familial. La surveillance obstétricale doit être maintenue.

La patiente peut effectuer l'ensemble de son travail, son accouchement dans cet espace physiologique mais peut à tout moment rejoindre les salles classiques.

La survenue d'incidents comme des signes d'altération du bien être foetal ou maternel, une procidence du cordon, nécessite une procédure de transfert formalisée. Les protocoles peuvent être allégés avec par exemple espacement des TV, RAPDE non systématique, voie d'abord obturée, mais il n'existe pas de consensus, les protocoles sont propres à chaque maternité.

### 3.4 IMPACT DANS LES MATERNITES

La création d'un espace physiologique est le point de départ d'une réflexion plus large de la part de l'ensemble de l'équipe médicale, pour l'élaboration d'un suivi des femmes présentant une grossesse à bas risque.

Cela permet aux équipes de réfléchir sur leur degré d'interférence, de réinterroger leurs pratiques et de remettre la patiente au centre de leurs préoccupations. [46]

Ainsi le suivi de la grossesse, l'accouchement, les suites de la naissance et le retour à domicile sont envisagés différemment, en préservant la sécurité physique et affective.

De surcroît, la création d'un service centré sur la femme et la famille avec un environnement de la naissance « home like » permet de diversifier les modes de prise en charge au sein de la maternité. Ces espaces respectent une sécurité sans excès technique, l'intimité des patientes mais pas seulement.

En effet, nous observons une réorganisation adaptée de la maternité dénotant d'un changement de culture de l'attention des patientes, l'ouverture des espaces physiologiques a eu un impact sur tous les services : préparations à la naissance variées, petit déjeuner avec libre service, lit double pour père etc.

La création d'espaces physiologiques au sein des maternités de niveau III a également permis un remaniement et une réorganisation du travail entre les professionnels. Effectivement, les accouchements réalisés à priori eutociques, sont suivis exclusivement par les sages-femmes. Elles peuvent mettre en pratique toutes leurs compétences et leurs connaissances. Leur travail est revalorisé. Elles ont donc une autonomie totale dans leurs compétences et peuvent bénéficier de l'avis et de l'intervention d'un médecin pour tout problème éventuel.

Le décret encadrant les filières physiologiques en date de juin 2015 met en avant une volonté de proposer un parcours de santé identifié et intégré aux établissements de santé pour des femmes désireuses d'un accouchement moins technicisé. Que ce soit au sein des maternités au statut public ou privé et sous critères médicaux d'éligibilité définis par l'HAS. De plus, ce document tant à promouvoir l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

Respecter le processus physiologique et assurer une sécurité affective impacteront les résultats périnataux en matière de prévention des complications obstétricales iatrogènes à l'échelle locale et nationale. [18]

### 3.5 ET EN DEHORS DE LA FRANCE ?

Au Brésil, 85% des femmes qui mettent leur enfant au monde dans une clinique privée accouchent par césarienne. Aux Pays-Bas, moins de 5% des femmes ont recours à l'analgésie péridurale et près d'une sur trois accouche à domicile. De vastes écarts de prises en charge existent dans le monde.

C'est aux Etats-Unis que la première maison de naissance a été créée en 1975, à New York. En Europe, le mouvement s'est d'abord implanté en Suisse (en 1984) et en Allemagne (en 1985), puis en Autriche, Belgique, Suède, Grande-Bretagne, etc. Un réseau européen de maisons de naissance a vu le jour en 1993. Au Québec, il existe actuellement dix de ces maisons. Selon la politique de périnatalité 2008-2018, treize nouvelles maisons de naissance devraient voir le jour d'ici 2018. Il y a actuellement plus d'une centaine de sages-femmes qui peuvent pratiquer selon l'ordre des sages-femmes du Québec. En Angleterre, existent des unités hospitalières où les accouchements sont réalisés en ambulatoire sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. [30-47]

Diverses études ont été menées sur la sécurité des femmes et des nouveau-nés selon le lieu d'accouchement. Celle menée par le NPEU (National Perinatal Epidemiology Unit) en Angleterre, montre qu'il n'y a pas plus de risque lors d'un accouchement en maison de naissance pour les femmes à bas risque obstétrical. [48]

### 3.6 RESULTATS A SUIVRE

Quatre enquêtes nationales périnatales ont eu lieu, en 1995, 1998, 2003 et 2010. Une nouvelle enquête a eu du 14 au 20 mars 2016.

Un des objectifs de cette enquête est notamment de pouvoir mieux décrire la conduite du travail obstétrical et d'évaluer comment sont prises en compte les demandes des femmes : projet de naissance, alimentation durant le travail, alternatives non médicamenteuses à la péridurale etc. Des questions ont également été formulées pour

décrire les mesures de sécurité adoptées par les maternités pour l'accouchement et mieux évaluer la charge de travail des sages-femmes en salles de naissance.

Les premiers résultats de cette édition seront diffusés par la DREES et l'Inserm au cours de l'année 2017. [49]

De plus, courant 2017, l'HAS publiera des recommandations pour la pratique clinique : « Accouchement normal (dont physiologique) ».

## DEUXIEME PARTIE

### 1. PRESENTATION DE L'ETUDE

#### 1.1 PROBLEMATIQUE

L'espace physiologique garantit une autonomie de choix pour le couple et un cadre sécuritaire dans la même structure. La patiente est actrice, autonome, et la sage-femme est dans son rôle d'accompagnante avec la mise en œuvre même d'une collaboration égalitaire.

Les espaces physiologiques se multiplient au sein des maternités quel que soit leur type ou leur taux d'activité et ils sont destinés aux accouchements physiologiques de femmes à bas risque. Ils dénotent d'un changement de culture de l'hôpital.

**Après avoir assisté à un réel engouement pour les espaces physiologiques, qu'en est-il de leur utilisation aujourd'hui dans la région proche ?**

#### 1.2 HYPOTHESES

L'espace physiologique symbolise un outil indispensable mis à disposition, permettant ainsi de donner le choix aux femmes pour accoucher ou « passer » une partie de leur travail obstétrical. Or, de multiples conceptions existent derrière ces mêmes dénominations (pôle physiologique, salle nature etc.). Ces appellations cachent des réalités probablement assez différentes d'un établissement à l'autre, notamment en termes d'engagement et de disponibilité du personnel.

Nous avons ainsi, établi une première hypothèse : **Il existe un décalage entre les objectifs de création des espaces physiologiques et la réalité d'occupation de ceux-ci.**

De plus, les sages-femmes souhaitent une prise en charge moins médicale de l'accouchement physiologique et être plus disponibles pour les patientes. Néanmoins celles-ci, premières à intervenir s'y retrouvent-elles ?

Notre deuxième hypothèse est la suivante : **Les sages-femmes apprécient de pouvoir accompagner les patientes dans un espace physiologique car il constitue un réel outil de prise en charge physiologique de l'accouchement.**

Notre recherche a pour objectifs de dresser un bilan d'activité des espaces physiologiques et de réaliser une enquête de satisfaction auprès des sages-femmes.

### 1.3 MATERIEL ET METHODE

#### 1.3.1 TYPE D'ETUDE

L'étude réalisée est descriptive, prospective et multicentrique. Elle concerne sept maternités de la région Normandie sur deux départements.

Dans le département de Seine-Maritime, sur neuf maternités, sept disposent d'un espace physiologique. Dans le département de l'Eure, seule la maternité de Vernon a un espace physiologique. [50]

#### 1.3.2 DEPÔT DES QUESTIONNAIRES

*Afin de répondre à l'hypothèse 1* : Nous avons distribué un questionnaire aux sages-femmes coordinatrices des sept maternités concernées.

*Afin de répondre à l'hypothèse 2* : Nous avons distribué des questionnaires aux sages-femmes cliniciennes travaillant ou ayant travaillé en salle de naissance depuis la mise en place de l'espace physiologique dans leur établissement.

Pour se faire, nous avons pris des rendez-vous avec les sages-femmes coordinatrices de ces sept maternités entre le 26 octobre et le 2 novembre 2016. Au cours de ces entretiens, nous avons pu expliciter à chaque sage-femme coordinatrice notre projet et ses objectifs. Nous avons alors pu leur laisser le questionnaire qui leur était adressé.

De plus, l'aide de certaines sages-femmes coordinatrices a été précieuse nous permettant d'évaluer le nombre de sages-femmes cliniciennes ayant eu pendant les dernières années, la possibilité d'accompagner des patientes dans l'espace physiologique de l'établissement.

Lors de nos déplacements dans les établissements, nous avons pu visiter les espaces physiologiques et les prendre en photos afin de mieux les visualiser. (Annexe V) Par la même occasion, nous avons laissé nos questionnaires adressés aux sages-femmes cliniciennes, dans les différents services des maternités.

Afin de respecter l'anonymat des réponses, aucune information sur le nom ou les coordonnées des sages-femmes interrogées n'a été demandée dans le questionnaire.

Au total, 208 questionnaires adressés aux sages-femmes cliniciennes ont été laissés à disposition et 7 questionnaires adressés aux sages-femmes coordinatrices ont été distribués.

### 1.3.3 ELABORATION DES QUESTIONNAIRES

Nous avons rédigé deux questionnaires. (Annexe VI et VII)

Le premier adressé aux sages-femmes coordinatrices comprend *six parties* avec au total vingt-cinq questions :

- *Caractéristiques de l'établissement* avec six questions fermées.
- *Historique et caractéristiques de l'espace physiologique* avec six questions dont deux à choix multiples, deux questions fermées, une question ouverte et un tableau comportant quatorze items.
- *Prise en charge des patientes dans cet espace* avec sept questions à choix multiples et une question fermée.
- *Indicateurs existants* avec deux tableaux à remplir, si cela était possible.
- *Communication autour de cet espace* avec une question à choix multiples.
- *Concernant l'équipe médicale* avec une question ouverte.
- *Suggestions en vue d'une amélioration de l'utilisation de cet espace* avec une question ouverte.

Le deuxième questionnaire adressé aux sages-femmes cliniciennes comprend douze questions, dont trois questions fermées, trois questions à choix multiples et cinq

questions sous forme de tableaux, variant de trois à onze items. Pour finir, la dernière question est volontairement similaire sur les deux questionnaires, concernant les *suggestions en vue d'une amélioration de l'utilisation de cet espace*.

Avant le début de l'enquête nous avons testé ce questionnaire auprès des jeunes sages-femmes afin d'évaluer la facilité de compréhension des questions. Aucun réajustement n'a été effectué. Le questionnaire a ensuite été validé par notre directrice de mémoire.

#### 1.3.4 COLLECTE DES QUESTIONNAIRES

Durant la période de mi-novembre 2016 à fin janvier 2017, nous nous sommes déplacés à plusieurs reprises sur le terrain afin de récupérer les questionnaires remplis et de sensibiliser les sages-femmes cliniciennes à notre démarche. Concernant les questionnaires adressés aux sages-femmes coordinatrices, ils ont été récupérés lors de nos passages dans les maternités ou envoyés à notre domicile par courrier.

	Niveau maternité	Date de création espace physiologique	Nb de Q SF laissés	Nb de Q SF récupérés
Le Havre (Estuaire)	1	2010	15	8
Lillebonne	1	Août 2015	15	10
Montivilliers (Jacques Monod)	3	2009	49	30
Rouen (CHU)	3	2008	60	32
Rouen (Clinique Mathilde)	2	Décembre 2011	30	27
Saint Aubin les Elbeuf (Les Feugrais)	2	Mai 2013	29	18
Vernon	1	Décembre 2012	10	8
			Total laissé =208	Total final =133

Les sages-femmes coordinatrices ont toutes répondu à notre questionnaire. Nous avons collecté 133 questionnaires remplis par les sages-femmes cliniciennes soit un taux de réponses de 63,9%.

#### 1.4 MATERIEL D'ANALYSE

Courant février 2017, nous avons entré les résultats des deux questionnaires sur le logiciel statistique Sphinx. Cet outil nous a permis d'analyser et d'exploiter nos résultats.

## 2. RESULTATS ET ANALYSE DE L'ETUDE

### 2.1 QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX SAGES-FEMMES COORDINATRICES

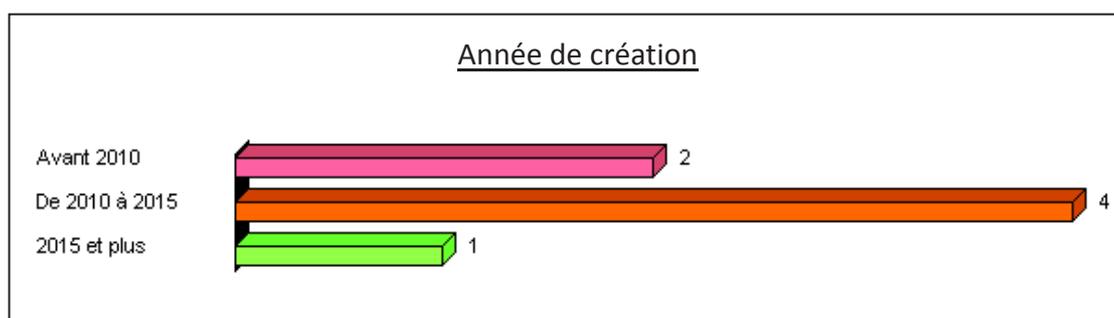
#### 2.1.1 CARACTERISTIQUES DES ETABLISSEMENTS

Notre enquête comprend trois maternités de niveau 1, deux maternités de niveau 2 ainsi que deux maternités de niveau 3.

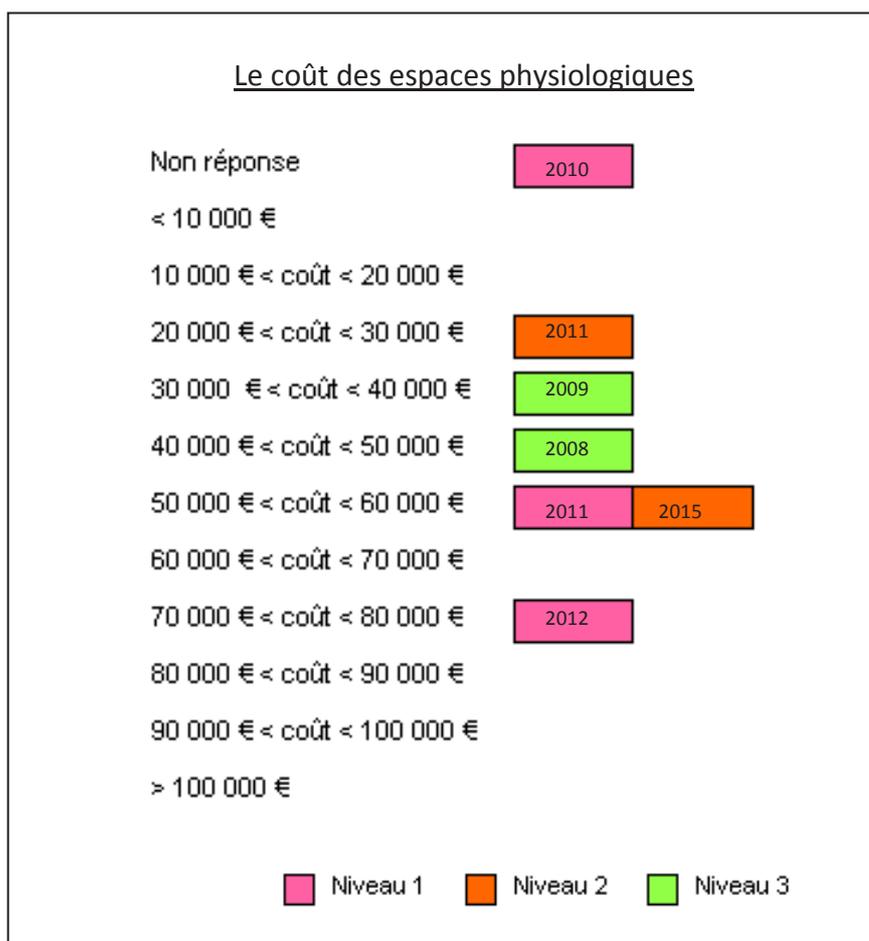
Concernant le nombre de salles de naissance « classiques », de salles de pré-travail et du nombre de sages-femmes, les maternités sont conformes aux décrets de périnatalité.

Sur sept maternités, six proposent un espace physiologique et un établissement en propose deux.

