



Les particularités de l'accouchement en Salle Nature et en Plateau Technique : l'exemple Lensois

Delphine Sitko

► To cite this version:

Delphine Sitko. Les particularités de l'accouchement en Salle Nature et en Plateau Technique : l'exemple Lensois. Gynécologie et obstétrique. 2018. dumas-01896771

HAL Id: dumas-01896771

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01896771>

Submitted on 16 Oct 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.

Université Lille 2
Ecole de Sages-femmes CHRU de Lille

Les particularités de
l'accouchement en Salle Nature
et en Plateau Technique :
l'exemple Lensois

Mémoire rédigé et soutenu par Delphine SITKO
Sous la direction de Florian JANEQUIN

Promotion Baptiste BEAULIEU
Année 2018.

REMERCIEMENTS

A Florian JANEQUIN, sage-femme libérale exerçant sur le plateau technique de Lens et directeur de ce mémoire, pour m'avoir transmis cet intérêt pour la physiologie, le plateau technique et pour cet accompagnement dans ce mémoire.

A Anne NEUVILLE, sage-femme enseignante de l'école de sage-femme du CHRU de Lille, pour la guidance, le soutien et les conseils précieux dans la réalisation de ce projet.

A Mme DEREUX, Mme BEAUCAMP et Mme MOURET qui ont permis la réalisation de ce mémoire.

A l'unité de Biostatistiques du CHRU de Lille pour leur aide précieuse et leur grande disponibilité.

A ma famille, qui de près ou de loin m'a aidé dans mes projets.

A mes grands-parents pour leur soutien et mon grand père pour sa relecture attentive de ce mémoire.

A ma sœur, Laurence, pour sa présence, son aide et cet intérêt partagé pour le médical depuis toujours.

A mes amies fidèles de promotion, pour avoir rendu toutes ces années plus agréables.

Et pour finir, à Steeve, pour son amour, son soutien sans faille et ses encouragements constants durant ces 4 années d'école de sage-femme.

GLOSSAIRE

- AAD : Accouchement à Domicile
- ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
- CH : Centre Hospitalier
- CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
- EVA : Echelle Visuelle Analogique
- HAS : Haute Autorité de Santé
- MDN : Maison de Naissance
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PT : Plateau technique
- SN : Salle Nature

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	1
-----------------------	----------

Chapitre 1 THEORIE	2
---------------------------	----------

I. L'offre de soins en matière d'accouchements physiologiques en France :	3
1. Les accouchements à domicile :	3
2. Les Maisons de Naissances (MDN) :	3
3. Les salles natures hospitalières :	4
4. L'ouverture des plateaux techniques aux Sages-femmes libérales :	5
II. L'accompagnement en plateau technique :	6
1. Modèle une femme – une sage-femme :	6
2. La gestion de la douleur :	7
3. La place de l'accompagnant :	9
4. Les motivations des sages-femmes à exercer en plateau technique :	10

Chapitre 2 RECHERCHE ET RESULTATS	11
--	-----------

I. Matériel et méthodes :	12
1. Les objectifs de l'étude :	12
2. Le type d'étude :	12
3. Les critères d'inclusion et d'exclusion :	13
4. L'obtention des dossiers :	13
5. La grille de recueil :	14
6. Analyse des résultats :	15
II. Résultats :	16
1. Description de la population :	16
2. Le déroulement du travail :	18
3. L'accouchement :	22
4. Le post partum immédiat et la sortie de maternité :	24
5. L'utilisation de l'ocytocine :	26

Chapitre 3 ANALYSE ET DESCRIPTION27

- I. Les points positifs et négatifs de la recherche : 28
- II. Analyse des résultats : 29
 - 1. Description de la population : 29
 - 2. Le déroulement du travail : 31
 - 3. L'accouchement : 36
 - 4. Le post partum immédiat et la sortie de la maternité : 37
 - 5. L'utilisation de l'ocytocine : 38

CONCLUSION :40

BIBLIOGRAPHIE42

ANNEXES : I

INTRODUCTION :

Ces dernières années, nous avons été spectateur d'une demande de la part des usagers d'un retour au naturel. Ceci dans plusieurs domaines, comme l'alimentation, la beauté et même la santé. En effet, dans le cadre de la grossesse par exemple, de plus en plus de patientes décident d'avoir une approche plus physiologique de l'accouchement, un retour à l'accouchement sans péridurale et avec le moins d'intervention médicale possible. D'ailleurs, le plan de périnatalité de 2005-2007 demandait une naissance avec « humanité, proximité, sécurité, qualité ».[1]

Dans cet esprit d'un accouchement personnalisé, le plus naturel possible, différentes possibilités s'offrent aux couples : l'accouchement à domicile, les maisons de naissances, les salles natures et l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

A travers ce mémoire, nous nous sommes intéressés aux accouchements physiologiques sans péridurale au sein de la maternité du CH (Centre Hospitalier) de Lens, en y mettant en avant la salle nature et le plateau technique. Nous avons choisi ce sujet car des salles natures fleurissent un peu partout, mais cette prise en charge de l'accouchement par la sage-femme libérale est unique dans la région. D'ailleurs elle est encore méconnue des usagers et du personnel médical.

Le but de ce mémoire est de mettre en exergue les particularités de la salle nature et du plateau technique et de montrer s'ils s'inscrivent dans une diminution de la médicalisation de l'accouchement. Pour cela, nous avons réalisé une étude basée sur les dossiers des patientes et essentiellement le partogramme.

Mais avant d'expliquer cette étude et d'analyser les résultats, nous allons faire un rappel des différents types d'accouchement physiologique en France, puis nous attarder sur les caractéristiques du plateau technique.

Chapitre 1

THEORIE

I. L'offre de soins en matière d'accouchements physiologiques en France :

1. Les accouchements à domicile :

Afin de respecter le souhait des patientes pour un accouchement physiologique, les sages-femmes libérales proposent une prise en charge de plus en plus diversifiée et complète. Par exemple, l'accouchement à domicile (AAD) est une option possible. La patiente reste alors à son domicile pour l'ensemble du travail, l'accouchement et les suites de couches. Cela permet au couple d'être dans un environnement familial, cosy et intime. Cette pratique réalisée durant des années, fût arrêtée par la médicalisation de l'accouchement et son transfert vers les hôpitaux au XXe siècle. En effet, en 1952 53% des femmes accouchaient à l'hôpital contre 85% en 1962. En 2005, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) estimait ces accouchements à seulement 0,4%. [2]

Ce type d'accouchement est donc très marginalisé en France. En effet, cette pratique permettant une relation particulière entre la sage-femme et le couple est difficilement réalisable. Un tel accouchement demande une couverture des sages-femmes par les assurances qui n'est pas possible à l'heure actuelle, les assurances leur demandant entre 25 000 et 30 000 euros par an. De plus, le reste du corps médical n'est pas favorable à cette prise en charge et les sages-femmes se disent stigmatisées ou incomprises. En effet, Jacqueline Lavillonniere, Sage femme pratiquant l'AAD depuis une quarantaine d'année, dénonce la relation très souvent compliquée avec le personnel hospitalier. [3] Il y a donc très peu de sages-femmes qui se lancent dans l'aventure de l'AAD.

