



HAL
open science

Accouchement en salle nature : état des lieux au Centre hospitalier de Grasse

Anne-Claire Dujardin

► **To cite this version:**

Anne-Claire Dujardin. Accouchement en salle nature : état des lieux au Centre hospitalier de Grasse. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01690146

HAL Id: dumas-01690146

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690146v1>

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Accouchement en salle nature :
Etat des lieux au Centre hospitalier de Grasse

Anne-Claire DUJARDIN

Née le 13 Novembre 1994

A Cagnes sur mer (06)

Mémoire présenté et soutenu le 15 Mai 2017

Directeur de mémoire : Marie-Paule FRANCISCI

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2017

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

Faculté de médecine

ECOLE DE SAGES-FEMMES DU CHU de NICE

Accouchement en salle nature :
Etat des lieux au Centre hospitalier de Grasse

Anne-Claire DUJARDIN

Née le 13 Novembre 1994

A Cagnes sur mer (06)

Mémoire présenté et soutenu le 15 Mai 2017

Directeur de mémoire : Marie-Paule FRANCISCI

DIPLOME D'ETAT de SAGE-FEMME

2017

REMERCIEMENTS :

Je remercie du fond du cœur Marie-Paule, ma directrice de mémoire, pour son implication considérable dans ce travail et pour le temps précieux qu'elle a passé à m'aider.

Je remercie la directrice et les cadres enseignantes de l'école de sages-femmes de Nice pour leur investissement dans ma formation de sage-femme.

Je remercie Mme F. Court de m'avoir donné son accord pour réaliser cette étude.

Je remercie l'équipe de gynécologues-obstétriciens de Grasse et en particulier M. Fontanarosa, Mme Kaemmerlen et Mme Vergnet pour leurs précieux conseils.

Je remercie toutes les sages-femmes de Grasse qui m'ont aidée à progresser et à me sentir à l'aise dans le métier de sage-femme.

Je remercie les secrétaires de Grasse qui ont sorti de nombreux dossiers des archives pour mon étude.

Je remercie ma famille, mes amis, et surtout mes parents pour leurs encouragements tout au long de ces 5 années d'étude et pour leur réconfort lors des moments difficiles.

Je remercie Kilian, pour son soutien et sa grande patience lors de cette dernière année.

TABLE DES MATIERES :

Liste des abréviations.....	8
Liste des figures.....	9
Liste des tableaux.....	10
Liste des images.....	11
Introduction.....	12

1 . ETAT DES LIEUX DE LA NAISSANCE..... 14

1.1 Historique : La naissance à travers les époques	14
1.2 La naissance de nos jours.....	19
1.3 En Europe : Des systèmes de soins différents	21
1.4 En France.....	25
1.4.1 Généralités sur la naissance en France	25
1.4.2 Plans de périnatalité	26
1.4.2.1 Plan de périnatalité à partir de 1970	26
1.4.2.2 Décrets de périnatalité de 1998.....	26
1.4.2.3 Plan de périnatalité de 2005-2007	27
1.4.3 Les attentes des femmes.....	29

2 . LES PROPOSITIONS POUR CHANGER LA NAISSANCE..... 30

2.1 Notion de risque.....	30
2.1.1 Définition	30
2.1.2 Les grossesses à bas risque.....	31
2.2 Accouchement physiologique : définitions	32
2.2.1 La physiologie	32
2.2.2 L'accouchement physiologique	33
2.2.3 L'accouchement normal.....	34
2.2.4 L'accouchement spontané	34
2.2.5 L'eutocie	34
2.3 Les motivations des patientes.....	35
2.4 Les techniques d'analgésie non médicamenteuses et les interventions améliorant le confort des patientes	37
2.4.1 L'immersion dans l'eau	37
2.4.2 La déambulation	37
2.4.3 Le soutien	38
2.4.4 L'alimentation.....	38
2.4.5 Les autres techniques.....	39

2.5	Les unités physiologiques	39
2.5.1	Définition	39
2.5.2	Cadre légal	40
2.5.3	Historique	41
2.5.4	Etat des lieux en France et cartographie	42
2.6	Les maisons de naissance.....	44
2.6.1	Définition	44
2.6.2	Historique	45
2.6.3	Cadre légal	45
2.6.4	Cartographie	47
2.6.5	Quelques chiffres	49
2.7	Accouchement à domicile.....	49
2.8	La physiologie en Europe	50

3 . EXPERIENCE A L'HOPITAL DE GRASSE..... **53**

3.1	Historique	53
3.2	La médicalisation à Grasse	53
3.3	Architecture	54
3.4	Organisation du personnel.....	57
3.5	Organisation du parcours physiologique pour les patientes.....	60
3.6	Critères d'éligibilité.....	62
3.7	Accueil d'une patiente en salle nature	62
3.8	Quelques chiffres.....	64
3.9	Motivations des patientes à accoucher en salle physiologique à grasse	68
3.10	Satisfaction des patientes	69
3.11	Retours d'expérience	70

4 . ETUDE..... **71**

4.1	Matériel et méthode	71
4.1.1	Objectifs de l'étude	71
4.1.2	Description de l'étude	71
4.1.3	Population de l'étude et critères d'inclusion	72
4.1.4	Critères d'exclusion	72
4.1.5	Constitution des critères d'étude	73
4.1.6	Traitement des données	75

4.2	Résultats	75
4.2.1	Caractéristiques de la population.....	75
4.2.2	Travail et accouchement	78
4.2.2.1	Lieu d'accouchement	78
4.2.2.2	Admission en salle de naissance	79
4.2.2.3	Le travail : déroulement et durée	82
4.2.2.4	L'accouchement	88
4.2.2.5	La délivrance :	95
4.2.2.6	Le nouveau-né.....	101
4.3	Analyse des données et Discussion	103
4.3.1	Analyse de la méthodologie	103
4.3.1.1	Les atouts de l'étude	103
4.3.1.2	Les difficultés et biais de l'étude.....	104
4.3.2	Analyse des résultats	104
4.3.2.1	Caractéristiques de la population	104
4.3.2.2	Lieu d'accouchement et motifs d'accouchement physiologique en salle conventionnelle.....	108
4.3.2.3	Dilatation à l'admission en salle de naissance	112
4.3.2.4	Le travail : déroulement et durée	113
4.3.2.5	L'accouchement	125
4.3.2.6	Le nouveau-né.....	131
4.3.3	Propositions et pistes d'amélioration.....	133
5	<u>. CONCLUSION</u>	137
6	<u>. BIBLIOGRAPHIE</u>	139
7	<u>. ANNEXES</u>	143
	<u>RESUME</u>.....	149

Liste des abréviations :

APD=Analgésie péridurale

CHG= Centre hospitalier de Grasse

CIANE= Collectif inter associatif autour de la naissance

DA-RU= Délivrance artificielle et révision utérine

DD= Délivrance dirigée

DN= Délivrance naturelle

HAS= Haute autorité de santé

HDD= Hémorragie de la délivrance

RCF= Rythme cardiaque fœtal

RU= Révision utérine

SA= Semaine d'aménorrhée

Liste des figures :

Figure 1: 70 ans d'histoire de la sage-femme (12).....	18
Figure 2: Grossesse à risque accru nécessitant une prise en charge spécialisée	30
Figure 3: Situations à risque de complications périnatales	31
Figure 4: Facteurs de risque obstétricaux influençant l'accouchement	31
Figure 5: Nombre de naissances dans les maternités proposant une salle nature entre 20015 et 2011	42
Figure 6: Evolution comparée des maternités avec et sans salle nature entre 2006 et 2011.....	43
Figure 7: Répartition des salles physiologiques en France	43
Figure 8: Répartition des maisons de naissance en France métropolitaine	48
Figure 9: Maison de naissance à Baie-Mahault en Guadeloupe.....	48
Figure 10: Maison de naissance à Saint-Paul à La Réunion	48
Figure 11: Organisation du personnel à la maternité de Grasse	57
Figure 12: Age des sages-femmes du CHG (%)	58
Figure 13: Durée depuis l'obtention du diplôme des sages-femmes du CHG (%).....	58
Figure 14: Durée d'exercice à Grasse des sages-femmes du CHG (%).....	58
Figure 15: Formations complémentaires des sages-femmes du CHG (%).....	59
Figure 16: Sages-femmes pratiquant l'accouchement en salle nature (%)	59
Figure 17: Sages-femmes pratiquant l'entretien physiologique (%).....	59
Figure 18: Aboutissement des projets physiologiques en 2014	65
Figure 19: Aboutissement des projets physiologiques en 2015	66
Figure 20: Aboutissement des projets physiologiques en 2016	66
Figure 21: Salle d'accouchement de la population étudiée, n (%).....	78
Figure 22: Dilatation cervicale à l'admission en salle de naissance (%).....	81
Figure 23: Rappel des différents stades du travail d'après Friedman (57)	84
Figure 24: Méthodes d'analgésie non médicamenteuses utilisées (%)	87
Figure 25: Positions d'accouchement en salle nature	88
Figure 26: Positions d'accouchement chez les primipares	88
Figure 27: Positions d'accouchement chez les multipares	88
Figure 28: Durée des efforts expulsifs en fonction de la position d'accouchement chez la primipare et la multipare (en minutes)	89
Figure 29: Etat du périnée, (%)	91
Figure 30: Etat du périnée chez les primipares (%)	91
Figure 31: Etat du périnée chez les multipares (%).....	91
Figure 32: Etat du périnée en fonction de la position d'accouchement (%).....	92
Figure 33: Etat du périnée en fonction de la position d'accouchement chez la primipare (%).....	94
Figure 34: Etat du périnée en fonction de la position d'accouchement chez la multipare (%).....	94
Figure 35: Délivrances naturelles et dirigées (%).....	96
Figure 36: Pertes sanguines estimées (%).....	97
Figure 37: Quantification des pertes sanguines en fonction du mode de délivrance (%)	97
Figure 38: Prise en charge des patientes : Délivrance naturelle versus dirigée	98
Figure 39: Les complications possibles de la grossesse prolongée et du terme dépassé.....	109
Figure 40: Comparaison des scores d'Apgar 10 à 1 et 5 minutes en France et en salle nature (%)...	132

Liste des tableaux :

Tableau I: Soins efficaces : Recommandations des pratiques obstétricales pendant le travail selon les résultats de leurs évaluations.....	20
Tableau II: Les maisons de naissance françaises	47
Tableau III: Comparaison des indicateurs d'activité à Grasse, dans le Réseau Méditerranée et en France	54
Tableau IV: Aboutissements des projets physiologiques en 2014, 2015 et 2016	65
Tableau V: Motifs d'exclusions des projets physiologiques, n (%)	67
Tableau VI: Caractéristiques de la population étudiée.	76
Tableau VII: Antécédents d'accouchements physiologiques de la population étudiée.	77
Tableau VIII: Motifs d'accouchement physiologique en salle conventionnelle	79
Tableau IX: Age gestationnel lors de l'admission en salle de naissance pour l'ensemble des femmes ayant réalisé le parcours physiologique	80
Tableau X: Dilatation cervicale lors de l'arrivée au CHG.....	80
Tableau XI: Paramètres concernant la poche des eaux.....	82
Tableau XII: Les touchers vaginaux pendant le travail	83
Tableau XIII: Paramètres concernant la surveillance pendant le travail	84
Tableau XIV : Durée de travail	85
Tableau XV: Méthodes d'analgésie non médicamenteuses utilisées pendant le travail	87
Tableau XVI: Les modalités de dégagement lors de l'accouchement physiologique	90
Tableau XVII : Etat du périnée lors de l'accouchement physiologique	90
Tableau XVIII: Modalités de délivrance	95
Tableau XIX: Comparaison entre délivrance naturelle et dirigée.....	100
Tableau XX: Comparaison du délai d'accouchement en présence ou en l'absence d'hémorragie de la délivrance	100
Tableau XXI: Le nouveau-né à sa naissance	101
Tableau XXII: Comparaison des âges des patientes dans la population générale et en salle nature	105
Tableau XXIII: Facteurs de risques obstétricaux influençant l'accouchement	110
Tableau XXIV: Comparaison des poids de naissance dans la population générale et en salle nature	131
Tableau XXV: Comparaison des scores d'Apgar dans la population générale et en salle nature	132

Liste des images :

Image 1: Salle nature (Lit, Baignoire, Tabouret, Liane).....	55
Image 2: Salle nature (Lit, Ballon, Musique, Tabouret, Liane).....	55
Image 3: Utilisation du tabouret et du ballon par un couple	56
Image 4: Utilisation du tabouret et de la liane par une femme en travail	56

INTRODUCTION :

La grossesse et l'accouchement sont des évènements physiologiques. Pourtant, dans notre système de santé, la médicalisation est de mise. J'ai souvent entendu que la sage-femme est la « spécialiste » de la physiologie. Cependant, l'enseignement que j'ai reçu m'a offert un modèle de surveillance très médicalisé et protocolisé quelque soit la parturiente prise en charge. Cette approche systémique est rentrée dans nos mœurs, peut-être au détriment d'un accompagnement plus humain et personnalisé.

Lors de mes stages, j'ai découvert qu'il existait certaines alternatives : la salle physiologique du Centre hospitalier de Grasse en a été le premier exemple. La découverte de la salle nature m'a passionnée, il me semble que cette proposition est une bonne opportunité pour les futures mamans qui désirent une naissance autrement, évènement si fabuleux et unique dans la vie d'un couple. Dans ce lieu rassurant et intime, la future maman confiante peut faire naître son bébé à sa manière, selon son instinct. Le papa, lui, peut trouver sa place plus facilement et se sentir plus utile. Ce lieu allie le respect de la physiologie à la sécurité : au moindre problème, un transfert vers une salle conventionnelle jouxtant peut avoir lieu.

Ma réflexion s'est alors portée sur l'accouchement physiologique et la politique générale de l'accouchement très médicalisée en France, notamment en comparaison avec la politique de naissance d'autres pays européens.

Les chiffres existants à ce sujet interpellent. Par exemple, en France, 78,4% des patientes accouchent sous analgésie péridurale (1) alors que ce taux est bien plus faible dans d'autres pays : 40% en Grande-Bretagne (2), 24% en Allemagne, 5% au Danemark ou aux Pays-Bas (3). Par ailleurs, alors que 97% des naissances françaises se déroulent à l'hôpital (2), 30% des néerlandaises accouchent à domicile (4) et la plupart des anglaises dans des unités non hospitalières gérées par des sages-femmes. La politique de naissance française n'engendre cependant pas de bénéfice notable sur le taux de mortalité périnatale : la France occupe seulement le 8^{ème} rang en Europe pour ce critère. (5)

C'est pourquoi nous pouvons nous demander si la médicalisation croissante de l'accouchement est utile ou bien délétère et contraignante pour la femme et son enfant, tant au niveau physique que psychique, dans le cas d'une grossesse à bas risque.

De plus, il existe une demande croissante de la part des patientes à respecter la physiologie et la dimension affective de la naissance. Ainsi, sans trop d'alternatives proposées, on a vu l'augmentation du nombre d'accouchements à domicile. En France, la préconisation des unités physiologiques n'a été impulsée qu'en 2009, et l'expérimentation des maisons de naissance n'a débuté qu'en 2016.

Dans ce mémoire, nous nous intéresserons à l'espace physiologique du Centre hospitalier de Grasse. Nous analyserons la manière dont les mamans accouchent dans cet espace. Nous identifierons aussi les alternatives d'analgésie non médicamenteuses. Et bien sûr, nous illustrerons le rôle de la sage-femme dans cette aventure.

Pour cela, nous parlerons d'abord de la naissance en général puis des alternatives existantes pour changer la naissance, ensuite nous ciblerons nos propos sur la salle nature de Grasse ouverte depuis fin 2013-début 2014 et pour finir nous décrirons notre étude : un état des lieux du déroulement du travail et de l'accouchement en ce lieu si différent.

1 . ETAT DES LIEUX DE LA NAISSANCE

1.1 HISTORIQUE : LA NAISSANCE A TRAVERS LES EPOQUES

En Egypte, c'est dans les temples que la médecine et l'obstétrique sont enseignées. La médecine des femmes est le domaine des sages-femmes prêtresses, les « hathors ». Dans sa maison ou dans un pavillon de naissance, guidée par la sage-femme, la parturiente met au monde son enfant accroupie, à genou ou assise, autour de gestes rituels. (6)

Dans la Grèce antique, seules les sages-femmes, les « Olympias » ont accès au corps de la femme. Elles aussi sont auréolées de vertus divines. Elles doivent être mères et ménopausées. Des sages-femmes célèbres comme Aspasia écrivent des traités d'obstétrique. Phénarète, mère de Socrate, a inspiré la maïeutique à cette époque. Les femmes accouchent le plus souvent à genoux et parfois sur un lit ou demi assise sur un siège incliné. (6)

Rome hérite des connaissances obstétricales grecques. Dans les villes, les accoucheuses sont appelées « Médicae » ou « Obstétrics » et dans les campagnes « matrones ». Là encore, elles savent faire face aux difficultés inhérentes à l'accouchement. (6)

Chez les hébreux, les hommes n'ont pas la permission d'approcher les parturientes. L'art obstétrical est entièrement entre les mains des sages-femmes, seule profession que peut exercer la femme, tout comme la gynécologie et la médecine infantile. (7)

Après l'effondrement de l'empire romain, dans la gaulle, les institutions et l'art des accouchements se détériorent : le savoir disparaît. Les femmes accouchent aidées des matrones appelées aussi « ventrières » qui sont de simples femmes ayant survécu à de nombreux accouchements et n'ayant comme seul bagage leur propre expérience et la transmission orale du savoir. Théologie et médecine se rapprochent avec l'exercice des moines. Le christianisme domine la culture occidentale et interdit

le savoir venu du Moyen-Orient. (6) Pourtant, au 11^{ème} siècle, à Salerne, une sage-femme célèbre Tortula, enseigne et écrit sur l'art obstétrical et la médecine des femmes. (7)

Au 13^{ème} siècle, en France, les premières universités sont créées à Montpellier en 1223, à Paris en 1253... L'enseignement est réservé aux hommes. Les femmes, dont on se méfie, ne peuvent prétendre à l'institution : elles sont considérées par la médecine comme « un être vulnérable avec un corps poreux, fragile, ouvert aux maléfices sataniques ». La grossesse et l'accouchement restent le monopole de la matrone, les médecins en sont exclus. Les femmes accouchent donc loin de la présence masculine mais entourées de leurs parentes, femmes du village, dans la pièce principale la plus chauffée de la maison. (8)

Du 14^{ème} au 17^{ème} siècle, pendant 400 ans, les matrones sont persécutées. Parce qu'elles pratiquent une médecine empirique issue d'un savoir ancestral (comme la connaissance des plantes), elles sont accusées de sorcellerie et sont accusées de pratiquer des avortements. Beaucoup sont brûlées sur des bûchers. Un des objectifs de cette pratique est de neutraliser le savoir empirique des ventrières. (6)

AU 15^{ème} siècle, le contrôle de la profession est renforcé. Elles doivent se regrouper en corporation sous l'autorité de chirurgiens. C'est aussi à cette époque qu'on commence à parler de « sage-femme ». (7)

En 1560, un règlement et statut de la profession de sage-femme est rédigé à Paris. Mme Louis Bourgeois, dite Boursier, épouse de chirurgien, instruite et experte, rédige un traité d'accouchement « Bons conseils aux sages-femmes ». (7)

En 1630, pour la première fois, la maternité de l'Hôtel-Dieu à Paris admet des élèves sages-femmes, des « apprentissées ». La sage-femme doit passer un examen d'admission et produire un certificat de bonne conduite délivré par le curé de la paroisse. Cette école, considérée comme la meilleure d'Europe, les forme aussi aux accouchements dystociques (utilisation d'instruments). (7)

Aux 17^{ème} et 18^{ème} siècle, grâce à la naissance de l'imprimerie, les connaissances se diffusent. De nombreux instruments obstétricaux sont élaborés. C'est également à cette époque que les hommes accoucheurs prennent part à l'obstétrique et révolutionnent l'accouchement en allant à l'encontre des traditions

anciennes : la restriction des présences pendant l'accouchement (les femmes du village sont écartées) ou la position allongée sur le dos obligatoire par exemple (9), à l'initiative de Mauriceau qui voulait faciliter les manœuvres obstétricales. (10)

Dans les campagnes, il n'y a pas de sages-femmes, ni d'hommes accoucheurs. Les matrones, âgées, ne sont pas choisies pour leurs connaissances obstétricales mais choisies par le curé. Pour sauvegarder les principes religieux, elles doivent savoir baptiser le nouveau-né (25% de nouveau-nés décédés à la naissance).

Au 18^{ème} siècle, Mme Du Coudray, maitresse sage-femme de Paris, jette un signal d'alarme et décide de former des sages-femmes dans les campagnes. Elle conçoit pour ses enseignements une « machine », pour expliquer l'anatomie, les mécanismes du travail et les manœuvres obstétricales. Elle rédige aussi un abrégé de l'art des accouchements. Elle formera 5000 sages-femmes mais aussi des centaines de médecins grâce à un tour de France de 25 ans avec « sa machine ». (7)

Les maitresses sages-femmes et les apprentisses sont alors seules responsables de leurs accouchements. Toujours exclues de l'enseignement, elles adressent de nouvelles requêtes pour avoir accès à la faculté de médecine, en vain.

La révolution laissera ensuite un état sanitaire catastrophique : les femmes réclament alors des sages-femmes formées pour les suivre. (6)

Au début du 19^{ème} siècle, en 1802, naît enfin la première école de sages-femmes à Paris sous la direction de Mme Lachapelle, fille de sage-femme maitresse, épouse de chirurgien, auteur des « Pratiques de l'accouchement ». (7)

En 1892, la loi définit les conditions d'exercice et les limites de la profession. (7)

En 1916, une uniformisation du diplôme de sage-femme a lieu. Les études passeront de 2 à 3 ans en 1943. (7)

A la fin du 19^{ème} siècle et début du 20^{ème}, on estime à 20000 le nombre de sages-femmes en France. La plupart des accouchements se font à domicile, d'autant que dans les hôpitaux, le fléau de la fièvre puerpérale est la cause d'une mortalité maternelle importante. (11) Pasteur met donc en garde le corps médical sur l'asepsie.

Puis, l'hôpital commence à devenir la norme pour accoucher car les progrès médicaux sont importants, en particulier concernant l'hygiène, et les méthodes pour combattre la douleur. (9) L'exercice libéral et le nombre d'accouchements à domicile est en déclin.

C'est alors que l'accouchement se médicalise. On assiste à une baisse considérable de la morbidité et de la mortalité en perpartum. Dans les années 1920, le taux de natalité baisse de manière notable, ce qui pousse l'état à élaborer des mesures afin d'augmenter les naissances. Cela va ensuite déboucher sur un baby-boom après la seconde guerre mondiale : pour répondre à la demande importante, les maternités vont alors se techniciser et prendre en charge les parturientes de manière systématisée et très médicalisée.

En 1945, l'ordre des sages-femmes est créé. Présidé par un médecin, il faudra attendre 1995 pour qu'une sage-femme en soit la présidente. (12)

Dans les années 1950, Le Dr Lamaze met au point « l'accouchement sans douleur ». Cette méthode basée sur une préparation physique et psychique visant à supprimer l'anxiété et la douleur fait débat dans le corps médical et laisse place dans les années 1970 à d'autres pratiques modernes telles que l'analgésie péridurale qui commence à être largement utilisée, l'échographie ou le monitoring. Ce basculement au 20^{ème} siècle conduit à une médicalisation totale de l'accouchement. (9)

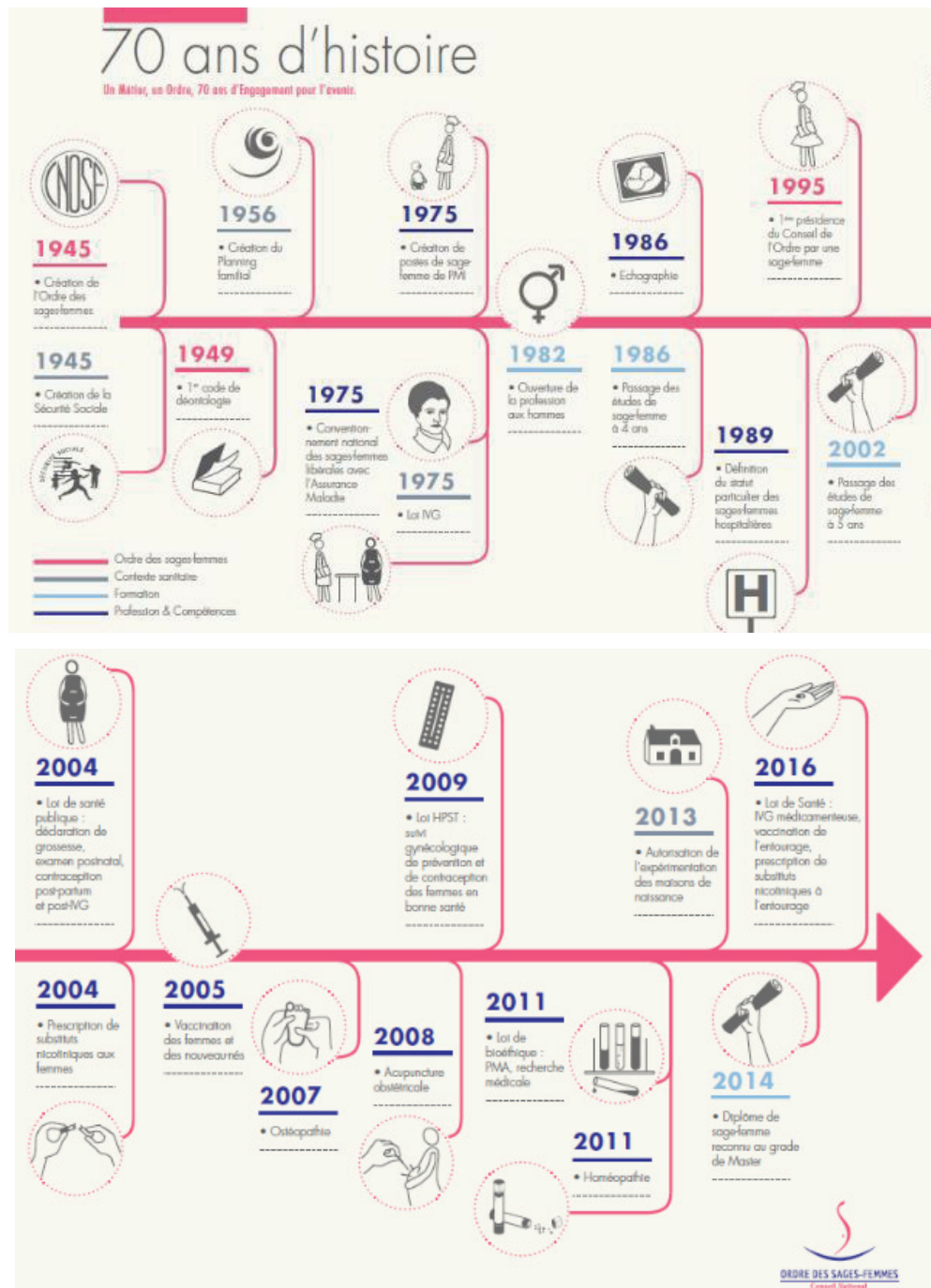


Figure 1: 70 ans d'histoire de la sage-femme (12)

Les points-clés concernant notre profession depuis 70 ans sont décrits sur la figure ci-dessus. La profession de sages-femmes s'est ouvert aux hommes en 1982. Les études de sages-femmes sont passées à 5 ans en 2002, avec une première année universitaire. Il est important de noter que les compétences des sages-femmes sont en augmentation perpétuelle : contraception, substituts nicotiques, vaccination, suivi gynécologique, IVG médicamenteuse... (12)

Et ce n'est pas fini... En raison des élections présidentielles de 2017, le conseil de l'ordre des sages-femmes a écrit un livre blanc contenant 12 propositions comme par exemple : (13)

- Faire de la sage-femme l'acteur médical de premier recours des femmes en bonne santé
- Soutenir l'émergence de la recherche en maïeutique
- Mettre en place un observatoire européen de la profession de sage-femme
- Généraliser l'ouverture des maisons de naissance....

Cela prouve bien qu'à l'heure actuelle, les sages-femmes s'investissent pour renforcer leur champ d'action. Leur volonté est d'être un acteur médical incontournable du système de santé et d'accroître leur visibilité auprès des femmes.

En somme, l'accouchement est passé d'un évènement chaleureux, familial, autour de gestes religieux, entre femmes à la maison à un évènement dans un lieu médicalisé avec peu d'accompagnants, en raison d'un désir de prise en charge de la douleur et du danger de mort. Ces progrès techniques sont une avancée considérable dans l'histoire de la médecine. De plus, on assiste à une fermeture des petites maternités à taille humaine au profit d'établissements plus grands. Pourtant, aujourd'hui, de plus en plus de femmes sont en demande d'une approche plus physiologique et plus humaine...

1.2 LA NAISSANCE DE NOS JOURS

Nous vivons actuellement dans une société où l'accouchement est considéré comme ayant des risques imprévisibles et il faut à tout prix disposer de moyens pour y faire face. Or, cela implique une médicalisation parfois démesurée de l'accouchement qui engendre de l'anxiété pour la patiente dans un environnement non rassurant. (14)

Cet évènement étant unique dans la vie d'une femme et se déroulant de manière physiologique sans complications dans 70 à 80% des cas (2), il est important de le respecter et d'écouter les désirs et attentes des parturientes.

Certaines femmes aimeraient que l'accouchement reste le plus naturel possible et elles ne sont pas toujours écoutées : il existe des pratiques systématiques, rigides et non personnalisées. (14) Parfois nos actions sont même incohérentes : toutes ne sont pas forcément bénéfiques.

Grâce aux travaux de l'université d'Oxford (15) et de l'OMS (16), un tableau classant les pratiques obstétricales habituelles selon leurs bénéfices a pu être réalisé. [Tableau I]

On peut se rendre compte que certaines pratiques telles que la liberté de mouvements, le soutien de la patiente, le monitoring intermittent du rythme cardiaque fœtal sont bénéfiques pendant le travail. Au contraire, certaines de nos pratiques sont délétères comme la perfusion intraveineuse systématique, l'interdiction de boire ou manger ou la position en décubitus dorsal systématique pendant la 2^{ème} phase du travail.

-
- 1. Actes certainement bénéfiques :**
Efficacité clairement démontrée par des essais contrôlés de bon niveau.
- ▶ Soutien physique, affectif et psychologique pendant le travail et l'accouchement.
 - ▶ Accompagnement continu des femmes pendant le travail et l'accouchement.
 - ▶ Monitoring du RCF complété par l'étude de l'équilibre acido-basique fœtal.
 - ▶ Prévention des hémorragies de la délivrance par l'usage d'ocytocine.
- 2. Actes probablement bénéfiques :**
Forte évidence d'efficacité, non démontrée par des essais contrôlés.
- ▶ Prise en charge par une sage-femme des femmes sans facteurs de risque.
 - ▶ Présence d'un accompagnant choisi par la femme pendant le travail et l'accouchement.
 - ▶ Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu d'accouchement.
 - ▶ Liberté de mouvements et choix des positions pendant le travail.
 - ▶ Changer la position de la mère en cas de souffrance fœtale pendant le travail.
 - ▶ Mobilité maternelle et changement de position pour réduire la douleur du travail.
 - ▶ Amniotomie (RAM) pour traiter le travail dystocique.
- 3. Actes avec bénéfices limités par des effets secondaires :**
On doit apprécier le rapport bénéfices-inconvénients selon les circonstances, les priorités et les préférences.
- ▶ Enregistrement continu de RCF versus auscultation intermittente.
 - ▶ Utilisation d'analgésiques morphiniques par voie générale pour la douleur du travail.
 - ▶ Utilisation de l'analgésie péridurale pour la douleur du travail.
 - ▶ Amniotomie précoce lors du travail spontané.
- 4. Actes d'efficacité inconnue :**
Les données sont insuffisantes ou inadéquates pour recommander ces pratiques.
- ▶ Amnioscopie de routine pour rechercher le liquide amniotique méconial.
 - ▶ Utilisation précoce de l'ocytocine lors du travail dystocique.
 - ▶ Direction du travail (« Active management of labour »).
- 5. Actes probablement inefficaces :**
Forte probabilité d'inefficacité avec inconvénients ou contraintes.
- ▶ Refuser boisson et nourriture aux femmes en travail.
 - ▶ Perfusion intraveineuse systématique pendant le travail.
 - ▶ Examens vaginaux fréquents pendant le travail.
 - ▶ Sondage vésical avant l'accouchement.
 - ▶ Faire faire des efforts expulsifs dès dilatation complète, en l'absence d'envie de pousser.
 - ▶ Respecter une durée déterminée de la 2^e phase du travail, en l'absence d'anomalies.
- 6. Actes inefficaces ou dangereux.**
Inutilité, inefficacité ou dangerosité clairement démontrées.
- ▶ Décubitus dorsal pendant la deuxième phase du travail.
 - ▶ Position gynécologique de routine pour la deuxième phase du travail.
-

Tableau I : Soins efficaces : Recommandations des pratiques obstétricales pendant le travail selon les résultats de leurs évaluations

Depuis peu, on commence à envisager la possibilité de concilier sécurité de la naissance et respect des choix de la patiente. L'idéal même serait pour la grossesse à bas risque de pouvoir respecter le principe de « one to one », c'est-à-dire une sage-femme pour une patiente de la grossesse jusqu'au post-partum.

1.3 EN EUROPE : DES SYSTEMES DE SOINS DIFFERENTS

Dans d'autres pays européens, la naissance est abordée de manière tout à fait différente. Nous allons étudier certains d'entre eux afin de comparer cela au modèle français.

- **ANGLETERRE :**

En Angleterre, les femmes ont le choix entre trois types de suivis : (17)

- Le « One to one care » : Il s'agit d'un suivi global fait par une sage-femme
- Le « Shared care » : C'est l'équivalent des PMI en France, il s'agit d'un suivi partagé entre les sages-femmes et médecins.
- Le « hospital care » : C'est un suivi entièrement médicalisé à l'hôpital.

Le lieu d'accouchement recommandé par le "National Institute for Health and Care Excellence" (NICE) pour les patientes à bas risque est :

- Un accouchement à domicile pour les multipares
- Et un accouchement en maisons de naissances nommées "miwifery-led unit", soit littéralement "unités gérées par les sages-femmes", pour les primipares.

Cet institut se justifie grâce à des chiffres obtenus sur 1000 patientes : pour ces femmes à bas risque, l'accouchement à domicile ou en maison de naissance réduit le nombre d'extractions instrumentales, de césariennes et d'épisiotomie, sans conséquence sur la santé et le devenir du nouveau-né. (18)

Ces recommandations engendrent un taux d'analgésie péridurale beaucoup plus faible qu'en France puisqu'il est à 40% en Angleterre (19) contre 78,4% en France (1).

Dans les recommandations élaborées par cet institut apparaissent aussi les points suivants, qui montrent que la vision de la naissance à l'étranger n'est pas la même qu'en France :

- La mobilité est encouragée (18)
- L'enregistrement cardio-tocographique continu n'est pas recommandé sauf s'il existe un facteur de risque. Par exemple, pour les patientes à bas risque, il est dit qu'il faut enregistrer le rythme cardiaque fœtal au moins 1min après une contraction, au moins toutes les 15 minutes. (18)
- La durée maximale des efforts expulsifs est de 1 heure (20)
- Si l'accouchement est physiologique, on peut attendre jusqu'à une heure que la délivrance se fasse (20), contre 30 minutes en France.

Une étude menée en 2008 interrogeant des sages-femmes anglaises et françaises (17) montre que la politique de la naissance est très différente dans ces deux pays. Par exemple, en 2004, il y avait :

- En France : 22 sages-femmes pour 1000 naissances,
- Au Royaume-Uni : 51 sages-femmes pour 1000 naissances.

La formation des sages-femmes anglaises est davantage orientée sur la physiologie qu'en France : les sages-femmes sont formées à prodiguer aux patientes un accompagnement « sur-mesure », possible par plus de moyens en personnel.