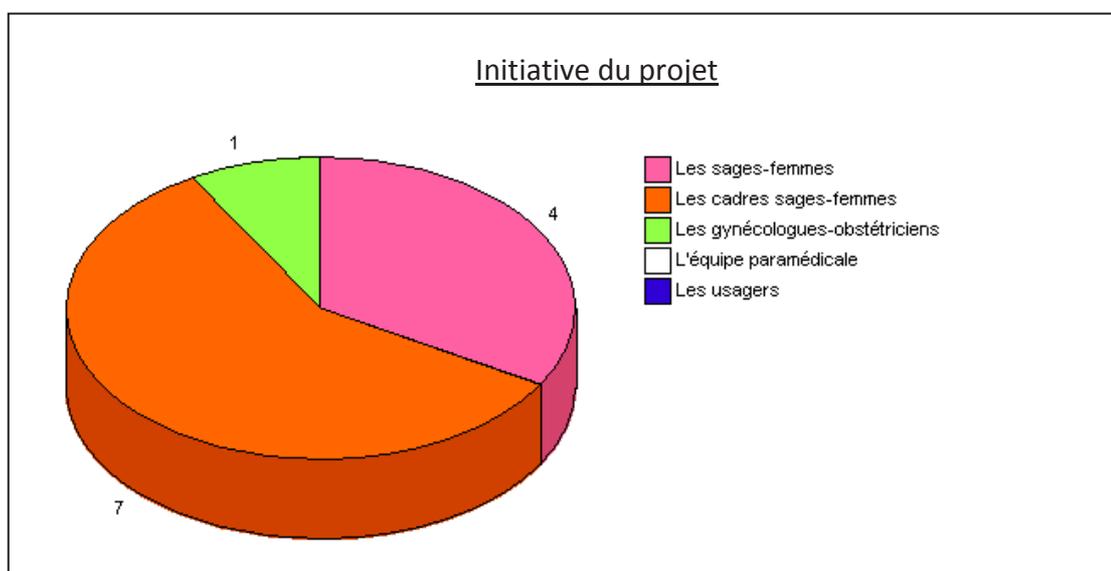
#### 2.1.2 HISTORIQUE ET CARACTERISTIQUES DES ESPACES PHYSIOLOGIQUES



Le nom donné à cet espace est variable selon les maternités. Cinq sont appelés « Salle nature » pour différentes raisons : « *le terme physiologique n'est pas explicite pour tout le monde* », « *il permet de mettre en avant la polyvalence de l'espace selon la créativité de la sage-femme et des souhaits de la patiente* ». D'autres maternités ont choisi comme appellation : « Salle physiologique » ou encore « Zen et Lotus ».

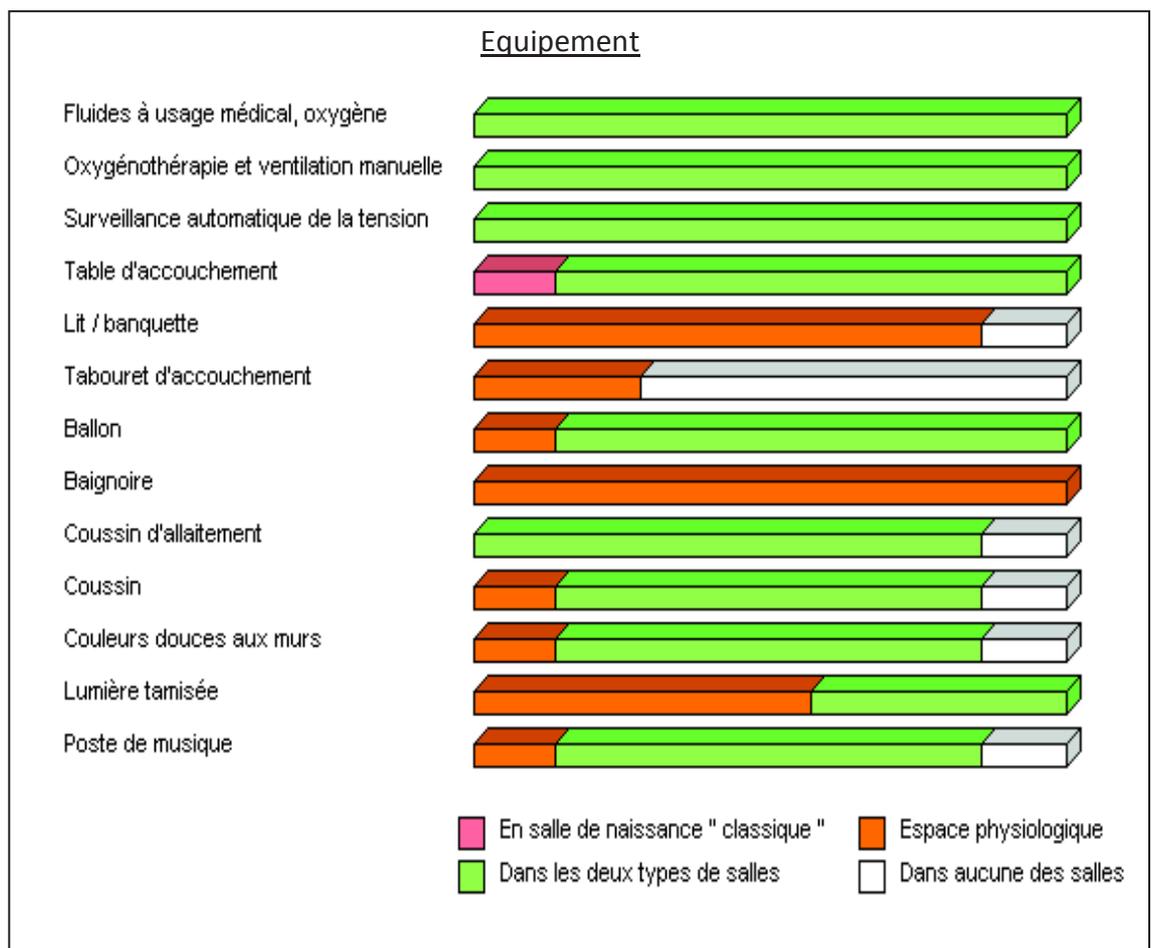


Les deux espaces physiologiques coûtant la même somme ont été construits en 2011 et 2015. Nous n'observons pas de corrélation entre le budget total de l'espace physiologique et le niveau de la maternité. De plus, il n'y a pas une élévation significative du budget avec les années.



Les sages-femmes coordinatrices sont majoritairement à l'initiative de la construction des espaces physiologiques. C'est effectivement une façon pour l'établissement de rester attractif et de se démarquer d'autres maternités en renouvelant l'offre de soins.

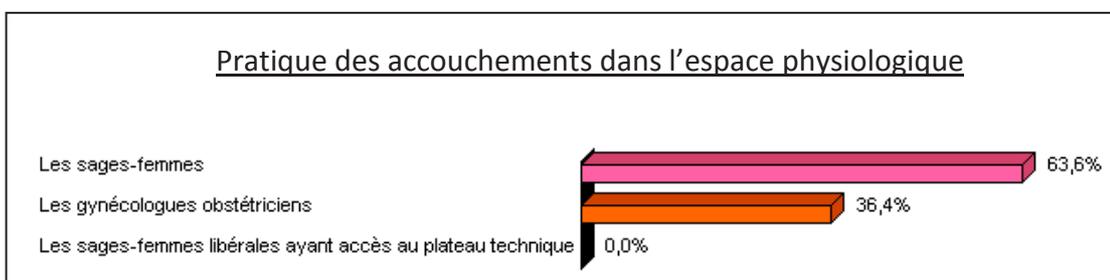
Six maternités sur sept nous ont indiqué posséder une charte d'accès à l'espace physiologique cependant seuls deux établissements nous l'ont jointe. Nous ne connaissons pas la raison pour laquelle un des établissements n'en possède pas.



Nous retrouvons en salle de naissance « classique » ainsi que dans l'espace physiologique, les moyens de surveillances indispensables à la sécurité des patientes. De plus, dans ces deux types de salles nous retrouvons majoritairement une table d'accouchement, des ballons, des coussins d'allaitement, des coussins, des couleurs douces aux murs et un poste de musique.

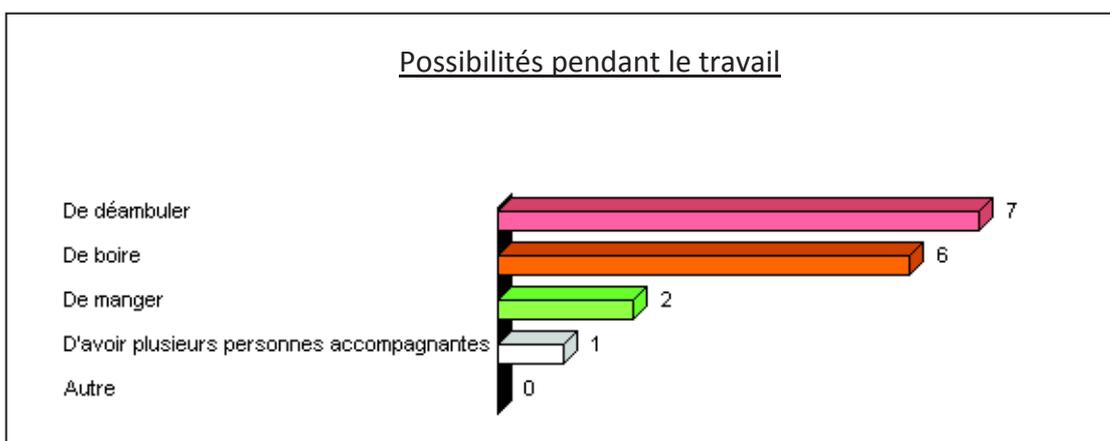
Spécifiquement dans l'espace physiologique nous constatons la présence d'une baignoire et majoritairement d'une banquette/ lit rond et de lumière tamisée.

### 2.1.3 PRISE EN CHARGE DES PATIENTES DANS CET ESPACE



Nous constatons qu'aucune maternité de notre enquête n'a souhaité ouvrir son plateau technique.

De plus, trois établissements sur sept, permettent une pose éventuelle d'analgésie péridurale dans leur espace physiologique.



Parmi les sept maternités de notre étude, la baignoire est utilisée pour aider à la dilatation et n'est pas utilisée pour l'accouchement.

Concernant le cardiocytographe, seules quatre maternités sur sept en possèdent un avec télémétrie pour surveiller le rythme cardiaque fœtal lors du bain ou la déambulation.

Dans l'espace physiologique, six maternités sur sept réalisent un enregistrement du rythme cardiaque fœtal en discontinu.

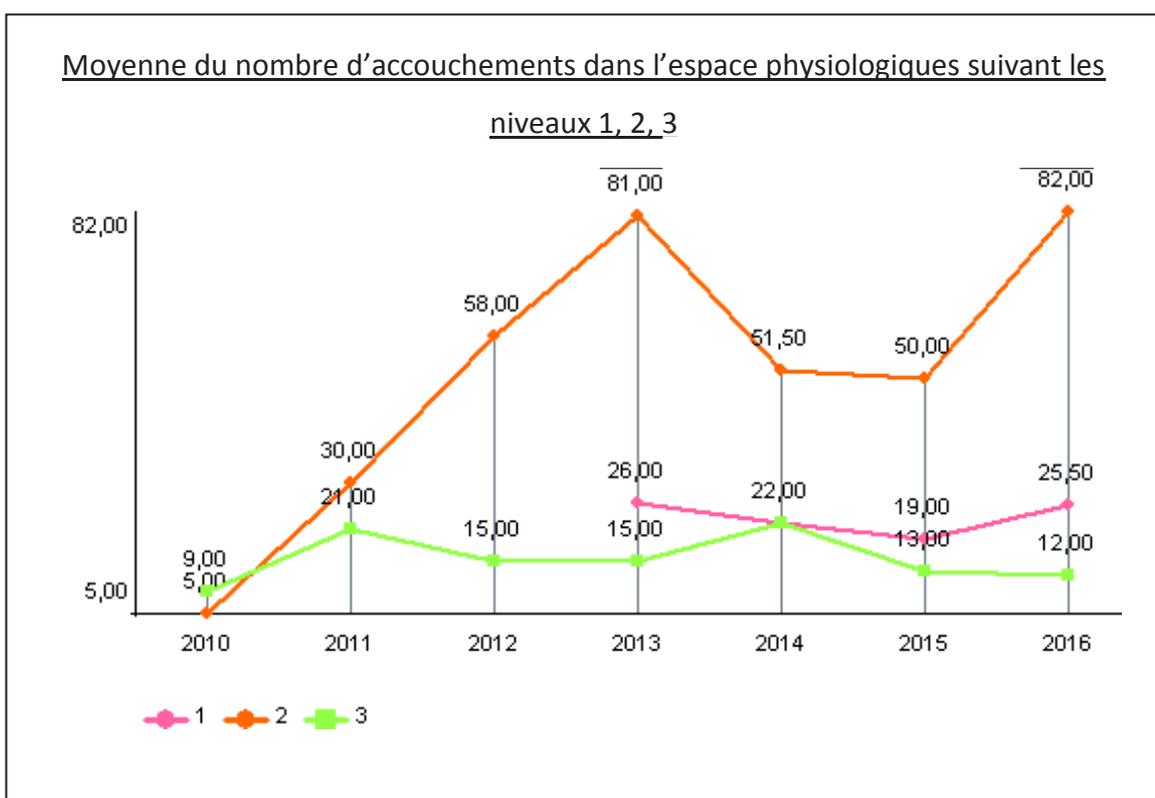
Cinq maternités posent obligatoirement une voie d'abord veineuse qui est obturée, et deux établissements ne la pose pas obligatoirement.

Concernant l'utilisation des ocytociques, six établissements sur sept effectuent systématiquement la délivrance dirigée complète.

Des sages-femmes coordinatrices nous ont aussi signalé que certaines pratiques dépendaient de la patiente et de la sage-femme.

#### 2.1.4 INDICATEURS EXISTANTS

Cinq maternités sur sept ont des indicateurs de suivi permettant de relever le nombre d'accouchements effectués dans leur espace physiologique. A noter que les chiffres la maternité de Lillebonne n'ont pas pu être inclus à notre étude du fait de son ouverture récente en août 2015.



Nous rappelons que ces résultats ont été établis sur les chiffres regroupant seulement une maternité de niveau 1, deux maternités de niveau 2, une maternité de niveau 3.

Concernant les deux maternités de niveau 2 faisant parties de notre enquête, nous constatons une croissance importante du nombre d'accouchements dans l'espace physiologique entre 2010 et 2013.

Ce graphique nous permet aussi de mettre en avant un taux d'accouchements dans l'espace physiologique plus faible en niveau 3 en comparaison avec les autres structures.

Nombre d'accouchements dans les sept espaces physiologiques en 2015

Maternité	2015 Nb Acct Totaux	2015 Nb Acct Espace Physio	2015 Pourcentage Acct Espaces Physiologiques
Le Havre (Estuaire) Niv 1	800	*	-
Lillebonne Niv 1	710	NON CRÉÉ	-
Montivilliers (Jacques Monod) Niv 3	3260	*	-
Rouen (CHU) Niv 3	2806	13	0,46%
Rouen (Clinique Mathilde) Niv 2	2684	9	0,36%
Saint Aubin lès Elbeuf Niv 2	1578	91	5,76%
Vernon Niv 1	672	19	3,53%
<b>Total</b>	<b>12510</b>	<b>132</b>	<b>1,70%</b>

\* indicateurs non recensés

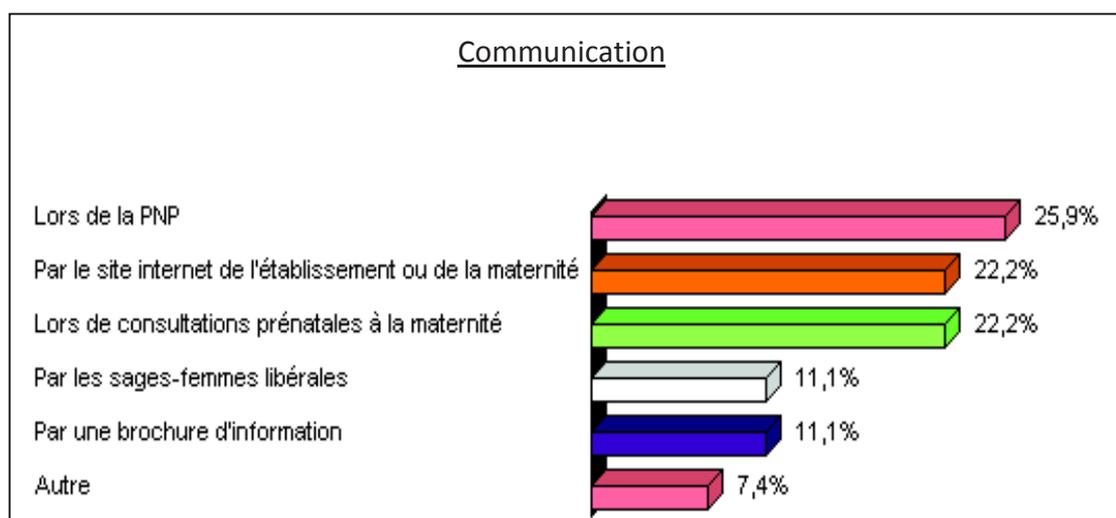
$(132/7740)*100=1.70\%$  d'accouchements sur quatre maternités ont eu lieu dans un espace physiologique en 2015.