2. Les Maisons de Naissances (MDN) :

Les maisons de naissances sont une nouvelle et innovante alternative dans la prise en charge naturelle et singulière de la parturiente. Ce sont des lieux d'accueil où le couple est reçu uniquement par la sage-femme. Cette dernière assure une prise en charge globale en effectuant les consultations de suivi de grossesse, l'accouchement et le post-partum. Ce suivi est réservé aux grossesses physiologiques dites à bas risque puisque cela implique un accouchement sans péridurale et avec le moins d'intervention médicale possible.

Composée de salles de consultations, pour le suivi de grossesse, et de chambres d'accouchement, la MDN n'est pas considérée comme un établissement de soin à proprement parlé. Elle n'est ouverte qu'à la « demande », lors d'une mise en travail de la femme enceinte afin de pouvoir

réaliser l'accouchement. Après l'accouchement, le séjour dans les locaux n'est pas possible. Le couple repart à son domicile avec le nouveau-né dans les 24 heures qui suivent la naissance.

Le 26 Novembre 2015, sur 11 candidatures, un arrêté publié au journal officiel autorise l'ouverture de 9 maisons de naissances expérimentales. Ces dernières sont situées en métropole (Paris, Vitry-sur-Seine, Castres, Grenoble, Bourgoin-Jallieu, Sélestat et Nancy) mais aussi en Outre-Mer (Guadeloupe et La réunion). Cette expérimentation va durer 5 ans. Ceci va permettre d'évaluer ce nouveau système de soin et peut être l'étendre dans d'autres villes. En revanche, aucune autre MDN ne peut ouvrir pendant cette période. Fin 2017, 8 d'entre elles ont ouvert leurs portes. Ainsi, le collectif Maison de Naissance recense 28 sages-femmes référentes en responsabilité lors des accouchements et 38 sages-femmes de soutien, sans responsabilité. [4] [5] [6]

3. Les salles natures hospitalières :

En arrivant en salle de naissance, 14,6% des patientes déclarent ne pas vouloir de péridurale en 2016. Afin de répondre à cette demande des patientes et d'attirer les couples dans les maternités, de plus en plus de centres hospitaliers proposent une salle d'accouchement physiologique. Cette dernière est, la plupart du temps, équipée de baignoire de dilatation, de lianes, d'un sofa et d'une table d'accouchement permettant plus de positions et d'étirements lors du travail et des efforts expulsifs. Les couleurs sur les murs sont également choisies pour être douces et créer un espace serein et apaisant. Cette salle, souvent unique dans les maternités, est réservée aux patientes ne désirant pas de péridurale. Elle peut également être utilisée pour le pré travail par exemple.

En 2016, 40% des maternités déclarent disposer d'un espace de ce type pour les accouchements physiologiques et moins médicalisés. Cette proposition est en nette progression, puisqu'en 2010, seul 26% des maternités proposaient ce service. [7] [8]

Cette salle dédiée à la non médicalisation permet de répondre aux éventuels souhaits et peut s'inscrire dans le projet de naissance du couple. Cependant, il y a encore très peu de patientes qui expriment une réelle envie particulière pour leur accouchement. Elles représentent 17,2% à avoir une demande en arrivant à la maternité et seulement 3,7% à avoir construit un projet de Naissance.

4. L'ouverture des plateaux techniques aux Sages-femmes libérales :

Toujours dans l'optique d'un accouchement naturel, et afin de ne pas pratiquer les accouchements à domicile, les sages-femmes libérales peuvent prendre en charge leurs patientes à l'hôpital. En effet, en 2016, 12% des maternités affirment avoir une convention avec au moins une sage-femme libérale pour lui donner accès à son plateau technique. La salle nature de la maternité est donc mise à disposition à la sage-femme à travers une convention. [7]

L'article L.6146-2, modifié par la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009 stipule que *« Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa [médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral] participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L.6112-3 du présent code. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé »*. [9] [10] [11]

Cependant, il est difficile d'évaluer précisément le nombre de sages-femmes pratiquant les accouchements en plateau technique. En 2017, l'association nationale des sages-femmes libérales (ANSFL) a mené une enquête par questionnaire où 49 sages-femmes libérales (contre 34 en 2014) déclarent réaliser cette prise en charge dans 32 plateaux techniques. Mais l'ANSFL stipule qu'il existerait 54 plateaux techniques et 8 en discussions en France. [12] De plus, sur le site internet projetdenaissance.com [13], on dénombrerait 68 sages-femmes avec un accès en plateau technique.

A travers ce suivi en libéral, le couple peut profiter de tout l'équipement disponible sur place (baignoire, ballon, sofa, lianes...). Cette prise en charge donne une autonomie complète de la sage-femme avec le couple, comme un accouchement à domicile, mais avec la proximité de l'équipe hospitalière. Ceci permet un relais rapide et efficace en cas de complication pendant le travail ou l'accouchement. La patiente passe alors d'un suivi en plateau technique à un suivi hospitalier classique avec une hospitalisation en suite de naissance obligatoire après l'accouchement.[Annexe 1][Annexe 2]

Par ailleurs, cela reste une partie mineure du travail des sages-femmes libérales. En effet, la CNAMTS (caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) dénombre 1939 accouchements en plateau technique en 2009 soit 0,05% des actes des sages-femmes libérales. Et ceci malgré une demande de plus en plus importante des usagers. Puisqu'entre 2007 et 2008, une augmentation de 30% de demande de suivi global est mise en avant auprès des sages-femmes n'ayant pas accès aux plateaux techniques selon le CNOSF.

II. L'accompagnement en plateau technique :

1. Modèle une femme – une sage-femme :

Le suivi global consiste en un accompagnement tout au long de la vie gynécologique d'une femme. La sage-femme suit toute la grossesse. Cela comprend les consultations prénatales et les cours de préparation à la naissance. Ensuite la sage-femme libérale peut pratiquer l'accouchement de sa patiente sur un plateau technique, elle assure le déroulement du travail, l'accouchement et le suivi du post partum immédiat. [14] Si tout se passe comme souhaité, la patiente peut repartir à son domicile au bout de deux heures. [Annexe 2] Se met alors en place un suivi à domicile du couple mère-enfant. Nous pouvons parler de sortie précoce dans ce cas. En effet, l'HAS (Haute Autorité de Santé) définit la sortie précoce après l'accouchement par voie basse comme une sortie survenant après une durée de séjour inférieure ou égale à 2 nuits. [15] Plus tard, la sage-femme assure la consultation postnatale, la rééducation du périnée et par la suite le suivi gynécologique de la patiente.