- **BELGIQUE :**

En Belgique, certaines recommandations diffèrent également des protocoles français. Le rapport du KCE prénommé « Recommandation pour l'accouchement à bas risque » en est la preuve. (21)

Les recommandations concernant le monitoring fœtal sont les mêmes qu'en Angleterre, à savoir une auscultation toutes les 15 minutes pendant au moins 1 minute suivant une contraction.

Ensuite, les parturientes ont la possibilité de boire et de manger pendant le travail si aucune complication n'a lieu.

Enfin, la délivrance dirigée n'est réalisée qu'en cas de situation à haut risque hémorragique comme par exemple la grande multiparité, les antécédents d'hémorragie, le travail long... Sinon, la délivrance peut se dérouler de manière physiologique et le délai accepté avant qu'elle se fasse est d'une heure contre 30 minutes pour la France.

- **PAYS-BAS :**

Aux Pays-Bas, le lieu d'accouchement n'est pas le même qu'en France. En effet, 30% des femmes y accouchent à domicile. Ce mode d'accouchement non médicalisé est encouragé pour les grossesses « normales » dans la mesure où le domicile se situe à moins de vingt minutes d'un hôpital. Dans le cas contraire, les femmes ont la possibilité d'accoucher en « polyclinique » : l'accouchement est alors géré par la sage-femme ayant suivi la grossesse. La femme y reste moins de 24 heures. (4)

La frontière entre le « normal » et le « pathologique » y est très nette :

- Les patientes entrant dans la première catégorie sont gérées entièrement par les sages-femmes à domicile ou en polyclinique (Principe du « One to one »)
- Les autres sont prises en charge entièrement par des gynécologues-obstétriciens à l'hôpital.

Au total, seules 5% des patientes néerlandaises bénéficieraient de la péridurale.
(22)

- ITALIE :

Il existe peu d'articles relatant l'accouchement en Italie.

Cependant, nous avons jugé intéressant de parler du cas de la maternité de Florence.

D'après une conférence du Dr Santini, gynécologue-obstétricien de cet établissement, nous avons appris qu'il existait une unité physiologique nommée « Margherita » au sein de la maternité. (23) Ce lieu a été créé en alternative à l'accouchement à domicile.

Il est constitué d'une piscine et de 5 chambres d'accouchement contenant chacune un lit et une baignoire.

Chaque femme souhaitant y accoucher bénéficie d'un examen à 36 SA par une sage-femme et un gynécologue afin de déterminer le risque faible de la grossesse et de l'accouchement.

Les femmes y accouchant restent 48 heures dans la chambre d'accouchement, avant de retourner à domicile.

Cette unité physiologique est gérée de manière autonome par des sages-femmes mais un couloir la sépare du bloc obstétrical classique.

Seules 4 ou 5 patientes par an sont transférées en salle classique pour une demande de péridurale.

Au total, entre 2007 et 2016, 3440 accouchements y ont eu lieu, soit environ 300 naissances par an.

1.4 EN FRANCE

1.4.1 Généralités sur la naissance en France

L'organisation du réseau périnatal et des maternités en France n'est pas régie par des recommandations spécifiques concernant la physiologie, comme ça l'est dans d'autres pays décrit précédemment (Angleterre, Belgique, ...).

Ainsi, la prise en charge des patientes en France est standardisée : elle ne tient pas compte du niveau de risque de chaque patiente. Nous avons les mêmes protocoles pour toutes les patientes. Ceci n'est pas sans conséquence : le fait que chaque patiente soit prise en charge de manière indifférenciée engendre une surmédicalisation de tous les accouchements. (24)

Le meilleur exemple est celui de l'utilisation de l'ocytocine en salle de naissance. 64% des femmes reçoivent de l'ocytocine au cours du travail alors que 90% d'entre elles n'en auraient pas la nécessité. En s'intéressant uniquement aux femmes à bas risque obstétrical en travail spontané, l'utilisation des ocytociques s'élève même à 71%. (10) Cela participe à accroître le nombre d'hémorragies du post-partum (25), qui est la première cause de décès maternel en France (24). Actuellement, un changement est en train de s'opérer à ce sujet : des articles stipulent le fait que le syntocinon n'est pas anodin et que son utilisation devrait être plus modérée. (26)

De même, la rupture artificielle des membranes concerne 51% des femmes en travail spontané (10). Or, il a été démontré que ce geste ne diminue pas de manière significative la durée du 1^{er} stade du travail. Il n'y a pas non plus de différence entre les patientes ayant rompu spontanément et artificiellement, en ce qui concerne le taux de césarienne et le score d'Apgar à la naissance.

Ainsi, l'amniotomie, n'a démontré aucun bénéfice : sa réalisation quasi systématique est donc à réévaluer, ce geste ne devrait être effectué qu'en cas de stagnation.

1.4.2 Plans de périnatalité

1.4.2.1 Plan de périnatalité à partir de 1970

Plusieurs plans de périnatalité se sont succédés dans le but d'améliorer la sécurité de la naissance, autant pour la mère que pour son enfant. (27).

Ces plans ont établi des normes de fonctionnement, développé des moyens techniques et renforcé la formation des professionnels de santé, notamment au début des années 1970.

Puis en 1994, un rapport du Haut Comité de Santé Publique encourageait le transfert in utero dans certains cas, vers des structures ayant un centre de néonatalogie afin de réduire la morbi-mortalité. Ce rapport a également créé des normes en termes de personnels, de locaux et de matériel dans les maternités.

1.4.2.2 Décrets de périnatalité de 1998

En 1998, deux décrets ont été publiés (28) afin de restructurer les maternités et de permettre une organisation de celles-ci en réseaux territoriaux. Cela permettra d'orienter les patientes en fonction de leur niveau de risque et donc d'aboutir à une meilleure prise en charge.

Ainsi, trois niveaux de maternités sont nés en fonction notamment du niveau de soins pédiatriques prodigués :

- Maternités de niveau I : Ces maternités accueillent des grossesses à bas risque au-delà de 37 SA. Elles disposent d'une unité de pédiatrie.

- Maternités de niveau II : Ces maternités accueillent des patientes à risque intermédiaire, en particulier elles peuvent prendre en charge des enfants nés prématurément entre 32 SA et 37 SA, pesant plus de 1500g.
 - IIa : Il existe un service de néonatalogie
 - IIb : Il existe un service de néonatalogie accompagné d'un service de soins intensifs.

- Maternités de niveau III : Ces maternités accueillent des parturientes à risque élevé. Elles disposent d'un service de réanimation néonatale permettant de prendre en charge les enfants nés très prématurément, avant 32 SA et pesant moins de 1500g.

Cette classification des maternités, ce travail en réseau et la possibilité de transfert in utero, ont permis d'améliorer la prise en charge du couple mère-enfant et de renforcer la sécurité de la naissance.

1.4.2.3 Plan de périnatalité de 2005-2007

Ce plan comporte des objectifs bien précis.

Tout d'abord, il souhaite poursuivre un des objectifs établis dans le plan de périnatalité de 1994, à savoir : réduire la mortalité maternelle et la mortalité périnatale. Ce plan vise aussi à améliorer la sécurité de la naissance et la qualité des soins prodigués.

Un autre axe important a également été développé dans ce plan de périnatalité : il s'agit du respect du processus naturel. Ce plan souhaite adopter une attitude plus humaine vis-à-vis de la naissance face à une « surmédicalisation ».

Enfin, le dernier objectif est de favoriser le fonctionnement des réseaux ainsi que la reconnaissance des professionnels de santé.

Ces objectifs peuvent se résumer en 4 mots qui constituent le titre de ce plan : « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité ». (5)

Les principaux changements suite à l'élaboration de ce plan sont les suivants :

- La création d'un « entretien prénatal précoce » afin de laisser les parents s'exprimer quant à leurs attentes et souhaits.
- La mise en place d'un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité en permettant à ces familles un accès aux soins plus facile et en sensibilisant les professionnels sa santé à cet enjeu.
- L'élaboration d'un suivi et d'une prise en charge à long terme des nouveau-nés à risque de handicap par l'allongement du congé maternité pour les parents confrontés à ce problème ainsi que l'amélioration des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- Le développement des réseaux périnatals pour favoriser le lien de proximité et la communication entre les professionnels de ville, de PMI et d'hôpital.
- La participation facilitée des sages-femmes libérales au sein du réseau et le développement de l'hospitalisation à domicile
- L'expérimentation des maisons de naissance afin de répondre à la demande de certaines femmes désirant une approche moins médicalisée de la naissance. Ce projet s'inspire de modèles déjà existants dans d'autres pays européens. Ces maisons de naissance, lieux de suivi des femmes à bas risque de l'anté-natal au post-partum, doivent être attenantes à une structure obstétricale.

1.4.3 Les attentes des femmes

En 2002, la loi Kouchner préconise de mettre le patient au centre du système de santé. Les soignants ont un devoir d'information : ils doivent tenir compte des désirs des patients et recueillir leur consentement éclairé.

Cette loi s'applique plus que tout en obstétrique : les femmes doivent pouvoir, dès que cela est possible, participer aux décisions à propos de leur grossesse et leur accouchement et exprimer leurs attentes. C'est dans cette optique que le plan de périnatalité de 2005-2007 a créé l'entretien prénatal précoce : un entretien au cours duquel la femme s'informe et peut exprimer tous ses souhaits et ses éventuelles angoisses. (5)

D'après une enquête menée par le Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE) (29), les femmes enceintes expriment de plus en plus leurs attentes concernant leur futur accouchement. En effet, alors qu'en 2005, seules 36% d'entre elles faisaient part à l'équipe médicale de leurs souhaits, il y en avait 57% en 2011. Cela se traduit également par une augmentation importante des projets de naissance.

Les principales demandes que formulent les futures mamans sont :

- Le désir de mobilité et de choix de position
- Le souhait d'un accompagnement personnalisé et attentif aux besoins de la femme tout au long du travail, en particulier pour celles ne désirant pas d'analgésie péridurale, mais également pour celles qui la désirent.
- La volonté d'être informée sur l'avancée du travail
- Le refus de l'épisiotomie dans la mesure du possible.

La plupart des femmes (63%) sont très satisfaites de la manière dont leurs souhaits ont été respectés. Cela est très important car parmi ces femmes, la quasi-totalité a un très bon vécu de son accouchement. Au contraire, parmi les femmes dont le projet n'a pas été respecté, ou du moins pas totalement, seules 30 à 40% ont un bon vécu à posteriori. Cette étude démontre bien qu'il est indispensable d'établir un dialogue entre les patientes et l'équipe médicale : les femmes se sentent plus à l'aise, expriment leurs attentes et ainsi vivent au mieux cet évènement unique qu'est l'accouchement.

2 . LES PROPOSITIONS POUR CHANGER LA NAISSANCE

2.1 NOTION DE RISQUE

2.1.1 Définition

D'après le Petit Larousse (30), un risque est un « danger éventuel plus ou moins prévisible ».

Définir le niveau de risque d'une grossesse a pour but d'adapter le suivi de cette grossesse et la prise en charge de l'accouchement, comme nous l'avons décrit précédemment dans le décret de périnatalité de 1998.

En obstétrique, il existe trois types de risques (31). Il convient de les définir car pour parler de physiologie, il faut écarter ces risques :

1. Les pathologies de la grossesse médicales, obstétricales ou psychiatriques (Figure 2)

<p>Situations à risque accru détectables dès la première visite</p> <p>ATCD obstétricaux : pré-éclampsie, RCIU, HRP, MFIU, prématurité, FCS à répétition (> 3)</p> <p>Pathologie médicale : HTA, diabète, néphropathie, lupus, dysthyroïdie, épilepsie, VIH, thrombopénie, hémoglobinopathie, phlébite, troubles psychiatriques, etc.</p> <p>Alcoolisme, toxicomanie</p> <p>Prise de médicaments tératogènes</p> <p>ATCD personnels ou familiaux de maladie génétique</p> <p>ATCD de maladie psychiatrique</p> <p>Situations à risque apparaissant au cours de la grossesse</p> <p>Grossesse multiple</p> <p>Pathologies maternelles : pré-éclampsie, diabète, MAP, etc.</p> <p>Infections urinaires ou génitales à répétitions</p> <p>Séroconversion toxoplasmose, rubéole, iso-immunisation Rh</p> <p>Dépistage montrant un risque élevé d'anomalies chromosomiques</p> <p>Pathologies fœtales : anomalies morphologiques, anomalies de quantité de LA, RCIU</p> <p>Malformations</p> <p>ATCD : antécédents ; RCIU : retard de croissance intra-utérin ; HRP : hématome rétroplacentaire ; MFIU : mort fœtale in utéro ; FCS : fausse couche spontanée ; HTA : hypertension artérielle ; VIH : virus de l'immunodéficience humaine.</p>
--

Figure 2: Grossesse à risque accru nécessitant une prise en charge spécialisée

2. Les situations à risque élevé de complications périnatales (Figure 3)

Tabagisme
Âge < 17 ans et > 38 ans
Multiparité > 4
Bas niveau socioéconomique
Célibataire isolée, violence conjugale
Intervalle rapproché entre deux grossesses
Mauvaises conditions de travail
Malnutrition
Anémie
IMC > 35 ou < 18
Grossesse issue d'une fécondation in vitro
IMC : indice de masse corporelle.

Figure 3: Situations à risque de complications périnatales

3. Les complications obstétricales (anoxie périnatale, hémorragie de la délivrance...) (Figure 4)

Placenta bas inséré
Utérus cicatriciel
Macrosomie
Terme vérifié > 42 semaines d'aménorrhée
Présentation transverse ou en siège en fin de grossesse

Figure 4: Facteurs de risque obstétricaux influençant l'accouchement

2.1.2 Les grossesses à bas risque

Les grossesses à bas risque sont des grossesses sans facteur de risque particulier à un instant T. Ainsi, elles sont volontiers définies par la phrase suivante : "ce qui n'est pas..."

Cependant, nous devons faire attention à ces patientes car l'absence de risque n'est pas synonyme de l'absence de besoins : les patientes en question ont la plupart du temps des attentes et des désirs qu'il faut respecter au maximum.

2.2 ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE : DEFINITIONS

Pour parler d'accouchement physiologique, il convient d'en apporter une définition. En s'appuyant sur un travail réalisé par des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens canadiens, le CIANE a repris quelques définitions essentielles.

2.2.1 La physiologie

La sage-femme est souvent désignée comme « la spécialiste de la physiologie » (32). Mais qu'est-ce que cela signifie ? Qu'est-ce que la physiologie ? Quelle est sa limite ?

Il s'agit de « l'étude ou la science des organismes vivants, de leurs composants, de leur rapport avec leur environnement ». Bien que la grossesse ne soit pas une maladie, elle engendre des changements notables sur le corps d'une femme, des tensions et des adaptations dont les signes cliniques peuvent faire penser à une maladie. La frontière entre physiologie et pathologie est alors difficile à établir : ces deux entités ne sont pas radicalement opposées.

La grossesse et l'accouchement ne répondent pas à des normes précises, ce ne sont pas des événements parfaits, standards, et tracés d'avance : ils sont évolutifs. La physiologie est donc un phénomène complexe puisqu'il faut prendre en compte le fait que la vie est en perpétuel mouvement.

Ainsi « la sage-femme est bien la gardienne de la physiologie si physiologie veut dire vie en mouvement et non pas normes, moyennes ou équilibre de constantes biologiques »

2.2.2 L'accouchement physiologique

Le CIANE définit un **accouchement naturel** ou **accouchement physiologique** : « un accouchement est considéré comme « naturel » lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou même d'aucune intervention humaine et que, lorsque de telles interventions s'avèrent nécessaires, elles sont faites en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement » (24).

Notamment, pour préserver le rythme spontané du travail, les interventions suivantes ne doivent pas être réalisées : analgésie péridurale, administration de syntocinon, rupture de la poche des eaux, épisiotomie, extraction instrumentale.

Cependant, l'accouchement physiologique ne rime pas avec l'absence de surveillance. Il s'agit de laisser faire le processus naturel tout en surveillant son bon déroulement.

Par exemple, l'accouchement physiologique s'accompagne la plupart du temps d'une auscultation intermittente visant à évaluer la fréquence cardiaque fœtale de base, les mouvements actifs fœtaux et les contractions utérines. Cette auscultation intermittente doit être réalisée au moins toutes les 15 minutes en phase de dilatation et toutes les 5 minutes en phase expulsive. Elle consiste à évaluer les paramètres suscités pendant au moins deux contractions utérines successives et pendant au moins 30 secondes suivant ces contractions. (33)

2.2.3 L'accouchement normal

L'**accouchement normal** est « un accouchement qui débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques au début du travail. L'enfant naît spontanément en position du sommet, entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. » L'accouchement normal comprend le « peau à peau et l'allaitement au cours de la première heure suivant l'accouchement. » (24)

L'accouchement normal peut ainsi englober certaines interventions médicales légères comme par exemple la rupture artificielle des membranes au cours du travail.

D'après certains auteurs (31), "l'accouchement ne peut être définitivement considéré comme normal que 2 heures après la naissance."

2.2.4 L'accouchement spontané

L'**accouchement spontané** est « un accouchement par voie vaginale qui n'est pas assisté par forceps, par ventouse obstétricale ou par césarienne, et dans le cadre duquel la présentation n'est pas anormale. »

Parler d'accouchement spontané peut donc englober le déclenchement, la direction du travail, l'analgésie péridurale, ... Il peut également y avoir certaines complications ou pathologies (hémorragie de la délivrance, pré-éclampsie...) Ce terme décrit seulement la manière d'accoucher. (24)

2.2.5 L'eutocie

Enfin, l'**eutocie** est un terme qui englobe à la fois l'accouchement naturel et l'accouchement normal.

2.3 LES MOTIVATIONS DES PATIENTES

Les patientes souhaitant accoucher dans un espace physiologique, ont plusieurs attentes et motivations. (2)

Tout d'abord, ces femmes **ne souhaitent pas avoir recours à la médicalisation** dans la mesure du possible, ou du moins une médicalisation raisonnée. Dans cette logique, elles souhaitent par exemple éviter :

- Les interventions obstétricales comme la rupture artificielle de la poche des eaux,
- Les médications comme l'analgésie péridurale ou l'utilisation du syntocinon
- Les surveillances trop rapprochées voire en continu (tensiomètre, monitoring...)
- La réalisation d'une épisiotomie.

Le respect de la physiologie est important pour elles. Elles veulent respecter le rythme de leur corps et pensent que leur corps en est capable puisque les femmes le font depuis toujours.

On entend souvent dire « Mais pourquoi laisser une femme souffrir de nos jours alors que nous avons des moyens pour la soulager ? » ou alors « Il faut vivre avec son temps, la péridurale existe alors pourquoi s'en priver ? ».

Ces remarques peuvent faire l'objet de critiques puisque la douleur de l'accouchement semble être utile. Une sage-femme (Sidonie Le Poul-Petit) a émis des hypothèses intéressantes à ce sujet (20). La douleur semble être une sorte d'« alerte », un signal qui fait comprendre à la femme qu'elle va devoir se préparer à mettre au monde un enfant. Elle pourrait permettre à la femme de devenir mère au niveau psychique.

De plus, cette douleur est changeante en fonction des positions : cela permettrait de guider la femme dans son travail afin qu'elle adopte des positions adéquates au cheminement de son bébé dans le bassin.

Une autre hypothèse concerne la synthèse d'endorphines en réponse à la douleur, substances qui auraient un rôle important pour permettre à la future maman de lâcher prise et de se déconnecter du monde pendant son accouchement.

Ensuite, les femmes souhaitent avoir une **relation privilégiée avec la sage-femme**. Il est important d'avoir confiance dans le professionnel qui accompagne la naissance de son enfant et de se sentir en sécurité tout au long du travail grâce à un suivi personnalisé et attentif. Ce sentiment de sécurité passe également par l'environnement qui doit être intime, familial et qui doit créer une ambiance « cocooning » autour de la parturiente.

La patiente doit se sentir **actrice** de son accouchement et non spectatrice. Elle souhaite être **autonome**, participer activement, vivre les choses de manière intense.. Cela passe par le choix de positions, la mobilité, mais aussi la communication avec la sage-femme qui lui **laisse le choix** et l'aide à garder son autonomie. Cet accompagnement personnalisé favorise la réussite du projet d'accouchement naturel.

Certaines femmes considèrent l'accouchement comme un **processus physiologique** depuis la nuit des temps. Leur grand-mère et leur mère ont accouché sans médicalisation : pourquoi pas elle ? De plus, certaines d'entre elles considèrent l'accouchement non-médicalisé comme un « **défi sportif** ». Elles désirent se surpasser en mettant en exergue leur capacité à maîtriser leur douleur et leur endurance dans cette épreuve. C'est une manière pour elles de tester physiquement et psychiquement leurs limites. (34)

Enfin, une autre motivation concerne le **nouveau-né** : les patientes souhaitent éviter les gestes systématiques à la naissance comme par exemple couper le cordon trop précocement ou l'aspiration naso-pharyngienne. Elles souhaitent garder leur bébé en peau à peau, l'accueillir dans une ambiance sereine, calme et faire connaissance avec lui de manière paisible.

2.4 LES TECHNIQUES D'ANALGESIE NON MEDICAMENTEUSES ET LES INTERVENTIONS AMELIORANT LE CONFORT DES PATIENTES

2.4.1 L'immersion dans l'eau

L'utilisation de la baignoire au cours du travail est très bénéfique car l'eau chaude a des vertus relaxantes : elle augmente la synthèse d'endorphines, relâche les muscles et permet à la patiente d'être libre de ses mouvements. (10) Elle participe donc grandement à diminuer l'anxiété et le stress de la patiente.

De plus, le fait de prendre un bain pendant le travail réduit significativement le recours à une analgésie. D'après une étude rétrospective cas-témoin réalisée sur 5 ans dans une maternité britannique (35), les femmes ayant utilisé la baignoire pendant leur travail avait moins recours à des méthodes d'analgésie obstétricales ($p < 0,0001$) et 38% d'entre elles n'y avait pas du tout recours. Ceci a été confirmé par une revue de la littérature réalisée par la Cochrane (36). Par contre, aucune différence n'a été retrouvée entre le groupe « Utilisation de la baignoire » et le groupe « Non-utilisation de la baignoire » concernant le mode d'accouchement, les déchirures périnéales, les infections materno-fœtales et le score d'Apgar à 5 minutes.

2.4.2 La déambulation

La déambulation pendant le 1^{er} stade du travail semble réduire cette période d'une heure d'après une étude réalisée par la Cochrane. (37) Elle permet également de réduire le recours à des méthodes analgésiantes. Néanmoins, il n'y a pas de différence significative sur la durée du 2^{ème} stade du travail.

La déambulation et la position verticale ne semblent donc pas bénéficier d'un avantage considérable sur la durée du travail mais peuvent être plus confortables pour certaines patientes : il est donc souhaitable de laisser aux femmes la possibilité de le faire dans la mesure du possible.

2.4.3 Le soutien

D'après une méta-analyse à grande échelle réalisée encore une fois par le Cochrane, l'accompagnement des parturientes de manière continue pendant toute la durée du travail est un aspect non-négligeable puisque les accouchements spontanés sont favorisés dans ce cas-là.

En outre, les femmes semblent plus satisfaites, elles ont moins recours aux médicaments à visée analgésiantes et ont une durée de travail raccourcie. (10)

2.4.4 L'alimentation

Le thème de l'alimentation des femmes en travail est un sujet à controverse. En effet, le risque principal de ce type de pratique est le syndrome de Mendelson¹, qui est un phénomène rarissime.

En pratique courante, manger et boire sont donc proscrits pendant le travail.

Il existe peu d'étude portant sur ce sujet. Néanmoins, en 2009, une étude englobant des patientes à bas risque a démontré qu'en comparaison à un groupe de femmes à jeun, les femmes s'étant alimentées n'avaient pas plus de risques sur le plan obstétrical et néonatal. Même les vomissements n'étaient pas augmentés. (10)

La soif pendant le travail est un phénomène très courant voire systématique. Cela montre qu'il s'agit d'un besoin organique à ne pas négliger. De plus, cela peut engendrer une frustration pour la patiente, source d'angoisse et d'inconfort. Enfin, le jeûne hydrique n'est pas nécessairement une bonne chose puisque l'ingestion de liquide favorise la vidange gastrique et diminue l'acidité de l'estomac. (38)

Ainsi, la société française d'anesthésie (SFAR) a décidé d'autoriser seulement les liquides clairs non particuliers dans son rapport publié en 2006 (38). Cela est très peu appliqué en France de nos jours alors qu'il l'est au Royaume-Uni par exemple où 96,7% des sages-femmes donnent l'autorisation à leur patiente de boire. (38)

¹ Syndrome de Mendelson= Inhalation bronchique du contenu gastrique entraînant une inflammation grave (37)

2.4.5 Les autres techniques

D'autres techniques comme l'hypnose, le yoga, la relaxation, l'acupuncture ou l'acupression ont fait l'objet d'études. Même si ces études n'étaient pas méthodologiquement irréprochables, les conclusions tirées ont été : une réduction de la douleur au cours du travail, une réduction du recours aux extractions instrumentales et une augmentation de la satisfaction des patientes. (10)

2.5 LES UNITES PHYSIOLOGIQUES

2.5.1 Définition

Il s'agit d'« une filière spécifique identifiée et intégrée, située dans un espace dédié et qui offre aux couples concernés qui le souhaitent, dans le respect de l'équité des soins, un suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post partum dans des conditions non technicisées mais sécurisées par des sages-femmes référentes. Son concept répond à la notion d'accompagnement global par un nombre limité de sages-femmes. » (24)

La création de ces filières repose sur une politique de soin et un projet médical qui doit être à l'initiative de l'établissement en question. Cette filière est un supplément qui s'ajoute au parcours de soin classique. C'est donc à chaque service de décider des modalités organisationnelles en ce qui concerne cette filière.

2.5.2 Cadre légal

Une circulaire datant d'avril 2014 a été adressée par Marisol Touraine aux agences régionales de santé et aux directeurs d'hôpitaux : (24)

« IV. Mise en place d'unités physiologiques :

En fonction du projet médical de l'établissement et avec l'avis favorable des équipes concernées, des unités fonctionnelles consacrées au suivi des grossesses à bas risque et des accouchements eutociques peuvent être créées dans les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie, obstétrique.

L'organisation de ces unités physiologiques, rattachées à un pôle, doit respecter, d'une part, le projet de naissance formulé, le cas échéant, par les couples et notamment le libre choix des femmes d'être suivies par une sage-femme ou un médecin et, d'autre part, la possibilité pour les médecins concernés (gynécologues, anesthésistes, pédiatres, ...) d'intervenir à tout moment en cas de besoin.

La responsabilité d'unités physiologiques entre dans le champ des compétences des sages-femmes. Dès lors, si une unité fonctionnelle de physiologie est mise en place, son responsable pourra être une sage-femme, nommée par le directeur de l'établissement sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la commission médicale d'établissement.

Vous veillerez à ce que cette modalité d'organisation de la prise en charge puisse être discutée à l'occasion des prochaines révisions ou mises à jour des projets médicaux des établissements. Vous assurerez une information des chefs d'établissement et présidents de CME ».

2.5.3 Historique

Ces salles nature ont émergé depuis les années 1980 en France mais il y a eu une augmentation importante de celles-ci à partir de 2006 avec un pic d'affluence en 2010.

L'élaboration des filières physiologiques s'est effectuée en plusieurs étapes durant ces dernières années : (40)

- En 2009, le Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) a participé au groupe de travail : Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités : Fondamentaux en association avec la Commission nationale de la naissance (CNN) et le ministère.
- En 2013, le CIANE a élaboré un communiqué de presse prénommé : « Une demande croissante pour des approches moins médicalisées ». Dans ce communiqué, la CIANE décrit notamment l'essor des salles physiologiques en France. Cela sera décrit dans la partie suivante sur l'état des lieux en France.
- En 2014, le Ciane, le CNGOF, le CNSF, et le SFMa ont réalisé une saisine auprès de la Haute autorité de santé (HAS) sur les recommandations de bonnes pratiques de la prise en charge physiologique de l'accouchement à bas risque
- En 2015, un groupe de travail rassemblant le CIANE et le Collège des Sages-femmes a élaboré une définition des pôles physiologiques
- Enfin, en 2015 également, un communiqué de presse a été rédigé par le CIANE : « Physiologie de l'accouchement, le Ciane donne sa position » (41) Le CIANE y décrit une volonté d'uniformiser la notion de physiologie, qui diffère grandement en fonction des établissements. Pour ce collectif, "un accouchement physiologique est un accouchement au cours duquel on préserve le rythme et le déroulement spontanés du travail, de l'expulsion et de la délivrance, notamment en ne recourant pas aux interventions suivantes : analgésie péridurale, administration de syntocinon, rupture de la poche des eaux, épisiotomie, extraction instrumentale. »

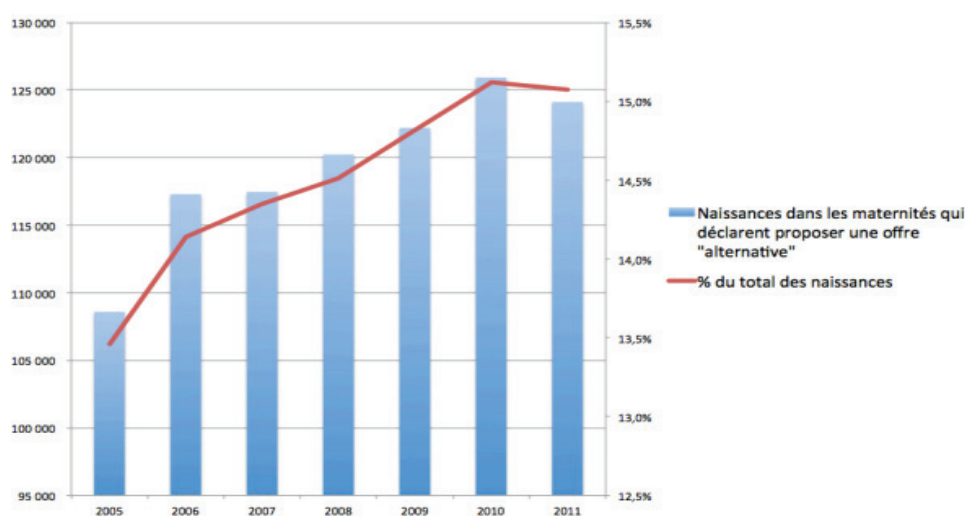
Un prochain texte est attendu de la part du CIANE, il s'intitulera : « Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge physiologique de l'accouchement à bas risque ».

2.5.4 Etat des lieux en France et cartographie

D'après le CIANE, (42) en 2013, 72 maternités dans 41 départements possédaient un espace physiologique (Figure 7), ce qui constitue environ un établissement sur sept.

On peut constater que parallèlement à l'augmentation des salles nature en France, il y a eu un accroissement des naissances dans les maternités proposant cette alternative, au détriment des maternités ne disposant pas de cet atout. Cela se voit sur les graphiques ci-dessous (Figures 5 et 6), qui sont le résultat d'une étude du CIANE réalisée entre 2006 et 2011.

Ce constat révèle bien que l'approche physiologique et moins médicalisée de l'accouchement est en croissante évolution en France, cela est dû à une demande des couples de plus en plus importante.



Données issues de la *Statistique Annuelle des Etablissements de Santé*

Figure 5: Nombre de naissances dans les maternités proposant une salle nature entre 2005 et 2011

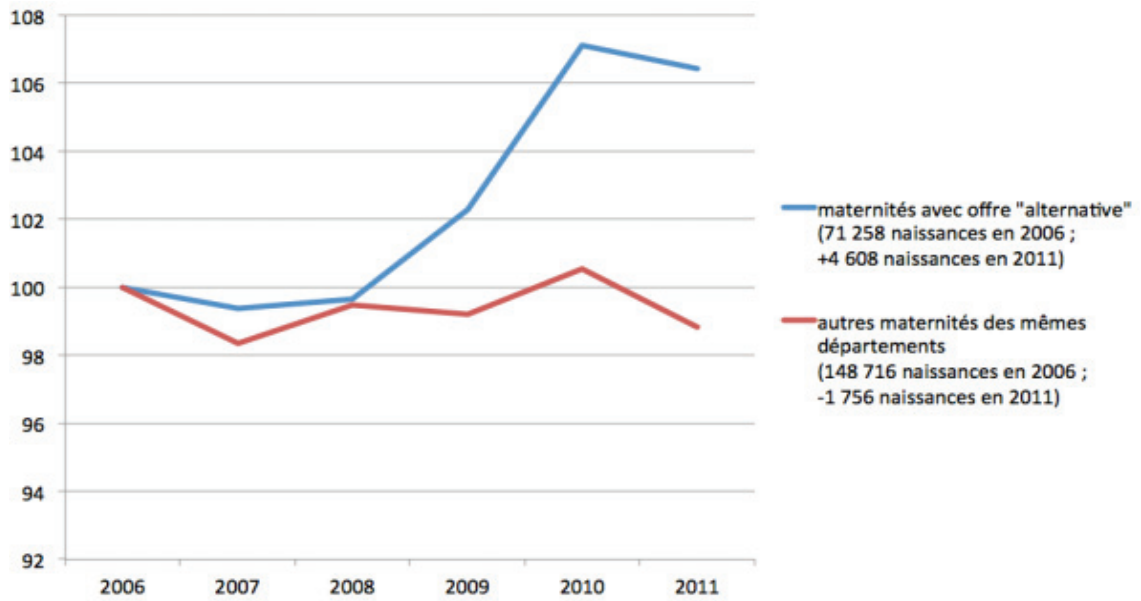


Figure 6: Evolution comparée des maternités avec et sans salle nature entre 2006 et 2011

Le CIANE propose une carte référençant les salles physiologiques en France en 2013 (43) (44). Celle-ci est représentée sur la figure 7. La liste des salles nature françaises est en annexe. (Annexe I)



Figure 7: Répartition des salles physiologiques en France

2.6 LES MAISONS DE NAISSANCE

2.6.1 Définition

Une maison de naissance est « un lieu d'accueil, de suivi de grossesse et d'accouchement géré par des sages-femmes, destiné aux femmes enceintes et à leur famille, dès lors que la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. C'est un lieu où l'on offre aux futurs parents une alternative à l'accouchement technicisé dans un hôpital en reconnaissant que la naissance est un moment privilégié dans la vie de famille et en permettant aux parents d'être acteurs de la naissance. » (45)

Ces maisons de naissance assurent donc l'accouchement des patientes à bas risque obstétrical mais n'assurent pas l'hébergement des femmes en anté ou en post-partum. Elles réalisent néanmoins le suivi global c'est-à-dire qu'il existe un suivi des patientes de la grossesse (consultations, cours de préparation à la naissance) jusqu'à la période post-natale (suivi du nouveau-né et de sa mère à domicile, suivi de l'allaitement maternel, visite post-partum, rééducation périnéale) par une même sage-femme ou un groupe restreint de sages-femmes.

Pour fonctionner, une maison de naissance doit au moins regrouper 2 sages-femmes expérimentées. Les maisons de naissance ne sont pas ouvertes en permanence mais « à la demande », c'est-à-dire lorsqu'une femme vient accoucher.

2.6.2 Historique

En France, Bernard Kouchner est le premier à parler des maisons de naissance en 1998.

Mais ce n'est qu'en décembre 2013 qu'une loi est adoptée sur ce sujet et deux ans plus tard qu'un décret précise les conditions d'expérimentation des maisons de naissance. Ce décret de juillet 2015 laissait 1 mois et demi de délai aux candidats souhaitant ouvrir une maison de naissance, pour établir un dossier et le remettre à une agence régionale de santé. (46) Onze projets ont été déposés auprès de la DGOS.

Suite à cela, un arrêté a été publié le 23 novembre 2015, autorisant neuf structures sur les onze à participer au projet d'expérimentation des maisons de naissance. (47)

Entre temps, en 2014, la HAS publie un cahier des charges sur les maisons de naissance.

En 2016, cinq maisons de naissances sur les neuf retenues ont vu le jour. (48) Deux autres ont ouvert leurs portes en janvier et mars 2017.

2.6.3 Cadre légal

Le 6 décembre 2013, un décret de loi est publié dans le journal officiel autorisant l'expérimentation des maisons de naissance pour une durée de 2 ans.