Ce tableau nous permet de constater que les taux d'accouchements dans un espace physiologique sont très faibles et ne sont pas corrélés au niveau de l'établissement.

Concernant les indicateurs de suivi, seule une maternité relevait le nombre de patientes ayant bénéficié de l'espace physiologique dans un premier temps puis ayant été transférées vers une salle classique au cours du travail.

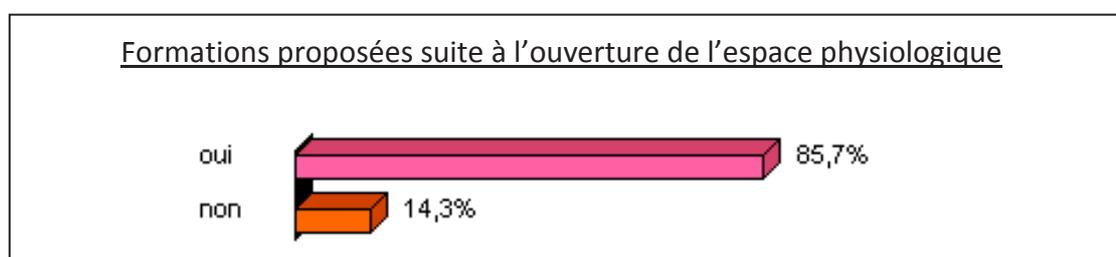
Cependant, ce relevé a été mis en place deux années puis arrêté du fait de l'utilisation répétée de cet espace qui était fastidieuse à consigner pour les sages-femmes.

#### 2.1.5 COMMUNICATION AUTOUR DE CET ESPACE



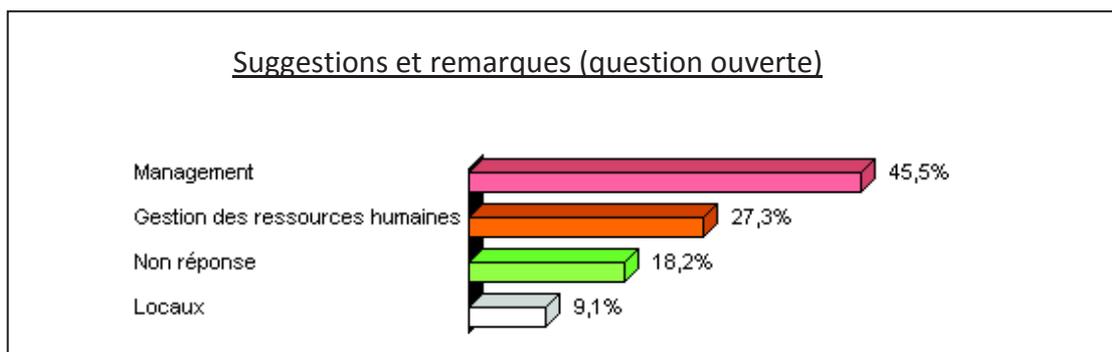
Autres moyens de communication : journées portes ouvertes, des visites de la maternité et lors de l'entretien du quatrième mois.

#### 2.1.6 CONCERNANT L'EQUIPE MEDICALE



Dans les formations proposées nous notons principalement celle des positions d'accouchement et protection du périnée et des formations internes.

## 2.1.7 POUR CONCLURE



Ces suggestions et remarques regroupent :

### **Le management (45,5%)**

Certaines sages-femmes coordinatrices souhaitent : « améliorer » la motivation des sages-femmes à une prise en charge physiologique, un projet d'ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales, améliorer la communication sur cet espace lors des consultations et lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

### **La gestion des ressources humaines (27,3%)**

Certaines sages-femmes coordinatrices envisagent d'enrichir la formation des sages-femmes, pensent que l'espace physiologique devrait prendre en compte la physiologie mais aussi la possibilité de pose d'analgésie péridurale car des patientes peuvent ressentir un " sentiment d'échec " lors du changement de salle.

### **Les locaux (9,1%)**

Certaines sages-femmes coordinatrices regrettent l'éloignement géographique de l'espace physiologique jusqu'à la salle réanimation néonatale, ou du bureau des sages-femmes.

## 2.2 QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX SAGES-FEMMES CLINIENNES

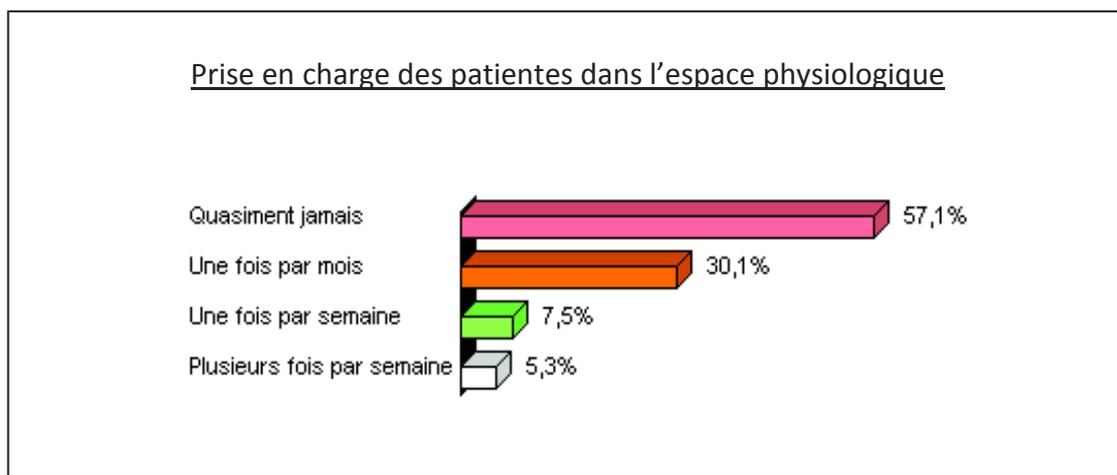
### 2.2.1 CARACTERISTIQUES DES SAGES-FEMMES

La proportion des praticiens hommes et femmes sages-femmes est corrélée aux chiffres nationaux. En effet notre échantillon est composé de 97% de femmes et 3% d'hommes.

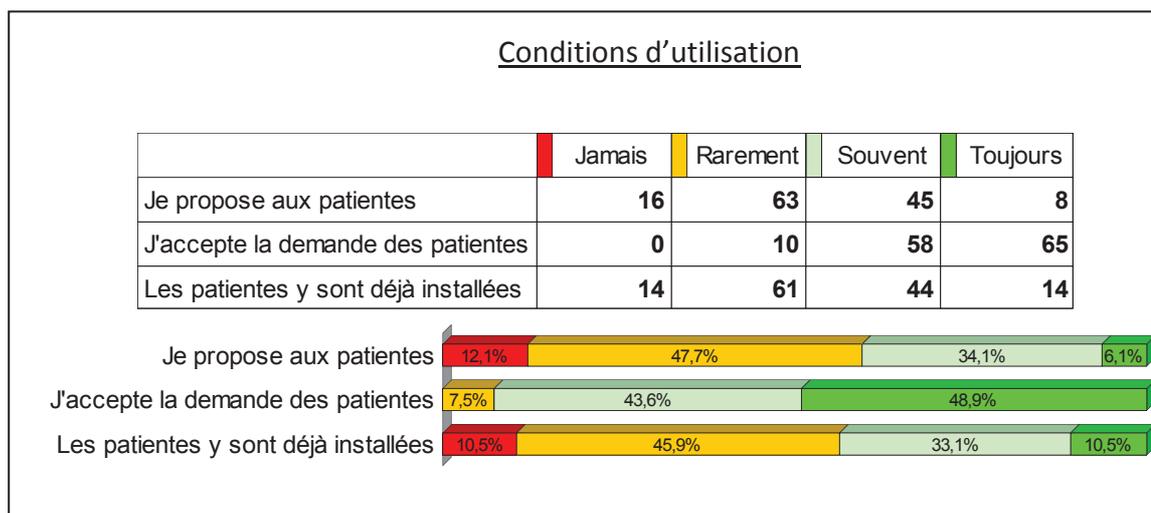
<u>Âge des sages-femmes</u>			<u>Années de travail dans la maternité actuelle</u>		
Moyenne = <b>33,11</b> Min = <b>25</b> Max = <b>61</b>			Moyenne = <b>7,33</b> Min = <b>1</b> Max = <b>30</b>		
	Nb	% cit.		Nb	% cit.
Moins de 30	<b>58</b>	<b>43,6%</b>	Moins de 5	<b>56</b>	<b>42,1%</b>
De 30 à 35	<b>35</b>	<b>26,3%</b>	De 5 à 9	<b>28</b>	<b>21,1%</b>
De 36 à 41	<b>24</b>	<b>18,0%</b>	De 10 à 14	<b>32</b>	<b>24,1%</b>
De 42 à 47	<b>8</b>	<b>6,0%</b>	De 15 à 19	<b>11</b>	<b>8,3%</b>
De 48 à 53	<b>3</b>	<b>2,3%</b>	De 20 à 24	<b>4</b>	<b>3,0%</b>
54 et plus	<b>5</b>	<b>3,8%</b>	25 et plus	<b>2</b>	<b>1,5%</b>
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0%</b>	<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100,0%</b>

70% des sages-femmes cliniciennes travaillant en salle de naissance ont moins de 35 ans, ce qui correspond aux chiffres nationaux.

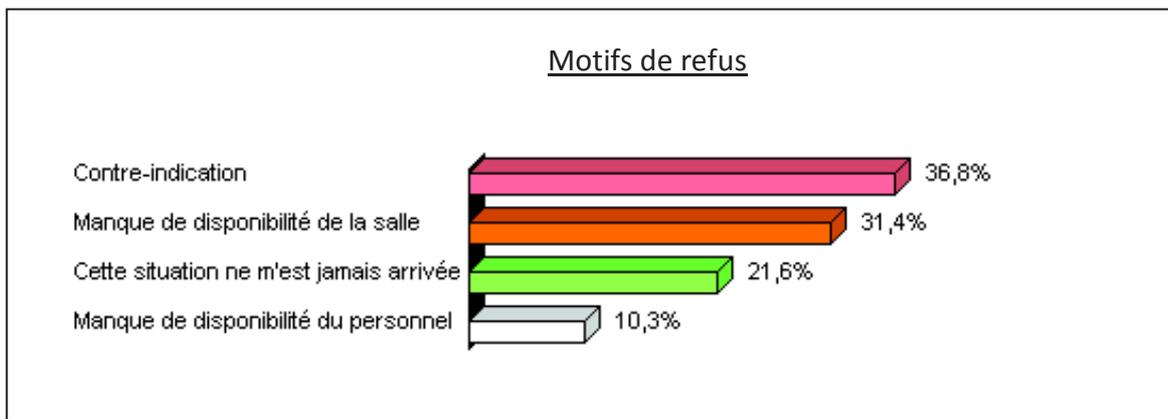
## 2.2.2 ESPACE PHYSIOLOGIQUE



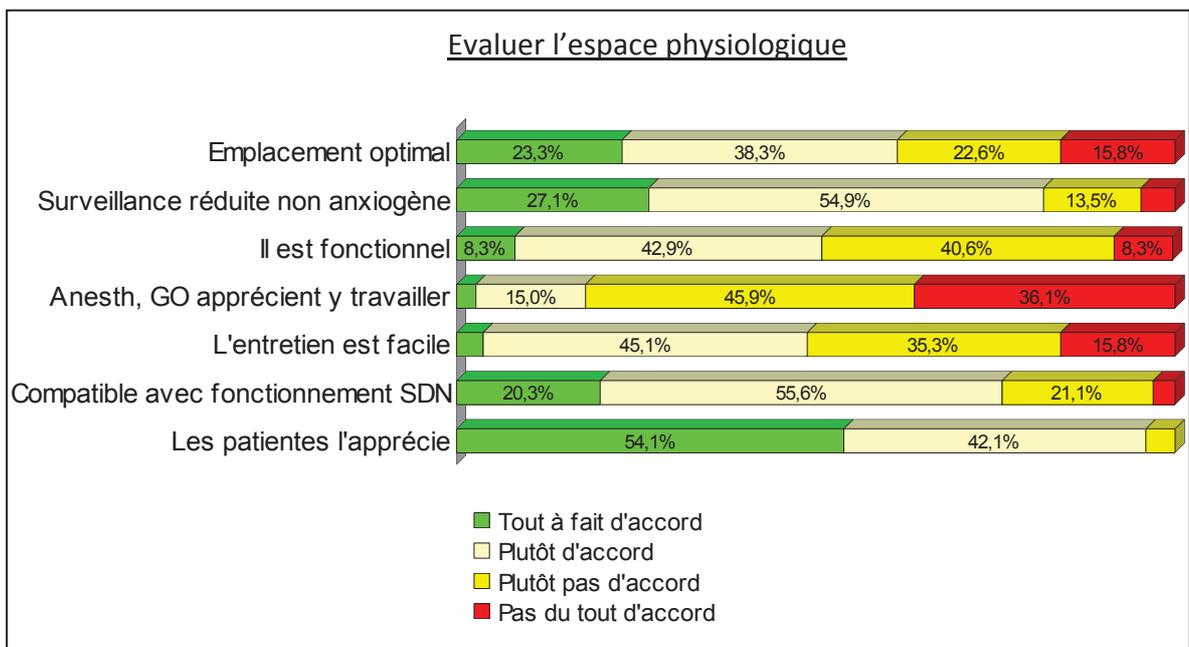
En moyenne les sages-femmes cliniciennes travaillant en salle de naissance prennent en charge deux fois par semaine des patientes dans l'espace physiologique de leur établissement. (Moyenne 1,61 ; écart-type 0.84)



59% des sages-femmes cliniciennes ne proposent jamais ou rarement l'espace physiologique aux patientes mais cependant 92% des sages-femmes acceptent souvent ou toujours la demande des patientes.



Nous tenons à souligner que sur les sept établissements inclus dans notre étude seuls deux ont pu nous fournir une charte d'utilisation de leur espace physiologique mentionnant les contre-indications.



61,6% des sages-femmes considèrent l'emplacement de l'espace physiologique comme optimal dans leur établissement.

82% des sages-femmes ne sont pas « gênées » par la différence de surveillance par rapport aux salles de naissance classiques.

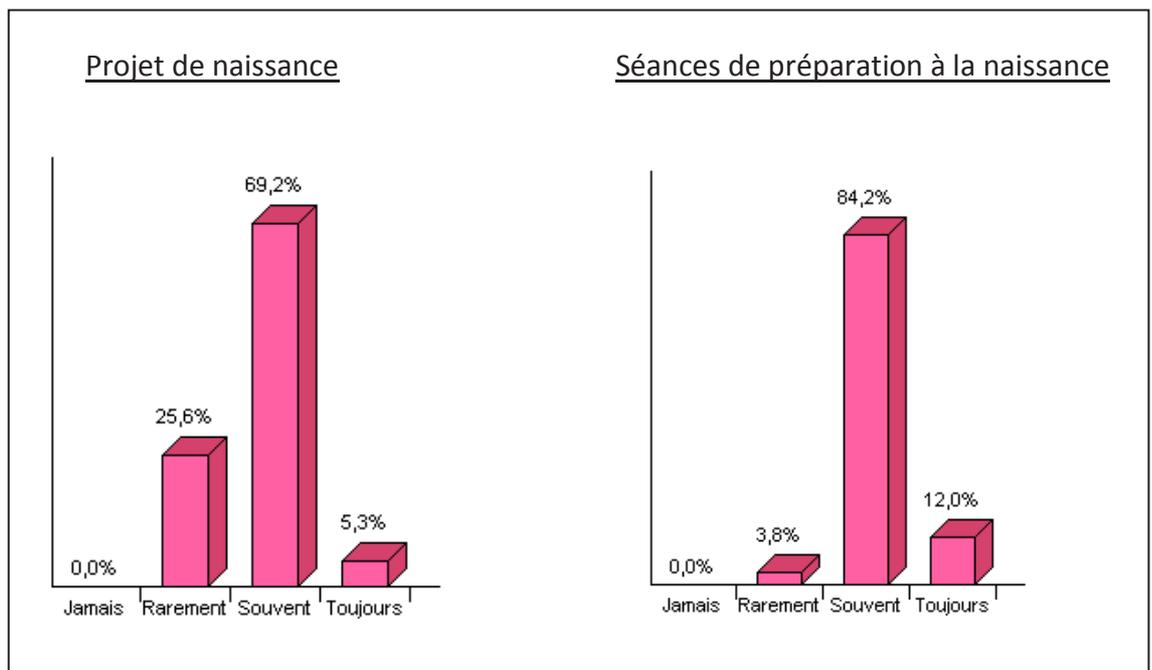
La moitié des sages-femmes le considère fonctionnel.