Mais ce suivi global n'est pas autorisé à toutes les patientes. En effet, la profession de Sage-femme est une profession médicale à compétences définies. Cette prise en charge est donc réservée aux patientes à bas risque défini par l'HAS. [16] C'est à dire qu'elles ne doivent pas avoir d'antécédents personnels ou obstétricaux notables. En pratique, en ce qui concerne la grossesse, elle doit être mono-fœtale, à terme et en présentation céphalique. Aucune anomalie ne doit avoir été constatée lors des échographies habituelles durant la grossesse (malformation, retard de croissance intra utérin ou macrosomie par exemple). Pour qu'une patiente soit éligible au plateau technique, elle doit donc voir son dossier être validé par les médecins référents à l'hôpital. [Annexe 2]

Cette prise en charge singulière est basée sur le principe du « One to – One Care », ou « une femme – une sage-femme ». C'est à dire que la patiente ne voit qu'un seul professionnel de santé. Ceci permet à la patiente de moins appréhender le contact avec le personnel médical. Au fil des rendez-vous la patiente, son compagnon et la sage-femme apprennent à se connaître. Ainsi, lors de l'accouchement, la sage-femme pourra mieux répondre aux attentes du couple.

De plus, le pré-travail se faisant dans la majorité des cas au domicile, la sage-femme est plongée dans l'intimité du couple. Se tisse alors un réel lien dans le trio dont le but est de gérer la douleur afin d'arriver à l'accouchement sur le plateau technique et laisser place au nouveau-né.

Pour cela, la sage-femme doit faire preuve d'une grande disponibilité. Elle se rend joignable et disponible 24H/24 pendant 5 semaines environ, puisque la patiente peut accoucher entre 37 et 41SA, voir à terme dépassé si la situation le permet. Certaines d'entre elles d'ailleurs, travaillent en binôme avec un système « d'astreintes » afin de pouvoir se partager les jours où la patiente peut appeler. En cas d'accouchement en plateau technique, la sage-femme doit être en mesure de basculer tout son planning de consultation de la journée. Elle doit aussi avoir une certaine proximité géographique avec ses patientes pour les déplacements au domicile. Enfin, cela constitue une réelle contrainte familiale. Tout ceci reste un frein conséquent qui s'oppose à l'augmentation du nombre de sages-femmes proposant ce service. [17]

La sage-femme a un rôle essentiel dans le vécu de l'accouchement. Son accueil, son attitude envers le couple, le climat qu'elle instaure, tout cela permet au couple d'être accompagné dans cette grande étape de la vie et diminue considérablement la perception de la douleur par la femme. [18]

2. La gestion de la douleur :

La douleur, et la perception que l'on a d'elle, a une place primordiale dans le suivi en plateau technique. De nos jours, la plupart des femmes ont réellement peur de la douleur de l'accouchement. Cela se traduit par l'augmentation du nombre de péridurales. Par exemple, en 2010, 20,4% des patientes n'avaient pas de péridurales pendant le travail. En 2016, 17,3% seulement. [7] [8] Cependant, certaines femmes veulent voir leur accouchement le moins médicalisé possible, au plus proche de leur vision de la mise au monde. Pour cela, de nombreuses méthodes, autres que la péridurale, existent.

Le premier outil, le plus simple et disponible dans n'importe quelle circonstance, est la respiration abdominale. La femme enceinte, en se concentrant sur sa respiration, va pouvoir diminuer la perception qu'elle a de la douleur. En effet, elle permet une relaxation, un relâchement, qui va aider à mieux supporter les contractions.

L'eau peut également avoir un rôle très important. C'est pourquoi, dans la majorité des cas, les salles natures sont équipées d'une baignoire de dilatation. En effet, l'eau permet une durée de travail plus courte [18] [19]. Mais aussi un état de détente pour la patiente et un confort. C'est pour cela d'ailleurs que toute sage-femme recommande aux patientes de prendre un bain pour calmer les contractions en cas de faux travail, ou dans le but de patienter avant d'avoir un col favorable au passage en salle de naissance. La patiente y gagne aussi en mobilité, puisqu'elle n'a pas le poids de son

corps à supporter. Enfin, l'eau permet de détendre le périnée pour la fin du travail et l'accouchement. En revanche, cette méthode n'est pas adaptée à toutes les patientes. Il faut pour cela que la patiente soit à l'aise dans l'eau, que cela soit son choix. D'un point de vue médical, pour la plupart des services, la patiente ne doit pas avoir rompu la poche des eaux. Ceci principalement pour ne pas majorer le risque infectieux materno-foetal. Les accouchements dans ces baignoires y sont très souvent proscrits.

Ensuite, l'équipement de la salle permet un grand nombre de positions. Ces dernières sont un atout majeur dans la gestion de la douleur. La parturiente doit être en mesure d'écouter son corps et de se laisser porter par les positions qui sont le plus antalgiques pour elle. Par exemple, le ballon et les lianes peuvent permettre un étirement dorsal ou les positions accroupies. Le sofa propose des positions allongées comme le décubitus dorsal ou latéral, ou même les positions à quatre pattes.

La position gynécologique est très peu utilisée durant le travail voire l'accouchement, mais elle est possible sur la table d'accouchement qui est à disposition.

La Sage-femme peut également être formée à des méthodes non médicamenteuse permettant la gestion de la douleur. Par exemple, la sophrologie, permet à la patiente de trouver un état de détente et d'apaisement, lui facilitant la gestion des contractions. Ceci doit être travaillé et anticipé lors des cours de préparation à l'accouchement afin d'avoir une meilleure efficacité.

D'autres sages-femmes utilisent l'acupuncture pour les douleurs de contractions, dans le but d'aider le col à s'ouvrir ou encore de favoriser la descente du pôle céphalique fœtal.

L'homéopathie peut également trouver une place légitime durant la mise en route du travail, tout au long des contraction et durant le post-partum. L'aromathérapie est également fréquemment proposée.

Bien que la péridurale ne soit pas utilisée en plateau technique et nécessiterait un transfert vers l'équipe hospitalière, d'autres méthodes médicamenteuses existent. En cas de difficultés à cumuler les contractions, la sage-femme peut instaurer le protoxyde d'azote afin de soulager la patiente. En soit, la sage-femme peut utiliser les protocoles habituels du service destiné à la gestion de la douleur, tant qu'elle reste dans son champ de compétence et assure la surveillance adéquate.

Toujours dans l'optique d'accepter au mieux les contractions, il est recommandé d'apporter le moins de stimulations extérieures possibles. [18] Elles peuvent être d'ordre sonore ou visuel par exemple. La patiente étant centrée sur elle et son fœtus pourrait recevoir cela comme une agression. Elle pourrait par conséquent être perturbée dans son travail. L'environnement paisible et respectueux

du couple est donc très important dans cette prise en charge. La faim, la soif ou encore le froid, sont également des stimulations qui peuvent engendrer un stress et donc une moins bonne acceptabilité des contractions. Pour cela, la sage-femme autorise très souvent les boissons voir parfois les collations. Elle doit veiller au confort de la patiente, s'assurer que la température de la pièce soit adéquate et proposer des draps et couvertures à la patiente si le besoin s'en fait ressentir.

Enfin le massage est une alternative amenant de grands bienfaits. Il va permettre à la parturiente de se détendre. Elle se concentrera ainsi sur une autre zone de son corps que celle des contractions. Ces massages peuvent être prodigués par la sage-femme mais aussi l'accompagnant, le conjoint très souvent. Il va amener un contact et l'introduire, le rendre utile, durant ce travail.