Ce décret précise que les maisons de naissance doivent obligatoirement être accolées à une maternité avec un accès direct et rapide d'une structure à l'autre grâce à une convention entre les deux structures. (49)

Voici l'article en question : (49)

« LOI n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance

Article 1^{er}

À titre expérimental, et pour une durée de deux ans après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement peut autoriser la création de structures dénommées « maisons de naissance », où des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, [...]. Ces autorisations portent sur une durée maximale de cinq ans.

La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure. »

Les maisons de naissance sont également encadrées par un cahier des charges complet créé à l'initiative de la HAS en septembre 2014. (51) Ce document regroupe les critères d'éligibilité des femmes suivies en maisons de naissance, ainsi que les modalités d'organisation, les modalités de fonctionnement, de prise en charge des patientes et d'expérimentation des maisons de naissance et enfin les critères d'évaluation.

Suite à cela, un décret a été publié le 30 juillet 2015. (52) Il décrit les conditions d'expérimentation des maisons de naissance. Ces maisons de naissance seront testées pendant cinq ans et feront l'objet d'un contrôle après deux années de fonctionnement, soit en 2017. Ensuite, un rapport détaillé sera rédigé au bout de quatre ans (2019) et sera remis par le gouvernement au parlement qui se prononcera sur la possibilité ou non de développer ces maisons de naissance sur l'ensemble du territoire.

Par exemple, c'est dans ce décret, qu'il est mentionné la nécessité de rédiger une convention entre la maison de naissance et un établissement de santé proche de celle-ci. Cette convention établit entre autres, les modalités de transferts des patientes entre les deux structures, les modalités de partage de l'information médicale, l'aspect financier...

Les maisons de naissance font donc partie intégrante du réseau de périnatalité.

Ce décret insiste également sur le fait que les patientes souhaitant accoucher en maison de naissance doivent obligatoirement être informées de manière claire et complète des modalités de prise en charge dans une telle structure : information sur le caractère expérimental de ce projet, prise en charge de la douleur, consultation pré-anesthésique obligatoire, ... Un consentement doit être lu et signé par la patiente.

Pour finir, ce décret stipule d'autres conditions comme l'effectif de sages-femmes, la formation continue obligatoire, la démarche qualité, la traçabilité, la rémunération...

2.6.4 Cartographie

Les neuf maisons de naissances expérimentales sont réparties sur tout le territoire français (Tableau II, Figures 8, 9 et 10)

<p><u>Maisons de naissances en activité depuis 2016</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> – CALM- Maison de naissance à Paris – Joie de naître à Saint-Paul (La Réunion) – Premières heures au monde à Bourgoin-Jallieu (Isère) – Maison de naissance Alsace à Sélestat (Bas-Rhin) – Un Nid pour Naître à Nancy (Meurthe et Moselle)
<p><u>Maisons de naissance ouvertes début 2017</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Maison de naissance Doumaia à Castres – Le temps de naître à Baie-Mahault (Guadeloupe)
<p><u>Autres projets retenus</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> – Premier Cri à Vitry-sur Seine – La Maison à Grenoble

Tableau II : Les maisons de naissance françaises



Figure 8: Répartition des maisons de naissance en France métropolitaine



Figure 9: Maison de naissance à Baie-Mahault en Guadeloupe

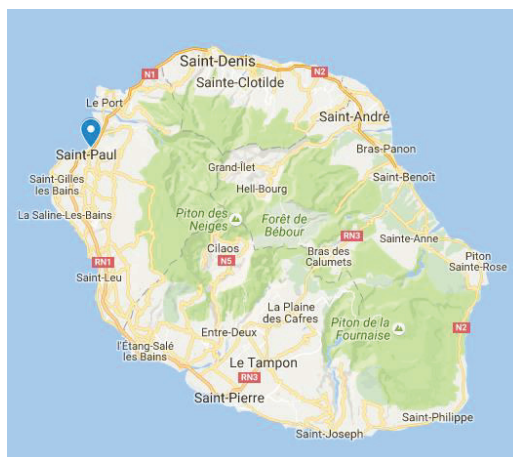


Figure 10: Maison de naissance à Saint-Paul à La Réunion

2.6.5 Quelques chiffres

D'après une étude réalisée à Strasbourg, (53) comparant les accouchements en maisons de naissance par rapport aux salles de naissance traditionnelles, on se rend compte que 88% des accouchements se font de manière spontanée en maison de naissance, contre 82% en salle de naissance.

Il y a également moins d'épisiotomies (7% versus 11%) et moins de déchirures périnéales (60% versus 62%) En revanche, il n'y a pas de différence significative en ce qui concerne l'hémorragie du post-partum, le score d'Apgar ou l'issue néonatale.

Cette étude réalisée sur des patientes à bas risque montre donc qu'en maison de naissance, il y a davantage d'accouchements spontanés sans épisiotomie, alors que le devenir néonatal est le même qu'en salle de naissance classique.

On relève néanmoins un taux de transfert des maisons de naissance vers la salle de naissance de 31%.

2.7 ACCOUCHEMENT A DOMICILE

L'accouchement à domicile reste une alternative très peu utilisée en France puisqu'il ne concerne que 1 à 2% des naissances (14). Il est possible pour les femmes volontaires ne présentant pas de risques. Les sages-femmes libérales ont la possibilité d'exercer ce genre de pratiques si elles font partie d'un réseau périnatal. D'après une étude menée par le conseil national de l'ordre des sages-femmes en 2008, seules 4,4% des sages-femmes libérales exerceraient ce genre de pratiques. (2)

Malgré le fait que l'accouchement à domicile constitue un symbole de liberté pour les femmes, il est encore très controversé en France.

D'après une revue de la littérature internationale comparant l'accouchement hospitalier et l'accouchement à domicile (54), il ressort que l'accouchement à domicile engendre moins de déchirures périnéales, moins d'hémorragies de la délivrance, moins d'infections...

Il n'y a aucune différence significative en ce qui concerne la morbi-mortalité.

Il semble donc que ce mode d'accouchement soit une solution à étudier, d'autant qu'elle se passe dans un environnement familial, rassurant et participant au bien-être du couple.

Pour l'instant, ce modèle n'est peut-être pas applicable en France car il n'est pas aussi bien organisé qu'aux Pays-Bas par exemple. Il serait bien de s'y intéresser et d'étudier l'accouchement à domicile en France pour pouvoir organiser un parcours de soins coordonné.

2.8 LA PHYSIOLOGIE EN EUROPE

Le Collège nationale des gynécologues et obstétriciens français a élaboré un travail sur les maisons de naissance en Europe, en collaboration avec le Collège national des sages-femmes et l'Agence européenne de médecine (EMA). (55) Pour cela, des questionnaires ont été envoyés à tous les pays européens afin d'évaluer le mode des accouchements physiologiques par les sages-femmes, en particulier en maisons de naissance.

Parmi les pays qui ont répondu, on se rend compte qu'il existe des maisons de naissance dans environ la moitié d'entre eux.

Par exemple, il n'existe pas de maisons de naissance au Portugal, en Slovénie, en Slovaquie, au Luxembourg, en Irlande, à Malte et à Chypre.

Les pays possédant des maisons de naissance ont des systèmes de fonctionnements différents, adaptés à la culture locale.

En **Espagne**, il existe 2 maisons de naissance privées, situées à 30kms de l'hôpital. Elles rassemblent des sages-femmes et parfois des médecins.

En **Belgique**, les sept maisons de naissance existantes sont financées par le ministère de la santé. Ces structures existent depuis une dizaine d'années et sont situées à moins de 20 minutes d'un hôpital. Elles sont gérées uniquement par des sages-femmes qui sont au nombre de 2 ou 3 par établissement.

En **Autriche**, il existe quatre maisons de naissance dont deux ont plus de 20 ans et deux sont récentes. Ici encore, seulement les sages-femmes y exercent.

Aux **Pays-Bas**, l'accouchement se fait majoritairement à domicile avec une sage-femme, qui a préalablement réalisé le suivi de grossesse. Parfois, les femmes accouchent à l'hôpital où les seuls accoucheurs sont des médecins. Quelques maisons de naissance ont récemment ouvert leurs portes.

En **Grande-Bretagne**, il existe un questionnaire disponible en ligne² pour savoir où la femme peut accoucher. Les questions sont diverses et variées : elles concernent par exemple le profil de la patiente, ses souhaits, son environnement, sa langue parlée et le soutien qu'elle pourra avoir. Plusieurs sortes de maisons de naissance existent : les « Midwifery-led-units » qui sont des maisons de naissances à l'hôpital gérées uniquement par des sages-femmes et les « Community-units » qui existent depuis plus de 10 ans. Ces dernières se rapprochent davantage de la vision française des maisons de naissance : ce sont des structures proches de l'hôpital gérées par des sages-femmes qui accueillent les patientes à bas risque.

²www.birthchoiceuk.com

Au **Danemark**, une seule maison de naissance est présente, à 1km d'un hôpital, et elle réalise entre 15 et 30 naissances par an. Trois sages-femmes y exercent et assurent la continuité complète des soins. Huit maisons de naissance ont été fermées pour des raisons économiques.

En **Suisse**, 21 maisons de naissance sont gérées par des sages-femmes depuis 1990. Ces structures se situent entre 1 et 10 kms de l'hôpital. Ce mode d'accouchement est encouragé car il est moins onéreux que l'accouchement hospitalier.

En **Allemagne**, le système de maisons de naissance est très développé puisqu'il en existe entre 120 et 160 gérées par des sages-femmes. Par exemple, en 2009, 10000 naissances ont eu lieu de manière non médicalisée dont les 2/3 en maisons de naissance et un tiers à domicile.

Ainsi, malgré des systèmes de fonctionnement variés, il semble ressortir quelques points communs : les sages-femmes effectuent un suivi global des patientes et la décision du lieu d'accouchement est prise d'un commun accord entre le couple et la sage-femme.

3 . EXPERIENCE A L'HOPITAL DE GRASSE

3.1 HISTORIQUE

La maternité du Centre hospitalier de Grasse (CHG) a été ouvert en 1981 par le Dr Azuar. (56) Depuis le décret de périnatalité de 1998, la maternité de Grasse est une maternité de niveau 2b : la seule des Alpes Maritimes. Elle effectue plus de 1750 accouchements par an.

Le bâtiment mère-enfant a été rénové entièrement en 2012 et 2013 avec notamment la création de 80% de chambres individuelles en obstétrique (32 lits dont 26 chambres individuelles).

La salle physiologique a ouvert ses portes en avril 2013. Elle est située au sein du bloc obstétrical.

3.2 LA MEDICALISATION A GRASSE

A la maternité de Grasse, le respect de la physiologie est ancré dans la pratique des sages-femmes. Celles-ci sont d'ailleurs formées à cela par diverses formations qui seront détaillées dans le chapitre dédié au personnel.

Nous allons comparer certains critères de médicalisation à Grasse, dans le réseau Méditerranée et en France afin de voir si cette politique de naissance moins médicalisée à Grasse se répercute sur les indicateurs d'activités. (1)

Ces éléments sont consignés dans le tableau ci-dessous et reflètent l'année 2015.

	CH Grasse	Réseau Méditerranée	France
Taux de césariennes	12,8%	21,7%	20,1%
Taux de péridurales	76,6%	77,6%	78,4%
Taux d'extractions instrumentales	16,1%	12,8%	14%
Taux d'épisiotomies	13,6%	18,6%	18,7%

Tableau III : Comparaison des indicateurs d'activité à Grasse, dans le Réseau Méditerranée et en France en 2015.

On constate qu'à Grasse, il y a moins de césariennes, de péridurales et d'épisiotomies que la moyenne nationale, mais plus d'extractions instrumentales.

3.3 ARCHITECTURE

La salle nature de la maternité de Grasse possède un équipement complet et diversifié. En effet, il est possible d'utiliser :

- Une baignoire de relaxation avec des lumières de différentes couleurs,
- Une liane afin de s'étirer le dos, qui peut se déplacer sur une poutre coulissante allant du tabouret au lit.
- Un grand lit d'accouchement permettant d'adopter différentes positions,
- Un tabouret qui peut être utilisé en association avec la liane
- Plusieurs ballons qui permettent de réaliser des exercices pendant le travail,
- Des lumières de couleurs tamisées pour créer une ambiance rassurante et paisible
- Un poste de musique offrant la possibilité au couple d'écouter des mélodies familières et apaisantes.
- Un espace pour le nouveau-né afin de réaliser les premiers soins, la pesée et l'habillage en présence des deux parents.
- Une douche et un cabinet de toilette attenant.



Image 1: Salle nature (Lit, Baignoire, Tabouret, Liane)



Image 2: Salle nature (Lit, Ballon, Musique, Tabouret, Liane)



Image 3: Utilisation du tabouret et du ballon par un couple



Image 4: Utilisation du tabouret et de la liane par une femme en travail

En revanche, on peut noter qu'il n'y a pas de monitoring visible : celui-ci est sans fil pour le confort de la patiente et est sorti seulement en cas d'utilisation pour laisser la salle nature dans une ambiance non médicalisée. Dans la même optique, il n'y a pas de scope, de tensiomètre, de matériel médical visible.

Tous ces éléments architecturaux contribuent à créer un environnement « cocooning », nécessaire pour diminuer l'anxiété maternelle et permettre un travail et un accouchement les plus sereins possible.

De plus, on peut noter que cette salle possède un espace remarquable pour permettre à la patiente d'être mobile.

3.4 ORGANISATION DU PERSONNEL

La figure ci-dessous décrit l'organisation du personnel :

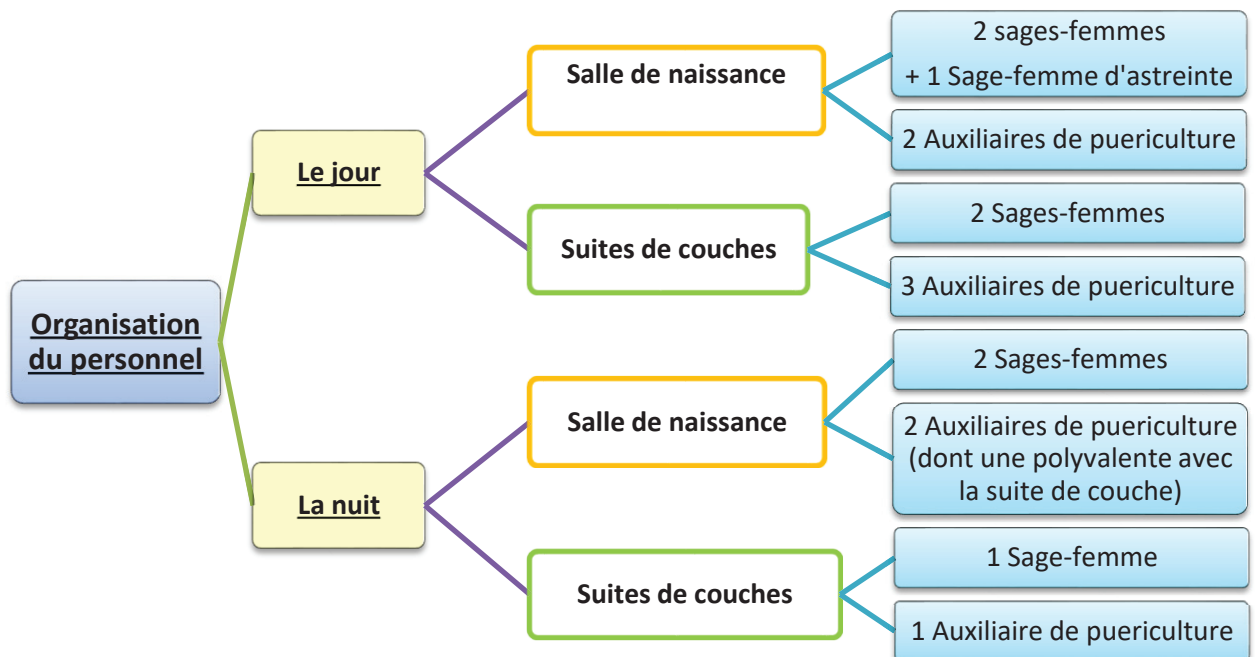


Figure 11: Organisation du personnel à la maternité de Grasse

Les sages-femmes de Grasse ont une moyenne d'âge de 37,8 ans.

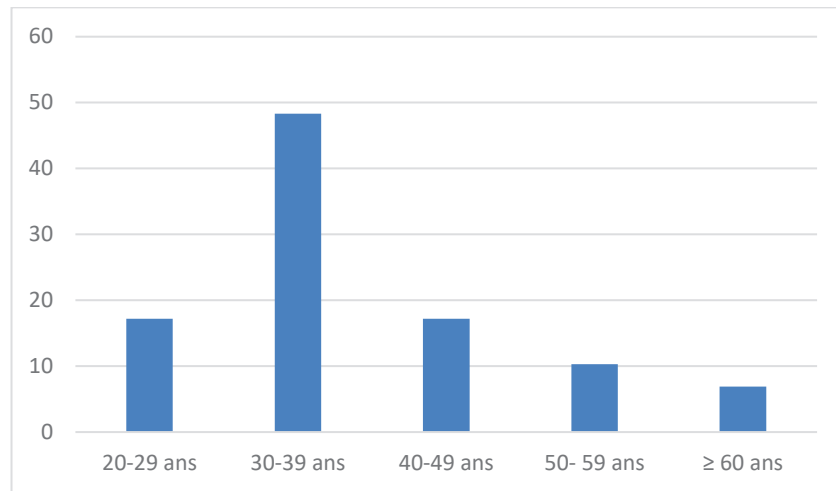


Figure 12: Age des sages-femmes du CHG (%)

Elles travaillent en tant que sage-femme en moyenne depuis 14 ans et à la maternité de Grasse en moyenne depuis 11,7 ans.

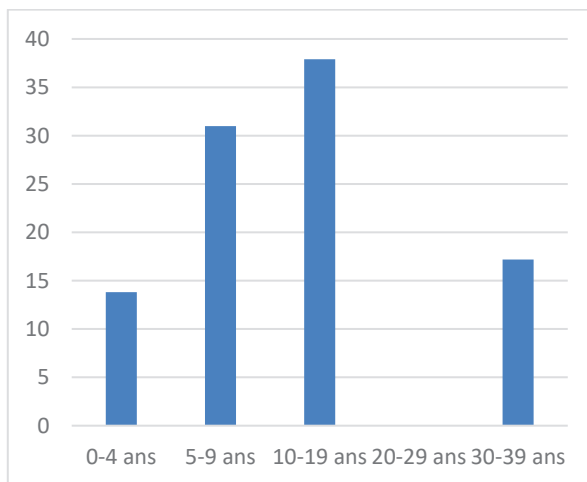


Figure 13: Durée depuis l'obtention du diplôme des sages-femmes du CHG (%)

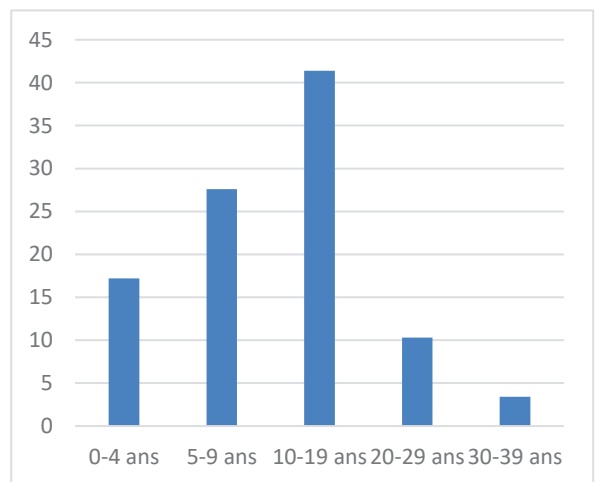


Figure 14: Durée d'exercice à Grasse des sages-femmes du CHG (%)

L'équipe de sages-femmes se forme progressivement par le biais de formations diverses ou de diplômes universitaires dont les sujets sont par exemple l'allaitement, la physiologie, la méthode Bonapace, l'haptonomie, la sophrologie, l'hypnose, la tabacologie, l'acupuncture, la médecine chinoise, la préparation en piscine ...

Les formations sont détaillées sur l'histogramme ci-dessous :

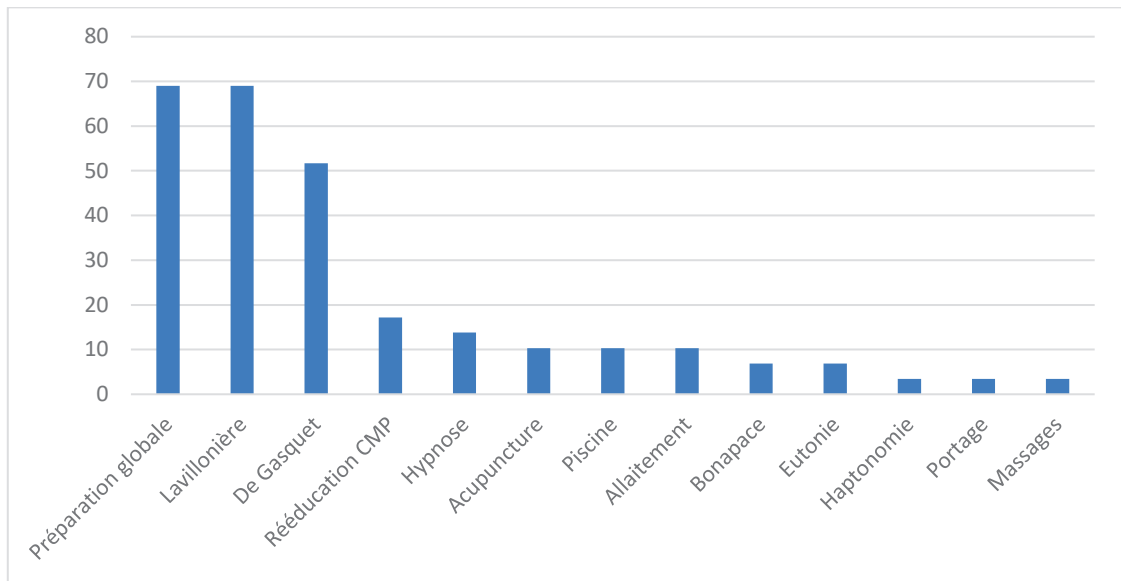


Figure 15: Formations complémentaires des sages-femmes du CHG (%)

Cela est un atout non négligeable qui renforce les compétences des sages-femmes notamment dans les domaines de la physiologie et de l'accompagnement à la gestion de la douleur.

La quasi-totalité des sages-femmes pratique l'accouchement physiologique en salle nature et une dizaine réalise des entretiens physiologiques.

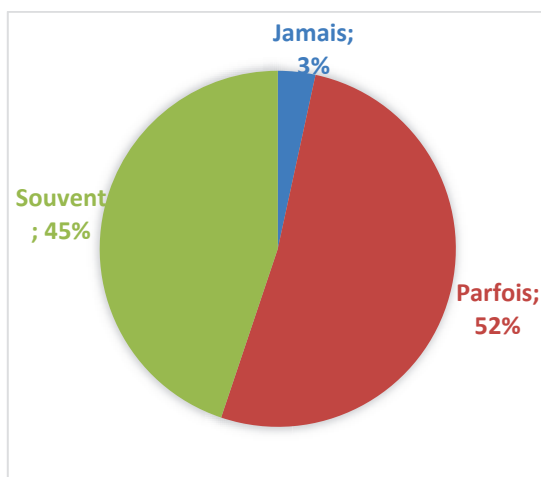


Figure 16: Sages-femmes pratiquant l'accouchement en salle nature (%)

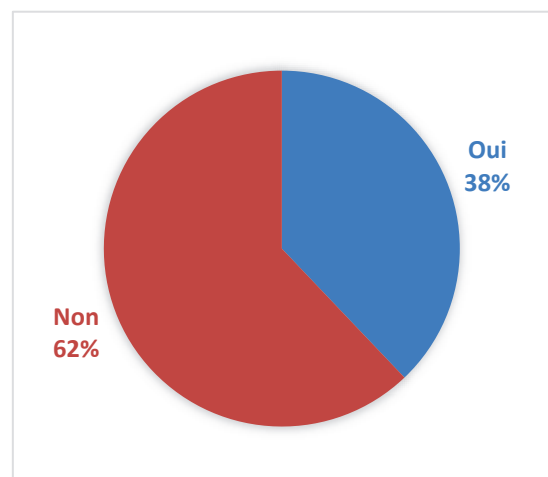


Figure 17: Sages-femmes pratiquant l'entretien physiologique (%)

Lors de la création de la salle nature, les sages-femmes ont dû s'organiser pour répondre au mieux à la demande des patientes. Le maitre-mot de la salle physiologique est l'accompagnement : il est fondamental d'être présent auprès du couple car le soutien est à la base de la réussite de ce projet.

Au départ, le postulat était : « Une femme = Une sage-femme ». Dans cette optique, les sages-femmes essayent de se rendre le plus disponible possible pour suivre les femmes dans cette salle. Il n'est pas rare qu'une sage-femme reste au-delà de sa garde pour finir le suivi de sa patiente en salle nature.

Au départ, en raison de la suractivité à Grasse, un système d'astreinte est né. Il a aussi permis à la physiologie de se mettre en place. Les sages-femmes volontaires sont appelées par les sages-femmes de garde si une patiente souhaitant accoucher en salle nature arrive, alors qu'il y a beaucoup d'activité au bloc obstétrical.

Une sage-femme réalise les entretiens physiologiques une fois par semaine sur rendez-vous. Elle est aidée par un groupe de 10 collègues volontaires pour faire face à toutes les demandes non-programmables dans les créneaux définis.

3.5 ORGANISATION DU PARCOURS PHYSIOLOGIQUE POUR LES PATIENTES

Durant leur grossesse, les patientes peuvent faire le choix d'accoucher en salle nature. Si c'est le cas, en plus de la participation active à une préparation à la naissance classique, elles doivent entamer un parcours spécifique qui se compose de deux rendez-vous anténataux.

Le premier rendez-vous, réalisé au cours du 7^{ème} mois, est un entretien avec une sage-femme qui a pour mission d'expliquer au couple les conditions d'admissibilité en salle nature et d'évaluer le caractère à bas risque de la grossesse en cours. Effectivement, la patiente ne doit avoir aucun facteur de risque pour pouvoir disposer de cet équipement.

Par ailleurs, la sage-femme discute avec le couple de ses motivations et souhaits, ainsi que des modalités de prise en charge dans cette salle. Elle les invite à rédiger un projet de naissance pour l'entretien suivant afin d'exprimer leurs attentes.

Par exemple, la patiente doit savoir que dès son arrivée en salle de naissance, un cathéter obturé lui sera posé en prévention. Elle doit aussi savoir qu'un monitoring et une surveillance intermittents sont obligatoires y compris en salle nature. Si la patiente a un prélèvement vaginal positif au streptocoque B, elle aura une antibioprofylaxie. Aucun autre médicament ne sera administré dans cette salle nature.

A l'issue de ce premier entretien, un « contrat moral » (Annexe II) est présenté à la patiente afin qu'elle se l'approprie et qu'elle le signe pour le prochain rendez-vous. Ce contrat est un document qui stipule les modalités de prise en charge en salle nature.

Ensuite, **un deuxième rendez-vous** spécifique est planifié avec la même sage-femme, généralement au cours du 8^{ème} mois. C'est à ce moment-là que le projet de naissance est exposé à la sage-femme et rediscuté si besoin. Parfois, les patientes ont des attentes irréalisables. Dans ce cas-là, la sage-femme doit les en informer et leur expliquer les raisons à cela. Le but est que les futures mamans comprennent la prise en charge, sans être frustrées.

Le contrat moral est signé par la patiente et la sage-femme.

La sage-femme vérifie que les conditions d'admissibilité en salle nature sont toujours remplies et donne son accord ou non pour un accouchement dans cette salle. Pour cela, elle se base en particulier sur la dernière échographie réalisée : par exemple, si l'enfant est macrosome, l'accès en salle nature est refusé mais un accouchement physiologique en salle classique peut avoir lieu. En cas de doute, l'avis d'un gynécologue-obstétricien peut être sollicité.

Enfin, ce deuxième rendez-vous se termine par une séance de préparation individualisée en salle nature. L'utilisation du matériel est revue (liane, ballon, ...), on fait le point sur les acquis de la préparation à l'accouchement et les positions d'accouchement sont réessayées. Cette séance pratique permet au couple de s'approprier cette salle afin d'être plus à l'aise le jour J.

3.6 CRITERES D'ELIGIBILITE

A ce jour, il n'existe pas de protocole précis encadrant la salle nature. L'accord d'accoucher dans ce lieu est toujours discuté entre les professionnels de santé.

Il existe certains critères d'éligibilité :

- La naissance à terme, entre 37 SA et 41 SA.
- La mise en travail spontanée
- La présentation céphalique
- La grossesse singleton
- La rupture de la poche des eaux datant de moins de 12 heures.
- La normalité de l'examen (clinique et paraclinique) lors de l'admission en salle de naissance
- Le fœtus eutrophe
- L'absence de pathologie durant la grossesse
- L'absence d'antécédents notables (pathologie maternelle, utérus cicatriciel...)
- Le désir maternel
- La réalisation de la préparation à la naissance
- La réalisation du parcours physiologique spécifique à l'accouchement en salle nature

3.7 ACCUEIL D'UNE PATIENTE EN SALLE NATURE

Lorsqu'une patiente arrive en salle de naissance, elle doit préciser à l'équipe qu'elle a réalisé un parcours physiologique. Dans son dossier est consigné :

- Le contrat : « La salle physiologique : informations et engagement moral » [Annexe II] signé en fin de grossesse,
- L'avis de la SF qui a suivi le parcours
- Et le projet de naissance du couple.

C'est l'équipe présente le jour J qui prend la décision finale concernant l'admissibilité de la patiente en salle nature. Si un paramètre est limitant comme par exemple le terme (avant 36SA+5j ou après 41SA+1j) ou si on appréhende une macrosomie, la sage-femme et le gynécologue-obstétricien de garde peuvent discuter d'une inclusion ou d'une exclusion du parcours. En cas d'exclusion, un accompagnement physiologique fidèle au projet de naissance du couple sera respecté au mieux en salle conventionnelle. Il en est de même en cas de suractivité ou de salle nature déjà occupée.

La patiente en travail aura dans tous les cas un cathéter veineux obturé afin qu'un accès sanguin soit rapidement possible si besoin.

A l'admission de la patiente, un examen d'entrée classique est réalisé, comprenant un enregistrement cardio-tocographique obligatoire d'une durée minimale de 30 voire 45 minutes.

Le projet de naissance est revu et discuté par la patiente et la sage-femme qui se mettent d'accord sur la prise en charge du travail et de l'accouchement. Le but est de répondre au mieux aux attentes du couple, en restant dans un contexte de sécurité.

Nous pouvons noter que la délivrance dirigée n'est plus d'actualité en salle nature à ce jour. En effet, au départ, la réalisation de la délivrance dirigée était précisée dans le contrat. Ce point posait beaucoup d'interrogations :

- Aux patientes : qui n'appréciaient pas ce geste,
- Aux sages-femmes : qui constataient plus d'enchatonnements placentaires.

Depuis le 30 mars 2015, un accord a été donné de la part de l'équipe obstétricale de Grasse afin de réaliser une expérimentation de délivrance naturelle exclusive pour une durée de 6 mois.

Le motif de départ de cet essai était donc l'apparition chez certaines femmes d'un enchatonnement placentaire suite à une délivrance dirigée.

Puis, en raison des résultats favorables, ou du moins non péjoratifs, cela a été poursuivi et la délivrance naturelle en salle physiologique est maintenant la norme, sauf si la patiente présente des facteurs de risque spécifiques. Mais dans ce cas-là, la réalisation d'une délivrance dirigée reste à l'appréciation de la sage-femme.

3.8 QUELQUES CHIFFRES

Les accouchements physiologiques représentaient :

- En 2014 : 4,2% des accouchements de la maternité de Grasse
- Puis en 2015, ce chiffre est resté stable avec 4,1%.
- Enfin, en 2016, ce chiffre s'est élevé à 5,5%.

Nous avons étudié les issues des patientes ayant réalisé le projet physiologique durant leur grossesse en fonction des années. Ces projets physiologiques représentaient :

- En 2014 : 8,5% des patientes de la maternité de Grasse,
- En 2015 : 7,8% de celles-ci,
- Et en 2016, 10,2%.

Les résultats précis sont consignés dans le tableau ci-dessous. Pour plus de clarté, ces chiffres sont retranscrits sur les secteurs des figures 18, 19 et 20.