82% des sages-femmes constatent que les autres professionnels médicaux n'apprécient pas de travailler dans cet espace.

La moitié des sages-femmes trouvent que l'entretien de cet espace est compliqué.

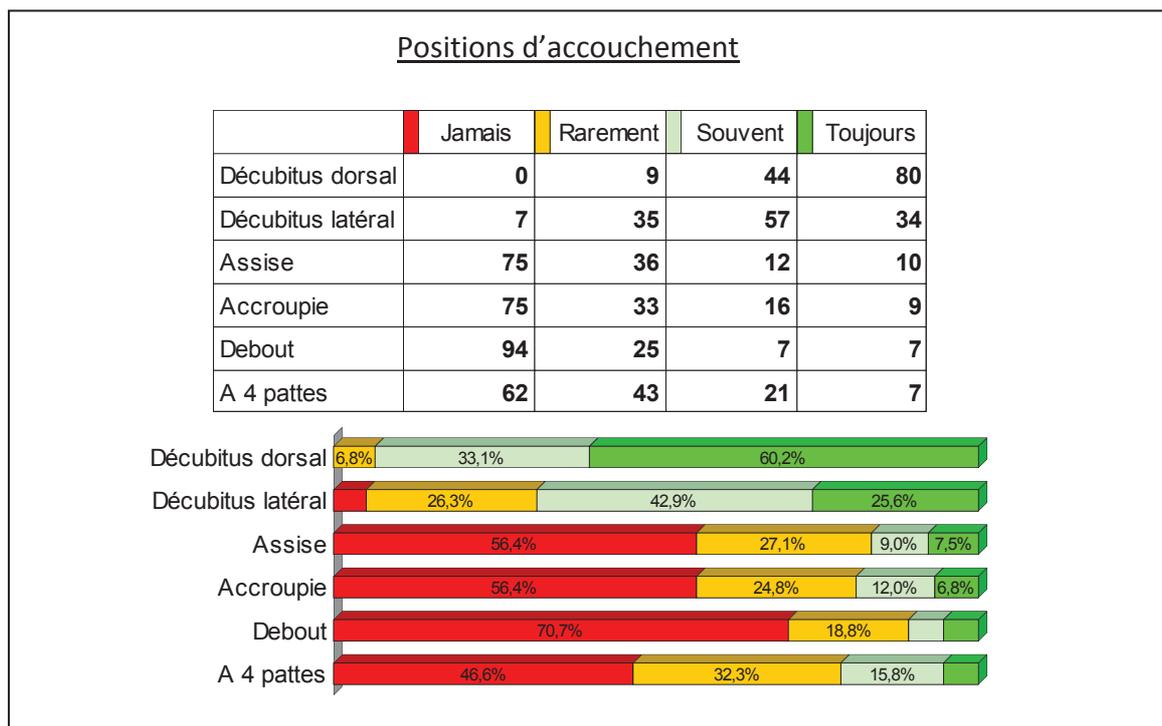
76% des sages-femmes pensent que cet espace a sa place dans le bloc obstétrical.

96% des sages-femmes soulignent que les patientes apprécient de pouvoir disposer de cet espace.

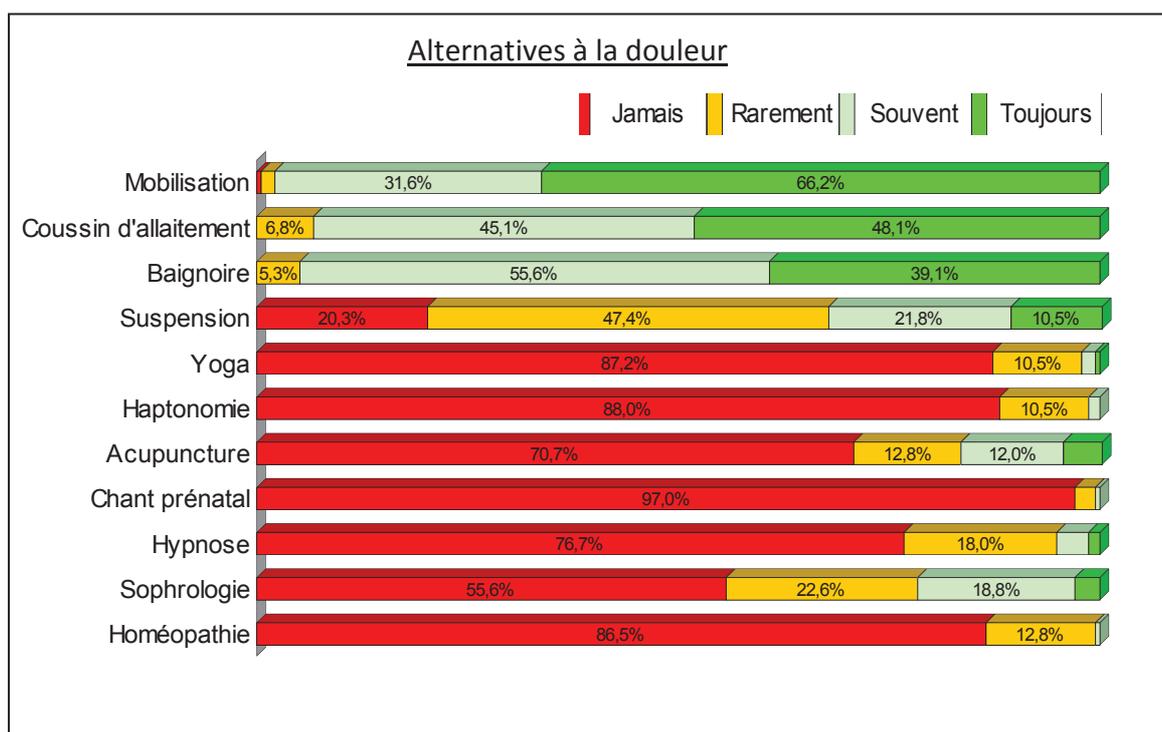


D'après l'expérience des sages-femmes, 74% des parents dont le souhait est d'accoucher dans un espace physiologique, réalisent souvent ou toujours un projet de naissance et 96% des parents se rendent souvent ou toujours aux séances de préparation à la naissance.

## 2.2.3 CONCERNANT VOTRE PRATIQUE DANS L'ESPACE PHYSIOLOGIQUE

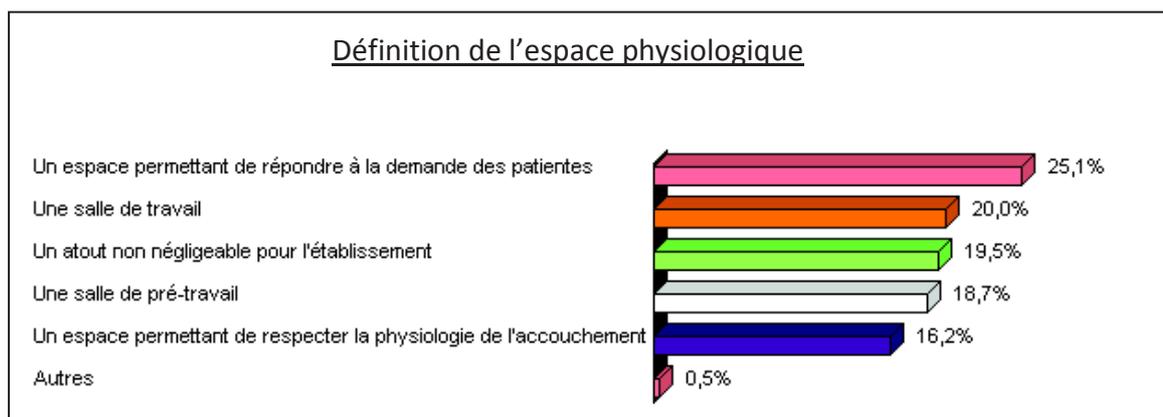


Ce tableau nous permet de constater que les sages-femmes accompagnent majoritairement les patientes dans la position du décubitus dorsal ou latéral. Par ailleurs, 50% des sages-femmes ne pratiquent jamais d'autres positions d'accouchement comme la position assise, accroupie, debout, à quatre pattes.

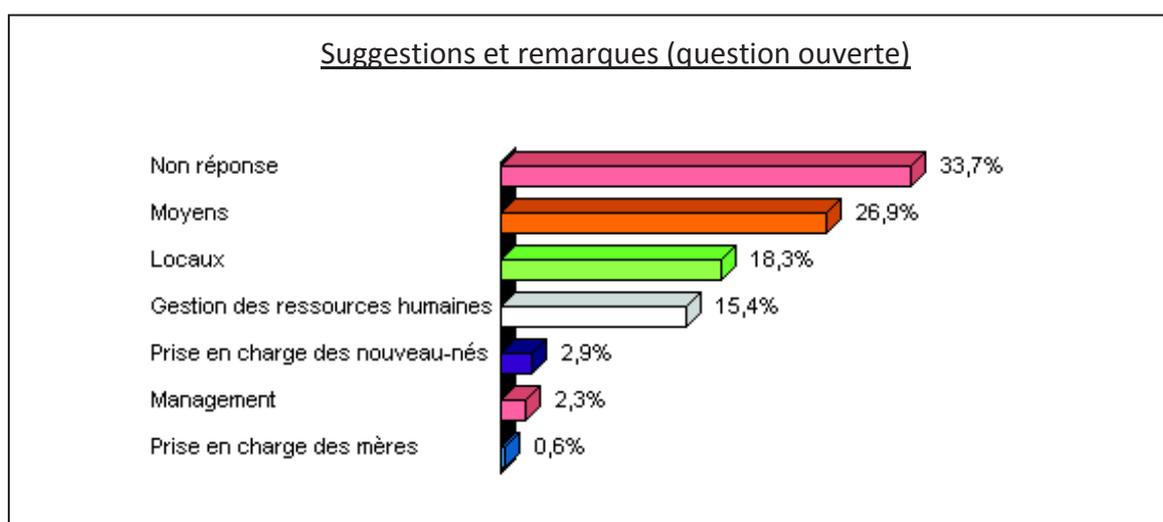


Ce tableau nous montre explicitement que les alternatives à la douleur des patientes sont majoritairement la mobilisation, l'utilisation du coussin d'allaitement, la baignoire et les suspensions. Les autres alternatives sont considérablement sous-utilisées.

#### 2.2.4 POUR CONCLURE



Deux réponses autres correspondent à un « espace peu utilisé ».



Ces suggestions et remarques regroupent :

### **Les moyens (26,9%)**

Certaines sages-femmes cliniciennes souhaitent : l'installation de toilettes, amélioration de la décoration de l'espace (plus cocooning), du matériel mieux adapté, l'acquisition de matériel et un meilleur rangement de celui-ci.

### **Les locaux (18,3%)**

Certaines sages-femmes cliniciennes regrettent la localisation de l'espace, trop à l'écart du service, le manque de place dans cet espace (exemple : si besoin de l'intervention d'autres collègues), cependant certaines soulignent la difficulté de chauffer un espace trop grand et de la difficulté pour l'équipe de réaliser le ménage.

### **La gestion des ressources humaines (15,4%)**

Certaines sages-femmes cliniciennes mettent en avant le manque de temps pour un accompagnement optimal, leur souhait d'une possibilité de pose d'analgésie péridurale dans cet espace nécessitant une réflexion équipe.

D'autres sages-femmes soulignent la nécessité d'homogénéisation la volonté des équipes pour travailler dans cet espace, que chaque salle d'accouchement puisse être un espace physiologique modulable en salle de naissance classique.

Pour finir, d'autres sages-femmes souhaiteraient être mieux formées notamment sur les positions d'accouchement.

### **La prise en charge des nouveau-nés (2,9%)**

Certaines sages-femmes cliniciennes regrettent le manque de matériel pour la réanimation du nouveau-né dans l'espace physiologique.

### **Le management (2,3%)**

Certaines sages-femmes cliniciennes souhaiteraient l'ouverture du plateau technique aux sages-femmes libérales.

De plus, d'autres pensent qu'il faudrait mieux communiquer sur les atouts et fonctionnement de cet espace lors des séances de PNP.

### **La prise en charge des mères (0,6%)**

Certaines sages-femmes cliniciennes soulignent des difficultés d'accès ou de départ en urgence s'il y a nécessité de se rendre au bloc opératoire.

## TROISIEME PARTIE

### 1. CRITIQUE DE L'ETUDE

#### 1.1 INTERÊTS

Les espaces physiologiques ont connu ces dernières années un réel engouement, traduisant une volonté de revenir vers une maternité moins médicalisée. Nous avons voulu au travers cette étude connaître précisément ces espaces afin de mieux apprécier leurs enjeux et leurs avenir.

L'atout principal de notre étude se traduit par sa double enquête. En effet, pouvoir analyser les résultats des questionnaires des sages-femmes coordinatrices ainsi que ceux des sages-femmes cliniciennes nous a permis d'effectuer des parallèles entre les réponses et ainsi d'obtenir une vision globale des espaces physiologiques.

De plus, grâce à nos déplacements dans les différentes maternités nous avons pu avoir une image précise de chaque espace physiologique.

L'intérêt de notre étude est réel, en effet dans la littérature nous n'avons pas retrouvé d'enquêtes menées de cette façon.

#### 1.2 LIMITES

La faiblesse de notre échantillon de maternités constitue la principale limite de notre étude. Cependant pour des questions de réalisation, nous ne pouvons pas nous rendre dans plus de sept maternités. Nous nous sommes limités au département de la Seine-Maritime et de l'Eure.

Notre étude manque aussi de puissance concernant les chiffres indicateurs, en effet certaines maternités ne recensant pas les indicateurs étudiés nous étions en difficulté pour exploiter nos résultats notamment le nombre d'accouchements dans ces espaces.

L'objectif de notre étude était de faire un état de lieux des espaces physiologiques de sept maternités et non une comparaison de différents fonctionnements d'établissements. Le déséquilibre concernant les niveaux constitue toutefois un biais pour notre étude.

	<b>Nb de questionnaires récupérés</b>	<b>%</b>	Répartition des questionnaires sages-femmes cliniciennes selon niveau
<b>Le Havre (Estuaire)</b>	<b>8</b>	<b>6%</b>	<b>Niveau 1</b> <b>19,5%</b>
<b>Vernon</b>	<b>8</b>	<b>6%</b>	
<b>Lillebonne</b>	<b>10</b>	<b>7,5%</b>	
<b>Saint Aubin les Elbeuf (Les Feugrais)</b>	<b>18</b>	<b>13,5%</b>	<b>Niveau 2</b> <b>33,8%</b>
<b>Rouen (Clinique Mathilde)</b>	<b>27</b>	<b>20,3%</b>	
<b>Rouen (CHU)</b>	<b>32</b>	<b>24,1%</b>	<b>Niveau 3</b> <b>46,7%</b>
<b>Montivilliers (Jacques Monod)</b>	<b>30</b>	<b>22,6%</b>	
<b>Total</b>	<b>133</b>		

Nous tenons à ajouter que certains résultats étant de nature qualitative, nous les avons analysés avec notre ressenti et de ce fait l'interprétation aurait pu être différente selon les enquêteurs.

## 2. DISCUSSION

La création des espaces physiologiques a pour principal objectif d'apporter une réponse à la demande des couples souhaitant une moindre médicalisation de leur accouchement. Et ceci, afin d'éviter les accouchements à domicile en proposant un espace à l'hôpital moins médicalisé, un juste milieu entre autonomie de choix et proximité du cadre sécuritaire et médicalisé.

Lors de nos stages nous avons pu constater que ces espaces étaient rarement occupés ou étaient utilisés comme salle de pré-travail.