3. La place de l'accompagnant :

En plus des différentes méthodes permettant l'atténuation de la perception des contractions, les accompagnants ont un rôle primordial. Dans un schéma classique, ils sont souvent deux : la sage-femme et le conjoint.

Tous les deux ont pour but d'engendrer un lâcher prise de la patiente. Ils se doivent de veiller à ce que la patiente ne soit pas dans un état de peur, de stress de solitude ou de tension. Ceux-ci peuvent augmenter la perception de la douleur. [18]

La sage-femme par son accueil, son attitude bienveillante et le climat qu'elle instaure, va influencer l'état d'esprit de la patiente et jouera un rôle important dans son vécu de l'accouchement. De plus, les liens créés pendant les neuf mois de la grossesse, à travers les consultations et les cours de préparation à l'accouchement, vont diffuser une réelle atmosphère propice à l'accouchement. La patiente sera en totale confiance. Sa sage-femme connaît son projet de naissance. Elle connaît ses envies, ses appréhensions. Elles ont préparé ensemble cet accouchement durant neuf mois.

Le conjoint quant à lui est la personne qui connaît le mieux la patiente. Il peut la calmer, l'encourager, la féliciter. Tous deux vivent un moment clé de leur vie. Le futur père va alors essayer de trouver sa place et de conforter la patiente dans ses compétences.

La sage-femme a alors pour rôle d'introduire le futur papa et de lui donner une place légitime.

Elle se doit d'être présente, tout en sachant laisser assez d'espace au couple pour qu'il puisse vivre cette grande étape de la vie.

4. Les motivations des sages-femmes à exercer en plateau technique :

Actuellement, encore peu de sages-femmes pratiquent le suivi global avec un accès dans un hôpital pour réaliser les accouchements de leurs patientes. Cependant, les sages-femmes réalisant ce type de prise en charge mettent en avant plusieurs motivations. Certaines études ont permis d'identifier ces raisons. [20] [21] [22]

Tout d'abord, l'opportunité d'offrir aux couples, de plus en plus demandeurs, un accompagnement personnalisé est l'une des convictions premières. Les sages-femmes mettent en avant le fait de construire un réel projet et d'avoir une relation forte entre le couple et elles-mêmes. Ensuite, le suivi global permet selon elles d'affirmer un refus de l'hyper-technicité au sein des hôpitaux et d'être dans le respect de la physiologie.

De plus, l'accompagnement en plateau technique leur permet de pratiquer pleinement l'activité de sage-femme tout en ayant une liberté d'exercice supérieur à l'exercice hospitalier. A travers le suivi global, la sage-femme peut ainsi exercer l'ensemble des compétences qui lui sont accordées dans le référentiel métier [23], en s'occupant de la femme tout au long de sa vie.

Enfin, cela permet aux sages-femmes de garder un pied à l'hôpital et d'entretenir les échanges sur les pratiques professionnelles.

Chapitre 2

RECHERCHE ET RESULTATS

I. Matériel et méthodes :

1. Les objectifs de l'étude :

Cette étude aura deux objectifs. Tout d'abord, faire un état des lieux de l'utilisation des sages-femmes hospitalières et libérales de la salle nature du Centre Hospitalier de Lens, et à travers ces résultats, montrer les avantages et inconvénients des deux prises en charge proposées dans le cadre de l'accouchement physiologique à Lens.

Pour cela, plusieurs hypothèses sont posées :

- La prise en charge basée sur le modèle « une femme, une sage-femme » permettrait un accouchement moins interventionnel et moins médicalisé.
- Les méthodes (matériel, thérapeutique, accompagnement...) utilisées pour la gestion de la douleur ne sont pas les mêmes dans les deux prises en charge.

2. Le type d'étude :

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, rétrospective et comparative. Celle-ci est basée sur les dossiers des patientes ayant accouché dans le cadre d'un accouchement physiologique sans péridurale. Les accouchements étudiés seront de deux types :

- Les accouchements en salle nature réalisés par une sage-femme hospitalière du CH Lens
- Les accouchements en plateau technique réalisés par une sage-femme libérale.

Les dossiers analysés sont compris entre décembre 2014 et septembre 2017.

Le site choisi est la salle nature de la maternité de Lens. Une maternité de type III du Pas-de-Calais. Cette salle nature a été ouverte aux sages-femmes libérales en tant que plateau technique depuis octobre 2015. C'est le seul plateau technique actuellement recensé dans la région.

3. Les critères d'inclusion et d'exclusion :

Pour l'ensemble des dossiers, la patiente devra avoir une grossesse à bas risque. Les critères de bas risques selon l'HAS et suivant le protocole du CH Lens sont :

- Un terme supérieur à 37 Semaines d'aménorrhée
- Une grossesse monofoetale
- Un utérus non cicatriciel ou il doit y avoir un accouchement par Voie basse déjà réalisé depuis.
- Une présentation céphalique
- Un travail spontané

Sont exclus :

- La patiente avec des antécédents notables
- Le retard de croissance
- Le diagnostic anténatal de malformation
- Le diabète gestationnel insulino-dépendant
- Les anomalies du rythme cardiaque fœtal avant travail
- Les patientes sous péridurale.

Pour le groupe « accouchement en plateau technique », la patiente devra avoir accouché dans le plateau technique de Lens.

Pour le groupe « accouchement en salle nature en suivi hospitalier », la patiente devra avoir accouché en salle nature.

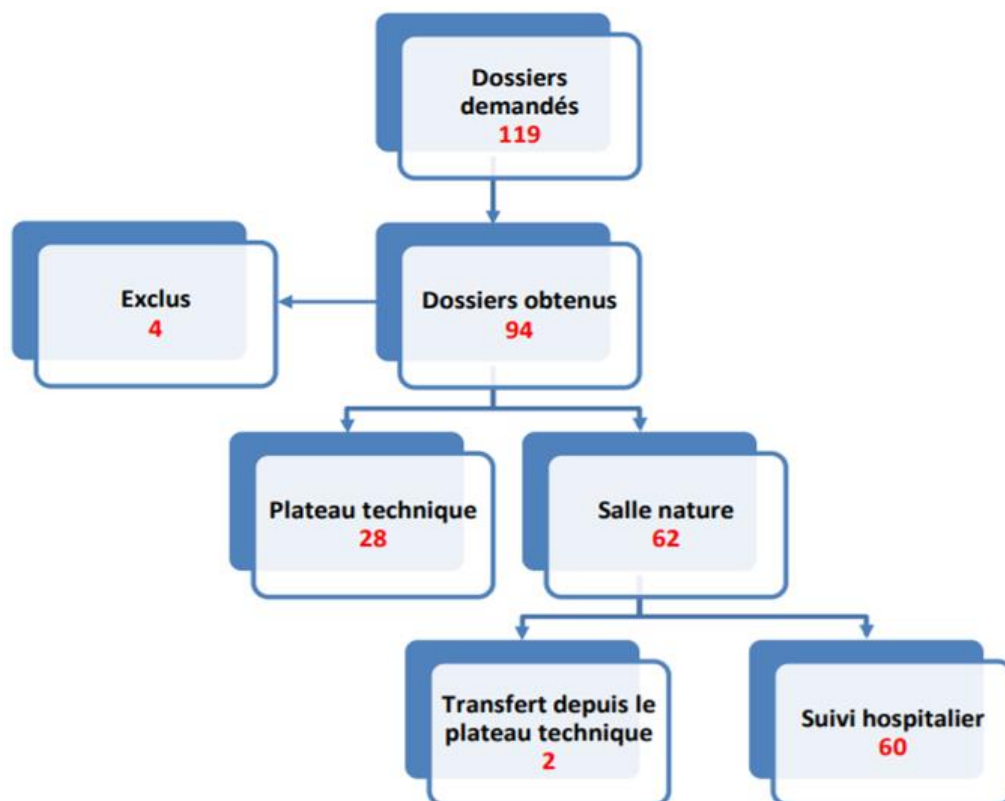
4. L'obtention des dossiers :