On se rend compte que d'année en année, la proportion d'accouchements physiologiques par rapport aux projets physiologiques réalisés a nettement augmenté.

n(%)		2014	2015	2016
Nombre total de PROJETS PHYSIOLOGIQUES		146	130	178
Nombre total d'accouchements physiologiques		70 (47,9)	64 (49,2)	97 (54,4)
Nombre total d'accouchements sans APD		94 (64,4)	93 (71,5)	116 (65,1)
Nombre d'accouchements physiologiques en salle nature		43 (29,5)	45 (34,6)	71 (39,9)
Nombre d'accouchements physiologiques en salle classique		27 (18,5)	19 (14,6)	26 (14,6)
Nombre d'exclusions pendant la grossesse	Sans APD	9 (6,2)	18 (13,8)	7 (3,9)
	Avec APD	5 (3,4)	17 (13,1)	29 (16,3)
Nombre d'exclusions pendant le travail	Sans APD	9 (6,2)	5 (3,8)	8 (4,5)
	Avec APD	47 (32,2)	20 (15,4)	33 (18,5)
Accouchements à domicile		6 (4,1)	6 (4,6)	4 (2,2)

Tableau IV : Aboutissements des projets physiologiques en 2014, 2015 et 2016

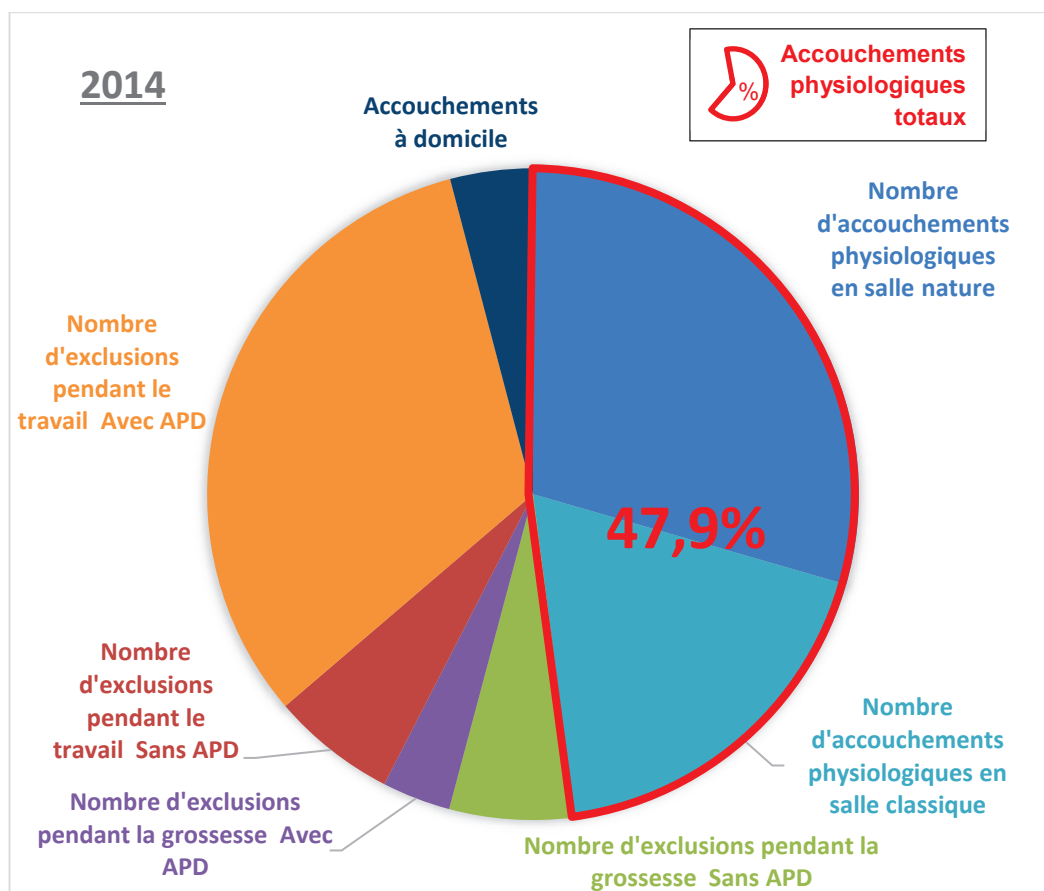


Figure 18: Aboutissements des projets physiologiques en 2014

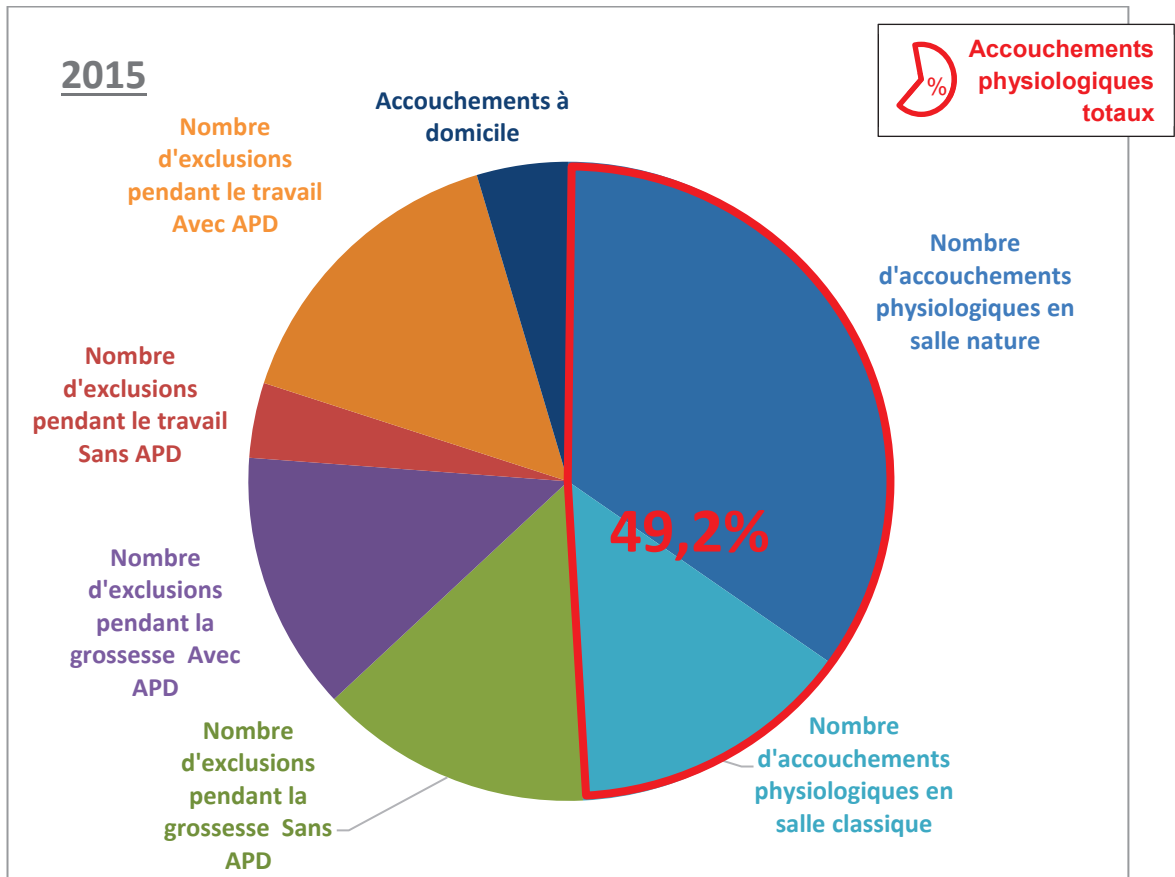


Figure 19: Aboutissements des projets physiologiques en 2015

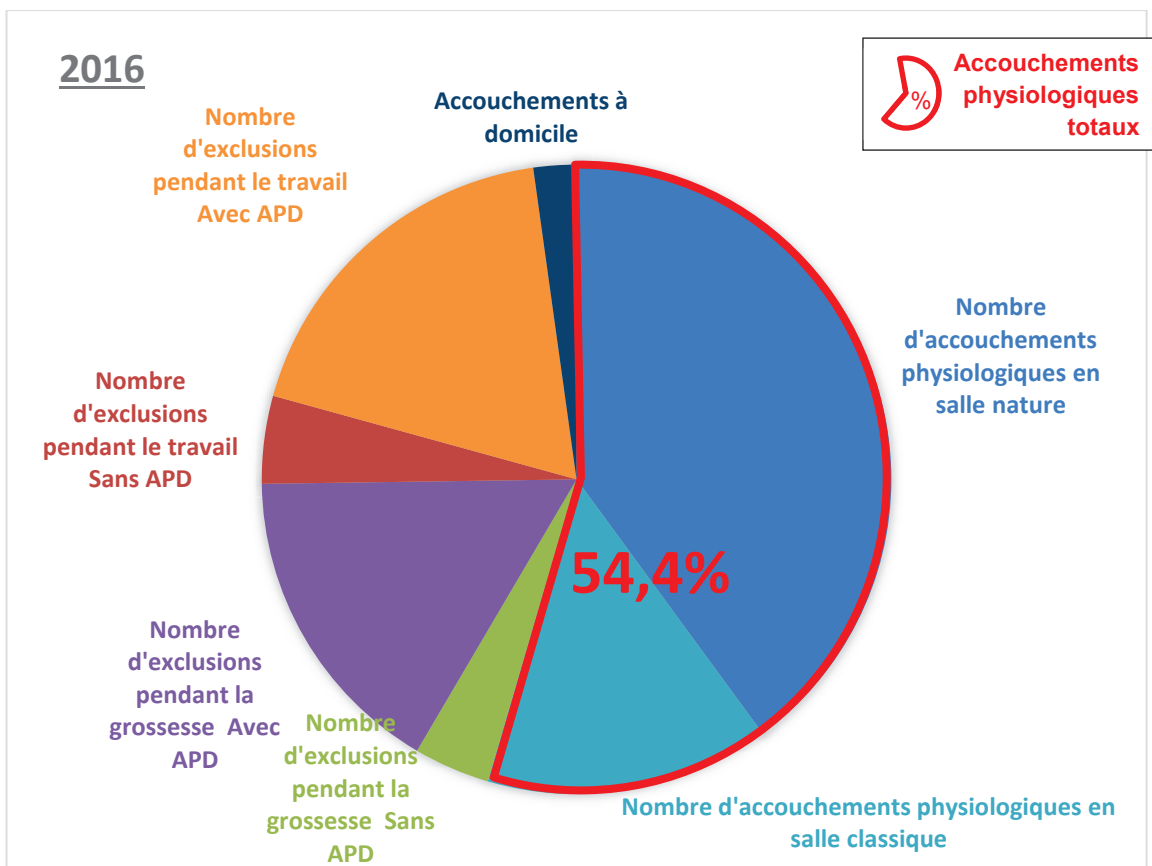


Figure 20: Aboutissements des projets physiologiques en 2016

Nous avons réalisé une étude afin de déterminer les motifs d'exclusion de 199 patientes exclues ayant réalisé un projet physiologique :

n (%)	2014-2015-2016
⇒ Exclusions pendant la grossesse :	
▶ <u>Sans APD</u>	20 (10,0)
<i>Terme dépassé</i>	10 (5,0)
<i>Rupture des membranes > 24h (déclenchement)</i>	4 (2,0)
<i>Anomalies du rythme cardiaque fœtal</i>	3 (1,5)
<i>Dystocie de démarrage</i>	1 (0,5)
<i>Métrorragies de fin de grossesse</i>	1 (0,5)
<i>Déficit en facteur 11</i>	1 (0,5)
▶ <u>Avec APD</u>	81 (40,7)
<i>Terme dépassé</i>	28 (14,1)
<i>Rupture des membranes > 24h (déclenchement)</i>	13 (6,5)
<i>Anomalie du rythme cardiaque fœtal</i>	9 (4,5)
<i>Macrosomie</i>	8(4,0)
<i>Siège</i>	7 (3,5)
<i>Cause inconnue</i>	6 (3,0)
<i>Retard de croissance intra-utérin</i>	3 (1,5)
<i>Prématurité</i>	3 (1,5)
<i>Hypertension artérielle</i>	2 (1,0)
<i>Diabète gestationnel</i>	1 (0,5)
<i>Fatigue maternelle</i>	1 (0,5)
⇒ Exclusions pendant le travail :	
▶ <u>Sans APD</u>	16 (8,0)
<i>Demande d'analgésie médicamenteuse (Nubain, Protoxyde d'azote)</i>	4 (2,0)
<i>Anomalie du rythme cardiaque fœtal</i>	4 (2,0)
<i>Stagnation de la dilatation</i>	3 (1,5)
<i>Cause inconnue</i>	2 (1,0)
<i>Liquide amniotique teinté</i>	1 (0,5)
<i>Efforts expulsifs inefficaces</i>	1 (0,5)
<i>Métrorragies</i>	1 (0,5)
▶ <u>Avec APD</u>	65 (32,7)
<i>Demande d'APD</i>	40 (20,1)
<i>Anomalies du rythme cardiaque fœtal</i>	16 (8,0)
<i>Stagnation de la dilatation</i>	5 (2,5)
<i>Liquide amniotique teinté</i>	3 (1,5)
<i>Protéinurie</i>	1 (0,5)
⇒ Accouchements à domicile	17 (9,5)

Tableau V : Motifs d'exclusions des projets physiologiques, n (%)

Ce tableau nous montre bien plusieurs aspects importants :

- Parmi les exclusions, 26,6% des femmes accouchent sans analgésie péridurale. Sachant que parmi les projets physiologiques, environ 50% des femmes sont exclues et 50% accouchent physiologiquement (salle nature ou salle conventionnelle), cela fait un total de **63,3% d'accouchements sans péridurale**.
- **19,1% des femmes ont été exclues en raison du terme dépassé**, ce qui constitue un pourcentage non-négligeable. Est-il vraiment indiqué d'exclure les parturientes de la salle nature entre 41 SA et 41SA + 6 jours ? Nous discuterons de ce point important dans le chapitre traitant l'analyse des données.
- Seules 20,1% des femmes exclues, soit environ **10% des projets physiologiques, réclament une analgésie péridurale** pendant leur travail.

3.9 MOTIVATIONS DES PATIENTES A ACCOUCHER EN SALLE PHYSIOLOGIQUE A GRASSE

En 2016, un mémoire portant sur les motivations des femmes souhaitant accoucher en salle physiologique au CHG a été réalisé. (57)

Leurs motivations sont multiples mais il semble que la plus importante soit la démedicalisation de l'accouchement.

La seconde motivation importante est le désir d'autonomie : les patientes souhaitent vivre pleinement la naissance de leur enfant en étant actrice et en ressentant physiquement cet évènement.

Enfin, ces patientes ont comme souhait d'établir un lien fort avec leur bébé dès la naissance.

Il semble donc que les attentes des femmes soient davantage ciblées sur l'accouchement physiologique en lui-même que sur le lieu de la salle nature, même si celui-ci y participe.

3.10 SATISFACTION DES PATIENTES

Le mémoire cité dans le paragraphe précédent (57) a également évalué la satisfaction à posteriori des femmes ayant accouché en salle nature.

Il a été démontré que 86% des patientes étaient très satisfaites et 14% satisfaites de cet accouchement physiologique. La totalité des femmes s'est sentie actrice de son accouchement et a bénéficié de l'autonomie dont elle désirait. Les adjectifs utilisés par ces mères pour qualifier l'environnement de la salle nature sont : « accueillant », « intime », « apaisant » et « sécurisant ».

9 femmes sur 10 ont été très satisfaites et 10% satisfaites quant à la prise en charge par l'équipe médicale.

A priori, l'accompagnement de la sage-femme ne faisait pas partie des motivations principales des femmes mais après la naissance, toutes les accouchées ont souligné l'importance du soutien de celle-ci. La sage-femme est capable d'aider la patiente à se recentrer sur ses capacités à faire face à la douleur, ce qui est très bénéfique pour la réussite de l'accouchement physiologique.

Pour conclure, cette étude a démontré que la salle nature est en adéquation avec les attentes des femmes et que leurs désirs sont respectés dans la grande majorité des cas.

3.11 RETOURS D'EXPERIENCE

A l'initiative d'une maman, un livre d'or est à la disposition des parents pour recueillir leurs témoignages : ressenti, anecdotes, photos, ... Voici quelques extraits :

- « Une expérience unique dans ma vie »
- « C'est comme à la maison »
- « Quel mélange d'émotions, de sensations pour finir en apothéose »
- « Ce que je garderai en mémoire, c'est notre liberté »
- « Je n'oublierai jamais cette expérience magique, cette incroyable puissance de la vie qui m'a traversée »
- « Libres et maitres de notre instinct »
- « La salle nature me rassure et m'apaise, la salle nature est un luxe »
- « Nous avons pu mettre au monde notre petite colombe naturellement dans l'intimité que nous souhaitions »
- « Une expérience extraordinaire, presque indescriptible tant elle est riche en émotions extrêmes voire contradictoires »
- « Lorsqu'on est entourés des bonnes personnes, c'est à la portée de tous »
- « Que de bonheur de se sentir libre et respectée »
- « J'ai perdu la notion de temps »
- « Ce projet est un peu fou mais pourtant si beau »
- « Accoucher naturellement comme la plupart des femmes depuis la nuit des temps »
- « Grâce à cet accouchement naturel, j'ai pu devenir une nouvelle femme, une maman »
- « C'est un merveilleux cadeau d'être accompagnés comme cela »
- « La salle nature m'a permis de rester sereine, j'en ressors comblée de joie »
- « Accoucher sans péridurale, ce n'est pas si difficile que ça »
- « C'est un moment privilégié entre la mère et le nouveau-né »
- « Continuez à aimer ce que vous faites »
- « Vivre un moment aussi intense avec autant de sérénité, ça n'a pas de prix »
- « Je suis une maman heureuse et très fière »
- « Quel coaching !! »
- « Votre écoute et votre engagement nous ont rassurés »

4 . ETUDE

4.1 MATERIEL ET METHODE

4.1.1 Objectifs de l'étude

Cette étude portant sur la salle physiologique du Centre hospitalier de Grasse a plusieurs objectifs.

L'objectif principal est de déterminer les modalités de travail et d'accouchement des patientes accouchant en ce lieu. Cela permettra de faire un état des lieux des pratiques à Grasse.

L'objectif secondaire qui en découle est de comparer certains résultats avec des données de la littérature. Cela pourra également peut-être déboucher sur l'élaboration de pistes d'amélioration ou de conseils pour les sages-femmes pratiquant l'accouchement physiologique, dans un but de « démedicalisation ».

4.1.2 Description de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective basée sur l'étude de 233 dossiers.

Pour cela, il a fallu identifier les patientes ayant accouché en salle physiologique afin de faire sortir leur dossier des archives.

Il existe un classeur répertoriant ces patientes : nous nous sommes donc en grande partie servi de celui-ci. De plus, nous nous sommes appuyés sur le cahier d'accouchements dans lequel les naissances physiologiques sont spécifiées.

Une fois ces patientes identifiées, nous avons fait appel aux secrétaires du secteur obstétrique de l'hôpital afin qu'elles sortent des archives une dizaine de dossiers par semaine.

Nous avons réussi à trouver toutes les informations nécessaires à cette étude, à la fois dans le dossier format papier (Audipog) de chaque patiente, et dans son dossier informatisé (logiciel « DxCare »).

4.1.3 Population de l'étude et critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont :

- Les patientes ayant réalisé un parcours physiologique spécifique pendant leur grossesse
- Les patientes ayant accouché de manière physiologique quel que soit le lieu d'accouchement (salle nature ou salle classique).

4.1.4 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- Les patientes ayant eu recours à une analgésie péridurale ou toute forme de médication même si un parcours physiologique avait été préparé au préalable
- Les patientes ayant été exclues du parcours physiologique pour des raisons médicales pendant la grossesse, le travail ou pendant l'accouchement.

4.1.5 Constitution des critères d'étude

L'élaboration des critères d'étude a été le fruit d'un long travail.

En effet, nous avons réalisé de nombreux essais pour être le plus exhaustif possible.

Tout d'abord, nous avons créé une première liste de tous les critères nous paraissant importants à étudier. Nous avons soumis cette liste à plusieurs sages-femmes du CH de Grasse, ainsi qu'à des gynécologues-obstétriciens qui nous ont bien aidés sur certains points.

Certains critères nous semblaient importants mais finalement, nous nous sommes rendu compte qu'ils n'étaient pas pertinents. Par exemple, étudier la présence ou non d'un circulaire du cordon n'a pas d'intérêt car ce critère est indépendant du mode et lieu d'accouchement.

Au contraire, certains éléments nous semblaient intéressants à étudier mais n'ont pas pu être retenus. Ce phénomène est parlant avec l'exemple de l'évaluation de la douleur par une échelle numérique. Ce critère nous aurait permis d'évaluer le ressenti douloureux à chaque étape du travail et son éventuel aspect crescendo. Mais il est très rarement retranscrit dans les dossiers car il est difficile à évaluer par les patientes. Peut-être que demander chaque heure une évaluation numérique de la douleur ne correspond pas à la philosophie de la salle nature. En réalisant un essai sur 5 patientes, nous nous sommes aperçu qu'ils ne figuraient, la plupart du temps, pas dans les dossiers.

En outre, étudier les pH au sang de cordon aurait peut-être été intéressant mais nous avons donc décidé de ne pas en tenir compte car les scores d'Apgar sont la plupart du temps parfaits. Un seul enfant a eu un Apgar bas, nous avons donc récupéré ses pH et gaz du sang.

Au final, les critères retenus et étudiés sont les suivants :

- Profil de la patiente
 - Date de naissance
 - Age
 - Gestité
 - Parité
 - Situation familiale (En couple ou seule)
 - Catégorie socio-professionnelle
 - Lieu d'habitation
 - Antécédent d'accouchement en salle physiologique
 - Antécédent d'accouchement sans péridurale
- Travail et Accouchement
 - Date
 - Age gestationnel
 - Dilatation cervicale à l'arrivée
 - Type de rupture de la poche des eaux (spontanée ou artificielle)
 - Moment de la rupture de la poche des eaux
 - Couleur du liquide amniotique
 - Nombre de touchers vaginaux pendant le travail
 - Nombre d'enregistrements cardio-tocographique pendant le travail
 - Durée totale d'enregistrement cardio-tocographique
 - Durée du travail
 - Premier stade du travail, phase latente
 - Premier stade du travail, phase active
 - Deuxième stade du travail, phase passive
 - Deuxième stade du travail, phase active (les efforts expulsifs)
 - Durée totale du travail
 - Durée d'ouverture de l'œuf
 - Méthodes d'analgésie non médicamenteuse utilisées : Postures, Déambulation, Baignoire, Ballon, Liane, Hypnose, Sophrologie, Yoga, Musiques et chants, Massages
 - Position d'accouchement
 - Type de dégagement (occipito-pubien ou occipito-sacré)

- Difficulté aux épaules et manœuvre éventuelle utilisée
- Périnée
- Durée entre accouchement et délivrance
- Type de délivrance
- Saignements
- Sexe de l'enfant
- Poids de l'enfant
- Score d'APGAR
- Durée de peau à peau
- Mise au sein

4.1.6 Traitement des données

Les données ont été recueillies et traitées grâce au logiciel Microsoft Excel. Pour mettre en forme les données, nous avons volontairement choisi d'utiliser à la fois des tableaux (pour plus de précisions) et des graphiques (pour plus de clarté).

4.2 RESULTATS

4.2.1 Caractéristiques de la population

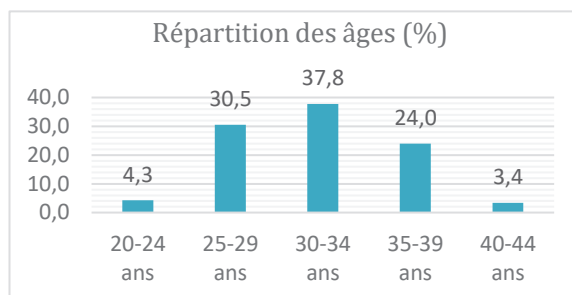
Les caractéristiques de la population sont présentées dans le tableau VI ci-dessous.

Age (années), Moyenne (Min-Max) ± Ecart-type

31,5 (22-44) ± 3,6

Age, n (%)

20-24 ans	10 (4,3)
25-29 ans	71 (30,5)
30-34 ans	88 (37,8)
35-39 ans	56 (24)
40-44 ans	8 (3,4)

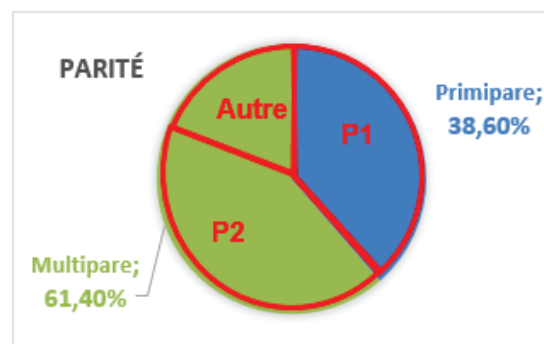


Gestité, n (%)

G1	64 (27,5)
G2	86 (36,9)
G3	51 (21,9)
G4	18 (7,7)
G5	7 (3)
G6	4 (1,7)
G7	2 (0,9)
G8	1 (0,4)

Parité, n (%)

P1	90 (38,6)
P2	99 (42,5)
P3	39 (16,7)
P4	3 (1,3)
P5	2 (0,9)

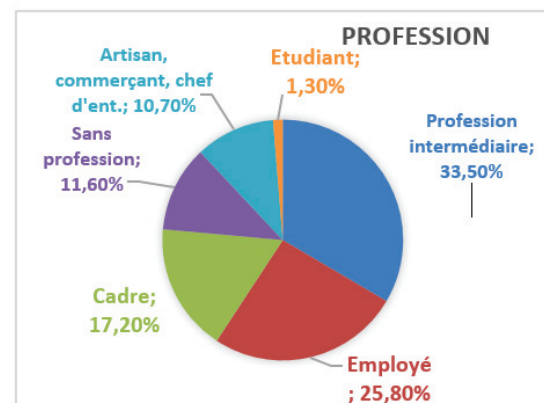


Situation familiale, n (%)

En couple	231 (99,1)
Seule	2(0,9)

Catégorie socioprofessionnelle, n (%)

Profession intermédiaire	78 (33,5)
Employé	60 (25,8)
Cadre	40 (17,2)
Sans profession	27 (11,6)
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	25 (10,7)
Etudiant	3(1,3)
Ouvrier	0 (0)



Lieu d'habitation, n (%)

Grasse et ses environs	140 (60,1)
Antibes et ses environs	36 (15,5)
Var	26 (11,2)
Cannes et ses environs	24 (10,3)
Nice et ses environs	4 (1,7)
Autres	3 (1,3)

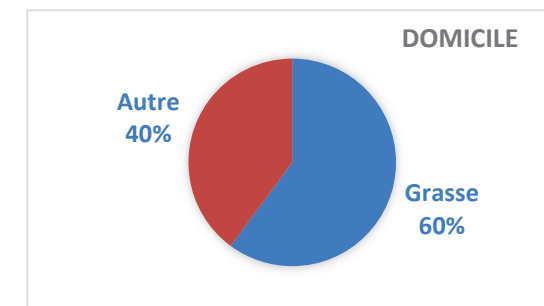


Tableau VI : Caractéristiques de la population étudiée.

D'après ce tableau, nous notons que dans la population étudiée :

- L'âge moyen des patientes est de 31,5 ans
- Plus d'un tiers des patientes sont des primipares (38,6%)
- Pour les multipares (61,4%), les deuxièmes pares sont les plus nombreuses (42,5%).

En outre, la quasi-totalité de ces femmes sont en couple et accompagnées de leur conjoint.

Pour déterminer la catégorie socio-professionnelle de chaque patiente, nous nous sommes basés sur le document en annexe III.

Un tiers des femmes exercent une profession intermédiaire, un quart sont employées, 17% sont des cadres. Neuf femmes sur 10 exercent une profession.

Enfin, en ce qui concerne le lieu d'habitation des patientes, 60,1% de celles-ci habitent à Grasse ou dans les environs, alors que 39,9% habitent dans un autre secteur. Ainsi, 2 femmes sur 5 ont une autre maternité plus proche de leur domicile que Grasse.

Le tableau ci-dessous expose les antécédents d'accouchements des patientes de l'étude.

n (%)		
Aucun antécédent d'accouchement physiologique	155 (66,5)	} Primipares : 90 (58,1) Multipares : 65 (41,9)
Antécédent d'accouchement en salle physiologique	8(3,4)	
Antécédent d'un accouchement non médicalisé	56 (24)	} 78(33,5)
Antécédent de deux accouchements non médicalisés	12 (5,2)	
Antécédents de trois accouchements non médicalisés	2 (0,9)	

Tableau VII : Antécédents d'accouchements physiologiques de la population étudiée.

On constate que pour 2/3 des parturientes, il s'agit d'une première expérience physiologique (dont 58% de primipares et 42% de multipares) alors qu'1/3 d'entre elles ont déjà une expérience non médicalisée. Parmi ces accouchements non médicalisés, seules 3% des femmes avaient déjà accouché en salle nature auparavant et deux femmes ont accouché au moins une fois à domicile.

4.2.2 Travail et accouchement

4.2.2.1 Lieu d'accouchement

Parmi les femmes incluses dans l'étude (ayant fait un parcours physiologique) :

- 70% ont accouché en salle nature
- 30% ont accouché dans une salle d'accouchement conventionnelle.

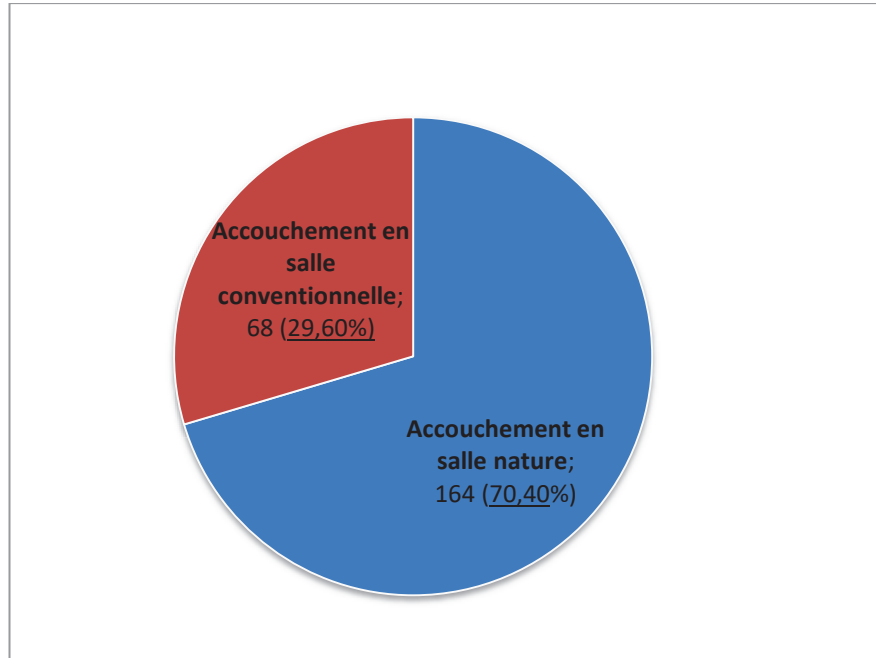


Figure 21: Salle d'accouchement de la population étudiée, n (%)

Les motifs d'un passage en salle conventionnelle pour l'accouchement sont détaillés dans le tableau VIII.

n (%)		
	<i>Salle physiologique déjà occupée</i>	13 (19.1)
	<i>Souhait de la patiente</i>	12(17.6)
	<i>Suractivité en salle de naissance</i>	11 (16.2)
	<i>Anomalies du rythme cardiaque fœtal</i>	10 (14.7)
	<i>Accouchement trop rapide</i>	8 (11.8)
	<i>Accouchement dans la baignoire</i>	5 (7.4)
	<i>Terme dépassé</i>	2 (2,9)
	<i>Stagnation</i>	1 (1.5)
	<i>Prématurité</i>	1 (1.5)
	<i>Efforts expulsifs prolongés</i>	1 (1.5)
	<i>Thrombopénie</i>	1 (1.5)
	<i>Suspicion de macrosomie</i>	1 (1.5)
	<i>Taux d'hémoglobine limite</i>	1 (1.5)
	<i>Fibromes</i>	1 (1.5)
	<i>Obésité</i>	1 (1.5)

Tableau VIII : Motifs d'accouchement physiologique en salle conventionnelle

Les principales causes sont :

- La salle nature déjà occupée par une autre femme,
- Le désir de la patiente qui change d'avis quant au lieu de son accouchement,
- La suractivité en salle de naissance

4.2.2.2 Admission en salle de naissance

L'âge gestationnel lors de l'accouchement des patientes étudiées est détaillé dans le tableau IX.

Il varie de 35SA+6 jours à 41SA+3 jours en salle d'accouchement conventionnelle et de 37 SA à 41SA + 2 jours en salle nature. L'âge gestationnel moyen à l'accouchement est de 40 SA.

n (%)		
	35 à 35+6	1 (0,4)
	36 à 36+6	0 (0)
	37 à 37+6	8 (3,4)
	38 à 38+6	34 (14,6)
	39 à 39+6	73 (31,3)
	40 à 40+6	89 (38,2)
	41 à 41+6	28 (12)

Tableau IX : Age gestationnel lors de l'admission en salle de naissance pour l'ensemble des femmes ayant réalisé le parcours physiologique

La dilatation cervicale lors de l'admission en salle de naissance est détaillée dans le tableau ci-dessous.

n (%)		
	<i>Col fermé</i>	3 (1,3)
	<i>1 doigt</i>	19 (8,2)
	<i>2 doigts</i>	34 (14,6)
	<i>2 cm</i>	8 (3,4)
	<i>3 cm</i>	39 (16,7)
	<i>4 cm</i>	49 (21)
	<i>5 cm</i>	27 (11,6)
	<i>6 cm</i>	18 (7,7)
	<i>7 cm</i>	14 (6)
	<i>8 cm</i>	6 (2,6)
	<i>9 cm</i>	6 (2,6)
	<i>Dilatation complète</i>	10 (4,3)

Tableau X : Dilatation cervicale lors de l'arrivée au CHG

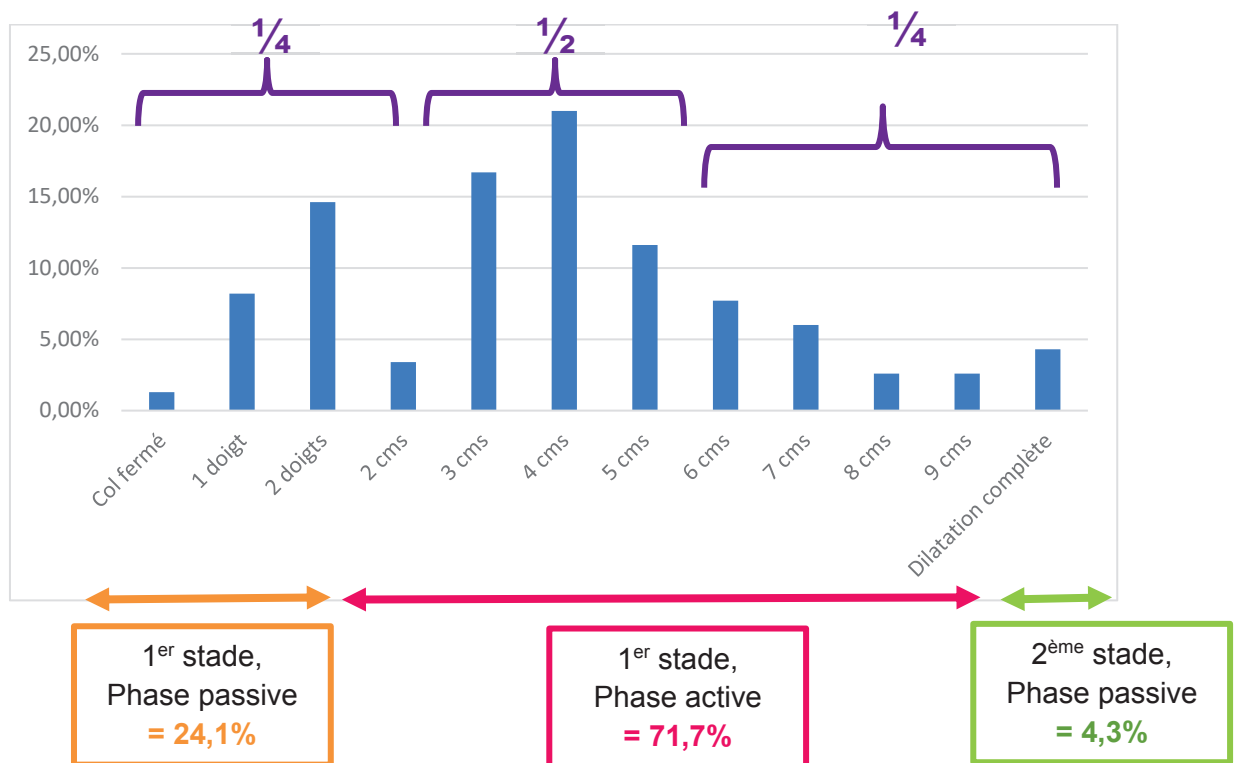


Figure 22: Dilatation cervicale à l'admission en salle de naissance (%)

Nous notons qu'à l'admission en salle de naissance :

- 24,1% des patientes étaient en phase passive du premier stade du travail, à savoir avant l'effacement du col.
- 71,7% des patientes arrivent dans la phase active du premier stade du travail c'est-à-dire entre l'effacement du col et la dilatation complète :
 - o De 2 à 3 cm : 20,1%
 - o De 4 à 6 cm : 40,3%
 - o Au-delà de 6 cm : 15%
- Enfin, 4,3% des femmes ont été admises lors de la phase passive du deuxième stade du travail, à partir de dilatation complète, lors de la descente du mobile fœtal dans le bassin maternel.

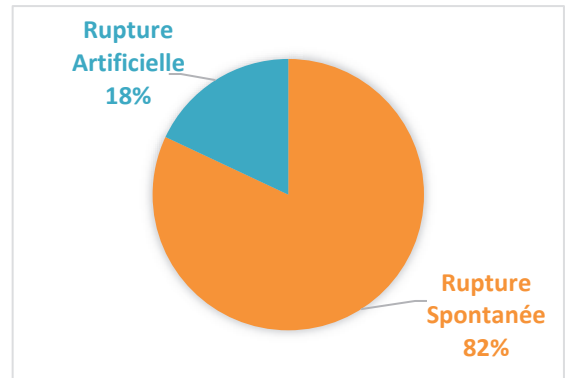
Au final, on constate qu'environ un quart des femmes arrivent avant 3 cm, la moitié entre 3 et 5 cm et le quart restant à partir de 6 cm.