**En découle notre problématique : Après avoir assisté à un réel engouement pour les espaces physiologiques, qu'en est-il de leur utilisation aujourd'hui dans la région proche ?**

### 2.1 DISCUSSION RELATIVE A LA PREMIERE HYPOTHESE

*Hypothèse 1 : Il existe un décalage entre les objectifs de création des espaces physiologiques et la réalité d'occupation de ceux-ci.*

Les objectifs de création de ces espaces sont multiples : répondre à la demande des couples dans le but de proposer une réelle alternative et d'obtenir une meilleure satisfaction des patientes, permettre un suivi global, personnalisé, et offrir aux professionnels la possibilité de respecter la physiologie en médicalisant à bon escient.

Un espace physiologique doit répondre à certaines conditions cependant dans la littérature nous ne retrouvons pas de définition précise de ces espaces.

C'est ce que nous avons pu constater par l'intermédiaire de notre enquête. En effet, les appellations de ces espaces sont propres à chaque établissement : salle nature, salle physio, Zen et Lotus.

De plus, s'il existe une charte d'accès à l'espace physiologique, celles-ci sont différentes d'un établissement à l'autre.

Par ailleurs, la prise en charge des patientes dans cet espace varie en fonction des sages-femmes cliniciennes voir du souhait des patientes.

Nous sommes bien conscients qu'il paraît difficile de systématiser une pratique plutôt qu'une autre dans ces conditions, cependant nous constatons une réalité différente pour les parents en fonction de chaque espace physiologique.

Concernant l'équipement en lui-même, il est globalement similaire dans les différents espaces.

A propos des indicateurs de suivi, il nous semble regrettable qu'ils ne soient pas exploités dans toutes les maternités. En effet, ils constituent un véritable outil de management.

De plus, il serait très intéressant de connaître le taux d'occupation de ces espaces souvent utilisés comme salle de pré-travail et définir des indicateurs tels que l'utilisation totale : accouchement et l'utilisation partielle : pré-travail ou sortie de cet espace si apparition d'événements pathologiques ou changement d'avis de la patiente. Nous reconnaissons que cela a été essayé à la maternité de Vernon et était fastidieux pour les sages-femmes de tracer les indicateurs.

Seuls 1,70% (132/7740) d'accouchements sur quatre maternités ont eu lieu dans un espace physiologique en 2015. Ce chiffre est peut-être malgré tout sous estimé par la non exhaustivité de la traçabilité.

Notre première hypothèse est donc validée : il existe un décalage entre les objectifs de création des espaces physiologiques et la réalité d'occupation de ceux-ci.

Mais pour quelles raisons le taux d'accouchement dans les espaces physiologiques est si faible ?

Nous avons émis certaines hypothèses et fait différents constats. Le taux d'occupation des espaces physiologiques, dépendrait de la « motivation » de l'équipe des sages-femmes (nécessité de prendre du temps d'accompagnement supplémentaire) mais dépendrait surtout de l'activité de la maternité. C'est le constat de notre étude, les espaces physiologiques sont moins utilisés dans les maternités de niveau 3. De plus, dans les maternités de niveau 3, les sages-femmes devraient aussi

faire face à plus de "pression médicale", et auraient moins de temps pour se consacrer aux patientes ayant un travail physiologique.

Il est aussi question de la localisation de l'espace physiologique. Il est observé un meilleur taux d'occupation si l'espace est au sein du bloc obstétrical, près du bureau des sages-femmes que si l'espace en est éloigné.

Il est probable aussi que dans les établissements privés il y ait des « freins médicaux » de la part des gynécologues-obstétriciens pour une question pratique.

Nous sommes aussi conscients que le taux d'occupation de ces espaces est aussi à corrélé au taux d'analgésie péridurale, réel frein à cette utilisation. Nous développerons plus loin cette idée.

A ce jour, aucune évaluation des espaces physiologiques n'a été réalisée.

Les recherches effectuées pour rédiger la revue de la littérature et les différents échanges que nous avons pu avoir, nous ont permis de constater l'évolution de la prise en charge des patientes, face à la médicalisation de l'accouchement. Les sages-femmes deviennent davantage techniciennes qu'accompagnantes. Comment se situent-elles face à cette réalité ?

## 2.2 DISCUSSION RELATIVE A LA DEUXIEME HYPOTHESE

*Hypothèse 2 : Les sages-femmes apprécient de pouvoir accompagner les patientes dans un espace physiologique car il constitue un réel outil de prise en charge physiologique de l'accouchement.*

### Place et rôle de la sage-femme dans l'accompagnement pendant le travail

Quand nous parlons de la physiologie bien évidemment nous ne remettons pas en cause la place même et le rôle de la sage-femme qui sont au cœur de cette entité, cependant nous nous interrogeons à ce sujet.

Dans notre enquête, de nombreuses sages-femmes ont exprimé leur frustration quant au manque de temps pour pouvoir accompagner ces couples désireux d'un accouchement physiologique.

Les patientes choisissant leur lieu d'accouchement en fonction de la possibilité de bénéficier de l'espace physiologique, accordent certainement plus d'importance à l'accompagnement différent qu'elles espèrent plutôt qu'à la « disposition » de cet espace.

Et pour cause, le soutien continu pendant le travail repose sur la présence permanente d'une tierce personne. Il permet de fournir un soutien affectif et émotionnel à la parturiente. La sage-femme délivre des informations sur la progression du travail et des conseils pour faciliter le travail et d'apporter du confort à la parturiente. [51]

Le soutien continu a également un rôle sur la diminution de la douleur liée à la progression du travail. Il jouerait principalement sur la composante affective-émotionnelle de la douleur associée aux contractions utérines. [52]

Pendant le travail le soutien peut-être apporté, selon les études, par des professionnels de santé (sage-femme, infirmières) ou non (compagnon, membre de la famille, personne inconnue, doula).

Il serait, d'une part, associé à moins de complications maternelles et néonatales puisqu'il augmenterait le nombre d'accouchements spontanés en réduisant le risque de césarienne et d'accouchement instrumental.

Cet accompagnement continu fait partie des recommandations de l'OMS afin d'améliorer les issues obstétricales. [53]

#### Mais en pratique ? Du discours à la réalité :

Pour certaines sages-femmes, la mise en avant des labels et des formations à la physiologie ne reflète pas la réalité. Faire la formation, certes est bénéfique, mais tout dépend de la volonté de chacune. Effectivement, nous pensons aussi que la motivation des équipes est un des paramètres essentiels. Dans notre étude, nous relevons que 92% des sages-femmes acceptent souvent ou toujours la demande des patientes mais seules 40 % d'entre elles vont spontanément proposer un accouchement dans un cadre plus physiologique aux patientes.

Si dans les maternités nous ne pouvons pas toujours réaliser un accompagnement continu, il est du rôle de la sage-femme d'associer le père, l'accompagnant, de lui donner des « outils » afin d'accompagner au mieux la parturiente.

Une autre question se pose, celle de la formation des étudiants sages-femmes. En effet, dans notre enquête nous constatons que la moyenne d'âge des sages-femmes travaillant en salle de naissance est de 33 ans avec 43,6% de moins de 30 ans. Certains pourront évoquer le manque d'expérience, certes mais au-delà de ce critère il est aussi important de rappeler le contexte actuel.

La France est l'un des pays au monde où la pratique de l'analgésie péridurale est la plus fréquente. En effet, 77% des femmes accouchant par voie basse étaient concernées en 2010. [54]

Parallèlement lors des GYPOM (Journées de Gynécologie, de Pédiatrie néonatale d'Obstétrique et de Médecine prénatale) le 28 avril 2017, l'intervention de Delphine VARDON et de Gael BEUCHER sur « la fin du dogme de la direction systématique du travail » rappelait qu'en 1950 le taux d'analgésie péridurale était de 4%. A cette époque, l'accompagnement des patientes rythmait les gardes et le « one ton one » « une femme une sage-femme » était essentiel pour le bon déroulement du travail.

Ce constat nous amène à nous demander, si à l'aube de notre diplôme de sage-femme, nous savons accompagner une patiente ne souhaitant pas d'analgésie péridurale ? Avons-nous déjà vu des accouchements autres qu'en position de décubitus dorsal ou latéral ?

Avons-nous déjà suivi des patientes qui ont accouché sans analgésie péridurale ? Si c'est le cas pour la plupart, le nombre reste cependant faible.

Nous sentons-nous moins sollicités et donc plus « tranquille » si la patiente souhaite une analgésie péridurale ?

Concernant les positions d'accouchements, les réponses des sages-femmes interrogées sont explicites. 50% des sages-femmes ne pratiquent jamais d'autres positions d'accouchements comme la position assise, accroupie, debout, à quatre pattes.

L'apport théorique de la physiologie est enseigné tout au long de la formation initiale des sages-femmes. Cependant, l'accompagnement cognitif lors de l'enseignement clinique est parfois lacunaire, faute de professionnels suffisamment disponibles. En effet, les sages-femmes françaises de formation grade master est essentiellement hospitalo-centrée, les rendant ultra-compétentes pour la prise en charge médicalisée des naissances.

Les sages-femmes doivent être en permanence vigilantes et diagnostiquer la pathologie. Le management médical, parfois rigide et très « protocolisé » des services de maternité limite la personnalisation de l'accompagnement physiologique de la naissance. Ce décalage est réel par rapport à d'autres pays notamment les anglo saxons. [55]

#### L'analgésie péridurale est-elle la seule façon de soulager la douleur ?

Un quart des femmes enceintes souhaiteraient accoucher sans péridurale, mais la moitié d'entre elles aurait finalement recours à cette analgésie. C'est ce que montre une étude se fondant sur des données de l'enquête nationale périnatale 2010.

Les données disponibles montrent que les femmes ne souhaitant pas de péridurale avant l'accouchement sont souvent jeunes (< 25 ans), multipares, et ont un faible niveau d'études, ou encore sont de nationalité étrangère.

Mais la décision d'avoir finalement recours à l'analgésie péridurale au cours de l'accouchement n'est associée ni à l'âge, ni au niveau d'études, ni à la nationalité des femmes : il apparaît que cette situation est plus fréquente chez les femmes qui accouchent pour la première fois, en cas de surcharge de travail des sages femmes et de présence permanente d'un anesthésiste dans la maternité, ou encore chez les femmes qui ont reçu de l'ocytocine en cours de travail.

*« Le choix d'administrer une péridurale à des femmes qui n'en souhaitaient pas au départ semble en fait multifactoriel »,* clarifie Béatrice Blondel, responsable de ces travaux dans l'Equipe d'épidémiologie périnatale, obstétricale et pédiatrique. Notamment *« En outre, le nombre de sages-femmes est limité en salle de travail et la*

*pose d'une péridurale peut être un moyen de faire face à la surcharge de travail au moment de certaines gardes », estime la chercheuse. [54]*

La prise en charge de la douleur est une priorité de santé publique.

Nous devons prendre le « problème » à l'envers. Il existe deux façons de penser les choses : envisager la douleur de la parturition comme un processus physiologique du travail des femmes lors de leurs accouchements ou envisager la douleur comme une « pathologie » à traiter, à risque pour la mère et le fœtus.

Nous ne devons pas oublier qu'il faut laisser la possibilité aux femmes de donner à leurs douleurs le sens qui leurs convient. Il s'agit de conforter la femme dans ses compétences, faire de l'accouchement une expérience valorisante.

En France, nous sommes en retard quant au développement des prises en charge non médicales et thérapies complémentaires, particulièrement sous appliquées dans le domaine de l'obstétrique. Ces différentes prises en charge, acupuncture, hypnose etc sont apparues ces dix dernières années. Il nous semble pertinent d'offrir de véritables organisations des filières physiologiques, notamment en matière de prise en charge de la douleur. [55]

D'après notre étude, nous constatons que les sages-femmes utilisent majoritairement la mobilisation, la baignoire, les suspensions, comme alternatives à la douleur et peu sont formées à l'acupuncture, la sophrologie l'hypnose par exemple.

### 3. PROPOSITIONS

#### 3.1 L'ESPACE PHYSIOLOGIQUE IDEAL

Au regard de ce que nous avons lu, des suggestions et remarques recueillies par les professionnels et en tant que future professionnelle, l'espace physiologique idéal serait possible à condition de travailler sur différents aspects.

##### Offrir une meilleure communication sur l'espace physiologique

Dans notre enquête, 25,9% des sages-femmes évoqueraient l'existence de l'espace physiologique de leur maternité lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, ce chiffre est perfectible.

Il faudrait renforcer la communication autour de ces espaces en anté-partum afin d'informer les couples sur le plan des structures de soins à leur disposition ainsi que sur la manière de devenir acteurs de la grossesse et de l'accouchement. L'idéal serait d'utiliser pleinement l'entretien pré-natal précoce afin d'informer et de suggérer aux couples, une réflexion au projet de naissance. Ce serait l'occasion pour les femmes de s'exprimer sur l'accouchement imaginé et désiré. La sage-femme expliquera en fonction les possibilités de réalisation et informera aussi sur les pathologies de début de travail et des limites des espaces physiologiques.

Il serait souhaitable lors de la visite des locaux de parler de cet espace, de le mettre en avant sur le site internet de la maternité et aussi de le mentionner dans le livret d'accueil donné aux patientes.

De plus, la construction du projet de naissance des parents, pas obligatoirement rédigé mais « pensé » sera mûri et enrichi par la préparation à la naissance, que les sages-femmes doivent promouvoir.

## Mais aussi : management des professionnels

Afin d'obtenir un fonctionnement des espaces physiologiques optimal, il serait intéressant que les sages-femmes puissent essayer le matériel afin de l'évaluer. Il est important que les professionnels se sentent impliqués. En effet, il faut tenir compte de leurs remarques, notamment concernant l'ergonomie et l'organisation de l'espace.

De plus, Il est nécessaire que les équipes obstétricales travaillent et s'approprient les nouvelles recommandations, notamment celles concernant l'utilisation de l'ocytocine actualisées en février 2017. En effet en France, en 2010, 58% des patientes en travail spontané ont reçu de l'ocytocine. Son utilisation pendant le travail est un facteur de risque d'hyperstimulation utérine et donc d'anomalies du rythme cardio-fœtal, d'hémorragie du post-partum et de rupture utérine. La phase active a été redéfinie, elle débute à 5 cms de dilatation cervicale et de ce fait la vitesse de dilatation est anormale si  $<1\text{cm}/4\text{h}$  en début phase active (5-7cm) et  $<1\text{cm}/2\text{h}$  au-delà 7 cm de dilatation. Il s'agit d'être moins actif sur le travail. [56]

La mise en application de ces recommandations, la diminution de l'interventionnisme permettraient aux étudiants sages-femmes d'être davantage sensibilisés à la physiologie.

Nous devons aussi encourager la formation des professionnels de santé aux méthodes alternatives non médicales et complémentaires.

De surcroît, nous savons que l'analgésie péridurale limite la mobilisation mais ne l'abolit pas entièrement. Nous pouvons imaginer à l'avenir, comme l'envisageaient certaines sages-femmes coordinatrices, accompagner des patientes sous analgésie péridurale dans l'espace physiologique. Il faudrait en amont travailler avec les différents professionnels, cela permettrait certainement d'augmenter le taux d'occupation de ces espaces.

### 3.2 ACCOUCHER EN FRANCE DEMAIN : Quel choix pour les usagers ?

En comparaison à d'autres pays voisins, le choix des usagers se resserre autour des établissements hospitaliers. Que pouvons-nous proposer aux femmes désireuses d'un accouchement physiologique aujourd'hui ?

#### *L'accouchement à domicile ?*

Nous connaissons la volonté affirmée de certaines patientes mais seule une minorité de sages-femmes le pratique en France, notamment du fait de difficultés assurantielles.

#### *Accoucher en maison de naissance ?*

Il sera peut-être un jour possible mais actuellement seule neuf maisons de naissance sont en phase d'expérimentation en France.

#### *Accoucher avec une sage-femme libérale en plateau technique ?*

C'est-à-dire dans un établissement hospitalier avec l'accompagnement exclusif d'une sage-femme libérale qui a suivi l'intégralité de la grossesse. En 2014 : nous dénombrons 54 plateaux techniques ouverts en France et huit en projet. Nous constatons une augmentation majeure depuis 2014 mais aucun en Seine-Maritime et dans l'Eure. Cette alternative est possible en Normandie, c'est notamment le cas du CHU de Caen et de la maternité de Bayeux. [13] L'ouverture d'un plateau technique pourrait voir le jour dans les mois à venir en Seine-Maritime.

Cette alternative offre de nombreux avantages. Elle permet un accompagnement global tout en accouchant dans une structure. Dans le but de ne faire intervenir qu'une personne dans le suivi de la patiente et de lui permettre une plus grande autonomie.