L'accouchement en plateau technique étant réalisé par trois sages-femmes libérales sur le temps de l'étude, très peu de dossiers étaient analysables. Afin de perdre le moins de dossier possible, j'ai donc contacté les trois sages-femmes concernées, afin d'avoir la liste des patientes ayant bénéficié de leurs services. De plus, la maternité de Lens recense dans un cahier les patientes ayant accouché en plateau technique. En croisant ces deux listes, j'ai pu avoir le moins de perdus de vue possibles.

Concernant les accouchements en salle nature par les sages-femmes hospitalières, en plus grand nombre, la maternité tient le même type de liste dans un cahier. J'ai donc utilisé ce dernier, afin d'établir la liste des dossiers à analyser. Aucun tirage au sort n'a été effectué, tous les dossiers ont été demandés aux archives.

Pour les dossiers ayant été transférés du plateau technique vers l'équipe hospitalière mais sans demande de péridurale, nous avons pris le parti de les considérer comme des accouchements en salle nature, du fait que c'était l'équipe hospitalière qui était responsable de la patiente lors de l'accouchement. Deux dossiers étaient concernés par ce type de transfert.

Organigramme résumant la classification des dossiers demandés et analysés :



5. La grille de recueil :

L'étude s'est faite à l'aide d'une grille de recueil de données (ANNEXE 1). Celle-ci fût élaborée par moi-même, mais aussi avec la contribution de mon directeur de mémoire, de ma guidante, de sages-femmes libérales (faisant des accouchements en plateau technique ou non) et de l'équipe

hospitalière (notamment des sages-femmes coordinatrices). Cette collaboration avec l'équipe hospitalière et libérale a permis d'avoir une grille la plus complète et pertinente possible.

Cette grille est constituée de quatre parties :

- La description socio-économique et géographique de la population.
- Le travail avec principalement la surveillance de son bon déroulement et la gestion de la douleur.
- L'accouchement.
- Le post-partum immédiat en salle nature ou plateau technique et le temps d'hospitalisation.

6. Analyse des résultats :

Le recueil de données a été réalisé grâce au logiciel OpenOffice. Le traitement des données, ainsi que les statistiques ont été réalisés par l'unité de biostatistiques du CHRU de Lille. Le test de Fisher a été utilisé pour analyser les données qualitatives. Les comparaisons de moyennes ont été faites à l'aide du test de Student, test paramétrique suivant une loi normale. Les comparaisons de distributions ont été réalisées à l'aide du test U Mann-Whitney, test non paramétrique suivant une loi normale.

Pour toutes les hypothèses, le niveau de significativité a été fixé à 5%.

II. Résultats :

1. Description de la population :

Au total, nous avons 90 patientes, dont 62 ayant accouché en salle nature et 28 en Plateau technique. Mais ces groupes varient en fonction des données retranscrites dans les dossiers.

La population cible est représentée dans les tableaux ci-dessous :

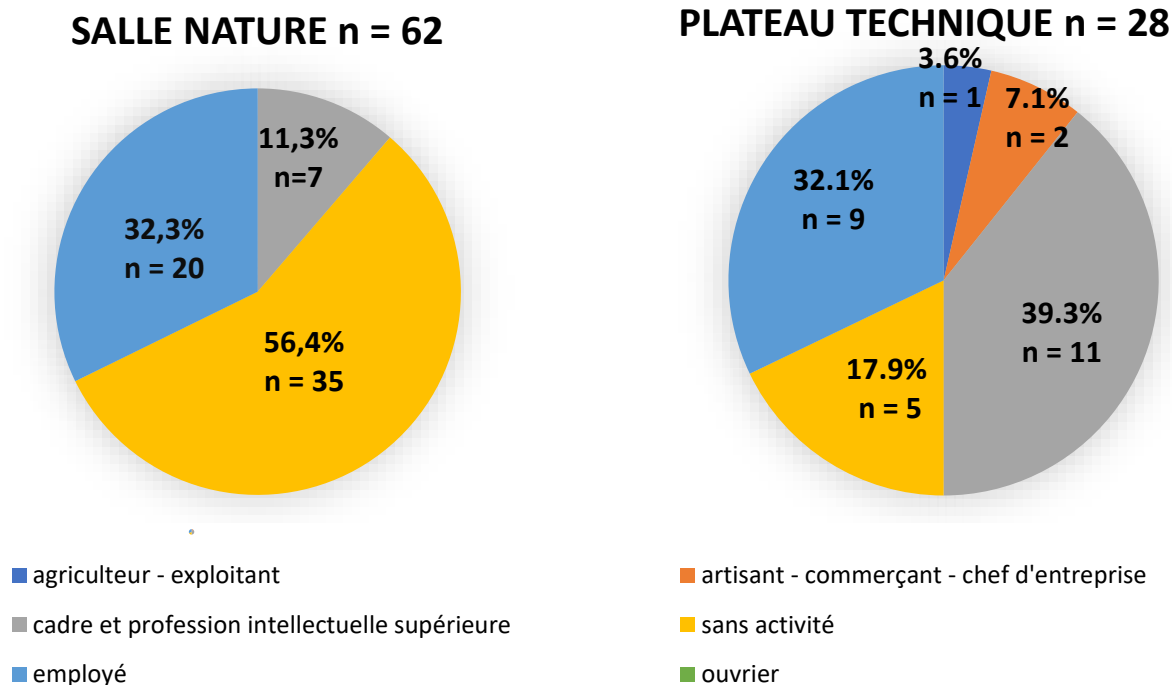
Tableau 1 : Description de la population cible			
Total = 90	Salle nature	plateau technique	p value
Age maternel moyen en années	n = 61 28.98 ± 4.80 29.00 [26.00 - 32.00]	n = 28 31.57 ± 4.85 31.00 [29.00 - 35.00]	p = 0.0208
Origine ethnique de la mère	n = 62	n = 28	p = 0.0277
Caucasienne	52 83.87%	28 100%	
Africaine	10 16.13%	0	
Autre	0	0	
Distance domicile-CH Lens en Km	n = 62 13.00 ± 13.40 9.50 [7.00 - 13.00]	n = 28 40.14 ± 23.75 35.00 [26.00 - 53.50]	p < 0.001
IMC en kg/m²	n = 62 23.30 ± 13.40 23.00 [20.00 - 25.80]	n = 27 22.74 ± 4.24 21.50 [19.00 - 26.00]	p = 0.4692

Avec plus de 40 Km pour venir à la maternité, la patiente en Plateau technique est en moyenne 3 fois plus éloignée du Centre Hospitalier de Lens que la patiente accouchant en Salle nature.