4.2.2.3 Le travail : déroulement et durée

- La poche des eaux :

Type de rupture des membranes, n (%)

<i>Spontanée</i>	191 (81,9)
<i>Artificielle</i>	42 (18)

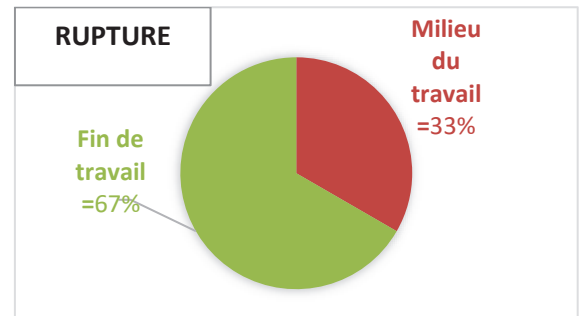


Moment de la rupture des membranes (spontanée et artificielle), n (%)

<i>Début de travail (Avant l'effacement du col)</i>	46 (19,7)
<i>Milieu de travail (Entre 3cms et dilatation complète)</i>	70(30)
<i>Fin de travail (Entre dilatation complète et l'accouchement)</i>	117(50,2)

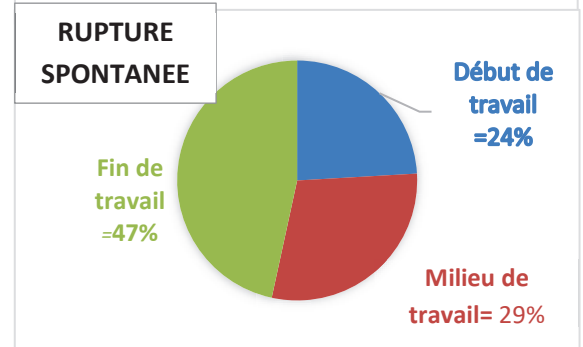
Moment de la rupture artificielle des membranes, n (%)

<i>Milieu de travail</i>	14 (33,3)
<i>Fin de travail</i>	28 (66,6)



Moment de la rupture spontanée des membranes, n (%)

<i>Début de travail</i>	46 (24,1)
<i>Milieu de travail</i>	56 (29,3)
<i>Fin de travail</i>	89 (46,6)



Durée d'ouverture de l'œuf, en heures

Moyenne (Ecart-type) 3 (3,6)

Couleur du liquide amniotique, n (%)

<i>Clair</i>	222 (95,3)
<i>Autre</i>	11 (4,7)

Tableau XI : Paramètres concernant la poche des eaux

(Légende : Début de travail =Avant l'effacement du col / Milieu de travail=Entre 3cms et dilatation complète / Fin de travail = Entre dilatation complète et l'accouchement)

Lors des accouchements physiologiques à la maternité de Grasse, plus de 80% des ruptures des membranes se font de manière spontanée. L'amniotomie est réalisée dans moins de 20% des cas.

Cette rupture spontanée de la poche des eaux se fait :

- En début de travail dans un peu plus de 20% des cas,
- Pendant la dilatation cervicale dans 30% des cas
- Et après la dilatation complète pour environ une femme sur deux (47%)

Dans 1/3 des cas, la rupture artificielle de la poche des eaux est réalisée lors de la dilatation cervicale et dans 2/3 des cas après la dilatation complète. Aucune rupture artificielle n'a été faite avant l'effacement du col.

Le liquide amniotique est clair dans plus de 95% des cas.

- La surveillance du travail :

- ✓ Les touchers vaginaux :

n (%)	
	<i><1 toucher vaginal /2h</i> 19 (8,2)
	<i><1 toucher vaginal /h</i> 104 (44,6)
	<i>≥1 toucher vaginal /h</i> 78 (33,5)
	<i>≥2 touchers vaginaux /h</i> 32 (13,7)
	<u>Moyenne</u> (Ecart-type) 0,79 (0,5)

Tableau XII : Nombre de touchers vaginaux pendant le travail

Concernant la surveillance de l'avancement du travail, les touchers vaginaux sont en moyenne de 0,8 par heure de travail à l'hôpital, soit 1 toucher toutes les 1h15. Plus de la moitié des femmes de la population étudiée bénéficie de moins d'un toucher vaginal par heure.

Pendant l'intégralité de son travail, chaque patiente bénéficie en moyenne de 4 touchers vaginaux (toucher vaginal d'admission inclus).

✓ L'enregistrement cardio-tocographique :

n (%)		
	0-24%	19 (8,2)
	25-49%	103 (44,2)
	50-74%	71 (30,5)
	75-100%	40 (17,2)
	<i>Moyenne (Ecart-type) (en %)</i>	29,5 (11,5)

Tableau XIII : Durée d'enregistrement cardio-tocographique pendant le travail

Lors du travail en salle physiologique, l'enregistrement cardio-tocographique est la plupart du temps discontinu. Nous avons compté pour chaque patiente étudiée, le nombre de monitorings réalisés ainsi que la durée totale de ces enregistrements.

En moyenne, 29,5% du temps de travail se fait sous surveillance du rythme cardiaque foetal et de l'activité utérine.

Néanmoins, la moyenne d'enregistrement cardio-tocographique est biaisée car les patientes arrivant en fin de travail ou en phase d'expulsion ont un enregistrement continu (soit 100% du temps passé à l'hôpital). Nous avons donc calculé une seconde moyenne en tenant compte du temps de travail grâce à des coefficients proportionnels à cette durée de travail. Ce calcul consiste à multiplier chaque pourcentage d'enregistrement par le temps de travail et d'en faire la somme puis de diviser le tout par la somme des temps de travail. Cette moyenne « améliorée » est de 23,6%.

• La durée du travail :

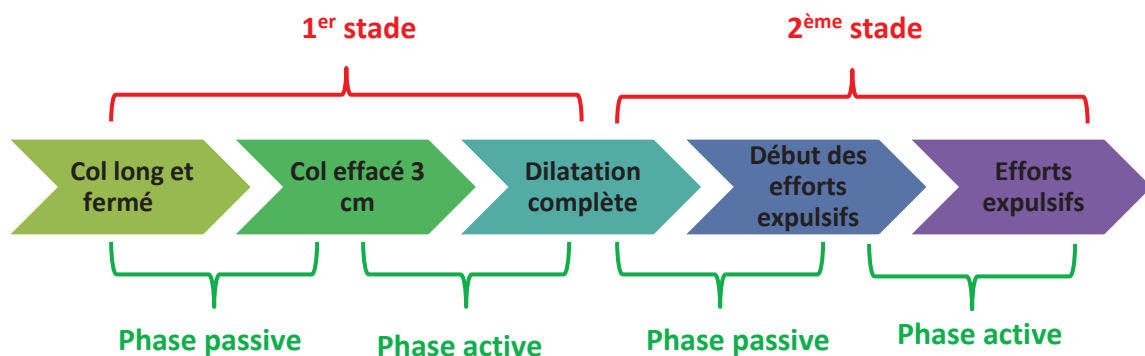


Figure 23: Rappel des différents stades du travail d'après Friedman (57)

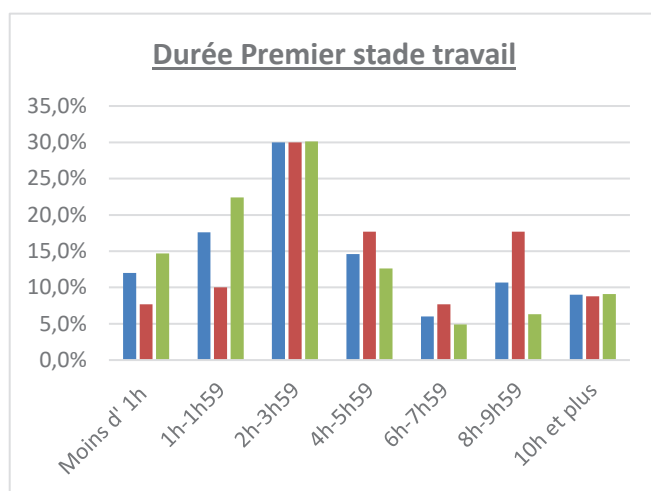
Durée du premier stade du travail, n (%)

	Total	Primipare	Multipare
Moins d'1h	28 (12)	7 (7,7)	21 (14,7)
1h-1h59	41 (17,6)	9 (10)	32 (22,4)
2h-3h59	70 (30,0)	27 (30)	43 (30,1)
4h-5h59	34 (14,6)	16 (17,7)	18 (12,6)
6h-7h59	14 (6,0)	7 (7,7)	7 (4,9)
8h-9h59	25 (10,7)	16 (17,7)	9 (6,3)
10h et plus	21 (9,0)	8 (8,8)	13 (9,1)

Moyenne (Ecart-type) 256,8 (177,8)
(en minutes)

Moyenne chez la primipare 306,5 (184,1)

Moyenne chez la multipare 225,5 (164,3)



Total/ Primipare/ Multipare

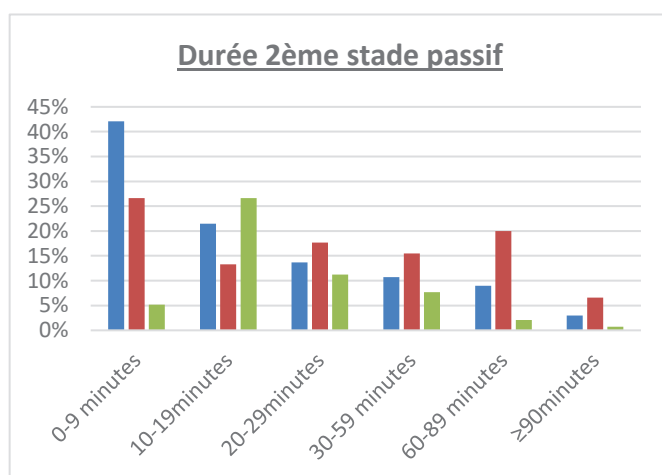
Durée du deuxième stade passif du travail, n (%)

	Total	Primipare	Multipare
0-9 minutes	98 (42,1)	7 (7,7)	7 (7,7)
10-19minutes	50 (21,5)	9 (10)	9 (10)
20-29minutes	32 (13,7)	27 (30)	27 (30)
30-59 minutes	25 (10,7)	16 (17,7)	16 (17,7)
60-89 minutes	21 (9)	7 (7,7)	7 (7,7)
≥90minutes	7 (3,0)	16 (17,7)	16 (17,7)

Moyenne (Ecart-type) 19,5 (17,9)
(en minutes)

Moyenne chez la primipare 32,4 (25,2)

Moyenne chez la multipare 11,4 (10,3)



Total/ Primipare/ Multipare

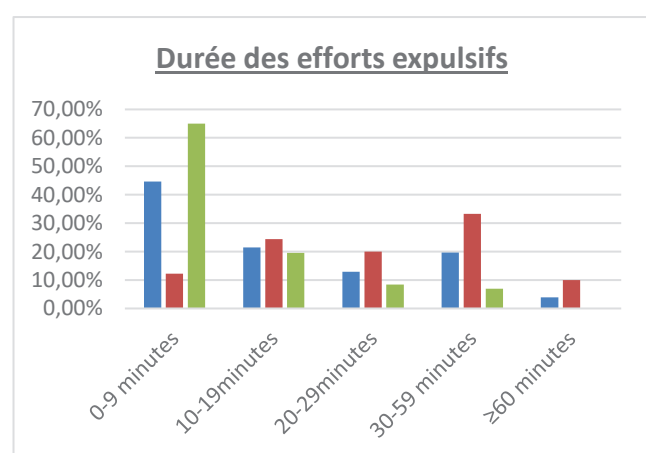
Durée du deuxième stade actif du travail, n (%)

	Total	Primipare	Multipare
0-9 minutes	104 (44,6)	11 (12,2)	93 (65)
10-19minutes	50 (21,5)	22 (24,4)	28 (19,6)
20-29minutes	30 (12,9)	18 (20)	12 (8,4)
30-59 minutes	40 (19,7)	30 (33,3)	10 (7,0)
≥60 minutes	9 (3,9)	9 (10)	0 (0)

Moyenne (Ecart-type) 17,1 (12,9)
(en minutes)

Moyenne chez la primipare 28,4 (14,0)

Moyenne chez la multipare 10 (7,5)



Total/ Primipare/ Multipare

Tableau XIV : Durée de travail

Lors des accouchements physiologiques :

- ⇒ La durée moyenne du premier stade du travail (phases passive et active combinées) est d'**un peu plus de 4 heures**, soit plus exactement **257 minutes** :
 - **5 heures** (306 minutes) chez les primipares
 - **3h45** (225 minutes) chez les multipares.

Pour ce premier stade du travail, nous avons fait le choix d'associer les phases passive (jusqu'à effacement du col) et active (de l'effacement du col à la dilatation complète) car la phase passive est souvent réalisée par la patiente à son domicile. Il est donc difficile de la mesurer de manière individuelle.

- ⇒ Le deuxième stade passif du travail dure en moyenne **19 minutes** toutes patientes confondues :
 - **32 minutes** chez les primipares
 - **11 minutes** chez les multipares.

- ⇒ Le deuxième stade actif, soit la durée des efforts expulsifs, dure en moyenne **17 minutes**.
 - **28 minutes** chez les primipares
 - **10 minutes** chez les multipares.

45% des patientes ont eu moins de 10 minutes d'efforts expulsifs. Seul un quart des patientes a poussé au-delà des 30 minutes « préconisées ». Parmi les femmes ayant poussé plus de 30 minutes, les scores d'Apgar étaient tous corrects, hormis un nouveau-né qui a eu 5-9-10. La patiente ayant eu les efforts expulsifs les plus longs a poussé 1h19.

Au total, la durée moyenne de travail à l'hôpital (entre l'admission et l'accouchement) est de **4 heures et 50 minutes** :

- **6 heures** pour les **primipares**
- **4 heures** pour les **multipares**

- Les méthodes d'analgésie non médicamenteuses :

n (%)	
<i>Baignoire</i>	137 (58,8)
<i>Postures</i>	113 (48,5)
<i>Déambulation</i>	99 (42,5)
<i>Ballon</i>	76 (32,6)
<i>Liane</i>	26 (11,2)
<i>Massages et méthode Bonapace</i>	20 (8,5)
<i>Musique et chants</i>	7 (3,0)
<i>Hypnose</i>	1 (0,4)

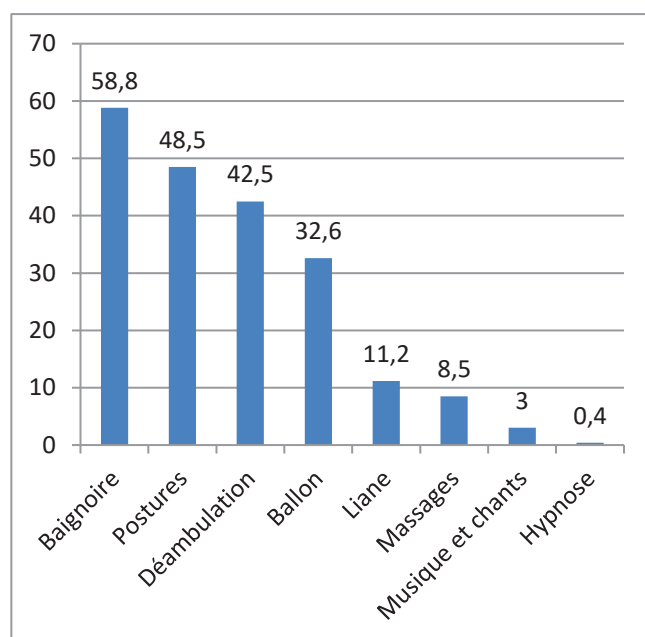


Tableau XV : Méthodes d'analgésie non médicamenteuses utilisées pendant le travail

Figure 24: Méthodes d'analgésie non médicamenteuses utilisées (%)

Diverses stratégies existent pour gérer la douleur de l'accouchement physiologique.

Les principales méthodes utilisées par les patientes en salle nature à Grasse sont détaillées dans le tableau XV et la figure 24.

Il en existe davantage mais ici sont répertoriées les principales méthodes, celles qui relèvent d'une traçabilité écrite dans les dossiers obstétricaux.

L'utilisation de la baignoire, du ballon et la liberté de mouvements (les postures et la déambulation) sont les alternatives non médicamenteuses les plus utilisées.

4.2.2.4 L'accouchement

- La position d'accouchement :

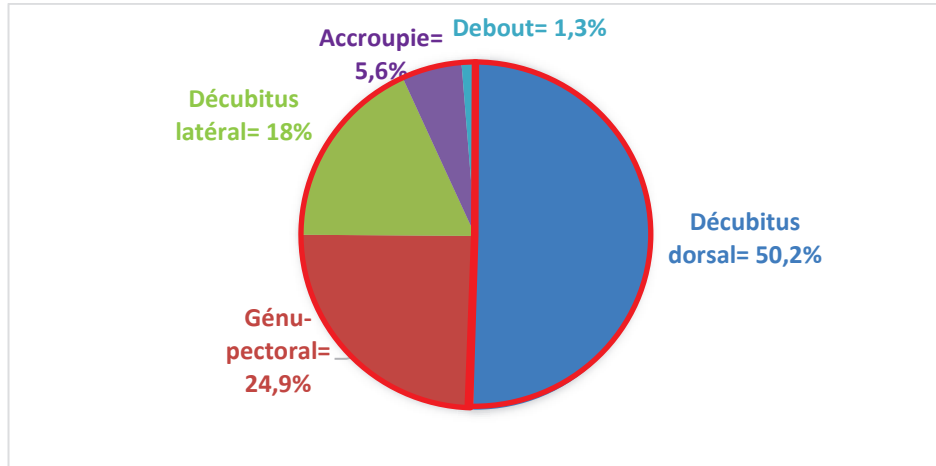


Figure 25: Positions d'accouchement en salle nature

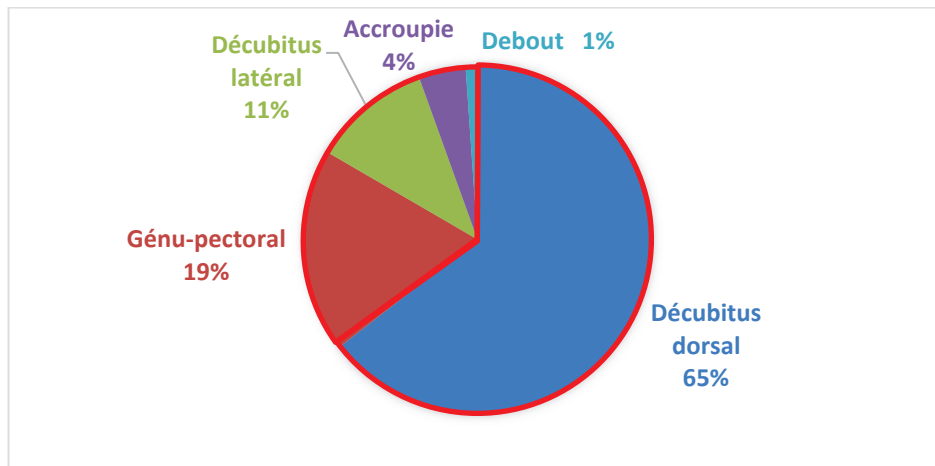


Figure 26: Positions d'accouchement chez les primipares

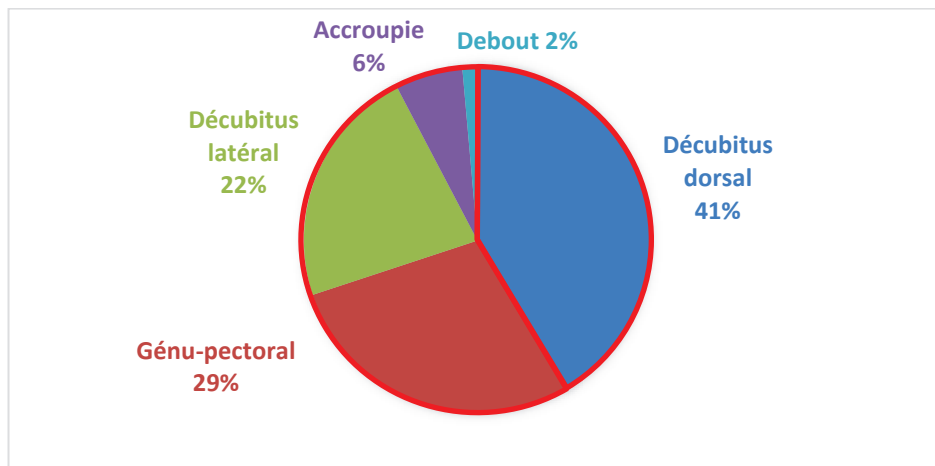


Figure 27: Positions d'accouchement chez les multipares

Dans la majorité des cas, les femmes accouchent en décubitus dorsal (50,2%). Cette position n'est pas exclusive puisque les positions genu-pectorale et latérales sont aussi largement utilisées (24,9 et 18%)

Les positions verticales sont quant à elles moins usitées.

3 accouchements ont eu lieu dans la baignoire de manière inopinée en raison d'un travail très rapide.

Si on dissocie les primipares et les multipares (Figures 26 et 27), on se rend compte :

- Que 65% des primipares accouchent en décubitus dorsal
- Que 59 % des multipares optent pour d'autres positions moins conventionnelles et seulement 41% d'entre elles accouchent en décubitus dorsal.

En étudiant la durée des efforts expulsifs dans chacune de ces positions, nous nous rendons compte que les positions latérale, genu-pectorale et debout semblent réduire le temps de poussée.

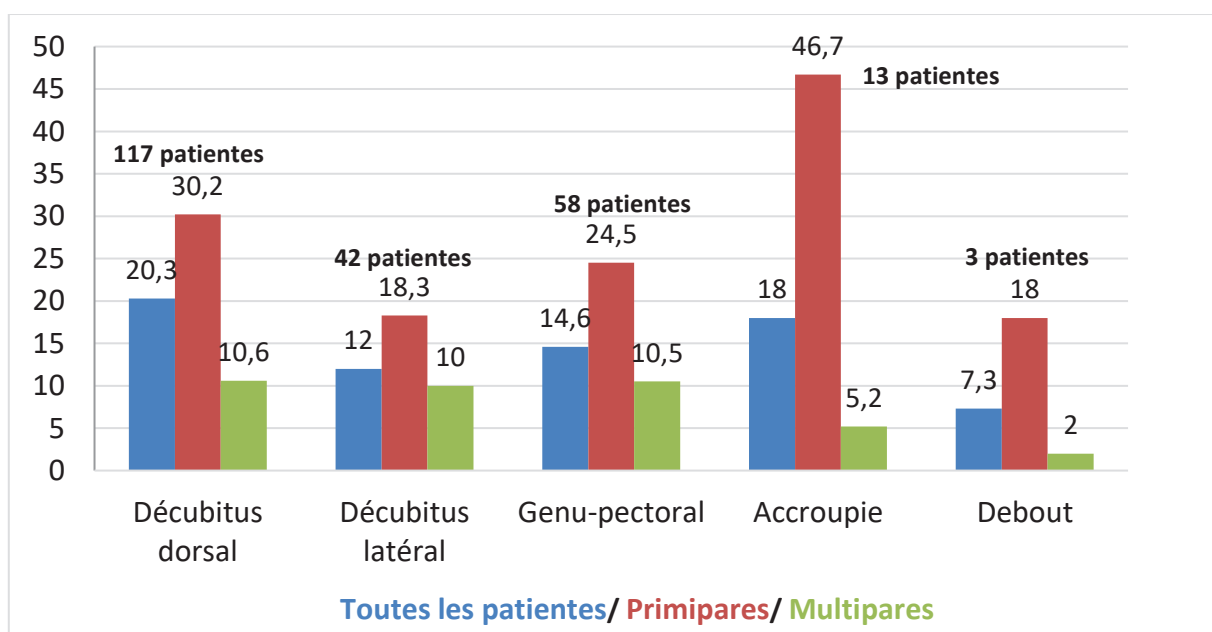


Figure 28: Durée des efforts expulsifs en fonction de la position d'accouchement chez la primipare et la multipare (en minutes)

- Le dégainement :

n (%)		
Mode de dégainement	<i>Occipito-pubien</i>	223 (95,7)
	<i>Occipito-sacré</i>	10 (4,3)
Difficulté aux épaules	<i>Présence</i>	4 (1,7)
	<i>Absence</i>	229 (98,3)

Tableau XVI : Les modalités de dégainement lors de l'accouchement physiologique

Dans notre étude, 10 patientes, soit 4,3%, ont accouché d'un enfant en position occipito-sacrée. Parmi elles, nous comptons :

- 6 périnéés intacts (4 patientes en décubitus dorsal, 1 en genu-pectoral, 1 en décubitus latéral)
- 1 épisiotomie (en décubitus dorsal)
- 3 déchirures simples (en décubitus dorsal)

En salle nature, 1,7% des patientes ont eu une difficulté ou dystocie aux épaules, soit 4 patientes (contre 2,4% dans la population totale de Grasse). Deux cas ont été résolues par une simple manœuvre de Mac Roberts et deux l'ont été par cette même manœuvre associée à la manœuvre de Wood inversée.

- Le périnée :

n (%)	
<i>Périnée intact ou éraillures</i>	138 (59,2)
<i>Episiotomie</i>	15 (6,4)
<i>Déchirure simple</i>	77 (33)
<i>Déchirure second degré</i>	3 (1,3)
<i>Périnée complet</i>	0 (0)

Tableau XVII : Etat du périnée lors de l'accouchement physiologique

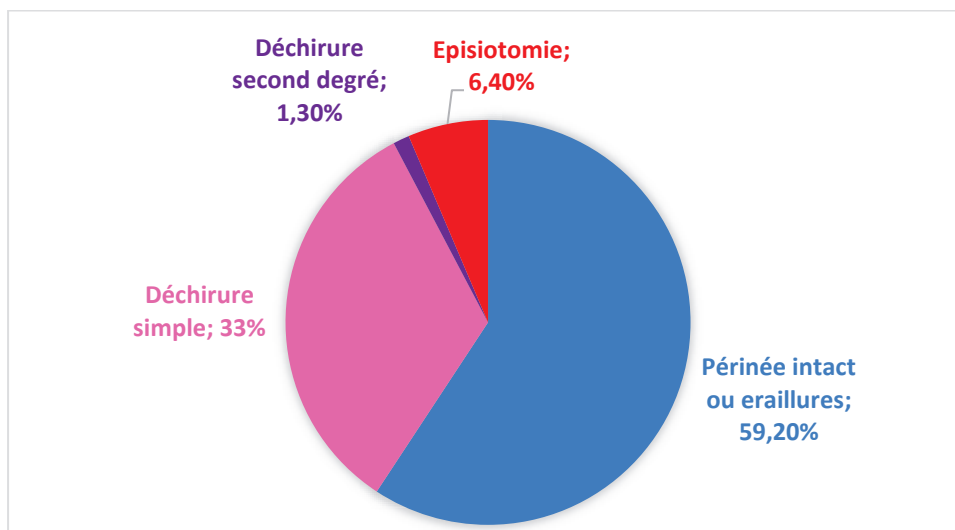


Figure 29: Etat du périnée, (%)

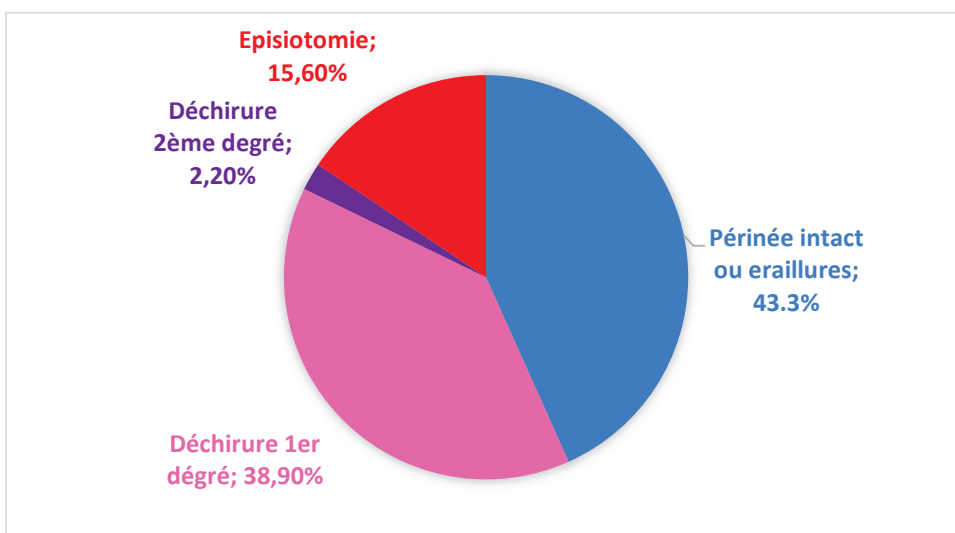


Figure30: Etat du périnée chez les primipares (%)

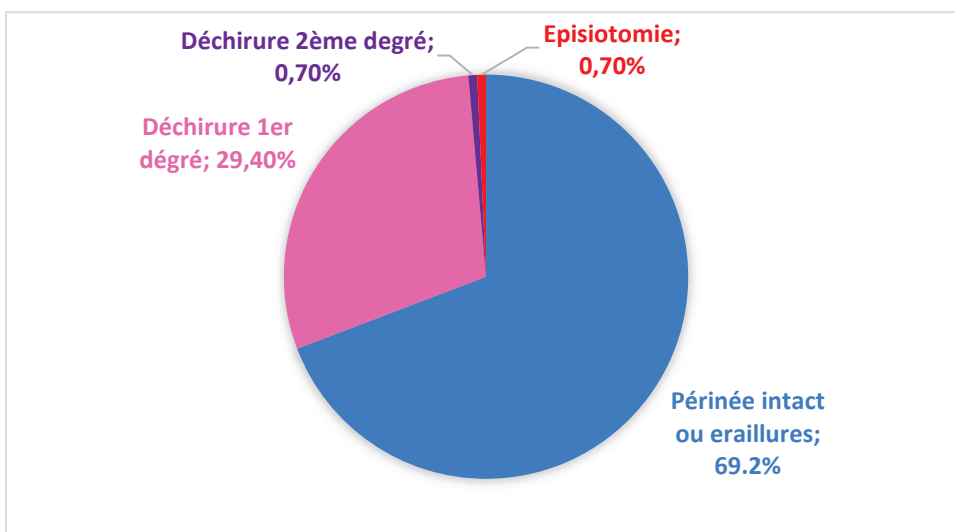


Figure 31: Etat du périnée chez les multipares (%)

La majorité des patientes a eu un périnée intact (59,2%) dont :

- 43,3% chez les primipares
- 69,2% chez les multipares.

33% des patientes ont eu une déchirure simple et parmi elles, il y a légèrement plus de primipares que de multipares.

6,4% des patientes, soit 15 femmes, ont eu une épisiotomie : ces patientes étaient toutes des primipares sauf une.

Nous notons très peu de déchirures du second degré et aucun périnée complet parmi les dossiers étudiés.

La figure 32 compare l'état du périnée en fonction de la position d'accouchement.

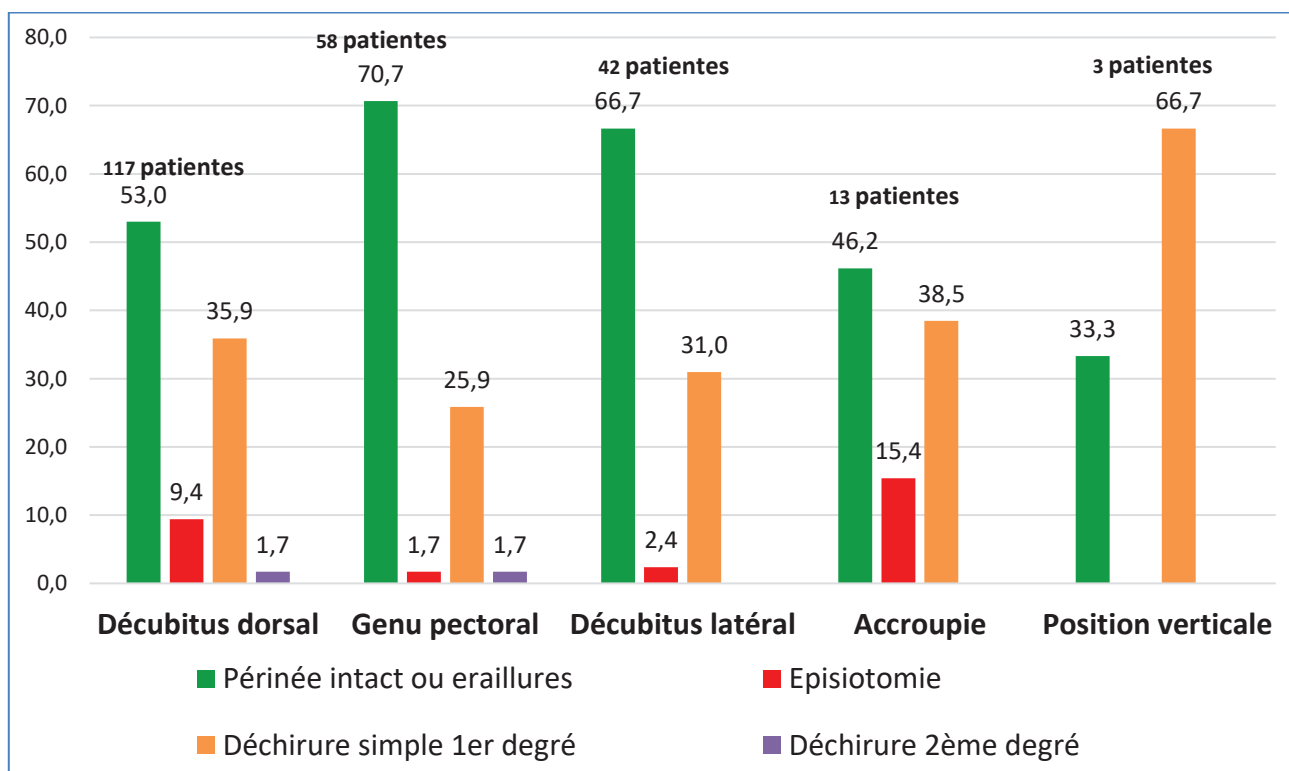


Figure 32: Etat du périnée en fonction de la position d'accouchement (%)

Lorsque l'accouchement se déroule en décubitus dorsal, seulement 53% des périnéés sont intacts contre 70% pour la position genu-pectorale et 67% pour le décubitus latéral.

Les positions accroupie et debout engendrent davantage de déchirures que les autres positions.

Concernant les épisiotomies, la plupart sont réalisées en décubitus dorsal (9,4% de ces accouchements) et en position accroupie (15% de ces accouchements).

Au contraire, les positions genu-pectorale et latérale comptent seulement 2% d'épisiotomies.

Comme dit précédemment, parmi les épisiotomies réalisées, un seul fœtus était placé en position occipito-sacrée.

On peut penser que cela est influencé par la parité. Les deux figures ci-dessous différencient donc les primipares des multipares.