Une véritable relation de confiance est fondamentale entre les parents et l'équipe car bien sûr, la patiente a le droit de changer de projet à tout moment.

### Et si les salles « classiques » avaient des atouts communs aux espaces physiologiques ?

Il est vrai qu'une patiente qui visite une maternité, observe la différence des salles de naissance. Pourquoi un espace physiologique paraît plus accueillant qu'une salle de naissance classique ?

« Espace physiologique, salle nature », effectivement la création de ces espaces, montre bien une évolution des propositions faites aux femmes. Mais cependant, que soulève cela ? Les autres salles dites « classiques » ne peuvent pas être physiologiques ? Pourquoi une femme aurait le « droit » à un lit rond et une autre à un lit médicalisé ?

Nous n'avons pas la solution mais exposons notre réflexion. Les remarques de quelques sages-femmes cliniciennes vont dans ce sens, et certaines maternités fonctionnent déjà comme cela : la physiologie peut s'exercer dans toutes les salles, les agrémenter des ballons, de lianes serait déjà un premier pas.

### Des répercussions notables au-delà de la prise en charge de l'accouchement

Selon notre observation personnelle nous avons remarqué que les patientes ayant un projet de naissance, souhaitent majoritairement allaiter leur enfant.

De plus, il est important d'autonomiser au maximum les mères, les pères, les couples. Si ces femmes ont le sentiment d'être de réelles actrices lors de leur accouchement grâce à un accompagnement en espace physiologique, cela pourrait permettre une meilleure autonomisation en suites de couches.

## CONCLUSION

Au travers des lectures effectuées pour réaliser la revue de la littérature, nous avons vu successivement l'évolution des lieux d'accouchements depuis le début du XIXème siècle, l'apparition de la médicalisation de l'accouchement et les conditions dans lesquelles ont émergé de nouvelles alternatives à celui-ci.

Il nous paraissait important d'apporter une meilleure compréhension de la situation actuelle des espaces physiologiques, pour appréhender leurs développements et leurs orientations futures.

L'importance de proposer d'autres alternatives autour de la naissance est une réalité aujourd'hui. L'espace physiologique au sein des salles de naissance dans un milieu hospitalier permet d'apporter une réponse à la demande grandissante depuis quelques années aux couples, et au désir d'accompagnement exprimé par les sages-femmes. Cependant, nous avons constaté par l'intermédiaire de notre enquête la sous-utilisation de ces espaces.

L'optimisation des espaces physiologiques est donc indispensable. Nous sommes conscients qu'actuellement, « une femme, une sage-femme » n'est pas réalisable dans les maternités pour des raisons humaines, techniques et financières. Cependant, nous savons que l'accompagnement des couples est fondamental pour les aider à réaliser leur projet d'accouchement physiologique. Les établissements doivent davantage travailler sur le management de leurs équipes et la communication sur leur espace physiologique.

De surcroît, nous avons aussi constaté que l'organisation même de ces espaces était perfectible. Il serait vraiment intéressant que les sages-femmes puissent effectuer des retours sur ces espaces.

L'avenir se profile certainement dans l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales, ce qui permettra l'utilisation de ces espaces tout en réalisant un accompagnement global des couples.

De plus, nous espérons qu'à plus long terme, les salles de naissance « classiques » offriront autant de possibilités que les espaces physiologiques.

Ayant le statut de future professionnelle, ce travail m'a permis de porter un autre regard sur la naissance et de réaliser pleinement mon besoin de formation future. En effet notre expérience actuelle ne nous semble pas suffisante pour accompagner les patientes dans cet environnement là.

Nous pourrions obtenir un aspect qualitatif supplémentaire, auprès des patientes, en évaluant leurs connaissances à propos de ces espaces et de leur utilisation.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rozé JC, Bréart G, Puech F. Rapport de la mission Périnatalité [En ligne]. Septembre 2003 ; [consulté le 8 février 2016]. Disponible : <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-411.html>
- [2] Gouvernement Français. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [En ligne]. Chapitre II : Droits et responsabilités des usagers, article 11 [consulté le 7 février 2016]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- [3] Optiland®. Salle d'accouchement physiologique [En ligne] [consulté le 15 février 2016]. Disponible : <http://sallenature.com/index.html>
- [4] CIANE. Physiologie de l'accouchement : le CIANE donne sa position [En ligne]. Juillet 2015 ; [consulté le 24 octobre 2015]. Disponible : <http://ciane.net/2015/07/physiologie-accouchement/>
- [5] Morel MF. Histoire de la naissance en occident (XVIIe - XXe siècles) : Société d'histoire de la naissance [En ligne]. Juin 2011 ; [consulté le 6 février 2016]. Disponible : <http://societe-histoire-naissance.fr>
- [6] Thabaut F. Quand nos grands-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres. Lyon : Presses Universitaires de Lyon ; 1986. p. 315
- [7] Favennec Y. N°1563 : Rapport sur la proposition de loi, adoptée par le Sénat, autorisant l'expérimentation des maisons de naissance [En ligne]. Novembre 2013 ; [consulté le 10 février 2016]. Disponible : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r1560.asp>

[8] Carricaburu D. « De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition ». Sociologie et sociétés. 2007 ; 39 (1) :123-144.

[9] Lidec F. La douleur de la parturition et sa prise en charge. Les dossiers de l'Obstétrique. Juillet 2012 ; (417) : 6-9.

[10] Gouvernement Français. Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique [En ligne] [consulté le 7 février 2016]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&categorieLien=id>

[11] DREES. La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Synthèse effectuée par le bureau [En ligne]. Octobre 2011 ; [consulté le 12 novembre 2016]. Disponible : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf>

[12] HCSP. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité. Collection Avis et Rapports [En ligne].1994 ; [consulté le 11 décembre 2016]. Disponible sur : [www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001041.pdf](http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001041.pdf)

[13] Akrich M, Bardes F, Phan E. Les lieux de naissance en France : quel choix pour les usagers ?. Spirale 2. 2010 ; 54 (1) :149-158.

[14] CNGOF : Etats généraux de la naissance du 6 juin 2003, les conclusions. « L'implication et les devoirs des usagers » [En ligne] [consulté le 18 novembre 2016]. Disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/)

[15] Inserm. Enquête périnatale 2010, les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 [En ligne]. Juillet 2011 ; [consulté le 22 mars 2017]. Disponible : [www.drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er776-2.pdf](http://www.drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er776-2.pdf)

[16] Insee. L'Insee dresse le portrait de la France en 2015. Challenges [En ligne]. Janvier 2016 ; [consulté le 15 février 2016]. Disponible : <http://www.challenges.fr/economie/conjoncture/20160119.CHA4083/l-insee-dresse-le-portrait-de-la-france-en-2015.html>

[17] Vanlerenberghe JM. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la cour des comptes relative aux maternités [En ligne] ; Janvier 2015 [consulté le 29 janvier 2016]. Disponible : <http://www.senat.fr/rap/r14-243/r14-2431.pdf>

[18] CIANE et le Collectif des sages-femmes regroupant l'ONSSF, le CNSF, l'ANSFC, la CNEMa et l'ANESF. Contribution commune : La filière physiologique en obstétrique [En ligne]. Février-juin 2015 ; [consulté le 23 mars 2017]. Disponible : [www.cnsf.asso.fr/doc/2D971E4C-CB3D-48FD-65D45FF1F6647E3C.pdf](http://www.cnsf.asso.fr/doc/2D971E4C-CB3D-48FD-65D45FF1F6647E3C.pdf)

[19] Belorgey N. L'hôpital sous pression. Paris : éditions La Découverte ; 2011.

[20] Burton-Jeangros C, Hammer R, Maffi I. Accompagner la naissance : terrains socio-anthropologiques en Suisse romande. 1<sup>ère</sup> éd. Collection : a contrario campus ; 2014. p 5-30.

[21] Puech F, Hédon B. Communiqué de presse : Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de « l'accouchement physiologique » [En ligne]. Décembre 2012 ; [consulté le 11 février 2016]. Disponible : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/position\\_acc\\_physio\\_121205.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/position_acc_physio_121205.pdf)

[22] Circulaire du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières [En ligne]. 2014 ; [consulté le 23 mars 2017]. Disponible sur :

[http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/04/cir\\_38189.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/04/cir_38189.pdf)

[23] Ministère des Affaires Sociales et de la santé. « Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités » [En ligne]. 2008 ; [consulté le 19 janvier 2016]. Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/suivi-et-accompagnement-des-grossesses-physiologiques-par-les-maternites>

[24] Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités. Fondamentaux 2008 [En ligne] [consulté le 10 novembre 2016]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses\\_pc48a.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_pc48a.pdf).

[25] CNSF. Dossier de presse [En ligne]. Février 2017 ; [consulté le 19 mars 2017]. Disponible : [www.cnsf.asso.fr/doc/4EF68404-00ED-06AF-ED98B63B2E8ABF32.pdf](http://www.cnsf.asso.fr/doc/4EF68404-00ED-06AF-ED98B63B2E8ABF32.pdf)

[26] Ministère des Affaires Sociales et de la santé. Plan périnatalité 2005-2007 humanité, proximité, sécurité, qualité [En ligne]. Novembre 2004 ; [consulté le 9 novembre 2015]. Disponible : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)

[27] DRESS. Satisfaction des usagères des maternités concernant le suivi de grossesse et le déroulement de l'accouchement [En ligne]. Septembre 2008 ; [consulté le 15 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er660.pdf>

[28] CIANE. Enquête sur les accouchements. Dossier N°3. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [En ligne]. Août 2012 ; [consulté le 18 décembre 2016]. Disponible sur : <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>

[29] Blanchard S. Les maisons de naissance butent sur la résistance du pouvoir médical. Le Monde. Avril 2002.

[30] Clarys A. État des lieux des espaces physiologiques dans les maternités en France aujourd'hui [Mémoire : Sage-femme]. Lille ; 2013.

[31] CASSF, CNOSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [En ligne]. Janvier 2010 ; [consulté le 20 avril 2016]. Disponible sur : [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666\\_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf)

[32] HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité, Recommandations professionnelles [En ligne]. Avril 2005 ; [consulté le 22 janvier 2016]. Disponible : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)

[33] Poitel B. Les nouveaux rites de l'accouchement. Quand l'obstétrique remplace croyances et coutumes. Gémenos : éditions L'instant Présent ; Mai 2007.

[34] Inserm. « Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 ». Enquête Nationale périnatale 2010 ; Mai 2011.

[35] CNSF. Les filières physiologiques en maternité : le CNSF coordonne une réflexion des sages-femmes et des usagers [En ligne]. 2011 ; [consulté le 14 décembre 2016]. Disponible : [www.cnsf.asso.fr/doc/2D971E4C-CB3D-48FD-65D45FF1F6647E3C.pdf](http://www.cnsf.asso.fr/doc/2D971E4C-CB3D-48FD-65D45FF1F6647E3C.pdf)

[36] Richard-Guerroudj N. Diversification des filières de soins en périnatalité : vers un plus grand choix laissé aux usagers ? Etude comparative des politiques périnatales depuis 1990 en France et en Angleterre [Mémoire de Master Gestion et Politiques de santé]. Paris ; 2013

[37] CNGOF. Communiqué de presse : Expérimentation de maisons de naissance : Mise en garde du CNGOF [En ligne]. Mars 2008 ; [consulté le 1<sup>er</sup> février 2016]. Disponible : [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/080310DHOS\\_Maisons%20de%20naissance.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080310DHOS_Maisons%20de%20naissance.pdf)

[38] Ministère des affaires sociales et de la santé. Les maisons de naissance [En ligne]. Septembre 2016 ; [consulté le 20 mars 2017]. Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-maisons-de-naissance>

[39] Gremmo-Feger G. Accueil du nouveau-né en salle de naissance [En ligne]. 2006 ; [consulté le 21 mars 2017]. Disponible : <https://amis-des-bebes.fr/pdf/.../Accueil-Nne-salle-naissance-JRA-2005-2006.pdf>

[40] Initiative hôpital amis des bébés. Les établissements labellisés [En ligne]. [consulté le 20 mars 2017]. Disponible : <https://amis-des-bebes.fr/>

[41] Baby B. Retour sur 18 mois d'activité du « pôle physiologique » de la maternité de Beauvais. Les dossiers d'obstétrique. 2012 ; 39 (414) : 18-19.

[42] Richard-Guerroudj N. La vague des salles « physio ». Profession sage-femme. Juin 2012 ; (186) : 15-18.

[43] CIANE. Une demande croissante pour des approches moins médicalisées [En ligne]. 2013 ; [consulté le 5 novembre 2015]. Disponible : <http://ciane.net/blog/wpcontent/uploads/2013/05/CPSallesNatures.pdf>

[44] Ministère des affaires sociales et des droits des femmes. Actualisation et harmonisation des missions des réseaux en santé en périnatalité dans un cadre régional [En ligne]. 3 juillet 2015 ; [consulté le 23 mars 2017]. Disponible : [www.circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir\\_39846.pdf](http://www.circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir_39846.pdf)

[45] HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisations du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [En ligne]. Mars 2014 ; [consulté le 20 mars 2017]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c\\_1728878](https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1728878)

- [46] Knezovic-Daniel N. Espace physiologique : Une expérience strasbourgeoise évaluée [En ligne]. Juin 2013 ; [consulté le 14 février 2016]. Disponible : [http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/LR/reseau\\_NLR/journee\\_reseau/2013/NGLR\\_20juin\\_2013\\_acte4\\_espace\\_physio\\_Starsbourg.pdf](http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/LR/reseau_NLR/journee_reseau/2013/NGLR_20juin_2013_acte4_espace_physio_Starsbourg.pdf)
- [47] Nizard J. Le point sur les maisons de naissance en Europe. CNGOF, 34<sup>ème</sup> Journées nationales [En ligne]. Décembre 2010 ; [consulté le 22 mars 2017]. Disponible : [www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/conf2010/vendredi\\_2010.htm](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf2010/vendredi_2010.htm)
- [48] Richard-Guerroudj N. Hôpital ou maison de naissance : une même sécurité. Profession sage-femme. 2012 ; (182).
- [49] EPOPE. Les enquêtes nationales périnatales [En ligne]. Janvier 2017 ; [consulté le 23 mars 2017]. Disponible : <http://www.epopé-inserm.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
- [50] Les maternités de type I II ou III [En ligne]. Octobre 2015 ; [consulté le 6 novembre 2015] Disponible : <http://www.perinat-france.org/portail-grand-public/reseaux/accouchement-maternites/les-maternites-type-i-ii-iii-642.html>
- [51] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7:CD003766.
- [52] Chaillet N, Belaid L, Crochetière C, Roy L, Gagné G-P, et al. Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. Birth 2014; 41: 122-37.
- [53] WHO. Recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014.
- [54] Inserm. En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans [En ligne]. Août 2015 ; [consulté le 26 avril 2017]. Disponible : <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/en-france-la-peridurale-est-frequente-chez-les-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans>

[55] Arnal M. Prise en charge de la douleur et filières physiologiques en France [En ligne]. Février-Juin 2015 ; [consulté le 4 avril 2017]. Disponible :

[www.cnsf.asso.fr/doc/2D971E4C-CB3D-48FD-65D45FF1F6647E3C.pdf](http://www.cnsf.asso.fr/doc/2D971E4C-CB3D-48FD-65D45FF1F6647E3C.pdf)

[56] CNSF. Recommandations pour la pratique clinique. La revue sage-femme. 2017 ; 1 (16)

## **SOMMAIRE ANNEXES**

**Annexe I :** Définitions

**Annexe II :** Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités

**Annexe III :** CIANE. Une demande croissante pour des approches moins médicalisées

**Annexe IV :** Répartition géographique des espaces physiologiques en France et département d'outre mer en 2016

**Annexe V :** Photos des différents espaces physiologiques

**Annexe VI :** Questionnaire adressé aux sages-femmes cliniciennes

**Annexe VII :** Questionnaire adressé aux sages-femmes coordinatrices

**Annexe VIII :** Brochure d'information sur l'espace physiologique de la clinique Mathilde à Rouen

**Annexe IX :** Brochure d'information sur la salle nature de Saint Aubin les Elbeuf

## Annexe I : Définitions

### Le CIANE (page 1)

Le CIANE est un collectif interassociatif autour de la naissance, créé en 2003. Il est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé et réunit une quarantaine d'associations françaises d'usagers de la santé concernés par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Le CIANE a développé une expertise collective appuyée sur l'expérience des associations, valorisée dans des partenariats avec des professionnels (HAS, CNGOF). Il milite auprès des pouvoirs publics pour le respect des parents de leurs droits et de leurs choix, et il réclame une information complète et loyale sur les choix qui se présentent aux parents. Source : <http://ciane.net/>

### Benchmarking (page 4)

Le *benchmarking* est une technique de marketing développée dès le début des années 1980 par la société Xerox. C'est une démarche managériale de mise en œuvre des meilleures pratiques au meilleur coût. Il peut être considéré de manière simpliste comme « une pêche aux bonnes idées ». Le benchmark marketing s'inscrit dans une politique globale et participative d'amélioration continue de la qualité.