Tableau 2 : gestité et parité des patientes					
Total = 90	Salle nature		Plateau technique		p value
Gestité	n = 62		n = 28		
= 1	12	13,33%	4	4,44%	p = 0,7673
= 2	17	18,89%	10	11,11%	p = 0,4266
= 3	11	12,22%	6	6,67%	p = 0,6791
= 4 ou plus	22	24,44%	8	8,89%	p = 0,5196
Parité	n = 62		n = 28		
= 1	13	14,44%	6	6,67%	p = 0,9604
= 2	25	27,78%	13	14,44%	p = 0,5872
= 3	9	10,00%	8	8,89%	p = 0,1148
= 4 ou plus	15	16,67%	1	1,11%	p = 0,0179

Concernant la parité des patientes, il y a plus de grandes multipares (4 ou plus) en Salle nature.

Figure 1 : Répartition des catégories socio-professionnelles dans les populations cibles :



En salle nature, nous retrouvons une majorité de patientes sans profession. Dans l'autre groupe, la plus grande partie des patientes est cadre ou de profession intellectuelle supérieure. (p = 0,0277)

2. Le déroulement du travail :

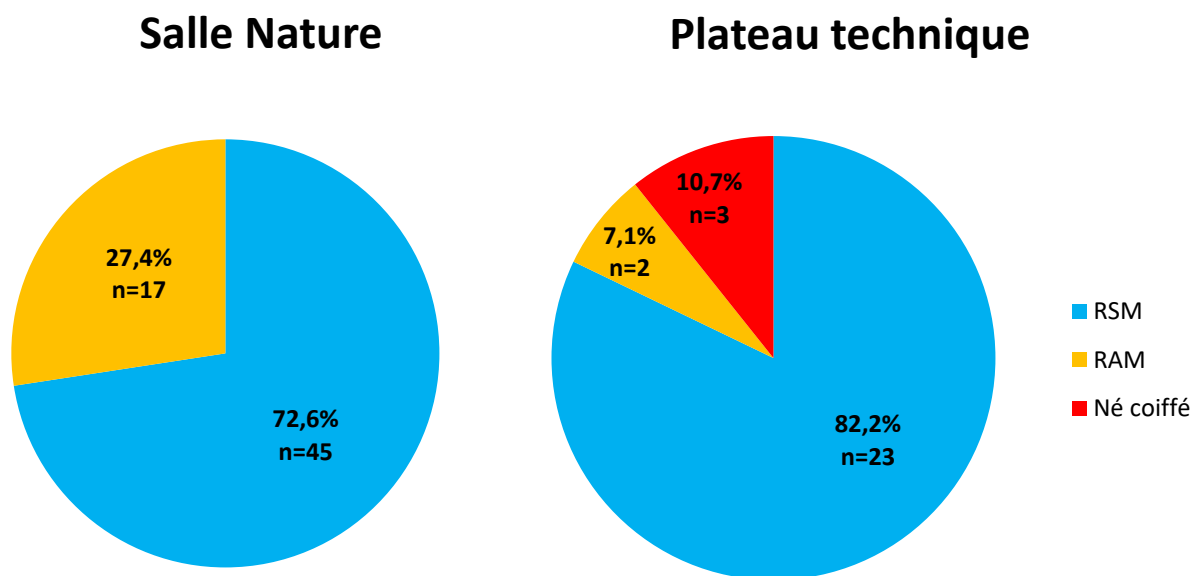
Tableau 3: Description du travail			
Total = 90	Salle nature	Plateau technique	p value
Dilatation du col à l'ouverture du partogramme en Cm	n = 62 4,71 ± 1,46 5,00 [4,00 - 5,00]	n = 28 4,50 ± 1,62 4,00 [3,50 - 5,50]	p = 0,3217
Monitoring du RCF	n = 59	n = 28	p < 0,0001
continu	57 96,61%	12 42,86%	
discontinu	2 3,39%	16 57,14%	
Monitoring des Contractions utérines pendant le travail pendant l'expulsion	n = 59	n = 28	p < 0,0001 p < 0,0001
	48 81,36%	2 7,14%	
	48 81,36%	0 0%	
Nombre de Touchers vaginaux (TV) pendant le travail	n = 62 3,69 ± 1,83 3,00 [2,00 - 5,00]	n = 28 3,29 ± 1,44 3,00 [2,50 - 3,50]	p = 0,4616
Durée du travail en min	n = 62 151,10 ± 141,30 109,50 [62,00 - 190,0]	n = 28 168,10 ± 122,80 156,00 [100,00 - 209,50]	p = 0,1395
Nombre de TV par heure	n = 62 2,15 ± 1,29 1,72 [1,38 - 2,67]	n = 28 1,86 ± 1,93 1,19 [0,91 - 1,80]	p = 0,0108

La dilatation du col au passage en salle de naissance est sensiblement identique dans les deux groupes. La plupart des patientes en hospitalier voient le rythme cardiaque fœtal et les contractions utérines captées pendant le travail et l'expulsion. En suivi global, les contractions ne sont presque jamais enregistrées, le rythme cardiaque fœtal est plus d'une fois sur deux enregistré en discontinu.

Concernant les touchers vaginaux (TV) les femmes sont plus souvent examinées en salle nature, avec plus de deux fois par heure.

En ce qui concerne la pose de voie veineuse périphérique, 60 dossiers de salle nature sur 62 et 22 dossiers de plateau technique sur 28 déclarent qu'une voie veineuse avait été posée. Mais aucun dossier ne stipule la non pose de voie veineuse par choix délibéré de la patiente ou du praticien.