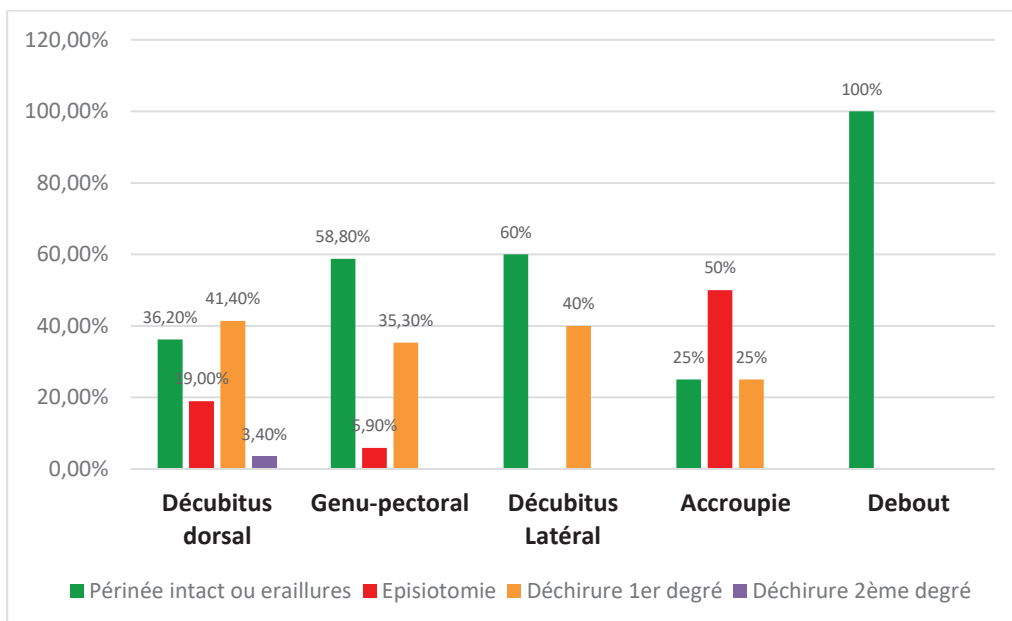


Figure 33: Etat du périnée en fonction de la position d'accouchement chez la primipare (%)

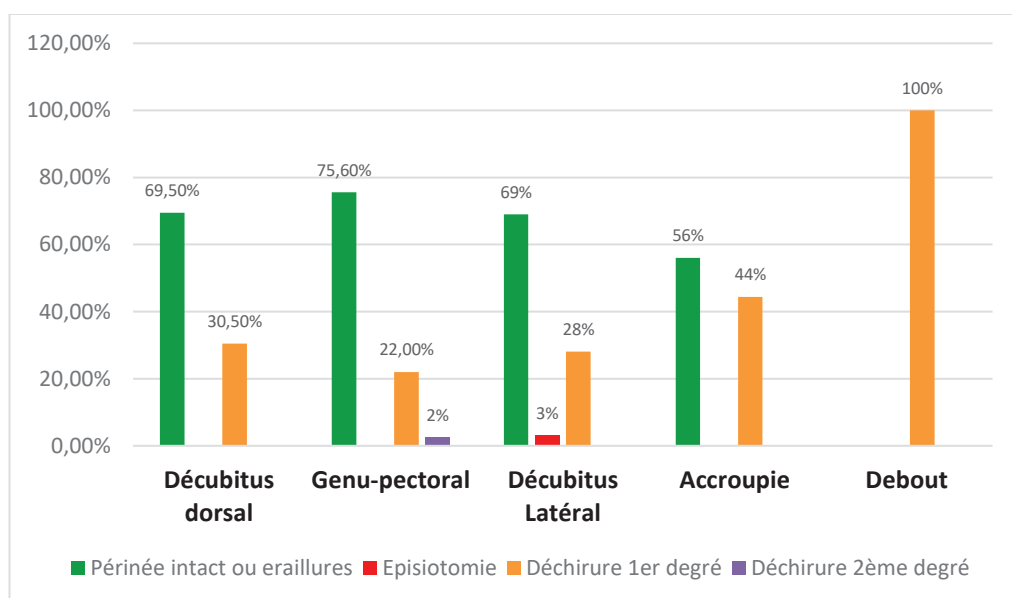


Figure 34: Etat du périnée en fonction de la position d'accouchement chez la multipare (%)

Chez les primipares, les positions genu-pectorales et latérales semblent engendrer plus de périnées intacts et moins d'épisiotomies qu'en décubitus dorsal ou en position accroupie.

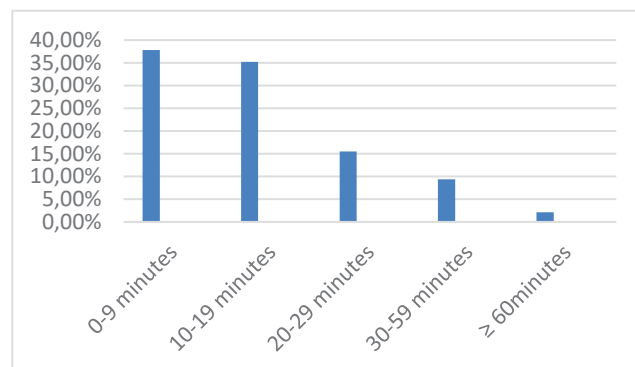
Chez les multipares, ces différences semblent être moins marquées.

4.2.2.5 La délivrance :

n (%)

Durée de latence entre l'accouchement et la délivrance

0-9minutes	88 (37,8)
10-19minutes	82 (35,2)
20-29minutes	36 (15,5)
30-59minutes	22 (9,4)
≥ 60minutes	5 (2,1)
<u>Moyenne (Ecart-type) (en minutes)</u>	15,5 (9,2)



Type de délivrance

DELIVRANCE DIRIGEE 66 (28,3)

(De 2014 au 30/03/2015)

Délivrance dirigée complète	58 (87,9)
Délivrance dirigée incomplète	1 (1,5)
Délivrance artificielle	7 (10,6)

DELIVRANCE NATURELLE 167 (71,8)

(Du 30/03/2015 au 31/12/2016)

Délivrance naturelle complète	161 (96,4)
Délivrance naturelle incomplète	3 (1,8)
Délivrance artificielle	3 (1,8)

Pertes sanguines estimées

0 à 499 ml	214 (91,8)
500 à 999 ml	14 (6)
≥ 1000 ml	5 (2,1)
<u>Moyenne (Ecart-type) (en ml)</u>	208,9 (136,3)

Tableau XVIII : Modalités de délivrance

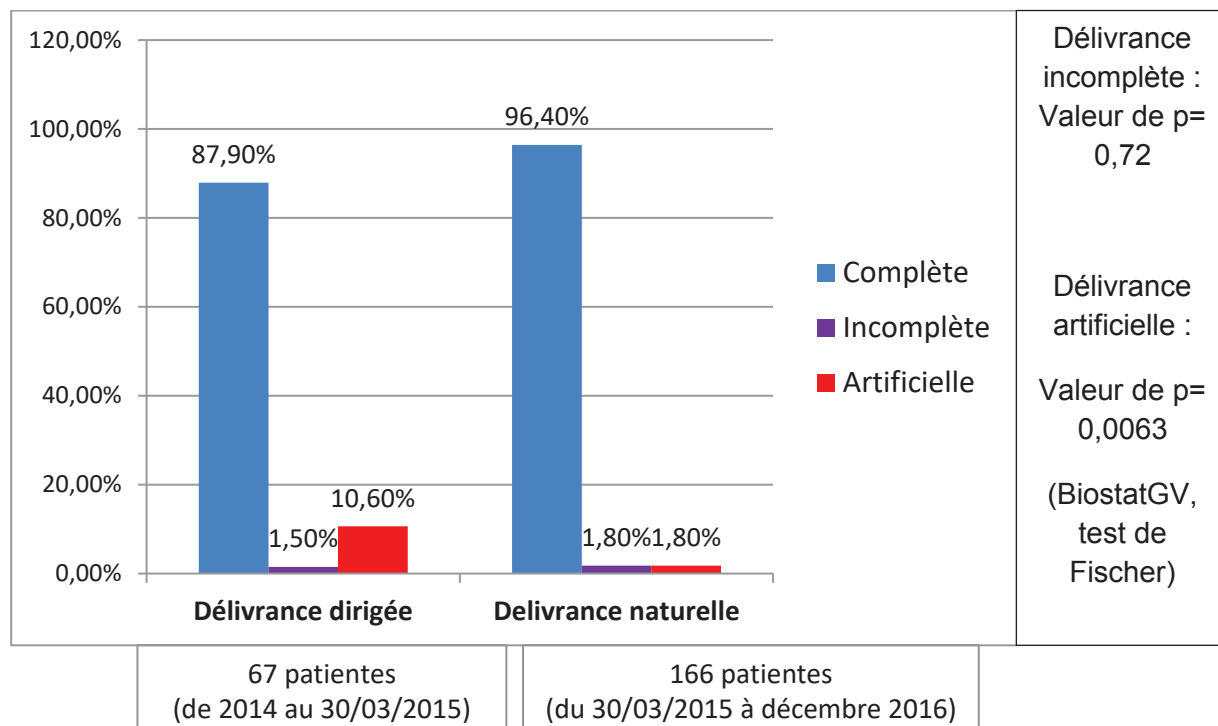


Figure 35: Délivrances naturelles et dirigées (%)

Nous rappelons que la délivrance dirigée n'est plus systématique en salle nature depuis le 30 mars 2015.

La durée moyenne entre l'accouchement et la délivrance est de 15 minutes. Quasiment 9 patientes sur 10 ont délivré avant les 30 minutes recommandées.

Seules 28% des patientes ont bénéficié d'une injection d'ocytocine au dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né.

Parmi celles qui ont délivré au-delà de 30 minutes, un tiers a bénéficié d'une délivrance dirigée.

Parmi les délivrances naturelles (72%), moins de 2% ont délivré de manière incomplète et ont bénéficié d'une délivrance artificielle.

Parmi les délivrances dirigées (28%), 1,5% ont délivré de manière incomplète et plus de 10,6% n'ont pas délivré spontanément.

En comparant ces 2 types de délivrances, on retrouve grâce au test de Fisher, une valeur de p de 0,027.

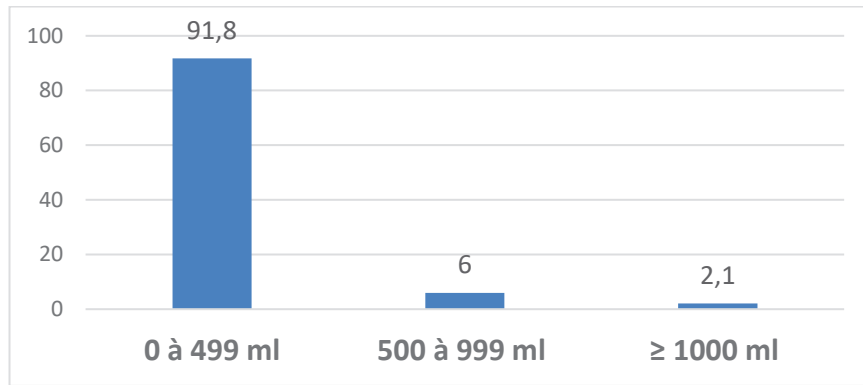


Figure 36: Pertes sanguines estimées (%)

Pour terminer ce chapitre sur la délivrance, il est important de s'intéresser aux pertes sanguines. La moyenne de ces saignements en post-partum immédiat s'élève à un peu plus de 200ml.

92% des patientes n'ont pas fait d'hémorragie de la délivrance puisqu'elles ont perdu moins de 500ml de sang. Et seulement 2% des patientes, soit 5 femmes sur 233, ont saigné plus d'un litre (2 primipares et 3 multipares).

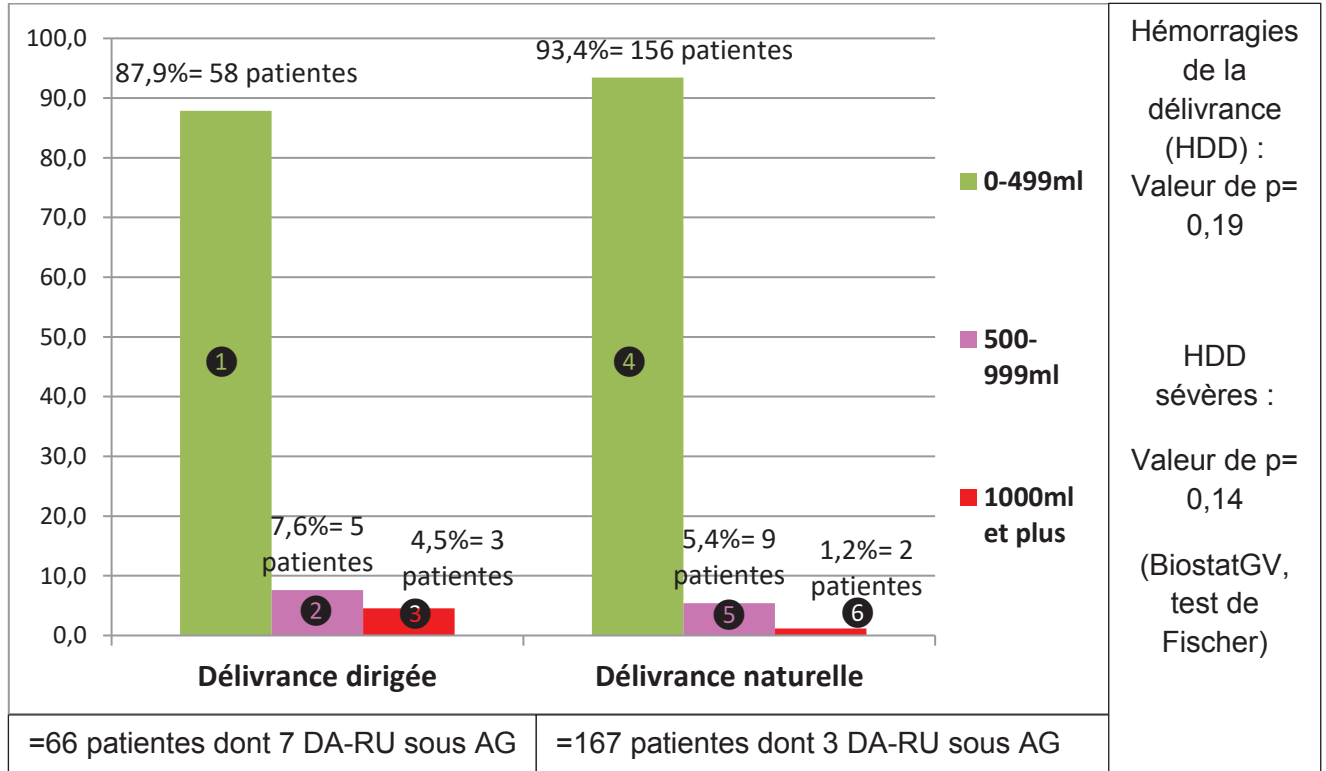


Figure 37: Quantification des pertes sanguines en fonction du mode de délivrance (%)

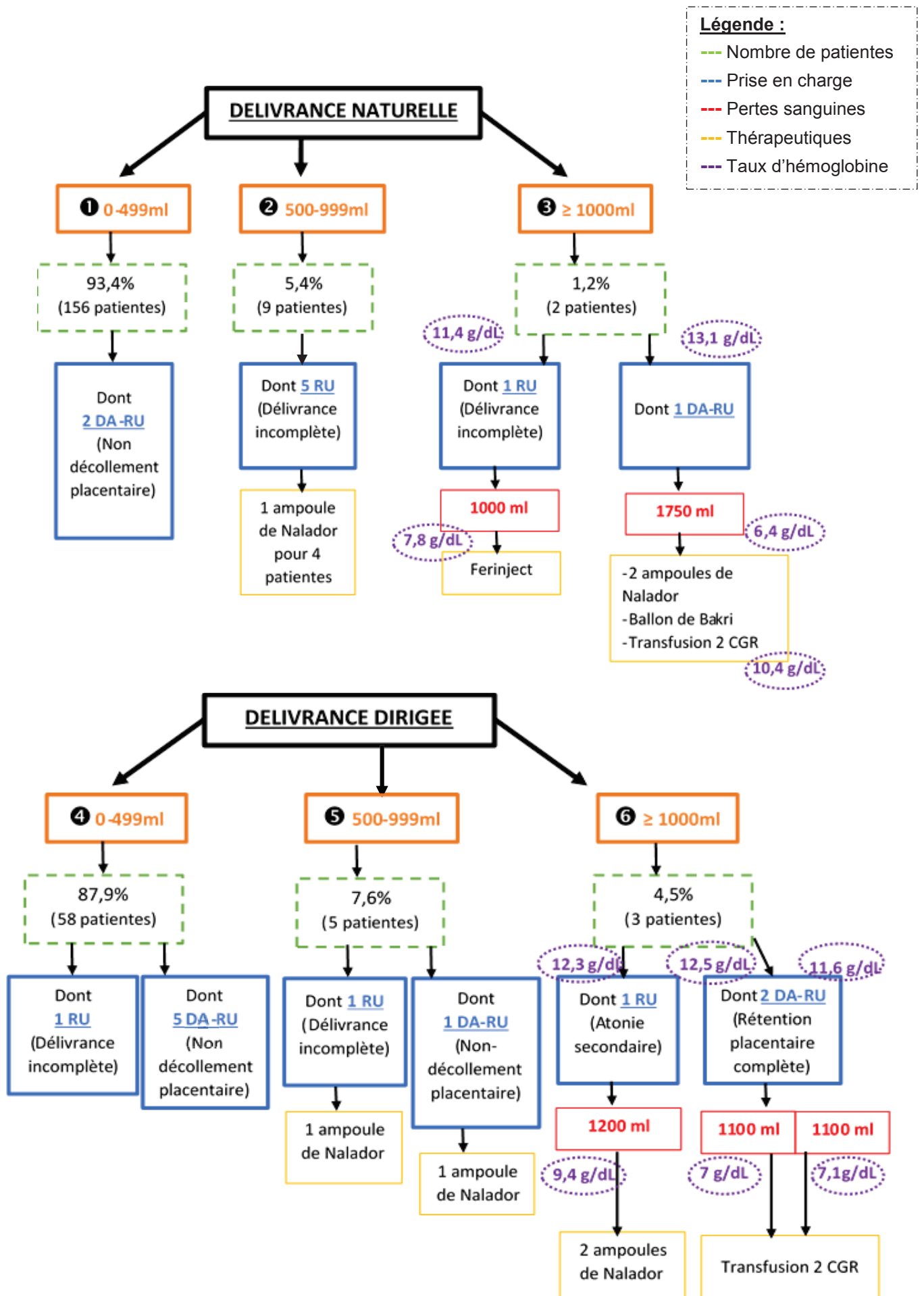


Figure 38: Prise en charge des patientes : Délivrance naturelle versus dirigée

En s'intéressant aux hémorragies en post-partum par rapport au mode de délivrance effectué (naturelle versus dirigée), il apparaît qu'il y a quasiment deux fois plus d'hémorragies pour les délivrances dirigées (12,1%) que pour les délivrances naturelles (6,6%).

Les figures 37 ou 38 indiquent le nombre d'interventions du type délivrance artificielle et révision utérine par type de délivrance et par quantité de saignements.

Nous nous sommes intéressés aux cinq patientes ayant eu des hémorragies graves avec des saignements dépassant les 1000ml. Les modalités de prise en charge de ces patientes sont décrites brièvement dans les figures précédentes. Ces cinq patientes ont eu un temps de travail raisonnable : entre 5 et 7 heures, n'ont pas eu d'épisiotomie (périnée intact ou déchirure simple) et leur enfant pesait entre 3400g et 3880g.

Au total, parmi les accouchements physiologiques étudiés, huit patientes, soit 3,4% de la population, ont bénéficié de l'injection de Nalador, une seule patiente a nécessité la mise en place d'un ballon de Bakri et 3 patientes ont reçu une transfusion de culots globulaires en post-partum.

Le tableau suivant compare la délivrance naturelle et la délivrance dirigée pour certains critères.

	<u>DELIVRANCE NATURELLE</u> (n=167)	<u>DELIVRANCE DIRIGEE</u> (n=66)	Valeur de p (Significativité : BiostatGV, test de Fischer)
Délai entre l'accouchement et la délivrance, en minutes (Moyenne +/- Ecart-type)	15,6 (+/-8,1)	15,3 (+/-11 ,9)	0,89
Pertes sanguines, en ml (Moyenne +/- Ecart-type)	197 (+/- 123)	238 (+/- 171)	0,25
Nombre d'HDD, n (%)	11 (6,6)	8 (12,1)	0,19
Nombre d'HDD sévères, n (%)	2 (1,2)	3 (4,5)	0,14
Nombre de RU, n (%)	6 (3,6)	3 (4,5)	0,72
Nombre de DA-RU, n (%)	3 (1,8)	7 (10,6)	0,0063

Tableau XIX : Comparaison entre délivrance naturelle et dirigée

La délivrance naturelle ne semble pas avoir d'influence significative sur le délai de la délivrance, les pertes sanguines, les nombres d'hémorragies ou de délivrances incomplètes (révisions utérines simples) mais influe de manière significative sur le nombre de rétentions placentaires (délivrances artificielles).

Le tableau ci-dessous compare la durée de délivrance entre les femmes avec et sans hémorragie de la délivrance.

	<u>ABSENCE d''HDD</u> (n=214)	<u>PRESENCE d''HDD</u> (n=19)	Valeur de p (Significativité : BiostatGV, test de Student)
Délai entre l'accouchement et la délivrance, en minutes (Moyenne +/- Ecart-type)	14,5 (+/-8,6)	15,3 (+/-15,7)	0,055

Tableau XX : Comparaison du délai de délivrance en présence ou en l'absence d'hémorragie de la délivrance

4.2.2.6 Le nouveau-né

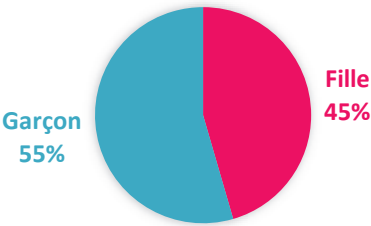
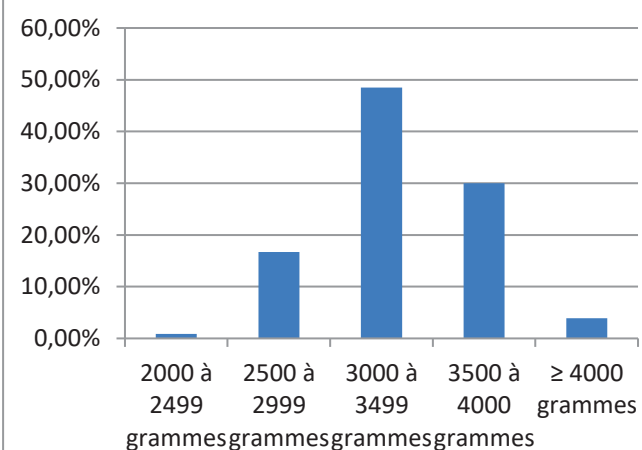
n (%)					
Sexe					
<i>Féminin</i>	106 (45,5)				
<i>Masculin</i>	127 (54,5)				
					
Poids					
<i>2000 à 2499 grammes</i>	2 (0,9)				
<i>2500 à 2999 grammes</i>	39 (16,7)				
<i>3000 à 3499 grammes</i>	113 (48,5)				
<i>3500 à 4000 grammes</i>	70 (30,0)				
<i>≥ 4000 grammes</i>	9 (3,9)				
<u>Moyenne (Ecart-type) (en grammes)</u>	3343 (315)				
					
Apgar à 1 minute de vie	Apgar à 5 minutes de vie	Apgar à 10 minutes de vie			
≤ 5	5 (2,1)	≤ 5	1 (0,4)	≤ 5	1 (0,4)
6 ou 7	1 (0,4)	6 ou 7	0 (0)	6 ou 7	0 (0)
8 ou 9	35 (15)	8 ou 9	8 (3,4)	8 ou 9	2 (0,9)
10	192 (82,4)	10	224 (96,1)	10	230 (98,7)
<u>Moyenne</u>	9,7	<u>Moyenne</u>	9,9	<u>Moyenne</u>	10
Temps de peau à peau en post-partum immédiat					
		<i>0 à 59 minutes</i>	6 (2,5)		
		<i>60 à 119 minutes</i>	5 (2,1)		
		<i>≥ 120 minutes</i>	222 (95,3)		
Mise au sein en post-partum immédiat					
		<i>Oui</i>	219 (94)		
		<i>Non</i>	14 (6)		

Tableau XXI : Le nouveau-né à sa naissance

Les caractéristiques des nouveau-nés mis au monde en salle nature sont détaillées dans le tableau XXI.

Le poids moyen de ces nouveau-nés est de 3340g. Le nouveau-né ayant le plus petit poids pesait 2280g tandis que celui pesant le poids le plus important pesait 4530g.

Concernant le score d'Apgar, nous pouvons constater que plus de 80% des nouveau-nés ont obtenu un score de 10 à 1, 5 et 10 minutes de vie. Seuls 2% avaient un score inférieur à 5 à 1 minute de vie et 0,4% à 5 et 10 minutes, le score le plus faible étant 1-3-5, sans aucune anomalie du rythme cardiaque fœtal préalable.

Les gaz du sang du cordon de cet enfant étaient les suivants :

- Artériel : pH=7,39, pCO₂=30, Lactates= 6
- Veineux : 7,36, pCO₂=30, Lactates=6,3

Par ailleurs, les hémocultures étaient stériles et le taux de CRP inférieur à 1, éloignant ainsi tout contexte infectieux.

Cet enfant a été transféré en réanimation néonatale dans un centre hospitalier universitaire de niveau 3 à 1h30 de vie, il a été hospitalisé pendant 4 semaines : aucune étiologie n'a été retrouvée. Les examens cliniques et complémentaires étaient tous normaux. Ce nouveau-né est rentré à domicile en bonne santé, sans séquelles.

Environ 95% des patientes ont gardé leur enfant en peau à peau pendant les 2 heures du post-partum immédiat et ont pu le mettre au sein à ce moment-là. On peut noter que parmi les femmes ayant réalisé une mise au sein précoce, deux d'entre elles n'avaient pas de projet d'allaitement mais souhaitaient réaliser une simple tétée d'accueil. Par ailleurs, parmi les femmes n'ayant pas réalisé cette tétée précoce, deux n'ont pas pu le faire en raison d'une révision utérine sous anesthésie générale, les autres n'avaient pas de projet d'allaitement maternel.

4.3 ANALYSE DES DONNEES ET DISCUSSION

4.3.1 Analyse de la méthodologie

4.3.1.1 Les atouts de l'étude

Cette étude présente plusieurs atouts :

- Il s'agit d'un état des lieux global qui regroupe de nombreux critères. Cette étude est un reflet complet de l'accouchement en salle physiologique de 233 patientes ayant fait le parcours physiologique (soit la quasi-totalité des accouchements en salle physiologique depuis son ouverture jusqu'en décembre 2016).
- L'étude s'est basée sur l'étude des dossiers. L'analyse des informations recueillies dans ces dossiers nous a semblé être une approche plus exhaustive et précise que des entretiens ou des questionnaires auprès des patientes.
- Durant cette dernière année de formation, j'ai réalisé mon stage long de 6 mois au CHG, ce qui m'a permis d'être totalement immergée dans la structure et dans l'état d'esprit physiologique qui y réside. J'ai pu participer à des entretiens physiologiques et à des accouchements en salle nature, ce qui m'a aidé à prendre conscience du rôle de la sage-femme dans cette aventure. J'ai également pu appréhender le retour d'expérience de ces femmes en suites de couche : écoute, discussions, livre d'or...
- Notre discussion s'appuie sur de nombreux articles existant dans la littérature et donc sur une bibliographie étoffée.

4.3.1.2 Les difficultés et biais de l'étude

Cette étude comporte également des biais et limites :

- L'étude des dossiers était quelquefois incomplète. Parfois, certaines informations manquaient dans les dossiers comme les méthodes d'analgésie non médicamenteuses souvent non détaillées, ou l'évaluation de la douleur qui n'a pas pu être étudiée.
- Certains critères étudiés sont très subjectifs. Ceci est parlant avec l'estimation des pertes sanguines. En salle nature, il est difficile d'évaluer précisément les saignements : en position d'accouchement alternative, le sac de recueil n'est pas facilement utilisable. L'estimation est donc à l'appréciation de la sage-femme (pesée des protections, recueil dans le bassin...).
- Nous aurions aimé comparer nos résultats avec l'enquête périnatale de 2016. Cependant, les résultats de cette enquête n'ayant pas encore été publiés, nous avons dû nous baser pour certains critères sur l'enquête datant de 2010.

4.3.2 Analyse des résultats

4.3.2.1 Caractéristiques de la population

- **Age et parité :**

Nous pouvons nous rendre compte que la population étudiée est un peu plus âgée que l'ensemble des mamans françaises accouchant chaque année.

En effet, si on se base sur l'étude périnatale de 2010 (25), on constate que l'âge moyen des parturientes en France est de 29,7 ans alors que dans notre étude il s'élève à 31,5 ans.

En s'intéressant aux différentes classes d'âges détaillées dans le tableau ci-dessous, on remarque qu'à la maternité de Grasse, les femmes sont globalement plus âgées que dans la population générale. On remarque aussi qu'en salle nature, les femmes sont globalement encore plus âgées.

	Enquête périnatale 2010	Population générale du CHG	Salle nature CHG
< 20 ans	2,5%	1,2%	0%
20-24 ans	14,5%	10,9%	4,3%
25-29 ans	33,2%	30,3%	30,5%
30-34 ans	30,7%	35,5%	37,8%
35-39 ans	15,7%	16,7%	24%
≥ 40 ans	3,5%	5,4%	3,4%

Tableau XXII : Comparaison des âges des patientes dans la population générale et en salle nature

On peut émettre l'hypothèse que l'accouchement physiologique requiert une certaine « maturité ».

On compte d'ailleurs davantage de multipares que de primipares dans la population étudiée (61,4% contre 38,6%).

En prenant toujours comme référence l'enquête périnatale de 2010, on peut voir que ces chiffres diffèrent légèrement de la population générale dans laquelle il y a 43,4% de primipares et 56,6 % de multipares. A Grasse, ces chiffres sont respectivement de 49,5% et 50,5% : la salle nature attire donc plus de multipares.

Cela peut s'expliquer par le fait que les multipares ont déjà une expérience d'accouchement antérieur qui n'a pas forcément été à la hauteur de leurs attentes : « péridurale trop dosée », « manque de sensations », « médicalisation importante » sont des arguments retrouvés dans les projets de naissance qui motivent ces patientes à adopter une approche différente. Elles veulent donc ne pas réitérer cette expérience parfois traumatique et veulent être actrices de leur accouchement.

- Les patientes accouchant en salle nature sont globalement plus âgées que la population générale
- Le mauvais vécu d'un premier accouchement médicalisé influe sur le choix d'accoucher physiologiquement.

- **Situation familiale :**

Concernant les caractéristiques de la population, plus de 99%des patientes de l'étude vivaient en couple au moment de la naissance contre 61,4% dans la population générale (25).

Cette quasi-totalité de femmes en couple démontre que la présence du père est un point important.

Effectivement, les projets de naissance expriment dans la grande majorité des cas une volonté d'être accompagnée tout le long du travail et de l'accouchement par le futur papa. Les femmes souhaitent que le père ait sa place en salle de naissance.

Le père, lui, désire être actif, aussi bien dans l'aide à la gestion de la douleur que dans l'aide à la réalisation de postures et que dans la mise en œuvre de certains gestes comme la section du cordon ou le peau à peau.

- La présence du père est un élément essentiel pour les femmes désireuses de physiologie

- **Catégorie socio-professionnelle :**

Nous aurions pu penser que les patientes ayant un projet physiologique étaient pour la plupart des personnes de classes favorisées avec un niveau d'étude important.

Or, il apparaît que les catégories socio-professionnelles les plus représentées sont les professions intermédiaires et les employés. Les cadres n'arrivent qu'en troisième position.

Ainsi, la salle nature est attrayante pour toutes les catégories de femmes.

- Toutes les catégories socio-professionnelles sont représentées en salle nature. La profession n'influence pas le choix d'accoucher physiologiquement.

- **Domicile :**

Un point important est à noter à propos du lieu d'habitation : environ 40% des femmes ont une maternité autre que Grasse plus proche de leur domicile.

On peut donc en déduire que 2 femmes sur 5 ont choisi la maternité de Grasse pour la salle nature et le respect du processus physiologique de l'accouchement.

Cependant, on constate que dans la population générale de la maternité de Grasse, 65% des femmes viennent du bassin grassois contre 35% d'une zone géographique plus éloignée. Il y a donc très légèrement plus de femmes « non-grassoises » qui accouchent en salle nature par rapport à la salle conventionnelle. Par contre, en salle nature, les patientes viennent de zones plus éloignées comme le Var ou Nice.

- La salle nature attire des patientes de toute la région : au moins 2 patientes sur 5 ont choisi Grasse pour le pôle physiologique.

- **Antécédents d'accouchements non médicalisés :**

Pour terminer ce chapitre sur les caractéristiques de la population, l'analyse des données nous montre qu'un tiers des patientes a déjà accouché de manière physiologique sans analgésie péridurale voulue.

Nous pouvons conclure que ces vécus d'accouchements non médicalisés restent des expériences positives puisque les patientes décident de revivre cet évènement de la même manière.

4.3.2.2 Lieu d'accouchement et motifs d'accouchement...physiologique...en salle conventionnelle

Parmi les accouchements physiologiques étudiés, 70% ont eu lieu en salle nature contre 30% dans une salle classique.

Il existe plusieurs raisons à cela. Dans la plupart des cas, cela est indépendant de la volonté du personnel médical comme par exemple lorsque la salle nature est déjà occupée, l'accouchement est trop rapide ou la patiente change d'avis.

Au contraire, on peut remarquer que d'autres motifs sont médicaux comme le terme le jour de l'accouchement.

- **Le terme dépassé :**

Le terme « dépassé » est un sujet de débat dans l'équipe obstétricale de la maternité de Grasse. Il convient de rappeler les définitions à ce sujet et les risques du terme dépassé.

Dans le langage courant, nous utilisons l'expression « terme dépassé » de manière abusive. En effet, le terme dépassé concerne les grossesses au-delà de 42 SA. Entre 41 et 42 SA, on parle simplement de « grossesse prolongée ». (59)

Pourquoi la grossesse prolongée est-elle plus risquée ? Quels sont les risques ?

D'après le protocole du Réseau Méditerranée, il existe des complications possibles lors du terme dépassé (59) :

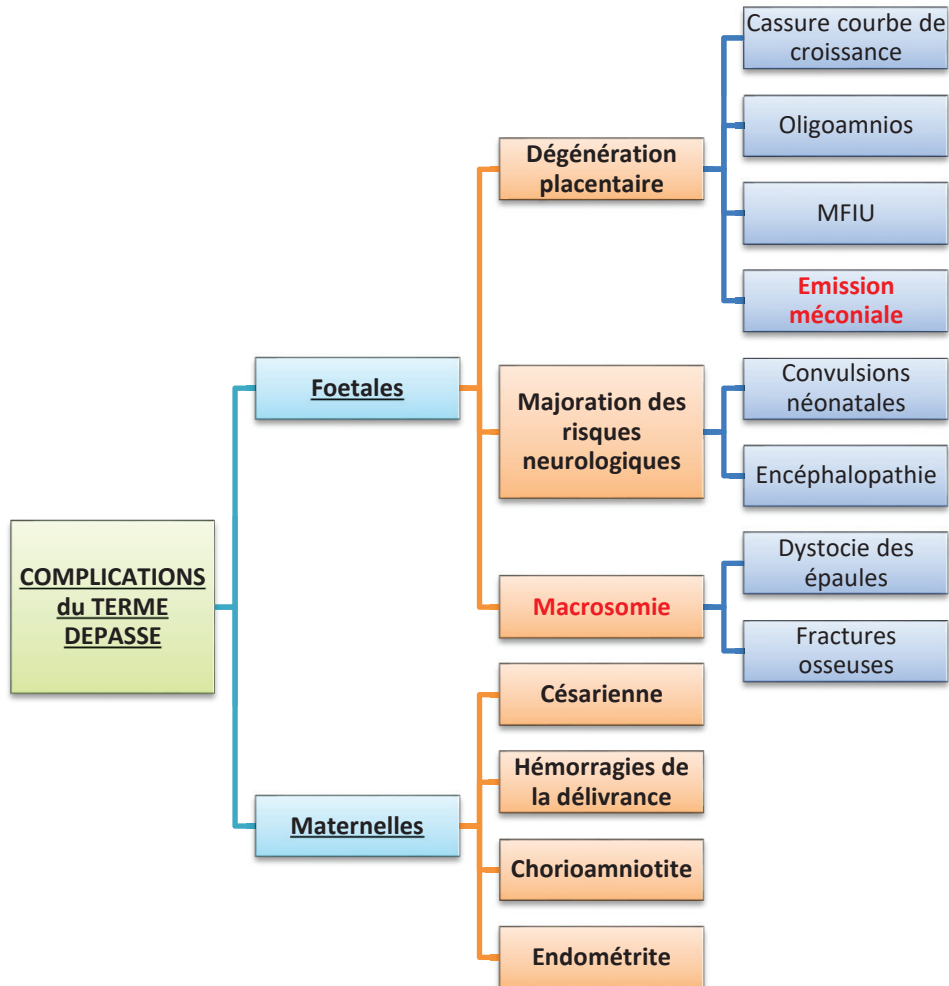


Figure 39: Les complications possibles de la grossesse prolongée et du terme dépassé

Ainsi, le débat sur le terme semble être tout à fait légitime au vu des risques potentiels, les plus fréquents étant la macrosomie et le liquide amniotique méconial.

Cependant, ces risques seraient majorés seulement au-delà de 42 SA et non au-delà de 41SA comme nous avons l'habitude de le dire.