Il peut être global ou porter sur une problématique spécifique.

Source : MICHEL P. Le *benchmarking* : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. *Hegel* ; 1 (2) : 25-26.

## Annexe II

Source : Ministère des Affaires Sociales et de la santé. « Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités » [En ligne]. 2008 ; [consulté le 19 janvier 2016]. Disponible : <http://social-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/suivi-et-accompagnement-des-grossesses-physiologiques-par-les-maternites>



### Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités Fondamentaux

1. La grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels qui nécessitent un accompagnement respectant la sécurité affective et un suivi médical assurant une prise en charge adaptée.
2. La prise en charge de manière systématique de toute grossesse et de tout accouchement avec le même niveau d'intervention que celui requis par ceux qui présentent un risque comporte des effets négatifs tant pour les femmes que pour les équipes des maternités et la société.
3. Une évaluation initiale et continue de la « chance » ou de la potentialité de mener normalement une grossesse et un accouchement rend possible la prévention et le repérage des complications ainsi que les décisions de soins et d'accompagnement adaptés à son état.
4. L'efficacité d'un système d'évaluation des risques se mesure à sa capacité à distinguer entre les femmes à haut risque et à faible risque dans ses composantes médicales, sociales et psychoaffectives. Cette évaluation s'entend comme un processus global et continu pendant la grossesse, la naissance et le post-partum.
5. Un projet de suivi de grossesse personnalisé est élaboré à la lumière de cette évaluation. Dans la mesure du possible, la femme est accompagnée par un nombre limité de personnes qui travaillent de manière coordonnée. Le projet de suivi intègre un projet de naissance pour la femme et le nouveau-né.
6. Ce projet prend en compte, dans le cadre d'un échange avec la femme et/ou le couple, la problématique médicale et les besoins particuliers de chaque femme. Ses souhaits sont sollicités et entendus et, dans la mesure du possible, respectés. Le projet précise les intervenants et la maternité d'accouchement qui est celle où la femme se sent en confiance. L'entretien prénatal précoce est un des outils mis à la disposition des femmes et des professionnels pour réaliser cet échange.
7. La femme est libre de choisir le professionnel qui réalise le suivi de sa grossesse. Les sages-femmes sont des professionnelles dont les compétences sont pleinement appropriées pour assurer le suivi des grossesses et des accouchements physiologiques, y compris pour réaliser une première identification des risques et des complications.
8. 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.
9. Les maternités doivent être en mesure de proposer des suivis adaptés aux femmes présentant une grossesse et un accouchement physiologiques ainsi qu'à leurs nouveau-nés.

Ces suivis sont définis dans le cadre de protocoles élaborés par chaque maternité conformément aux données de la science et aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur. Ces protocoles sont souples et adaptés aux besoins et aux attentes.

La taille de la maternité n'est pas en soi un motif discriminant dans la qualité du suivi dès lors que l'organisation est adaptée au niveau d'activité.

10. Plusieurs modalités d'organisation des maternités pour le suivi et l'accompagnement des grossesses et des accouchements physiologiques existent actuellement. Ces modalités tiennent compte des projets locaux des maternités (impliquant l'équipe de la structure de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie) ou des réseaux de périnatalité et du contexte local (offre de soins, démographie et motivation des professionnels de santé, etc.). Elles peuvent être déclinées en deux types de projet:<sup>1</sup>
  - a. La constitution d'un projet global de la maternité abordant la naissance sous une approche physiologique : ce projet repose sur une réflexion préalable concernant les pratiques professionnelles mises en œuvre pour toutes les femmes enceintes et privilégie la physiologie de la grossesse, met en avant leur capacité et leur propose des conditions d'accouchement diversifiées tels que définies au point 8.
  - b. La mise en place d'une filière spécifique identifiée et intégrée, appelée « filière physiologique » par la maternité qui offre, pour les femmes concernées qui le souhaitent, un suivi de la grossesse et de l'accouchement par des sages-femmes et un accouchement dans des conditions non technicisées ; cette filière est fondée sur des critères d'accueil obstétricaux et pédiatriques et un protocole de prise en charge ; coexistent au sein de la maternité deux filières avec leur approche spécifique entre lesquelles les passerelles sont possibles. La mise en place d'une « filière physiologique » peut aller jusqu'à l'identification d'un espace spécifique.

Les maternités peuvent évoluer d'un mode d'organisation à l'autre.

Conditions du succès de la mise en œuvre de ces projets :

- Une formalisation des modes d'organisation et une communication en direction des professionnels libéraux (gynécologues-obstétriciens, gynécologues médicaux, sages-femmes, médecins généralistes, pédiatres, etc.) et des usagers ;
- Une collaboration avec l'environnement de la maternité (professionnels de santé libéraux, services de protection maternelle et infantile (PMI), association, etc.).

11. L'association des usagers et leur implication constante dans les projets des équipes des maternités et dans la démarche qualité, dès leur conception, permet une meilleure adéquation entre les attentes et les réponses apportées. Cette démarche reconnaît la légitimité et la capacité des femmes à participer à la définition et la mise en œuvre de ces projets.
12. L'évaluation de la satisfaction fait l'objet d'une réflexion avec les usagers afin de dégager des axes d'amélioration du suivi et de l'accompagnement des femmes enceintes et des couples. Cette évaluation peut recourir à plusieurs outils : questionnaire de satisfaction, définition et suivi d'indicateurs, recueil de témoignages, etc.
13. La sortie de la maternité d'une femme après une grossesse et un accouchement physiologiques est anticipée et organisée afin de favoriser l'accompagnement en post partum, et ce d'autant plus que sont proposées des « sorties précoces » (J2). Des outils d'information et des référents sont également donnés aux femmes à la sortie de la maternité. Cette organisation de la sortie de la maternité s'appuie sur l'environnement existant (réseau de périnatalité, professionnels libéraux et notamment les sages-femmes, les médecins généralistes et les pédiatres, services de PMI, aides à domicile, etc., à l'exclusion de l'hospitalisation à domicile).

## **Points essentiels des projets pour le suivi et l'accompagnement de la grossesse et l'accouchement physiologiques**

Il s'agit de présenter les éléments principaux permettant de soutenir le projet d'une maternité pour le suivi et l'accompagnement des grossesses et des accouchements physiologiques :

- la constitution d'un projet global abordant la naissance sous une approche physiologique ;
- la mise en place d'une filière physiologique.

Cette description est issue des expériences de certaines maternités (cf. annexe).

### **I- Points communs aux deux types de projet**

#### Preliminaires :

Il est précisé que ces projets peuvent être mis en œuvre dans le respect des décrets de 1998 sur les conditions d'autorisation des maternités.

En outre, si des aménagements de la maternité peuvent être estimés nécessaires parce que liés à la réalisation de l'un ou de l'autre de ces projets, ils n'en conditionnent pas la mise en œuvre. Celle-ci repose davantage sur la construction d'une nouvelle culture des équipes, sur la définition de pratiques professionnelles adaptées et la mise en place d'une organisation qui rend possible l'approche physiologique.

#### Objectifs centraux :

- Proposer aux femmes qui présentent une grossesse et un accouchement qui se déroulent normalement un suivi et un accompagnement adapté permettant un meilleur respect de la physiologie ;
- Favoriser l'établissement des liens intra-familiaux par un accompagnement attentif.

#### Objectifs intermédiaires :

- Diversifier les modes de prise en charge au sein de la maternité incluant un mode d'accouchement non technicisé ;
- Mettre en place une organisation adaptée ;
- Faire évoluer les pratiques professionnelles en privilégiant celles appropriées à ce suivi ;
- Optimiser les compétences des professionnels intervenant dans la maternité ;
- Organiser la sortie de la maternité avec les professionnels de santé de proximité.

#### Conditions :

- Un projet inscrit dans la politique du service (projet médical) ;
- Un projet appuyé sur une motivation des équipes de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie de la maternité et une implication des usagers ;
- Une évaluation continue des risques au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post partum ;
- Une analyse et formalisation des modalités d'organisation retenues ;
- Une communication sur les modes de suivi proposés par la maternité ;
- Une intégration des professionnels de la communauté périnatale proche de la maternité faisant partie du réseau de santé périnatale ;
- Une évaluation régulière des pratiques professionnelles et de leur cohérence au sein des équipes (information, allaitement etc.), des organisations et de la satisfaction des femmes (définition d'indicateurs).

#### Définition du projet :

Éléments principaux à prendre en compte pour la définition et la mise en œuvre du projet :

1. Culture et pratiques professionnelles
2. Complémentarité et évolution des métiers
3. Formations
4. Organisation du travail permettant une diversification des prises en charge
5. Procédures
6. Aménagements et équipements
7. Evaluation et notamment des pratiques et de la satisfaction des usagères et/ou du couple et des professionnels.

## **II- Points spécifiques à chacun des projets**

S'ils reposent sur les mêmes fondamentaux évoqués dans la première partie du document, des points spécifiques distinguent le projet d'un abord global de la physiologie au sein de la maternité et celui de la constitution d'une filière physiologique. Ces points relèvent principalement du niveau d'engagement de la maternité et du champ du public concernés.

### **1. La constitution d'un projet global abordant la naissance sous une approche physiologique**

#### Objectifs spécifiques :

- Proposer à l'ensemble des femmes enceintes suivies par la maternité un environnement respectueux et chaleureux où la grossesse et l'accouchement sont considérés a priori comme normaux ;
- Faire évoluer les pratiques professionnelles pour respecter de la physiologie de la naissance et des premiers jours de vie et favoriser le lien mère-enfant.

#### Conditions générales

- Un projet à l'attention de toutes les femmes enceintes suivies par la maternité ;
- Un projet porté par et intégrant tous les personnels de la maternité (définition du projet, formation, mise en œuvre et évaluation) ;
- Une évaluation de la satisfaction des usagers et/ou du couple et des professionnels de la maternité sur la mise en œuvre du projet.

### **2. Points essentiels pour le projet d'une maternité souhaitant créer une filière physiologique**

#### Objectifs spécifiques :

- Organisation par la maternité du suivi des femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque médico-psycho-social : proposition d'un suivi et d'un accompagnement distinct ouvert aux femmes qui le souhaitent et qui présentant une grossesse et/ou d'un accouchement sans contre-indication.

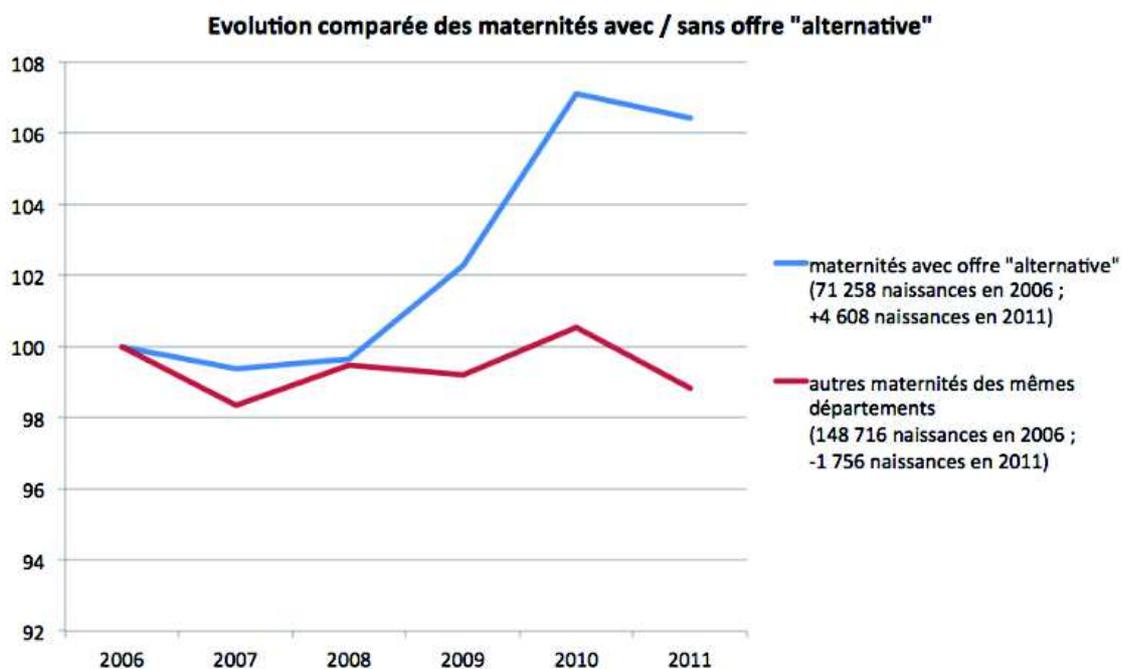
#### Conditions générales :

- Un projet à l'attention des femmes enceintes suivies par la maternité qui présentent une grossesse à bas risque et qui souhaitent bénéficier d'une approche différente ;
- Un projet défini par l'équipe de la maternité mais dont la mise en œuvre n'implique qu'une partie des professionnels ;
- Une analyse des pratiques centrée sur la prise en charge des grossesses qui se déroulent normalement ;
- Une définition d'un protocole de suivi et de l'accompagnement des femmes concernées ;
- Un suivi proposé par des sages-femmes de la maternité qui peuvent intervenir à tour de rôle mais dont le nombre minimal est identifié notamment en salle de naissance. Ce suivi peut aller jusqu'à un suivi personnalisé de la grossesse et de l'accouchement, ainsi qu'en post partum si possible (accompagnement global : une femme/une sage-femme) ;
- Une proposition faite aux sages-femmes libérales proches de la maternité d'intégrer ce suivi ;
- Une possibilité de définir une prise en charge adaptée pour les suites de couche en maternité ;
- Une organisation d'un passage d'une filière de prise en charge à une autre en cours de grossesse et d'accouchement en cas d'apparition d'un risque nécessitant une intervention médicale ou au contraire de la disparition de celui-ci.
- Une évaluation de la satisfaction des femmes ayant bénéficié du suivi et de l'accompagnement spécifique et/ou du couple ainsi que des professionnels.