Figure 2 : type de rupture de la poche des eaux

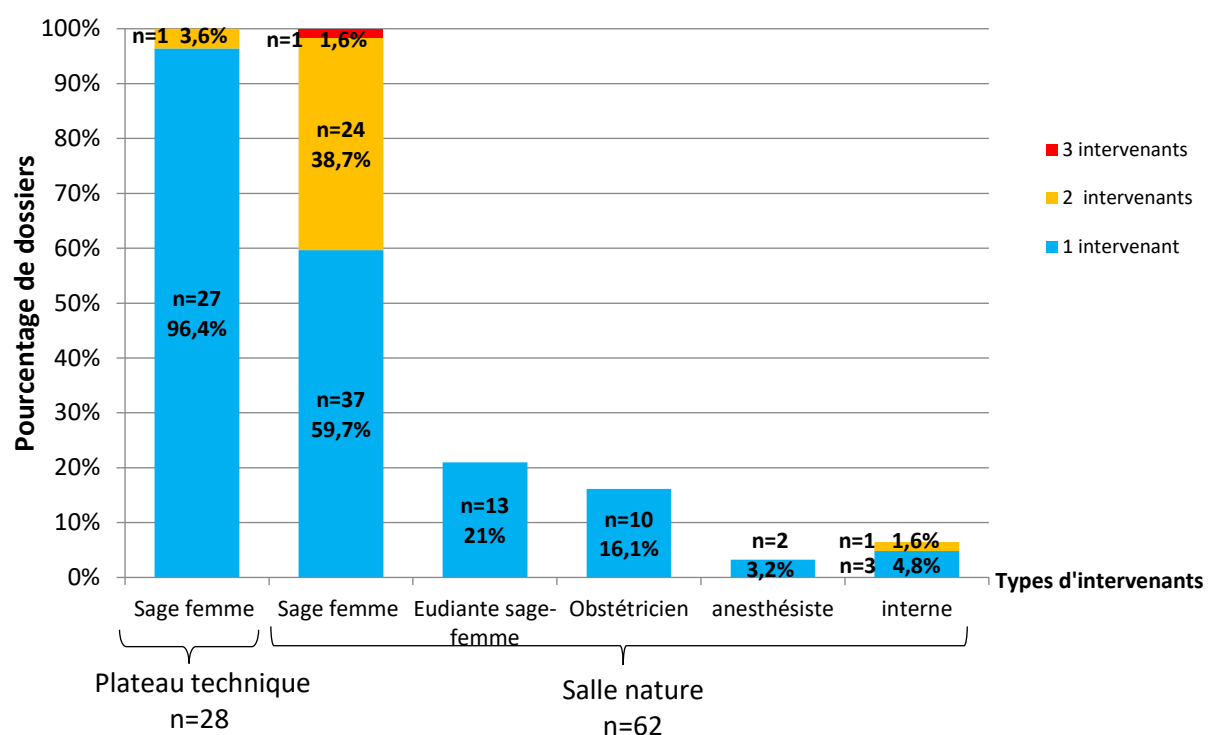


L'effectif dans chaque groupe étant petit, il n'a pas été possible de comparer statistiquement le taux de rupture artificiel des membranes.

En ce qui concerne la dilatation du col lors de la rupture des membranes, en plateau technique (n=14), la moyenne est de 9.00 cm. En salle nature (n=47), la moyenne est de 8.81 cm. N'ont été pris en compte, uniquement les dossiers où un toucher vaginal a été réalisé au moment de la rupture.

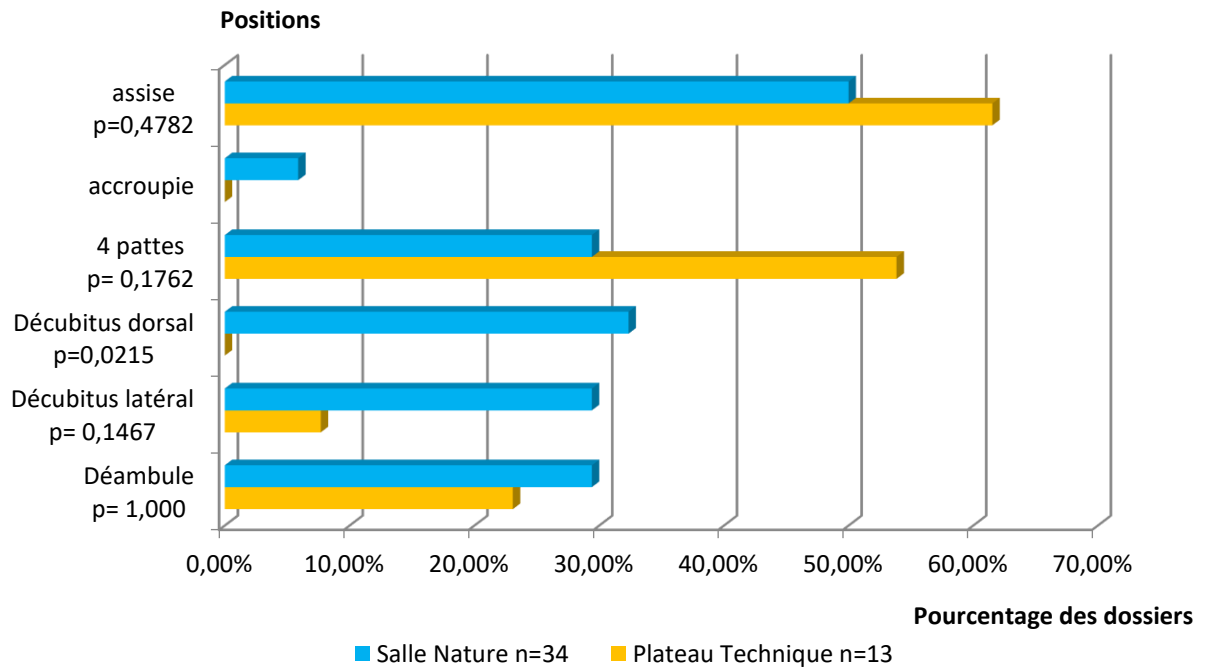
Ceci nous donne $p = 0.6854$.

Figure 3 : pourcentage de dossier avec intervenants médicaux



Concernant le nombre d'intervenants au total pour une patiente, en moyenne ils sont 2.69 en salle nature, contre 1.04 en plateau technique. Il y a donc plus d'intervenants en hospitalier qu'en suivi global avec $p < 0.0001$.

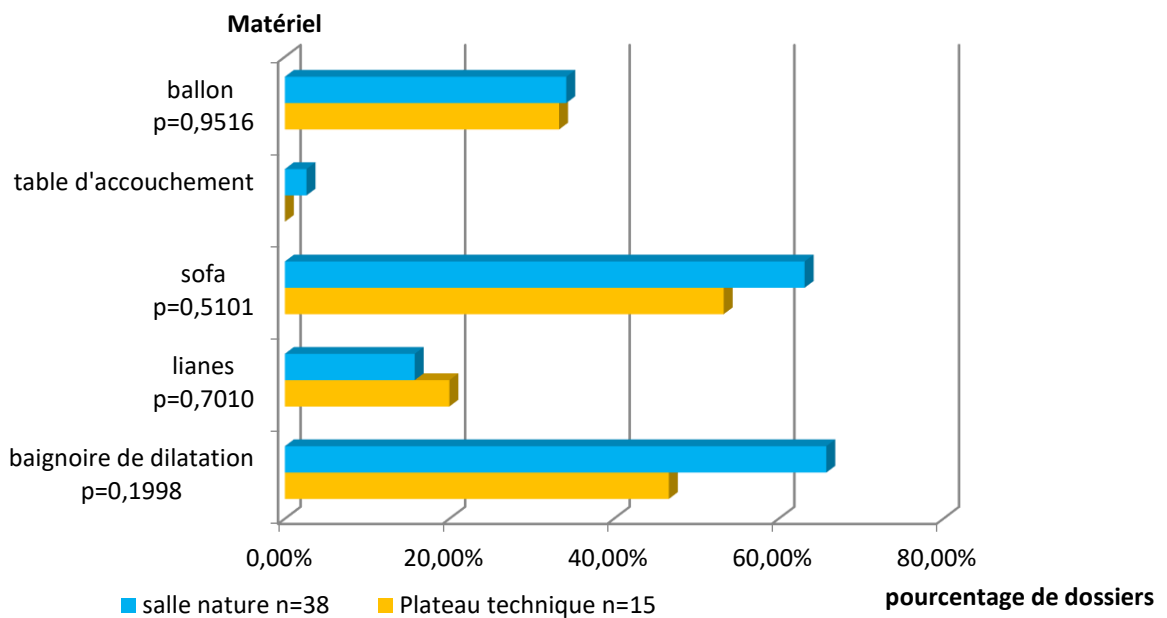
Figure 4 : Répartition des positions utilisées pendant le travail.



p n'a pas pu être calculé pour la position accroupie, car les effectifs étaient petits.