Ceci est d'ailleurs confirmé par deux gynécologues obstétriciens dans un article définissant les facteurs de risques obstétricaux influençant l'accouchement. (31)

D'après le tableau ci-dessous, déjà cité dans la première partie, nous nous rendons bien compte que les risques sont augmentés au-delà de 42 SA.

Placenta bas inséré
Utérus cicatriciel
Macrosomie
Terme vérifié > 42 semaines d'aménorrhée
Présentation transverse ou en siège en fin de grossesse

Tableau XXIII : Facteurs de risques obstétricaux influençant l'accouchement

A Grasse, au vu du contrat signé pendant la grossesse, la naissance en salle nature est possible entre 37 SA et 41 SA. Entre 41 et 42SA, il existe des avis divergents parmi les professionnels de santé.

D'après notre étude, quelques dérogations ont été faites par l'équipe de garde à ce terme-là.

Parmi les dossiers étudiés, il y avait 15 patientes en situation de grossesse prolongée. Il est intéressant d'étudier leur cas :

- Parmi elles, six, soit 40%, ont été exclues de la salle nature à cause du terme avancé et ont accouché physiologiquement en salle conventionnelle.
- Et neuf, soit 60%, ont accouché en salle nature après discussion de l'ensemble de l'équipe de garde.

Nous allons nous intéresser à ces patientes ayant accouché physiologiquement en situation de terme « dépassé » (de 41 SA+ 1 jour à 41 SA + 3 jours) et aux complications éventuelles qu'elles ont pu avoir en raison de ce facteur de risque.

Il n'y a eu aucune complication concernant le dégagement des épaules, ni aucune complication sur l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, les scores d'Apgar étant tous de 9-10-10 ou 10-10-10.

En revanche, on compte deux hémorragies de la délivrance parmi ces 15 patientes, les deux ayant eu lieu en salle conventionnelle :

- Une atonie secondaire ayant nécessité une révision utérine et deux ampoules de Nalador et ayant saigné 1200ml, suite à une délivrance dirigée.
- Une délivrance incomplète ayant nécessité une révision utérine simple et ayant saigné 1000ml, suite à une délivrance naturelle.

Cette question reste donc ouverte : faut-il accepter les patientes en situation de grossesse prolongée en salle nature, sachant qu'on s'expose à des risques potentiels mais sachant également qu'en cas de doute, un changement de salle peut être effectué rapidement ?

Le plus sage serait de jouer la prudence en gérant un accouchement physiologique en salle conventionnelle.

Mais l'environnement reste néanmoins un facteur important et nous pouvons nous demander si un essai en salle nature ne pourrait pas être tenté, au risque de changer de salle au moindre signe d'alerte.

Peut-être qu'il serait intéressant pour ces patientes d'effectuer une échographie aux alentours de la fin du 8^{ème} mois de grossesse afin d'écartier une macrosomie. En l'absence de poids fœtal excessif et en l'absence de facteurs de risque surajoutés vis-à-vis de l'hémorragie de la délivrance, un accouchement en salle nature pourrait peut-être être envisageable jusqu'à 41SA+ 6 jours.

Nous notons que dans la structure « Margherita » de Florence décrite dans la première partie, l'exclusion de l'accouchement de la salle nature est effective à partir de 42 SA. Ceci n'a pas engendré de complications notables d'après le chef de service de cette maternité.

- Pour conclure, en cas de terme dépassé, il faut juger au cas par cas et laisser l'équipe obstétricale décider le jour J, selon son ressenti et selon la clinique. Chaque situation obstétricale est différente et mérite d'être évaluée personnellement.

4.3.2.3 Dilatation à l'admission en salle de naissance

Il est intéressant de se pencher sur la dilatation cervicale à l'admission en salle de naissance des femmes ayant un projet physiologique. En effet, on se rend compte :

- Qu'à peine une femme sur quatre arrive avant 3cm.
- Une femme sur deux arrive entre 3 et 5cm de dilatation
- Une femme sur quatre arrive entre 6cm et dilatation complète.

Nous n'avons pas trouvé de données concernant la dilatation cervicale lors de l'admission en salle de naissance pour la population générale. Cependant, au regard de notre pratique quotidienne, il apparait que la dilatation à l'arrivée des femmes ayant un projet physiologique semble être plus avancée que les autres. Cela tend à prouver que ces femmes sont peut-être plus confiantes et plus sereines dans leur travail. Elles sont parvenues à gérer la douleur à leur domicile de manière autonome pendant une plus longue période que les autres.

Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que ceci est dû à une motivation supérieure et un déterminisme vis-à-vis de leur projet et à une meilleure préparation en amont durant la grossesse. Effectivement, en étudiant les dossiers, nous nous sommes rendus compte que beaucoup d'entre elles ont pratiqué durant leur grossesse diverses pratiques comme notamment l'hypnose, l'haptonomie, le yoga et la sophrologie.

➤ Les femmes souhaitant accoucher en salle nature sont plus confiantes et sereines grâce à une préparation efficace par diverses approches pendant la grossesse.

4.3.2.4 Le travail : déroulement et durée

La gestion du travail et sa surveillance sont différentes en cas d'accouchement non médicalisé. Nous allons nous y intéresser pour savoir ce qui diffère.

- **La rupture de la poche des eaux :**

Tout d'abord, la rupture artificielle des membranes concerne seulement 18% des patientes étudiées, contre 51% dans la population générale (25). Ce geste est largement utilisé en France, et il est sûrement réalisé parfois à tort, en dehors de dystocie dynamique du travail.

En salle nature, l'amniotomie n'a jamais été réalisée avant l'effacement du col : la dilatation peut donc se faire de manière physiologique en présence de la poche des eaux.

Si ce geste est réalisé, il l'est seulement dans 1/3 des cas entre 3 cm et dilatation complète et dans 2/3 des cas à dilatation complète. On peut penser que cela est fait davantage par confort du soignant et contingence pratique que par indication médicale (afin d'éviter une inondation désagréable pendant les efforts expulsifs...).

Ainsi, les amniotomies d'indication médicale réalisées lors de la dilatation cervicale pour dystocie dynamique, ne représentent en fait que 6% des patientes.

La rupture artificielle des membranes ne fait pas partie du déroulement physiologique du travail car ce geste vise à accélérer le processus naturel, ce qui n'est pas dans la politique de la salle nature. Nous pouvons d'ailleurs remarquer qu'en laissant le processus naturel œuvrer, la poche se rompt spontanément en début de travail dans un quart des cas, pendant la dilatation cervicale dans un quart des cas et à dilatation complète dans la moitié des cas. Ceci est encore un argument pour affirmer que la poche des eaux n'est pas un obstacle à la dilatation.

Nous pouvons alors nous interroger sur la politique actuelle en obstétrique qui vise à accélérer les choses quasi-systématiquement. Pourquoi faut-il toujours aller plus vite ? En dehors de toute complication, quel est l'intérêt de briser la chronologie naturelle du travail en étant trop interventionniste ?

Le fait que ce geste soit très peu réalisé en salle nature serait une bonne approche. En effet, une rupture artificielle pourrait augmenter le seuil de la douleur de la patiente et la déstabiliser dans la gestion de l'inconfort des contractions.

Par ailleurs, une poche des eaux intacte est bénéfique pour le bien-être fœtal. Le liquide amniotique joue un rôle de protection contre les impacts extérieurs, en particulier celui des contractions utérines (60). Maintenir une poche des eaux intacte pendant toute la durée du travail pourrait donc empêcher ou limiter les anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Enfin, rompre la poche des eaux pourrait augmenter le risque infectieux : la poche des eaux a donc encore une fois un rôle de protection.

- La poche des eaux n'est pas un obstacle à la dilatation cervicale puisque dans la majorité des cas, la poche des eaux se rompt spontanément à dilatation complète.
- La poche des eaux joue un rôle protecteur pour le fœtus.
- La poche des eaux protège du risque infectieux (chorioamniotite).
- La poche des eaux préserve la parturiente d'un seuil de douleur augmentée.
- L'amniotomie pour dystocie dynamique n'est quasiment pas réalisée en salle nature (6%).

- La surveillance du travail :

Concernant la surveillance de l'avancement du travail et du bien-être fœtal, nous allons discuter de la réalisation de touchers vaginaux et de la surveillance fœtale par enregistrement cardio-tocographique.

- ✓ Les touchers vaginaux :

Il semble que la moyenne de touchers vaginaux soit environ d'un toutes les 1h15 en moyenne, soit 0,8 par heure.

Ce chiffre n'est pas très différent de la gestion d'un travail médicalisé où un toucher par heure est réalisé. Il se trouve que le poids des habitudes est un facteur qui nous freine pour changer nos pratiques.

Nous pouvons alors nous poser la question suivante : réaliser autant de touchers vaginaux n'est-il pas excessif en cas de travail non médicalisé ?

En effet, il peut exister des stagnations ou lenteurs de la dilatation en physiologie qui ne sont pas péjoratives, qui n'engendrent pas de complications notables et qui n'engendreront pas d'intervention de la part de la sage-femme, en l'absence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Par définition, la physiologie doit être exempte d'interventions médicales.

Certains auteurs (10) disent même que la définition des stades du travail normal établie par Friedman en 1950 est trop restrictive.

Depuis peu de temps, il est alors dit que la phase active du travail ne débiterait qu'à 6cm de dilatation cervicale. Il est recommandé d'examiner avant ce stade les femmes seulement toutes les 2 à 3 heures, afin d'éviter les interventions médicales inutiles voire nuisibles.

D'ailleurs, très récemment, en décembre 2016, des recommandations de pratiques professionnelles ont été établies et une définition de la dystocie a été donnée. Elle se définit par une vitesse de dilatation : (26) (61)

- Inférieure à 1cm toutes les quatre heures avant 6 cm
- Et inférieure à 1 cm toutes les deux heures de 7 cm à dilatation complète.

Cet argument supplémentaire basé sur des travaux récents prouve que nous devrions être plus indulgents sur la dilatation cervicale pendant le travail et laisser le corps œuvrer en évitant les actions inutiles, dans le mesure du raisonnable.

De plus, les touchers vaginaux ne sont pas dépourvus de dangers : il existe un potentiel risque infectieux. En diminuant le nombre de touchers vaginaux, le risque infectieux s'en trouve également réduit.

Bien entendu, le toucher vaginal reste le moyen d'appréciation de l'avancée du travail le plus utilisé et le plus reconnu puisqu'il évalue directement la dilatation cervicale.

Chaque sage-femme est libre d'effectuer ce geste quand elle en sent la nécessité. Cependant, quand on parle de travail et d'accouchement naturels, il est indispensable de surveiller la femme par d'autres moyens plus « subtils ». La sage-femme doit mettre en action ses compétences d'observation : observer l'évolution des comportements de la femme, son attitude, sa position, sa manière de respirer, ses sensations... Elle doit également palper l'utérus de la patiente afin d'évaluer la dynamique utérine, qui peut l'aider à savoir si le travail suit son cours normalement.

Il n'existe à l'heure actuelle pas de protocole désignant un mode de surveillance précis recommandé car chaque patiente est différente. Il ne doit pas y avoir de prise en charge systématique. Le toucher vaginal ne devrait avoir lieu qu'en cas d'indication clinique comme par exemple une hyper ou une hypokinésie de fréquence ou d'intensité, un liquide amniotique teinté, une anomalie du rythme cardiaque fœtal, ...

Ainsi, ce geste, peu agréable pour la patiente, doit être réalisé de façon modérée et toujours après avoir discuté avec la femme. Nous devrions peut-être essayer d'être moins interventionnistes à ce niveau, mais bien sûr en poursuivant une surveillance clinique attentive.

En débutant cette étude, nous avons émis l'hypothèse qu'au départ, lors de l'ouverture de la salle nature, l'équipe était moins habituée au suivi de l'accouchement physiologique et donc moins rassurée ; nous pensions donc qu'au fil du temps il y aurait une décroissance du nombre de touchers vaginaux, du fait d'une équipe plus à l'aise.

Finalement, ce n'est pas ce qui est ressorti des chiffres :

- En 2014, la moyenne de touchers vaginaux réalisés par heure de travail était de 0,66, soit 1 toutes les 1h30
- Puis en 2015, cette moyenne était de 0,89, soit un toucher toutes les 1h07
- Et enfin en 2016, cette moyenne était de 0,81, soit un toucher toutes les 1h14.

On peut conclure qu'il y a eu une élévation du nombre de touchers en 2015, du fait de l'augmentation du nombre d'intervenants en salle nature cette année-là. Puis en 2016, ce chiffre est en baisse, car probablement les sages-femmes sont plus confiantes et plus expérimentées dans ce domaine.

- Avant 6 cm, nous devrions réaliser seulement un toucher vaginal toutes les 2 à 3 heures.
- L'observation de la patiente devrait être un moyen de surveillance crucial en salle nature, guidant ainsi la nécessité de réaliser un toucher vaginal.
- Le toucher vaginal est source d'inconfort pour la patiente et engendre un risque infectieux, il doit donc être utilisé pour surveiller l'avancée du travail mais de manière modérée.

✓ L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal :

Le deuxième moyen de surveillance que nous allons étudier est l'enregistrement cardio-tocographique.

La réalisation de cet enregistrement est motivée par des raisons médico-légales donc obligatoire durant le travail.

○ La surveillance fœtale par auscultation intermittente :

La surveillance discontinue du rythme cardiaque fœtal (RCF) a été adoptée dès le 19^{ème} siècle, puis son utilisation a été renforcée au 20^{ème} siècle grâce au stéthoscope de Pinard. Ensuite ces pratiques ont laissé la place à l'auscultation intermittente par sonde Doppler et cardiographe électronique, qui permet une trace écrite.

En France, l'utilisation du stéthoscope de Pinard ou du sonicaid est peu courante de nos jours et pose un problème de traçabilité.

La définition de l'auscultation intermittente est décrite dans le paragraphe 2.2.2 sur l'accouchement physiologique. Elle doit être réalisée au moins toutes les 15 minutes en phase de dilatation et toutes les 5 minutes en phase expulsive. Elle consiste à évaluer le rythme cardiaque fœtal et les mouvements actifs fœtaux pendant au moins deux contractions utérines successives et pendant au moins 30 secondes suivant ces contractions. (33)

D'après plusieurs études, il est ressorti que l'enregistrement fœtal discontinu augmente le risque de convulsions néonatales, mais sans conséquence sur le pronostic de l'enfant à long terme. Par contre, ce type de surveillance diminue le taux de césariennes et d'extractions instrumentales, et ceci sans retentissement sur la mortalité périnatale. (62)

La plupart des pays ont adopté l'enregistrement discontinu (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni, ...) et cela a même fait l'objet d'une recommandation de la part de l'OMS en 2006 : la surveillance intermittente est recommandée pour les patientes à bas risque. (62)

○ **Enregistrement du RCF discontinu en salle nature au CHG :**

Dans la grande majorité des cas, les femmes bénéficient d'un monitoring de 45 minutes à leur admission et d'un monitoring durant l'expulsion. Entre ces deux moments, l'enregistrement cardio-tocographique est discontinu.

En salle nature, il existe un monitoring déambulatoire afin de permettre l'enregistrement cardio-tocographique dans toutes les positions, que ce soit dans la baignoire, sur le lit, sur le ballon, ... En moyenne, on constate que les patientes bénéficient de ce mode de surveillance pendant moins d'un tiers du temps de travail (29,5%), voire moins d'un quart du temps de travail si on tient davantage compte des femmes ayant un travail long donc plus représentatif (23,6%).

On constate que cet enregistrement discontinu est bénéfique pour la patiente car il lui permet d'être plus libre et mobile. De plus, avoir des sangles de monitoring en permanence serrées autour de l'abdomen serait inconfortable pour la patiente et l'empêcherait de gérer ses contractions de manière optimale.

Le son de l'appareil est souvent réglé au minimum dans le but de laisser la maman « dans sa bulle », de ne pas la perturber dans la gestion de la douleur.

- L'enregistrement intermittent cardio-tocographique est recommandé pour les patientes à bas risque et est déjà pratiqué dans de nombreux pays.
- En salle nature, l'enregistrement discontinu du rythme cardiaque fœtal est pratiqué, laissant à la femme une liberté de mouvements essentielle à la gestion de la douleur.

- La durée du travail :

- ✓ Le premier stade du travail :

Plusieurs travaux ont été effectués sur la durée du travail.

Dans cet écrit, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Friedman pour définir les stades du travail.

D'après Friedman, la 1^{ère} phase passive du travail (effacement du col) durerait en moyenne : (58)

- 9 heures chez la primipares
- 5h30 chez la multipare

D'après le même auteur, lors de la 1^{ère} phase active du travail (entre 3-4cm et dilatation complète), les primipares ont une vitesse de dilatation de 1,2cm/h et les multipares de 1,5cm/h. (57) Ainsi, cette phase durerait en moyenne : (58)

- 5h30 chez la primipare
- 2h30 chez la multipare

Nous notons que chez la primipare, l'effacement et la dilatation du col sont deux étapes successives alors qu'elles sont souvent simultanées chez la multipare

D'après une étude américaine sur la durée du travail réalisée sur plus de 60 000 femmes, la durée de la première phase du travail est en moyenne de 6 heures chez les primipares et de 3h40 chez les multipares. (58)

En comparant les données de ces travaux avec celles de notre étude, on retrouve globalement un temps de travail abaissé pour les patientes ayant accouché de manière physiologique.

La liberté de mouvements et de position est très certainement un facteur réducteur du temps de travail.

Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, certaines études récentes ont démontré que la phase de latence qui jusqu'à présent était définie jusqu'à 3-4cm, pourrait en fait se terminer à 6cm pour laisser place à la phase active. En effet, à ce stade il existe une accélération de la dilatation. Certains auteurs suggèrent même d'éviter les césariennes pour stagnation avant ce stade du travail car la phase de latence peut être allongée de manière non pathologique. (10)

✓ Le deuxième stade du travail :

Nous rappelons que cette phase débute à dilatation complète et s'étend jusqu'à l'accouchement. Cette phase permet l'engagement du mobile fœtal dans le bassin. Elle dure en moyenne : (58)

- 2 à 3 heures chez la primipare
- 2 heures chez la multipare

La durée du 2^{ème} stade passif du travail est très courte dans la population étudiée (en moyenne 19 minutes, 32 minutes pour les primipares et 11 pour les multipares).

On peut émettre plusieurs hypothèses à ce phénomène.

L'hypothèse la plus plausible serait le fait que la mobilité et les postures engendrent une liberté du bassin et donc facilitent la descente du mobile fœtal à travers les diamètres du bassin.

Une autre hypothèse serait que le diagnostic de dilatation complète est tardif en raison du nombre faible de touchers vaginaux réalisés.

Enfin, nous allons nous intéresser à la 2^{ème} phase active. Il existe deux attitudes possibles pour la gestion de cette phase :

- La poussée retardée, c'est à dire la poussée suite à une période de latence nécessaire à la descente du fœtus dans le bassin
- Et la poussée immédiate, c'est-à-dire débutée dès le diagnostic de dilatation complète.

Il semble que la poussée retardée soit bénéfique en termes de diminution des efforts expulsifs, des extractions instrumentales et de la fatigue maternelle. Les seuls points négatifs de cette poussée seraient une augmentation du taux de fièvre maternelle et un abaissement des pH au cordon. (63)

Au final, la poussée retardée semble être plus respectueuse de la physiologie et plus avantageuse. Ce type de poussée doit se baser, surtout en cas d'accouchement physiologique, sur l'observation des comportements maternels : il est essentiel d'attendre la survenue du réflexe expulsif instinctif de la femme. Ceci l'aidera à maîtriser ses contractions, ses poussées et sa douleur et ainsi favorisera un accouchement eutocique.

En France, la poussée retardée est la norme et le temps de poussée recommandé est de 30 minutes.

Les pratiques européennes sont différentes. Des études ont été réalisées chez des primipares : la médiane des efforts expulsifs est de 56 minutes en Irlande et 52 minutes au Royaume-Uni. (64)

Il a été prouvé que la prolongation des efforts expulsifs au-delà de 30 minutes n'engendre pas d'augmentation du nombre d'enfants en état d'asphyxie néonatale. (65)

C'est ce que nous pouvons observer dans notre étude : aucune complication néonatale notable n'a eu lieu chez les femmes ayant poussé plus de 30 minutes. Tous les scores d'Apgar de ces nouveau-nés étaient de 9 ou 10 à 5 et 10 minutes de vie.

Si nous poussons la réflexion, nous pouvons nous dire qu'en cas d'accouchement non médicalisé, il est d'autant plus acceptable de prolonger les efforts expulsifs.

En effet, le corps de la femme est soumis à la simple action de l'ocytocine naturelle. Contrairement au syntocinon synthétique, cette hormone naturelle peut entraîner des contractions utérines moins régulières et plus espacées : la durée d'efforts expulsifs peut alors s'allonger.

Pour conclure, concernant les efforts expulsifs, nous devons savoir repérer les comportements maternels évocateurs d'un réflexe de pousser et ne pas faire pousser la femme trop prématurément. D'après des études récentes, les pratiques étrangères et notre travail, il semblerait que prolonger les efforts expulsifs ne soit pas péjoratif pour le devenir maternel et néonatal.

- Le temps de travail en salle nature est globalement abaissé probablement grâce à la liberté de mouvements favorisant la descente du fœtus dans le bassin.
- Nous devrions tenir compte de la nouvelle définition des phases du premier stade du travail : phase passive jusqu'à 6 cm puis phase active dès 7 cm.
- La poussée retardée est à privilégier.
- Les efforts expulsifs prolongés au-delà de 30 minutes ne seraient pas péjoratifs, la durée d'une heure est recommandée dans d'autres pays européens.

- **Méthodes d'analgésie non médicamenteuses :**

En salle nature, les patientes utilisent diverses stratégies pour supporter au mieux la douleur.

On constate que la plus utilisée est la baignoire, pour 60% d'entre elles.

Le bain chaud a des vertus myorelaxantes et antalgiques importantes qui permettent de détendre la patiente en travail. Il est source de bien-être et permet la mobilité sans pesanteur. La chaleur permet un assouplissement du col en réduisant la tension musculaire.

Le bain permet-il de favoriser une dilatation plus rapide ?

En comparant les femmes ayant pris un bain et celles n'en ayant pas pris, on se rend compte que la phase de dilatation dure en moyenne :

- 336 minutes dans le premier groupe
- Et 144 minutes dans le deuxième.

Nous n'avons donc pas prouvé notre hypothèse de départ : le bain ne semble pas accélérer la vitesse de dilatation.

Il est possible que les femmes n'ayant pas utilisé la baignoire, ne l'ont pas fait en raison d'un travail trop rapide.

Ensuite, les postures et la déambulation sont exploitées dans la moitié des cas. Ce besoin de liberté de mouvements et de choix de posture est d'ailleurs explicité comme attente première dans 80% des projets de naissance d'après une étude réalisée à Grasse en 2015 (57).

Cette possibilité de se mouvoir serait donc un véritable atout dans la gestion de la douleur. De même, le ballon et la liane sont aussi appréciés par certaines patientes, notamment pour apaiser les douleurs dorsales.

Les multipares ayant déjà accouché de manière médicalisée décrivent souvent leur mauvais vécu vis-à-vis de la position en décubitus dorsal quasiment imposée et l'immobilité pendant le travail.

Concernant les autres méthodes d'analgésie non médicamenteuses (respiration, massages, chants, hypnose, yoga, homéopathie, acupuncture ...), un biais apparaît car elles sont très rarement consignées dans les dossiers obstétricaux.

- Les vertus myorelaxantes du bain, le changement de positions et la mobilité sont un point clé pour gérer la douleur en salle nature.

4.3.2.5 L'accouchement

- Mode de dégagement et état du périnée :

Nous pouvons penser que les présentations occipito-sacrées engendreraient davantage d'épisiotomies et de déchirures. Les patientes dans ce cas-là étaient peu nombreuses (10 patientes) mais nous retrouvons une seule épisiotomie dans ce groupe. Il n'y a donc à priori pas plus d'épisiotomies dans le cas de variétés postérieures. Cependant, la position d'accouchement en décubitus dorsal est majorée dans ce cas-là. (80%)

- Position d'accouchement :

Comme nous l'avons mentionné dans le paragraphe sur l'histoire de la naissance, la position en décubitus dorsal a été adoptée pour le confort de l'accoucheur lors des manœuvres obstétricales. De plus, cela est plus facile en cas d'analgésie péridurale car la femme est peu mobile. Mais depuis toujours, la femme accouche plutôt en position verticale ou latérale, ces positions étant plus naturelles et instinctives.

A l'heure actuelle, d'après une étude multicentrique réalisée en 2015 sur 551 femmes (66), 82,8% des femmes accouchent en décubitus dorsal, 3,1% en décubitus latéral, 0,7% en genu-pectoral, 1,4% assise et 0,2% debout.

Par opposition, en salle nature, les positions autres que dorsale, concernent la moitié des patientes. Ces chiffres sont même faussés car une partie des patientes ayant accouché en décubitus dorsal ont adopté cette position secondairement pour accélérer la naissance : le début des efforts expulsifs avait été entrepris spontanément dans une autre position.

On peut déduire qu'en l'absence d'analgésie péridurale, la femme va d'instinct adopter plus souvent une position « alternative ». Ces positions permettraient un meilleur confort pour la patiente, une mobilité du bassin plus importante et seraient bénéfiques pour le périnée. (10)

Nous pouvons néanmoins émettre l'hypothèse que, parfois, le poids des habitudes de la sage-femme joue un rôle important dans le choix de la position.

✓ Position d'accouchement et état du périnée :

Des méta-analyses de la Cochrane ont étudié le statut périnéal en fonction de la position d'accouchement en distinguant les patientes avec ou sans analgésie péridurale. Dans le premier groupe aucune conclusion n'a pu être tirée. Cependant dans le deuxième groupe, l'accouchement en position verticale (assise, genu-pectoral, debout, accroupie) engendrait significativement moins d'épisiotomie mais plus de déchirures du 2^{ème} degré vis-à-vis des positions horizontales (Dorsale, latérale). (10)

De plus, en France, plusieurs études ont comparé l'état du périnée en décubitus dorsal et latéral. Toutes ont tiré la même conclusion : en décubitus latéral, il y a plus de périnées intacts (56,9% versus 48,1%) et moins d'épisiotomies. (10)

Nous pouvons alors nous demander si ces résultats sont retrouvés dans notre étude en salle physiologique.

D'après la figure 20, on constate davantage de périnées intacts en position genu-pectorale et latérale qu'en décubitus dorsal. En comparant le nombre de périnées intacts en position dorsale versus genu-pectorale puis versus latérale par le test exact de Fisher, on constate les valeurs de p sont de respectivement 0,03 et 0,1. La position genu-pectorale est donc protectrice pour le périnée car il y a significativement plus de périnées intacts. Pour la position latérale, on parle de « tendance » : les résultats ne sont pas significatifs, sûrement en raison d'un effectif trop faible.

La parité influence également l'état du périnée. Le plus représentatif est d'étudier les primipares. Dans ce groupe, nos résultats semblent montrer un avantage dans la réduction du nombre de déchirures pour les positions genu-pectorale et latérale. Cependant, l'effectif des primipares étant assez faible dans notre étude, les valeurs de p (test de Fisher) ne sont pas significatives (p= 0,16 pour la position genu-pectorale versus dorsale et p= 0,29 pour la position latérale versus dorsale)

Plus généralement, si on compare l'état périnéal en salle physiologique par rapport à la population générale (25), on constate plusieurs choses :

- Il y a beaucoup moins d'épisiotomies dans notre étude que dans la population générale : 6,4% en salle nature versus 13,6% au CHG et 18,7% en France en 2015. (1)
- Il y a moins de déchirures du premier et second degré en salle physiologique : 34,3% versus 50% au CHG et 41,8% en France.
- Il n'y a aucune déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré parmi notre population étudiée alors qu'il y en a 0,3% au CHG et 0,8% dans la population générale.

On peut alors se dire que l'accouchement physiologique et la liberté de postures est protecteur pour le périnée car bien que notre étude compte un nombre de patientes limité, les pourcentages sont très parlants, notamment concernant l'épisiotomie.

Le fait de réaliser peu d'épisiotomies n'engendre pas de complications graves : dans notre étude, nous comptons très peu de déchirures du 2^{ème} degré et aucun périnée complet.

De nombreuses femmes expriment dans leur projet de naissance le vœu de ne pas subir ce geste traumatisant et angoissant à leurs yeux : bien que nous ne puissions pas leur garantir cela, nous essayons autant que possible de le limiter.

✓ Position d'accouchement et durée des efforts expulsifs :

Une autre question intéressante serait de savoir si la position d'accouchement a un impact sur la durée des efforts expulsifs. Une revue de 19 études a en effet démontré que la position latérale diminuait la durée du second stade du travail en comparaison à la position allongée sur le dos. (64)

Les chiffres de notre étude montrent que globalement, la durée de poussée est plus faible dans les positions autres que dorsales. (Figure 28)

En comparant plus précisément les patientes accouchant en décubitus dorsal et latéral grâce au test de Student, on obtient une valeur de p de 0,0021 : la position latérale réduit donc de manière significative la durée des efforts expulsifs, ce qui confirme les données de la littérature.

En réalisant le même test mais vis-à-vis de la position genu-pectorale, la valeur de p est de 0,016 : ce résultat est significatif, il tend à montrer que la position genu-pectorale est également favorable pour réduire la durée des efforts expulsifs.

La position accroupie semble augmenter la durée d'efforts expulsifs chez les primipares et la diminuer chez les multipares et la position debout semble réduire globalement cette durée mais ces résultats sont peu exploitables en raison du nombre trop faible de patientes.

- La moitié des patientes accouchent autrement qu'en décubitus dorsal
- Les positions genu-pectorale et latérale protègent le périnée des déchirures et des épisiotomies.
- Il y a moins de déchirures et d'épisiotomies en salle physiologique qu'en salle classique
- La durée des efforts expulsifs en décubitus latéral et genu-pectorale est plus faible qu'en décubitus dorsal.

- La délivrance :

Dans la population générale, l'incidence de l'hémorragie du post-partum est estimée entre 5 et 10% (2% pour les hémorragies sévères). Cette complication obstétricale constitue la première cause de décès maternel (16%) et engendre une morbidité importante (transfusion, réanimation, gestes chirurgicaux...) (67)

Pour prévenir cette complication redoutée en obstétrique, le Collège National des Gynécologues-obstétriciens de France a émis des recommandations en 2014 : « L'administration préventive d'utérotoniques est efficace pour réduire l'incidence des HPP et l'oxytocine est le traitement à privilégier (grade A) ». En France, 83% des patientes reçoivent une injection préventive d'ocytocine (25).

Comme nous l'avons évoqué auparavant, à Grasse, la délivrance dirigée n'est plus effectuée en salle physiologique depuis le 30 mars 2015. Un mémoire de sage-femme a été réalisé en 2016 à ce propos. (68) L'étude visait à démontrer le type de délivrance le plus adapté à l'accouchement physiologique en étudiant le mode de délivrance de 103 patientes (67 délivrances naturelles et 36 délivrances dirigées). Le taux de complications de la délivrance tendait à être plus important dans le groupe « délivrance dirigée ». Mais ces résultats n'étaient pas significatifs, probablement en raison d'un nombre de patientes limité. ($p=0,09$)

Dans notre étude, il y a eu au total 6% d'hémorragies et 2,1% d'hémorragies sévères :

- Pour les délivrances naturelles : 5,4% d'hémorragies modérées et 1,2% d'hémorragies sévères
- Pour les délivrances dirigées : 7,6% d'hémorragies modérées et 4,5% d'hémorragies sévères.

Ces chiffres semblent être en adéquation avec la moyenne nationale et la moyenne de Grasse (6,3% d'hémorragies et 0,7% d'hémorragies sévères) hormis une légère augmentation des hémorragies sévères, surtout dans le cas de délivrance dirigée.

Nous ne trouvons pas non plus de différence concernant le nombre de délivrances artificielles dans la population générale du CHG (4,4%), versus la salle nature (4,3%). Cependant, il existe une grande différence concernant les révisions utérines : 1,7% en salle nature contre 8,9% en salle conventionnelle à Grasse. Il y a donc moins de délivrances incomplètes en salle nature.

En comparant la délivrance naturelle et dirigée, nous ne trouvons pas de différence concernant le délai entre l'accouchement et la délivrance, ni pour les pertes sanguines. Ceci est en adéquation avec le mémoire cité dans le paragraphe précédent. (68)

Nous avons calculé la valeur du p de significativité (Test de Fisher) en comparant le nombre d'hémorragies dans le cas d'une délivrance dirigée versus une délivrance naturelle. La valeur est de 0,19 pour toutes les hémorragies et 0,14 pour les hémorragies sévères. Ceci n'est donc pas significatif en raison du nombre faible de patientes dans ce cas mais tend à montrer un avantage pour la délivrance naturelle, ou du moins pas d'effets délétères.

En comparant les types de délivrances dans le groupe « délivrance dirigée » et « délivrance naturelle », on se rend compte que 3,6% des patientes ayant eu une délivrance naturelle ont dû avoir une révision utérine contre 4,5% dans le groupe « délivrance dirigée ». La valeur de p est alors de 0,72 : ce résultat n'est pas significatif.

Si on s'intéresse exclusivement aux délivrances artificielles dans les 2 groupes sus-cités, on obtient une valeur de p de 0,0063 : ce résultat est très significatif. On peut donc affirmer que la **délivrance dirigée entraîne davantage de non-décollement ou d'enchatonnement placentaire que la délivrance naturelle.**

Ainsi, ces éléments nous poussent à penser que la délivrance naturelle est à privilégier pour les patientes à bas risque car elle n'engendre pas de conséquences négatives et est même bénéfique pour certains aspects. La délivrance dirigée devrait être réservée aux patientes ayant des facteurs de risque spécifiques (obésité, multiparité, grossesses multiples, macrosomie...) ou ayant eu un travail dirigé par syntocinon car dans ces 2 cas, l'utérus est moins contractile. En cas de travail physiologique, il paraît cohérent de continuer dans la même logique et de ne pas médicaliser la délivrance, d'autant que l'ocytocine de synthèse perturberait l'action de l'ocytocine naturelle.

Nous pouvons également nous demander s'il existe une différence de durée de délivrance entre les femmes avec et sans hémorragie de la délivrance : on trouve une valeur de p de 0,055 (Test de Student). On peut en conclure que les patientes qui ont une hémorragie de la délivrance ont tendance à délivrer plus lentement que les autres.

- Il y a moins de délivrances incomplètes en salle nature qu'en salle conventionnelle à Grasse.
- La délivrance naturelle tend à engendrer moins d'hémorragies et moins d'hémorragies sévères.
- La délivrance naturelle engendre moins de délivrances artificielles pour enchatonnement ou non-décollement placentaire
- La délivrance naturelle serait à favoriser dans la continuité de l'accouchement physiologique.
- Respecter la délivrance naturelle est conforme aux souhaits des patientes.

4.3.2.6 Le nouveau-né

Le poids moyen des nouveau-nés en salle nature est très légèrement supérieur à la moyenne nationale : 3343g contre 3254g. (25) Ceci s'explique par le fait qu'en salle nature, il n'y a pas de prématurés, ni de grossesses pathologiques entraînant des petits poids pour l'âge gestationnel ou des fœtus hypotrophes. Il y a donc davantage de nouveau-nés pesant de 3 à 4 kg que dans la population générale.

Poids de naissance	Enquête périnatale 2010	Salle physiologique de Grasse
≤ 499g	0,1%	0%
500-900g	0,6%	0%
1000-1499g	0,7%	0%
1500-1999g	1,4%	0%
2000-2499g	4,4%	0,9%
2500-2999g	19,5%	16,7%
3000-3499g	40,4%	48,5%
3500-3999g	26%	30%
4000-4499g	6,3%	3,9%
≥ 4500g	0,7%	0%

Tableau XXIV : Comparaison des poids de naissance dans la population générale et en salle nature

Un paramètre intéressant à étudier est le score d'Apgar : est-ce que l'accouchement physiologique et sa prise en charge engendre une répercussion sur l'état néonatal de l'enfant ?