### Annexe III

Source : CIANE. Une demande croissante pour des approches moins médicalisées [En ligne]. 2013 ; [consulté le 5 novembre 2015]. Disponible :

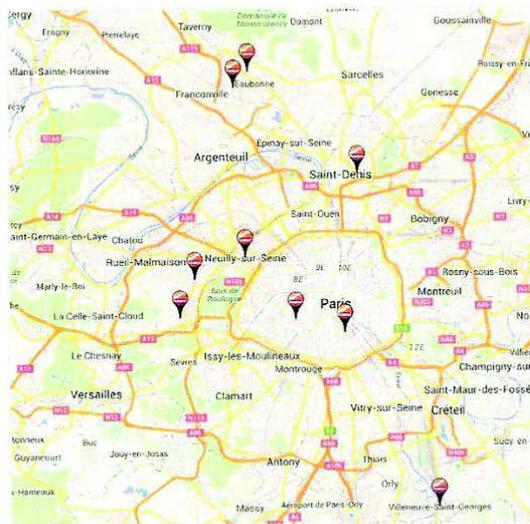
<http://ciane.net/blog/wpcontent/uploads/2013/05/CPSallesNatures.pdf>



Source : CIANE. Une demande croissante pour des approches moins médicalisées [En ligne]. 2013 ; [consulté le 5 novembre 2015]. Disponible : <http://ciane.net/blog/wpcontent/uploads/2013/05/CPSallesNatures.pdf>

Département	Pourcentage des accouchements dans les maternités avec offre « alternative »	Nombre de maternités avec offre « alternative »
Gironde	23%	3
ile-et-Vilaine	30%	1
Indre et Loire	8%	1
Isère	33%	3
Jura	62%	2
Loire	14%	1
Loire-Atlantique	22%	2
Maine et Loire	36%	1
Manche	23%	1
Marne	23%	1
Haute-Marne	82%	2
Orne	30%	1
Pas de calais	12%	1
Pyrénées Atlantiques	29%	2
Pyrénées Orientales	40%	1
Bas Rhin	89%	6
Haut Rhin	11%	1
Savoie	66%	1
Haute Savoie	40%	3
Seine maritime	70%	5
Tarn	65%	2
Vaucluse	15%	1
Vendée	16%	1
Vienne	26%	1

## Annexe IV : Représentation géographique de 98% des espaces physiologiques en France et département d'outre mer en 2016



## Annexe V : Photos des différents espaces physiologiques

### Le Havre Estuaire



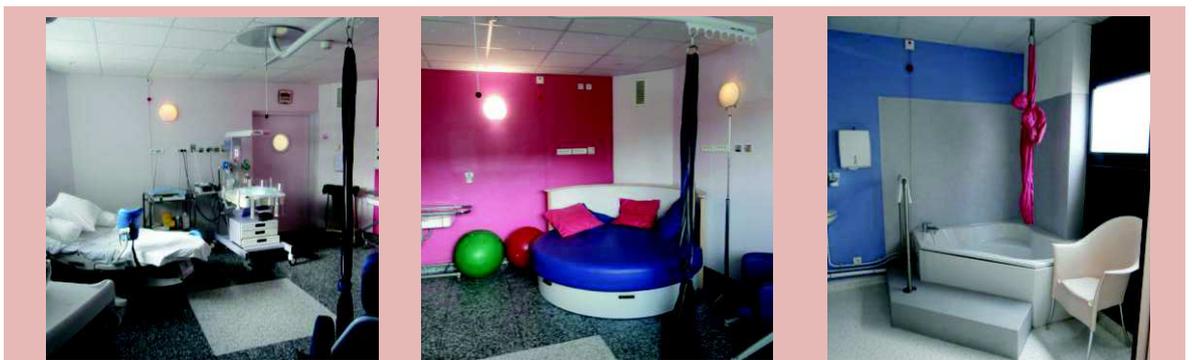
### Lillebonne



### Montivilliers Jacques Monod



### Rouen Clinique Mathilde



Rouen CHU Salle Lotus



Rouen CHU Salle Zen



Saint Aubin les Elbeuf Les Feugrais



Vernon



# Annexe VI : Questionnaire sous forme de tryptique, adressé aux sages-femmes cliniciennes

Concernant votre pratique dans l'espace physiologique :  
(cochez les cases qui vous correspondent)

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
9. Vous sentez-vous à l'aise pour proposer ces positions d'accouchement ?	Décubitus dorsal			
	Décubitus latéral			
	Assise			
	Accroupie			
	Debout			
	A 4 pattes			

Pour conclure :

11. Vous considérez l'espace physiologique de votre établissement comme : (plusieurs réponses possibles)

- Une salle de pré-travail
- Une salle de travail
- Un espace permettant de répondre à la demande des patientes
- Un espace permettant de respecter la physiologie de l'accouchement
- Un atout non négligeable pour l'établissement
- Autres : .....

12. Suggestions pour améliorer l'utilisation de ce cet espace physiologique: (question ouverte)

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
10. Quelles alternatives à la péridurale utilisez-vous pour soulager les patientes ?	Mobilisation			
	Coussin d'allaitement			
	Baignoire			
	Suspension			
	Yoga			
	Haptonomie			
	Acupuncture			
	Chant prénatal			
	Hypnose			
	Sophrologie			
	Homéopathie			

## ETAT DES LIEUX DES ESPACES PHYSIOLOGIQUES DANS DEUX DEPARTEMENTS DE NORMANDIE



Bonjour,

Actuellement étudiante en dernière année à l'école de Rouen, je réalise mon mémoire de fin d'études.

Il a pour objectif de réaliser un état des lieux des espaces physiologiques dans 7 maternités de la région Normandie.

Afin de trouver des réponses, j'ai réalisé un questionnaire adressé aux sages-femmes responsables de l'organisation des soins en salle de naissance de ces différentes maternités.

J'ai de plus, créé ce questionnaire à l'intention des sages-femmes cliniciennes exerçant ou ayant exercé en salle naissance possédant un espace physiologique.

Ce questionnaire est anonyme, les données récoltées ne serviront que pour cette étude.

Merci du temps que vous consacrerez à ce questionnaire!

Agathe CARPENTIER

Merci de votre participation !

1. Vous-êtes :

- Une femme
- Un homme

2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme?

.....

3. Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ?

.....

4. Lors que vous travaillez en salle de naissance, à quelle fréquence prenez-vous en charge des patientes dans l'espace physiologique ?

- Quasiment jamais
- Une fois par mois
- Une fois par semaine
- Plusieurs fois par semaine

5. Dans quelles conditions utilisez-vous l'espace physiologique?

(cochez les cases qui vous correspondent)

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Je propose aux patientes.				
J'accepte la demande des patientes.				
Les patientes sont déjà installées dans ces espaces quand je les prends en charge.				

7. Comment évalueriez-vous l'espace physiologique ?

(cochez les cases qui vous correspondent)

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord
Son emplacement dans le service est optimal.				
Bien que les moyens de surveillance y soient réduits il n'est pas anxiogène.				
Il est fonctionnel.				
Les professionnels (Anesthésistes, Gynécologues-Obstétriciens, appelés si besoin) apprécient de travailler dans cet espace.				
L'entretien de cet espace est facile.				
Il est compatible avec le fonctionnement du service.				
Les patientes apprécient de pouvoir bénéficier de cet espace.				

6. Pour quel (s) motif (s) vous est-il arrivé de refuser le passage dans l'espace physiologique?

- Cette situation ne m'est jamais arrivée
- Contre-indication (selon les conditions d'accès déterminées par votre établissement)
- Manque de disponibilité du personnel
- Manque de disponibilité de la salle

8. Les patientes/couples, souhaitant bénéficier de cet espace, ont-elles/ils : (cochez les cases correspondantes)

	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
un projet de naissance				
participé aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité				



## **ETAT DES LIEUX DES ESPACES PHYSIOLOGIQUES DANS DEUX DEPARTEMENTS DE NORMANDIE**

Bonjour,

Actuellement étudiante en dernière année à l'école de Rouen, je réalise mon mémoire de fin d'études.

Il a pour objectif de réaliser un état des lieux des espaces physiologiques dans 7 maternités de la région Normandie.

Afin de trouver des réponses, j'ai créé un questionnaire à l'intention des sages-femmes cliniciennes exerçant ou ayant exercé en salle de naissance possédant un espace physiologique.

J'ai de plus, réalisé ce questionnaire adressé aux sages-femmes responsables de l'organisation des soins en salle de naissance de ces différentes maternités.

Les données récoltées ne serviront que pour cette étude.

Merci du temps que vous consacrerez à ce questionnaire !

### **Caractéristiques de l'établissement**

Date :	Maternité de :
Mme	Niveau :
Fonction :	Statut de l'établissement :

**1. Nombre d'accouchements en 2015 : ...**

**2. Nombre de salles de naissance « classiques » : ...**

**3. Nombre de salles de pré-travail : ...**

**4. Nombre de salle(s) physiologique(s) : ...**

**5. Nombre de sages-femmes présentes au bloc obstétrical le jour : ...**

**6. Nombre de sages-femmes présentes au bloc obstétrical la nuit : ...**

## Historique et caractéristiques de l'espace physiologique

7. En quelle année a-t-il été créé ? ...

8. Comment est appelé cet espace et pourquoi ?

.....  
.....  
.....

9. Quel a été le coût de cet espace ?

- < 10 000 €
- 10 000 € < coût < 20 000 €
- 20 000 € < coût < 30 000 €
- 30 000 € < coût < 40 000 €
- 40 000 € < coût < 50 000 €
- 50 000 € < coût < 60 000 €
- 60 000 € < coût < 70 000 €
- 70 000 € < coût < 80 000 €
- 80 000 € < coût < 90 000 €
- 90 000 € < coût < 100 000 €
- > 100 000 €

10. Qui a été à l'initiative de ce projet ? (plusieurs réponses sont possibles)

- Les sages-femmes
- Les cadres sages-femmes
- Les gynécologues-obstétriciens
- L'équipe paramédicale (infirmières, auxiliaires de puériculture, aides-soignantes...)
- Les usagers
- Autre :....

11. Existe-t-il une charte d'accès/des conditions d'accès à cet espace physiologique ?

\*

- Oui
- Non

**12. Composition des salles** (cocher les cases correspondantes)

	En salle de naissance « classique »	Espace physiologique	Dans les deux types de salles	Dans aucune des salles
Fluides à usage médical, oxygène, air médical, aspiration par le vide				
Oxygénothérapie et ventilation manuelle au masque				
Surveillance automatique de la tension artérielle				
Table d'accouchement				
Lit / banquette				
Tabouret d'accouchement				
Ballon				
Baignoire				
Coussin d'allaitement				
Coussin				
Couleurs douces aux murs				
Lumière tamisée				
Poste de musique				
Autres :				

**Prise en charge des patientes dans cet espace**

**13. Qui pratique les accouchements dans l'espace physiologique ?** (Plusieurs réponses sont possibles)

- Les sages-femmes
- Les gynécologues obstétriciens
- Les sages-femmes libérales ayant accès au plateau technique

**14. La patiente peut-elle bénéficier d'une analgésie péridurale en accouchant dans ce type d'espace ?**

- Oui
- Non

**15. Il est possible pour la parturiente pendant le travail :** (Plusieurs réponses sont possibles)

- De boire
- De manger
- De déambuler
- D'avoir plusieurs personnes accompagnantes



chiffres									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**22. Dans vos indicateurs de suivi, relevez-vous le nombre de patientes ayant bénéficié de cet espace ? (en incluant les patientes transférées, dans un second temps vers une salle classique au cours de travail)**

- Oui
- Non

Si oui :

années									
chiffres									

### **Communication autour de cet espace**

**23. Comment la patiente est-elle informée de la possibilité d'accoucher dans ce type d'espace ?\* (Plusieurs réponses sont possibles)**

- Lors de consultations prénatales à la maternité
- Lors de la préparation à la naissance et à la parentalité à la maternité
- Par le site internet de l'établissement ou de la maternité
- Par les sages-femmes libérales
- Par une brochure d'information
- Autre :...

### **Concernant l'équipe médicale**

**24. Suite à l'ouverture de cet espace, y a-t-il eu des formations spécifiques proposées ?**

- Oui
- Non

Si oui lesquelles :...

**Question ouverte**

**25. Suggestions pour améliorer l'utilisation de ce cet espace physiologique :**

1).....

.....

2).....

.....

3).....

.....

4).....

.....

5).....

.....

...

\*





## L'espace

# Physiologique

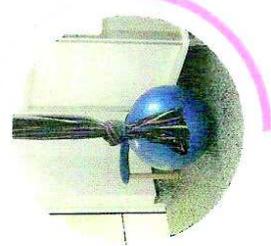
est un lieu intime et accueillant, propice au respect de la physiologie de la naissance, dans un environnement apaisant.

Cet espace vous offre toutes les alternatives à l'analgésie médicamenteuse au travers d'un équipement conçu pour améliorer votre confort et votre maîtrise de la douleur, tout en respectant les critères de sécurité les plus rigoureux pour vous et votre enfant.



## Le bain

- Vous pouvez relaxer dans un bain à 37°.
- Vous pouvez adopter diverses positions : assise, allongée ou accroupie.

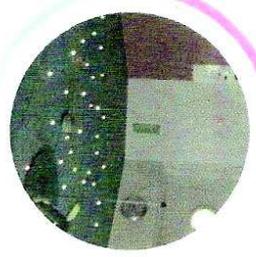


## Le ballon

- Pour réaliser des étirements mais aussi pour aider à la progression du bébé avec les bascules du bassin.

## L'ambiance

- Vous pouvez apporter la musique d'ambiance de votre choix.
- Le travail se fait dans une atmosphère calme, avec lumière tamisée, ciel étoilé, coussin apaisant.



## Cet espace vous permettra d'adopter vos positions au gré du travail

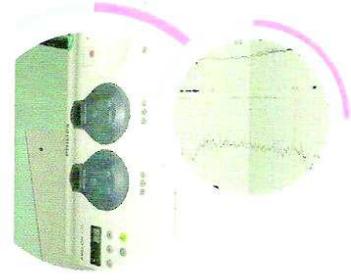


## Le massage

- Pour mieux travailler votre souffle, le relâchement, la détente.
- Pour faciliter la mobilisation et les postures pendant le travail, il peut s'associer à tous les autres accessoires de l'espace.

## Le rythme

- Des capteurs sans fils pour surveiller le rythme cardiaque de votre bébé, (en continu) en toute sécurité mais en vous laissant libre de vos mouvements.



## Le lit d'accouchement

- Large et confortable, il permet de varier et d'adapter votre position tout au long du travail et de l'accouchement.

## Le lit d'apaisement

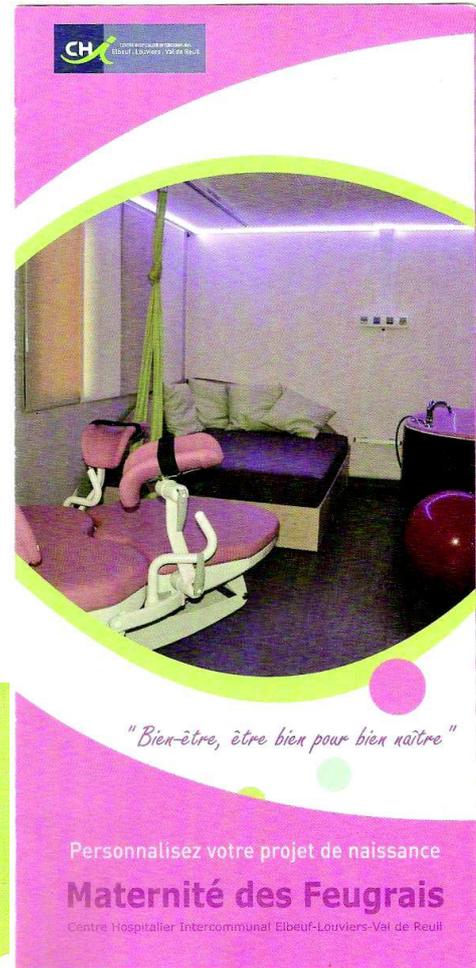
- Très accueillant avec ses coussins, il permet une grande liberté de mouvement.
- Papa peut également facilement y trouver sa place.
- Il est l'endroit idéal pour un accouchement sur le côté.



## Le tabouret d'accouchement

- Si votre souhait est d'accoucher en position accroupie, ce tabouret vous maintiendra dans une position confortable.

## Annexe IX : Brochure d'information sur la salle nature de Saint Aubin les Elbeuf



### La salle Nature... Un espace physiologique de bien-être

en salle de naissance, en toute sécurité

dans une ambiance zen aux couleurs personnalisables

#### La baignoire

Pour profiter d'un moment de détente, d'un massage relaxant.



#### Le lit de relaxation

Est propice à la mobilisation du corps et est idéal pour soulager la douleur.

#### Le ballon

Aide à la bascule du bassin, ce qui permet la progression du bébé.  
L'accompagnement est assuré par la sage-femme selon la méthode du docteur De Gasquet.



#### Le lit de posture et d'accouchement

Permet de varier et d'adapter les positions tout au long du travail et de l'accouchement.

#### Le drapé suspendu

Pour travailler le souffle, le relâchement, la détente.



## **RESUME**

Face à la médicalisation progressive des naissances, nous avons vu apparaître des espaces physiologiques dans les maternités afin de répondre à une demande croissante des parents et des sages-femmes. Au travers cette étude nous souhaitons mieux appréhender l'utilisation, l'avenir de ces espaces.

Nous avons réalisé une double enquête, descriptive, prospective et multicentrique. Elle a concerné sept maternités de la région Normandie sur deux départements. Le recueil de données a été réalisé à partir de sept questionnaires de sages-femmes coordinatrices et de 133 questionnaires de sages-femmes cliniciennes.

Les résultats mettent en exergue un très faible nombre d'accouchements dans ces espaces. Parallèlement, les sages-femmes cliniciennes utilisant ces espaces sont majoritairement satisfaites mais mettent en avant le regret d'un accompagnement imparfait. Les établissements doivent davantage travailler sur le management de leurs équipes et améliorer la communication autour de leur espace physiologique.

L'avenir est certainement aussi dans l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales, ce qui permettra l'utilisation de ces espaces tout en réalisant un accompagnement global des couples. De plus, nous espérons qu'à plus long terme, les salles de naissance « classiques » offriront autant de possibilités que les espaces physiologiques.

## **MOTS-CLES**

Accouchement physiologique, espace physiologique, accompagnement global