Score d'Apgar		Enquête périnatale 2010	Salle physiologique de Grasse
<u>A</u> 1 minute de vie	≤ 5	3,7%	2,1%
	6 ou 7	3,4%	0,4%
	8 ou 9	20,7%	15%
	10	72,2%	82,4%
<u>A</u> 5 minutes de vie	≤ 5	0,5%	0,4%
	6 ou 7	1,2%	0%
	8 ou 9	5,6%	0,9%
	10	92,7%	98,7%

Tableau XXV : Comparaison des scores d'Apgar dans la population générale et en salle nature

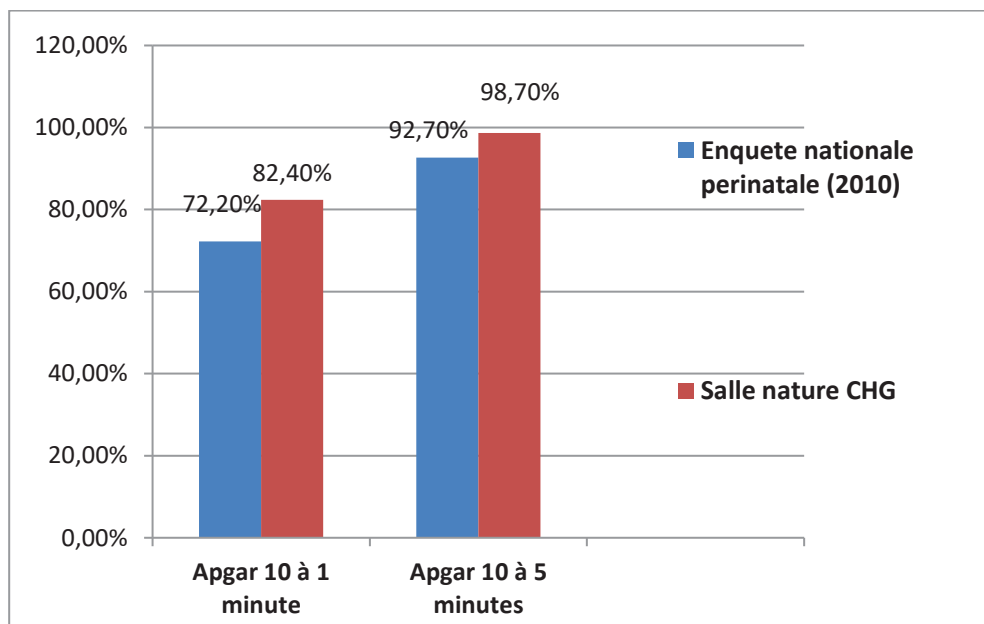


Figure 40 : Comparaison des scores d'Apgar 10 à 1 et 5 minutes en France et en salle nature (%)

Nous pouvons facilement observer que les scores d'Apgar en salle nature dans notre étude sont plus favorables que dans la population générale. (25) Le mode de surveillance (notamment le monitoring discontinu) et l'accouchement physiologique n'ont donc pas de répercussions sur l'état néonatal.

94% des mamans ayant accouché en salle nature ont fait le choix d'allaiter leur enfant, contre 70% au CHG et 68% dans la population générale (dont 8,5% d'allaitement mixte) (25) L'allaitement maternel s'inscrit dans la continuité logique de l'accouchement naturel. D'ailleurs, beaucoup de femmes expriment ce désir qui leur tient à cœur dans leur projet de naissance.

La quasi-totalité des patientes ont réalisé deux heures de peau à peau avec leur enfant. Ce souhait est décrit dans presque tous les projets de naissance. Beaucoup de femmes ignorent que nous réalisons ce geste dès que possible pour tous les accouchements. Ce peau à peau est essentiel quand il est possible car il permet de tisser un premier lien fort entre la mère et son enfant, lien nécessaire au phénomène d'attachement. Cette proximité mère-enfant, ces échanges de regard (avec les deux parents), cette première tétée sont des moments essentiels. Les protagonistes se découvrent et récupèrent du moment intense fraîchement vécu.

4.3.3 Propositions et pistes d'amélioration

Ce mémoire nous a permis de discuter sur la politique de naissance en France et sur les changements qui commencent à émerger :

- Tant au niveau des patientes (demande de démedicalisation),
- Qu'au niveau des professionnels de santé (nouvelles recommandations pour les grossesses à bas risque, émergence d'alternatives moins médicalisées, remise en cause de l'utilisation abusive du syntocinon...)

Nous allons soumettre plusieurs propositions d'amélioration et axes de réflexions, à propos de la gestion du travail en salle nature, mais également de tout travail physiologique en cas de grossesses à bas risque :

La rupture artificielle des membranes ne devrait pas être réalisée en l'absence de vraie indication obstétricale, à savoir la stagnation de la dilatation cervicale car :

- La présence de la poche des eaux n'empêche pas la dilatation.
- La présence de la poche des eaux est protectrice du bien-être fœtal puisqu'elle elle préserve l'enfant des impacts extérieurs et notamment des contractions utérines. (60)
- La présence de la poche des eaux réduit le risque infectieux.
- La rupture de celle-ci pourrait provoquer chez la patiente une douleur supplémentaire difficile à gérer, source d'angoisse et de perte de confiance.

Nous devrions changer notre vision des stades du travail :

- La phase active du premier stade du travail ne débiterait qu'à partir de 6 cm, moment où la vitesse de dilatation du col subit une accélération. (10)
- On parle de dystocie dynamique seulement au bout de : (26)
 - 4 heures entre 3 et 6 cm
 - 2 heures entre 7 cm et dilatation complète

La surveillance maternelle et fœtale pendant le travail pourrait parfois être assouplie car :

- La surveillance devrait davantage s'appuyer sur la clinique : sensations et comportements maternels, contractions et relâchements utérins, positions maternelles, ...
- Le suivi du travail par des touchers vaginaux répétés peut engendrer un risque infectieux et est source d'inconfort et de stress pour la parturiente.
- L'enregistrement cardio-tocographique discontinu est bénéfique pour la liberté de mouvements de la patiente et il n'a pas d'effets péjoratifs sur le bien-être de l'enfant à long terme. Il diminuerait le taux de césariennes et d'extractions instrumentales. (62)

Les efforts expulsifs pourraient être prolongés dans le cas d'un accouchement à bas risque avec un rythme cardiaque fœtal d'expulsion normal car :

- Dans d'autres pays européens, le temps d'efforts expulsifs est supérieur au temps recommandé en France, sans conséquences néonatales notables. (65) (64)
- Dans notre étude, aucune complication n'a eu lieu chez les parturientes ayant poussé plus de 30 minutes.
- L'ocytocine naturelle sécrétée lors du travail physiologique peut parfois engendrer des contractions utérines plus espacées, prolongeant ainsi la durée des efforts expulsifs.
- Dans tous les cas, il est impératif de repérer l'apparition du réflexe expulsif maternel et de débiter la poussée à ce moment-là. (63)

Il ne faudrait pas imposer une position d'accouchement en décubitus dorsal pour les patientes souhaitant accoucher autrement car :

- La patiente parviendrait mieux à gérer sa douleur dans la position qu'elle choisit.
- Les positions et la mobilité du bassin permettraient de diminuer les tensions et donc les situations d'inconfort pour la patiente, tout en facilitant la descente du fœtus dans le bassin.
- Les positions latérale et genu-pectorale semblent être protectrices pour le périnée.
- Ces deux positions réduisent la durée des efforts expulsifs.
- En cas de difficulté, un changement de position est toujours possible.

Nous devrions continuer de réaliser la délivrance naturelle en cas de travail et d'accouchement physiologiques car :

- La délivrance dirigée engendre davantage d'enchatonnements placentaires et donc de délivrances artificielles et révisions utérines.
- La délivrance naturelle n'engendre pas plus d'hémorragies de la délivrance.

5 . CONCLUSION

Dans notre société où la médicalisation est omniprésente en obstétrique, il commence à émerger des alternatives pour une naissance plus physiologique (salle nature, maisons de naissances depuis 2016, ...). Les pratiques obstétricales évoluent et certaines d'entre elles commencent à être remises en cause. Le fait que la naissance soit envisagée autrement en Europe, avec de meilleurs chiffres de périnatalité, amène à se poser des questions.

Plusieurs instances se penchent sur ce sujet, ce qui montre qu'il y a un certain regain pour la physiologie. Un article très intéressant « Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal ? » est disponible depuis 2014. Actuellement, un texte de la HAS intitulé « accouchement normal dont physiologique » est en cours de rédaction. Par ailleurs, le CIANE publiera bientôt des « Recommandations de bonnes pratiques pour la prise en charge physiologique de l'accouchement à bas risque ».

La salle nature est une bonne opportunité pour les femmes recherchant une démedicalisation de la naissance. Actuellement, environ 10% des patientes du CHG en font la demande. Elle leur offre la possibilité de vivre l'accouchement « comme à la maison » dans un cadre sécurisé. « Se sentir libres, maitres de notre instinct et autonomes », « Se sentir respectée », « dans cet environnement si apaisant », « Etre entourée des bonnes personnes », « Ne pas subir de médicalisation lors d'une naissance normale », « Etre accompagné comme cela n'a pas de prix pour gagner de la confiance en soi et en son corps » ... sont tant de motivations qui poussent les couples à vivre cette expérience. (Extraits du livre d'or)

Comme l'a si bien décrit une patiente, c'est un « mélange d'émotions, de sensations pour finir en apothéose » qui permet de ressentir « l'incroyable puissance de la vie ».

La sage-femme, elle, aborde le travail différemment, est moins interventionniste. Elle doit adopter une autre approche, d'autres réflexes, d'autres normes. Son soutien empathique, sa disponibilité importante, ses encouragements tout au long du travail sont essentiels. C'est en quelque sorte une redécouverte de son métier.

Au travers de cette étude de dossiers, nous avons voulu établir un état des lieux de la prise en charge de l'accouchement physiologique à la maternité de Grasse.

Ceci nous a permis d'évaluer, d'analyser et de discuter de certaines pistes allant dans le sens de la « démedicalisation » et du respect du processus physiologique.

Les thèmes principaux de discussion ont été :

- La surveillance et les interventions pendant le travail : la chronologie du travail naturel devrait être respectée et sa surveillance assouplie (moins de touchers vaginaux, davantage d'observations comportementales ...)
- L'état périnéal : les déchirures et épisiotomies semblent être réduites en positions d'accouchement genu-pectorale et latérale.
- Les efforts expulsifs : ils semblent être réduits en position d'accouchement alternative et leur prolongation au-delà de 30 minutes ne semble pas être péjorative.
- La délivrance : la délivrance naturelle semble être tout indiquée en salle nature car elle engendre moins d'enchatonnements placentaires et pas davantage de saignements que la délivrance dirigée.
- Les exclusions de la salle nature : la problématique du terme dépassé pourrait être rediscutée.

Il serait intéressant de réaliser à nouveau cette étude dans plusieurs années, afin d'obtenir un nombre plus conséquent de patientes pour être plus représentatif.

Comparer les résultats obtenus avec l'étude périnatale de 2016 dont les résultats n'ont pas encore été publiés pourrait aussi amener du poids à ce travail.

Enfin, l'expérimentation des maisons de naissance en cours et leur évaluation prévue amènera aussi une autre vision de la naissance en France.

6 . BIBLIOGRAPHIE

1. Réseau Méditerranée, *Analyse des données PMSI 2012, 2013, 2014, 2015*.
2. GIRAUD Anna, *Accoucher "naturellement": profils, attentes et motivations des femmes enceintes..* Vocation sage-femme n°117, Novembre-décembre 2015, pp. 14-17.
3. FOURCADE Olivier. *Traité d'anesthésie et de réanimation, 4ème édition*. 2014. pp. 533-534.
4. AKRICH Madeleine, *Accoucher à domicile ? Comparaison France/Pays-Bas*. 2007.
5. *Plan de périnatalité 2005-2007: "Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité"*. 2004.
6. COULON-ARPIN Madeleine, *La maternité et les sages-femmes de la préhistoire au XXè siècle*. 1981.
7. MONTAZEAU Odile, BETHUYS Jeanne. *Histoire de la formation des sages-femmes en France*. Université médicale virtuelle francophone, 2011-2012.
8. GOLLY Séverine, *Les couches difficiles et l'arrivée des hommes sur la scène de l'accouchement*. Mémoire école de sages-femmes de St Antoine, 2015.
9. MOREL Marie-France (Haut conseil de la santé publique) *Histoire de la naissance en France*, Actualité et dossier en santé publique, Décembre 2007-Mars 2008 , pp. 22-28.
10. LE RAY C., THEAU A., MENARD S., GOFFINET F., *Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal?*. La Revue sage-femme n° 13, 2014 , pp. 242-252.
11. THEVENET, Simone, *Un projet de pôle physiologique en maternité*. Vocation Sage-femme n° 51, Avril 2007, pp. 12-13.
12. Conseil de l'ordre des sages-femmes., *Histoire de l'ordre- Rôles et missions*. 2017.
13. Conseil de l'ordre des sages-femmes, *Le livre blanc du conseil national de l'ordre des sages-femmes: 12 propositions pour la santé des femmes*, 2016.
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/le-livre-blanc-du-conseil-national-de-lordre-des-sages-femmes-12-propositions-pour-la-sante-des-femmes/>.
14. DAUPTAIN G., GAUCHERAND P., COHEN H., VIGE P., BERTHET J., MURRAY J M., SAINT-LEGER S., SCHWETERLE F., STAMPF F., RACINET C., MARIA B. , *Accoucher et Naître en France: Propositions pour changer les naissances*, Journal de Gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, n° 32, 2003, pp. 606-616.
15. ENKIN M., KEIRSE M., NEILSON J., CROWTHER C., DULEY L., HODNETT E., HOFMEYR J., *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford University Press, 2000.
16. OMS. *Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique*, Genève, 1997.
17. MIKELIC T., *L'accompagnement des femmes à bas risque obstétrical en France et au Royaume-Uni*, Les Dossiers de l'obstétrique, n°368, 2008.
18. NICE. *Intrapartum care for healthy women and babies, Clinical guideline*, Décembre 2014, <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations>.
19. BBC, *Patient-run epidurals 'may cut need for intervention*, 10 Février 2011. <http://www.bbc.com/news/health-12401970>.
20. . LE POUL-PETIT S., *La physiologie...Les dossiers de l'obstétrique*, n°458, Mai 2016, p. 26.
21. KCE Centre fédéral d'expertise des soins de santé, *Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque*. 2010.

22. **GARNIER Claire**, *L'accouchement dans le monde*.
<http://modesdevie.com/l-accouchement-dans-le-monde/>.
23. Dr **SANTINI**, "*Marguerita*": *ou l'expérimentation d'une unité physiologique à Florence*. 2016.
24. **CIANE, ONSSF, CNSF, ANSFC, CNEMa, ANESF**. *Contribution commune: la filière physiologique en obstétrique*. Février- Juin 2015.
25. **BLONDEL B., KERMARRECM., (INSERM)** *Enquête périnatale 2010: Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, Mai 2011.
26. **BERANGER R., CHANTRY AA.**, *Recommandations pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané. Définitions et caractéristiques du travail normal et anormal*, La Revue Sage-Femme, n°16, Février 2017,
27. **FABRICE Pierre**, *Actualité et dossier en santé publique. Les maternités au sein du réseau périnatal: organisation actuelle et enjeu à venir, 2007-2008*, p 61-62
28. **Républiquefrançaise.** . *Décret n°98-899 et n°98-900 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.* : Editions du journal officiel de la république française, Octobre 1998.
29. **CIANE**. *Enquête sur les accouchements: Respect des souhaits et vécu de l'accouchement*, Dossier N°3, Aout 2012.
30. **Le Petit Robert**. pp. 1720-1721.
31. **COLMANT C., FRYDMAN R.**, *Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque?*, Gynécologie Obstétrique et Fertilité, n° 37, 2009, pp. 195-199.
32. . **DE GUNZBOURG H.**, *Où est la sage-femme? Entre Maïeutique et physiologie...*, Les Dossiers de l'obstétrique, n° 458, Mai 2016, pp. 21-24.
33. **FONTANAROSA, Nicolas.** « *Surveillance foetale chez les femmes enceintes à bas risque* », Conférence à Nice le 18/10/2016.
34. **VERDINO S., AZCUE M., MACCAGNAN S.** *La péridurale, entre émancipation et norme*, La Revue Sage-femme, n° 14, 2015, pp. 45-49.
35. **OTIGBAH C., DHANJAL MK., HARMSWORTH G., CHARD T.**, *A retrospective comparison of water births and conventional vaginal deliveries*, Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, n° 91, 2000, pp. 15-20.
36. **CLUETT ER., BURNS E.**, Cochrane Database, *Immersion in water in labour and birth*, 2009.
37. **LAWRENCE A., LEWIS L., HOFMEYR GJ., DOWSWELL T., STYLES C.**, *Maternal positions ans mobility during first stage labour*. Cochrane Database, 2009.
38. **KOZLOWSKIB., GALLOTD., POUMEYROLD., LEYMARIEMC.**, *L'hydratation orale pendant le travail d'accouchement. Etat des lieux des pratiques des sages-femmes dans les maternités d'Auvergne*, La Revue Sage-femme, n° 11, 2012, pp. 9-15.
39. **SFAR**. *Recommandations pour la pratique clinique: Les blocs périmédullaires chez l'adulte*. 2006.
40. **CIANE**, *Présentation du CIANE*. 2015.
41. **CIANE**, *Physiologie de l'accouchement: le CIANE donne sa position*. Juillet 2015.
42. **CIANE**, *Une demande croissante pour des approches moins médicalisées*, 22 mai 2013. <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/05/CPSallesNatures.pdf>.
43. **CIANE**, *Carte des salles nature et unités physiologiques en France*, <https://batchgeo.com/map/92fdf3c0fce93bfdffbe27648e5460e7>.

44. **CIANE**, Recensement des salles nature, pôles physiologiques et maisons de naissance en France, Juillet 2013. <http://ciane.net/wiki/pmwiki.php?n=Ciane.SallesNatures>.
45. **Collectif Maisons de Naissance**, *Qu'est-ce qu'une maison de naissance?* <https://maisonsdenaissance.wordpress.com/qu%E2%80%99est-ce-qu%E2%80%99une-maison-de-naissance/>.
46. **CIANE**. Maisons de naissance: documents principaux. <http://ciane.net/wiki/pmwiki.php?n=Ciane.MaisonsDeNaissance>.
47. **BUZENET Christine**, *9 Maisons de naissance pour valoriser la science et l'art de la maïeutique*, Les Dossiers de l'obstétrique, n° 456, Mai 2016, pp. 4-7.
48. **AKOUKA C.**, *Maisons de naissance: un an après, le premier bilan*. Contact sages-femmes n° 49, 2017
49. **D Y-M.**, *Autorisation des maisons de naissance*. OptionBio.Janvier 2014
50. **Assemblée nationale, Sénat, LOI n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance**, Journal officiel, n° 284, 7 décembre 2013, p. 19954.
51. **HAS**. *Cahier des charges de l'expérimentation: Maisons de naissance*, Septembre 2014.
52. **VALLS Manuel, TOURAIN Marisol**, *Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance*. JORF n° 0176, Texte n°19, 1 Aout 2015
53. **GAUDINEAU., SAULEAUEA., NISAND I., LANGERB.**, *Issues obstétricales et néonatales en "maison de la naissance": une étude cas-témoins*, Gynécologie, obstétrique et fertilité, n° 40, 2012, pp. 524-528.
54. **FAUCONC., BRILLACT.**, *Accouchement à domicile ou à l'hôpital: comparaison des risques à travers une revue de la littérature internationale*. Gynécologie Obstétrique et fertilité, n° 41, 2013, pp. 388-393.
55. **NIZARD J. (CNGOF)**, *Maisons de naissance en Europe*, 2010.
56. [<http://www.ch-grasse.fr/le-centre-hospitalier/histoire-437.html>].
57. **WALGER Tatiana**, *Motivations et vécu des femmes souhaitant accoucher en salle physiologique au Centre hospitalier de Grasse*. Mémoire de l'école de sages-femmes de Nice, 2016.
58. **KAYEM G.**, *Déroulement du travail: quelles définitions de la normalité ou de la dystocie?*, Gynécologie, Obstétrique et fertilité, n°43, Mars 2015, pp. 319-323.
59. **AMIEL, RESEAU SECURITE NAISSANCE**, *Protocole obstétrical n°6: Terme dépassé*. 2014.
60. **CNGOF**. *Surveillance foetale par le RCF*. 2016.
61. **GUILLAUME S.**, *Recommandations pour la pratique clinique*. Contact sages-femmes n°49, 2017.
62. **BRETELLE F., LE DU R., FOULHY C.**, *Surveillance foetale continue ou discontinue, télémétrie et centrale d'analyse*. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction n° 37S, 2008, , pp. 23-33.
63. **SCHAALJP., DREYFUSM., BRETELLEF., CARBONNEB.**, *Durée des efforts expulsifs: Pousser n'est pas jouer. Réponse à l'article de C. Le Ray et F. Audibert*, Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la reproduction, n°37, 2008, , pp. 715-724.
64. **LE RAY C., AUDIBERT F** *Durée des efforts expulsifs: données de la littérature..* Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, n° 37, 2008, , pp. 325-328.

- 65. LE RAY C., WINER N., DREYFUS M., AUDIBERT F., GOFFINET F.,** *Etat néonatal et durée des efforts expulsifs chez les primipares à bas risque: données observationnelles dans 138 maternités françaises*, Journal de gynécologie, obstétrique et fertilité, n° 39, 2010, pp. 297-304.
- 66. DESSEAUVE D., GACHON B., BERTHERAT P., FRADET L., LACOUTURE P., PIERRE F.,** *Dans quelle position les femmes accouchent-elles en 2015? Résultats d'un étude projective régionale multicentrique*, Gynécologie, Obstétrique et fertilité, n°44, Juin 2016 , pp. 548-556.
- 67. CNGOF.** *Recommandations pour la pratique clinique: Les hémorragies du post-partum*. 2014.
- 68. FLEURIOT, C.,** Mémoire: *Etat des lieux de La délivrance en salle physiologique à la maternité de Grasse. Etude rétrospective monocentrique*. Nice, 2016.
- 69. HORTON R., ASTUDILLO O.** The power of midwifery. *The Lancet*. 23 Juin 2014. www.thelancet.com,.
- 70. SANDALL J, SOLTANI H, GATES S, SHENNAN A, DEVANE D.** *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review)*, 2013. <http://www.thecochranelibrary.com>.
- 71. ROSSIGNOL M., BOUGHRASSA F., MOUTQUIN JM.,** *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à bas risque*. INESS. Septembre 2012.

7 . ANNEXES

Annexe I: Liste des maternités françaises disposant d'une salle nature.

- | | |
|---|--|
| 01 - Ch Oyonnax | 30 - Centre Hospitalier Bagnols Sur Ceze |
| 01 - Clinique Mutualiste Amberieu-En-Bugey | 33 - Centre Hospitalier D'arcachon |
| 03 - Centre Hospitalier De Vichy | 33 - Chu Pellegrin - Bordeaux |
| 06 - Ch Grasse | 33 - CtreHospit.R.Boulin-Libourne |
| 06 - Ch Pierre Nouveau Cannes | 33 - Polyclinique De Bordeaux Rive Droite |
| 06 - Polyclinique Saint Jean Cagnes Sur Mer | 34 - Hopital Arnaud De Villeneuve Chu Montpellier |
| 07 - Clinique Pasteur Guilhaud Granges | 35 - C.H.R. : Hopital Sud - Rennes |
| 08 - Centre Hospitalier De Sedan | 35 - Centre Hospitalier Broussais - St Malo |
| 12 - Ch Villefranche De Rouergue | 37 - Centre Hospitalier Du Chinonais |
| 13 - Clinique De Vitrolles | 37 - Centre Hospitalier Du Chinonais |
| 13 - Hopital Prive Beauregard - Marseille | 38 - Clinique Des Cedres Echirolles |
| 14 - Pole Mere Enfant - Chu Cote De Nacre - Caen | 38 - Clinique Mutualiste Des Eaux Claires - Grenoble |
| 16 - Hopital De Cognac | 38 - Clinique St-Vincent-De-Paul - Bourgoin Jallieu |
| 17 - Centre Hospitalier La Rochelle | 39 - Centre Hosp Louis Jaillon Saint Claude |
| 17 - Etab. De Soins Pluridisciplin. Pasteur - Royan | 39 - Ch Lons |
| 22 - Centre Hospitalier Lannion | 42 - Centre Hospitalier Firminy |
| 25 - Chu Jean Minjoz - Besancon | 44 - Centre Hospitalier Chateaubriant |
| 25 - Polyclinique Franche Comte - Besancon | 44 - Clinique J.Verne- Pole Hosp Mutualiste - Nantes |
| 27 - Ch Evreux Chi Eure-Seine | 49 - C.H.U. D' Angers |
| 27 - Ch Vernon Chi Eure-Seine | 50 - ChMemorial De Saint-Lo |
| 29 - CtreHosp. Des Pays De Morlaix | 51 - Hopital Maison Blanche Chr Reims |
| 30 - Centre Hospitalier Bagnols Sur Ceze | 52 - Centre Hospitalier De Chaumont |

52 - Centre Hospitalier De Saint-Dizier
 61 - Ch Jacques Monod - Flers
 62 - Ch Arras
 64 - Centre Hospitalier Orthez
 64 - Polyclinique De Navarre - Pau
 66 - Clinique Notre Dame D'esperance
 Perpignan
 67 - Centre Hospitalier De Haguenau
 67 - Ch Sainte-Catherine De Saverne
 67 - Chu Strasbourg / Hop Hautepierre
 67 - Clinique Adassa - Strasbourg
 67 - Clinique Sainte-Anne - Strasbourg
 67 - Ctre Medico-Chirurg Obstetrical -
 Schiltigheim
 68 - C H Du Hasenrain - Mulhouse
 68 - Clinique Du Diaconat - Mulhouse
 69 - Centre Hospitalier Montgelas
 69 - Ch Villefranche-Sur-Saone
 69 - Clinique De L'union - Vaux En Velin
 69 - Clinique Du Tonkin - Villeurbanne
 69 - Clinique Du Val D'ouest-Vendome
 69 - Hopital De La Croix-Rousse - Lyon
 69 - Hopital Femme Mere Enfant Bron
 69 - Hopital Prive Natecia - Lyon
 73 - Ch De Chambery
 74 - Centre Hospitalier De Sallanches
 74 - Ch De Thonon - Hopitaux Du
 Lemman
 74 - Clinique De L'esperance - Cluses
 74 - Polyclinique De Savoie -
 Annemasse
 75 - Calm
 75 - Metallurgistes/ Pierre Rouques -
 Les Bluets-
 76 - Ch Du Belvedere Mont-Saint-
 Aignan
 76 - Ch Les Feugrais Chi Elbeuf
 76 - Clinique Mathilde Rouen
 76 - Hopital Charles Nicolle Chu Rouen
 76 - Hopital Gustave Flaubert Ch Le
 Havre
 81 - Centre Hospitalier D'albi
 81 - Centre Hospitalier De Castres
 84 - Ch Louis Giorgi - Orange
 85 - Clinique Saint Charles - La Roche
 Sur Yon
 86 - Clinique Du Fief De Grimoire -
 Poitiers
 88 - Centre Hospitalier De Remiremont
 92 - C.A.S.H. De Nanterre
 92 - Hopital Foch - Suresnes
 93 - Chi Le Raincy - Montfermeil
 95 - Centre Hospitalier Rene Dubos -
 Pontoise

La Salle Physiologique

Informations et Engagement Moral

Madame

Vous avez fait part à l'équipe médicale de votre projet de naissance en salle d'accouchement physiologique.

Ce document a pour but de renforcer vos convictions et votre engagement en vous expliquant les principes, les conditions d'admissibilité et les limites potentielles de ce mode d'accouchement.

QU'EST-CE-QUE L'ACCOUCHEMENT EN SALLE PHYSIOLOGIQUE ?

L'accouchement en salle physiologique est un mode d'accouchement respectant le processus naturel de la naissance. Vous possédez toutes les capacités nécessaires pour vivre sereinement cette naissance. Une sage-femme présente tout au long de votre accouchement vous aidera à les potentialiser.

Il sous-entend donc aucune aide médicalisée.

QUELLES SONT LES CONDITIONS D'ADMISSIBILITE ?

Pour accoucher en salle physiologique, il faut les conditions suivantes :

1- Etat de santé de la future mère

- absence d'antécédents médicaux et obstétricaux notables (césarienne, hémorragie de la délivrance,...)
- déroulement physiologique de la grossesse excluant les présentations du siège et les grossesses gémellaires,

2- Parcours pour la préparation à la naissance physiologique

- préparation à la naissance consciencieuse :
 - o suivi assidu des cours de préparation à la naissance par une sage-femme (hospitalière ou libérale)
 - o deux entretiens réalisés :
 - le premier entretien « précoce » au cours du 4^{ème} mois (Sage-femme hospitalière ou libérale)
 - le second, entretien spécifique à l'accouchement physiologique, aux alentours de 32 SA avec une sage-femme hospitalière au cours duquel sera développé le projet de naissance,
 - o 1 ou 2 séances supplémentaires de préparation à la naissance, spécifiques à l'accouchement physiologique qui auront lieu de préférence en salle physiologique.

3- Conditions lors de la mise en travail

- déclenchement spontanée du travail à terme,
 - o dilatation débutée,
 - o bilan biologique et examen obstétrical strictement normaux à l'admission
 - o en cas de rupture de la poche des eaux, cette dernière doit dater de moins de 12 heures,
- Aucune aide médicalisée notamment absence de pose de péridurale, absence d'antalgique
- Administration d'antibiotiques pendant le travail en cas de présence de streptocoque B vaginal en fin de grossesse.

EN PRATIQUE, EN SALLE PHYSIOLOGIQUE

Nous ferons tout notre possible pour qu'une seule et même sage-femme soit présente au cours de votre accouchement, dès l'entrée en salle physiologique jusqu'à votre passage en chambre.

L'accouchement sera accompagné en toute sécurité médicale.

Une surveillance du bien-être fœtal est bien sûr indispensable et réalisée de façon intermittente au cours du travail et constante pendant la phase d'expulsion.

Un bilan sanguin avec pose d'un cathéter veineux obturé vous sera fait dès votre admission.

EXISTE-T-IL DES LIMITES A L'ACCOUCHEMENT EN SALLE PHYSIOLOGIQUE ?

Votre projet, un accouchement physiologique avec des conditions optimales dans la salle physiologique. Cependant, certains événements peuvent survenir et nous obliger à vous orienter dans une salle d'accouchement classique pour une surveillance médicale adéquate:

- la survenue d'une pathologie fœtale ou maternelle.
- Votre besoin exprimé secondairement d'avoir une analgésie péridurale malgré tout (la gestion des contractions utérines est différente de ce que vous aviez imaginé).

Tout sera fait pour répondre au mieux à vos attentes mais des imprévus d'organisations de service peuvent survenir (suractivité, salle déjà occupée...).

Cette feuille d'informations ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, le projet de naissance élaboré par vos soins sera rediscuté au cours du second entretien. N'hésitez pas alors à poser toutes vos questions et formuler vos demandes.

Je soussignée, Mme m'engage à respecter le projet de naissance établie avec l'équipe de Sages-femmes et d'avoir bien pris connaissance des critères d'admission en salle physiologique cité ci-dessus.

La patiente

La Sage-femme

Remarques

Annexe III: Catégories socio-professionnelles

Catégories Socio-Professionnelles

<p>1 - AGRICULTURE</p> <p>10 - Agriculteur exploitant</p> <p>2 - ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE</p> <p>21 - Artisan 22 - Commerçant et assimilé 23 - Chef d'entreprise de 10 salariés ou plus</p> <p>3 - CADRES, PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPERIEURES</p> <p>31 - Profession libérale 33 - Cadre de la fonction publique, officier et élève officier des armées 34 - Professeur et profession scientifique Médecins hospitaliers et internes des hôpitaux 35 - Profession de l'information, des arts et du spectacle 37 - Cadre administratif et commercial d'entreprise 38 - Ingénieur et cadre technique d'entreprise</p> <p>4 - PROFESSIONS INTERMEDIAIRES</p> <p>42 - Instituteur et assimilé, conseiller d'éducation, maître auxiliaire, maître d'internat, surveillant d'externat 43 - Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 - Clergé, religieux 45 - Professions intermédiaires administratives de la fonction publique 46 - Professions intermédiaires administratives et commerciales d'entreprise 47 - Technicien 48 - Contremaître, agent de maîtrise</p>	<p>5 - EMPLOYES</p> <p>52 - Employé civil, agent de service de la fonction publique, aide éducateur 53 - Policier, militaire 54 - Employé administratif d'entreprise 55 - Employé de commerce 56 - Personnel des services directs aux particuliers</p> <p>6 - OUVRIERS</p> <p>61 - Ouvrier qualifié 66 - Ouvrier non qualifié 69 - Ouvrier agricole</p> <p>7 - RETRAITES</p> <p>71 - Ancien agriculteur exploitant 72 - Ancien artisan, commerçant ou chef d'entreprise 73 - Ancien cadre et professions intermédiaires 76 - Ancien employé et ouvrier</p> <p>8 - AUTRES INACTIFS</p> <p>81 - Chômeur n'ayant jamais travaillé 82 - Autre personne sans activité professionnelle</p> <p>9 - AUTRES</p> <p>99 - Non renseigné inconnu ou sans objet</p> <p><i>Les chômeurs sont codés dans leur ancienne profession</i></p>
---	---

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
Faculté de médecine
Ecole de SAGES-FEMMES de NICE

Titre : Accouchement en salle nature : état des lieux au Centre Hospitalier de Grasse

Mots-Clés : Physiologie ; Salle nature ; Bas risque ; Démédicalisation

Résumé :

Objectifs : Déterminer les modalités de travail et d'accouchement des patientes accouchant en salle nature. Comparer ces résultats à la littérature.

Méthodes : Etude rétrospective monocentrique basée sur l'étude de 233 dossiers de patientes ayant réalisé un parcours physiologique et un accouchement physiologique au Centre hospitalier de Grasse.

Résultats : Parmi les femmes étudiées, 70% ont accouché en salle nature, 30% en salle conventionnelle pour divers motifs. Parmi elles, 39% sont primipares et 61% multipares. Le temps de travail moyen est de 6 heures pour les primipares, 4 heures pour les multipares. La baignoire, la mobilité et le ballon sont les principales méthodes d'analgésie non médicamenteuses utilisées. La moitié des femmes accouche autrement qu'en décubitus dorsal. Le taux de périnéés intacts est de 60% et on compte seulement 6,4% d'épisiotomies. Il y a 6,6% d'hémorragies en cas de délivrance naturelle contre 12,1% en cas de délivrance dirigée.

Discussion et conclusion : Aujourd'hui, de plus en plus de patientes sont demandeuses de respect de la physiologie. La salle nature, par son aspect apaisant et « cocooning », leur apporte une grande satisfaction. La gestion du travail y est différente, moins interventionniste, plus respectueuse du processus physiologique. S'imposent aussi aux sages-femmes une autre approche, d'autres réflexes, et une grande implication pour accompagner ces couples.

Title: Childbirth in the natural room: state of the art at the Centre Hospitalier of Grasse

Keywords: Physiology; Natural room; Low risk; "Demedicalization"

Summary:

Objectives: To determine the modalities of labour and delivery of patients giving birth in the natural room. Compare these results with the literature.

Methods: Retrospective monocentric study based on the study of 233 cases of patients having performed a physiological course and a physiological delivery at the Centre Hospitalier of Grasse.

Results: Among the studied women, 70% gave birth in the natural room, 30% in the conventional room for various reasons. Among these, 39% are primiparas and 61% multiparas. The average working time is 6 hours for the primiparas, 4 hours for the multiparas. Bathtub, mobility and ballooning are the main non-medicinal analgesic used methods. Half of women give birth other than in the supine position. The rate of intact perineum is 60% and only 6.4% of episiotomies. There is 6.6% haemorrhage with natural delivery compared to 12.1% with directed delivery.

Discussion and conclusion: Today, more and more patients are demanding respect for physiology. The natural room, by its soothing aspect and "cocooning", brings them a great satisfaction. The management of labour is different, less interventionist, more respectful of the physiological process. Another approach, other reflexes, and a great involvement to support these couples is also imposed on the midwives.