Aucune position gynécologique n'est stipulée dans les dossiers des deux groupes.

Figure 5 : Répartition du matériel utilisé en salle



Aucune différence significative n'est retrouvée dans l'utilisation du matériel disponible en salle. Le

Sofa et la baignoire de dilatation sont privilégiés dans les deux cas.

A propos des méthodes de médecines alternatives, en plateau technique, 3 dossiers recensent l'utilisation de l'homéopathie. Il en est de même en salle nature.

Tableau 4 : La perception de la douleur			
Total = 90	Salle nature	Plateau technique	p value
Comportement de la patiente	n = 50	n = 23	p = 0,0213
Calme	30 60,00%	20 86,96%	
Algique	20 40,00%	3 13,04%	
EVA /10	n = 29 6,69 ± 1,79 6,00 [6,00 - 8,00]	n = 4 8,00 ± 0,82 8,00 [7,50 - 8,50]	p = 0,0973

Selon le dossier, les patientes paraissent plus calmes en suivi global, avec un EVA (Echelle visuelle analogique de la douleur) plus élevé.

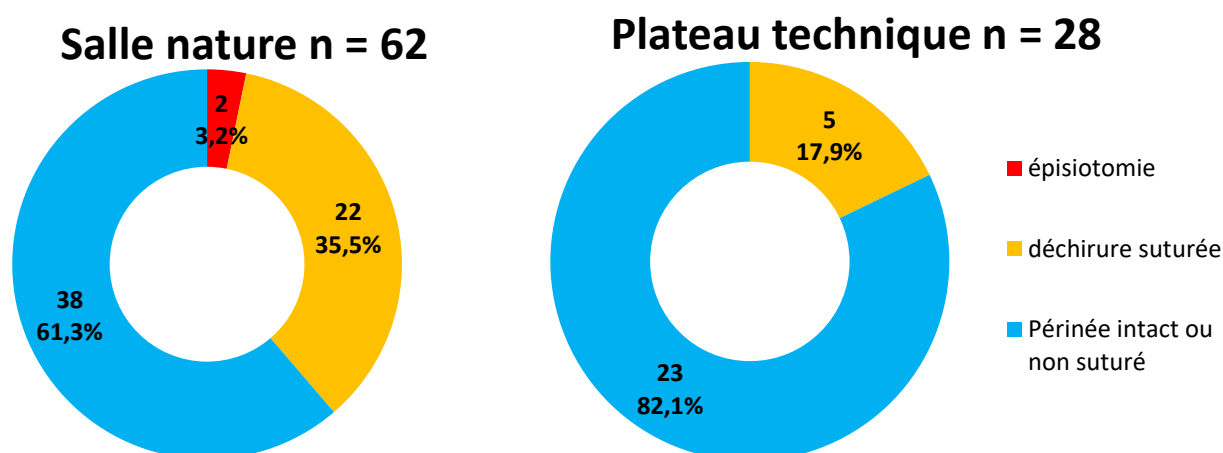
Au sujet des thérapeutiques utilisées pour gérer la douleur, hors péridurale, nous n'en constatons pas en plateau technique. En salle nature, le protoxyde d'azote a été utilisé pour 7 patientes (sur 62 dossiers), l'Atarax et le paracétamol ont tous deux été utilisés chez une patiente.

3. L'accouchement :

Tableau 5 : durée des efforts expulsifs et de la délivrance du placenta			
Total = 90	Salle nature	Plateau technique	p value
Durée des efforts expulsifs en min	n = 61 12,95 ± 15,27 8,00 [4,00 - 15,00]	n = 28 10,32 ± 9,34 10,00 [4,00 - 11,50]	p = 0,7970
Délai Accouchement- délivrance en min	n = 59 10,69 ± 6,27 10,00 [6,00 - 13,00]	n = 28 19,18 ± 9,25 20,00 [11,50 - 26,50]	

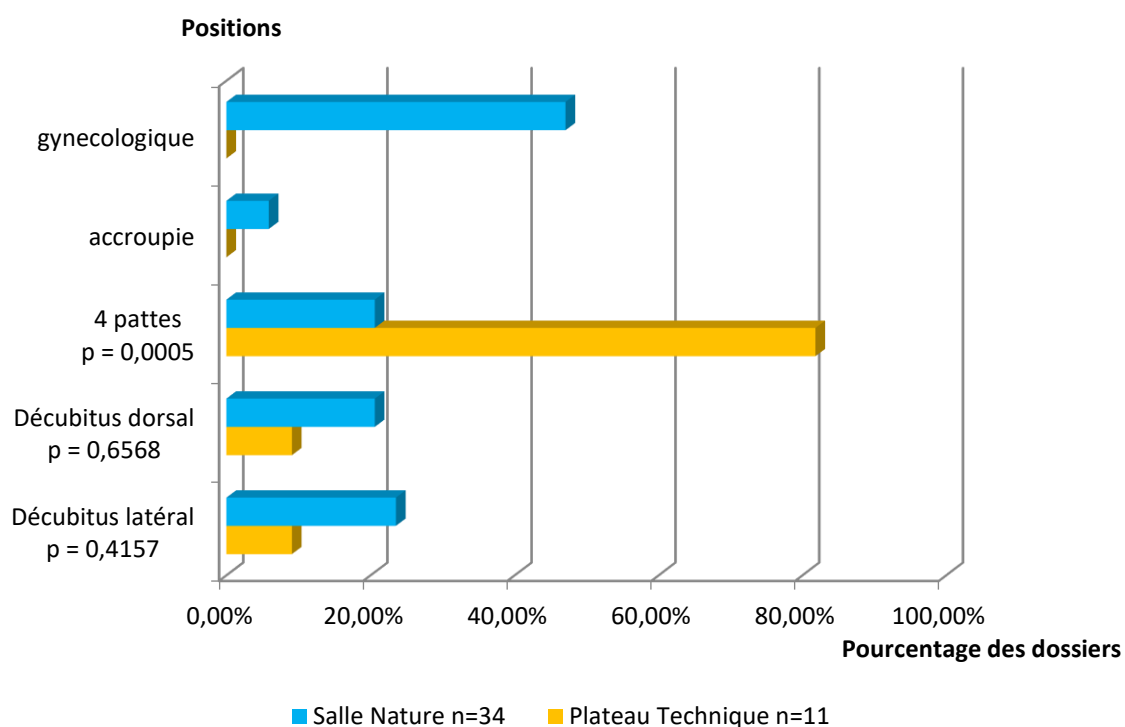
Le temps écoulé entre l'accouchement et la délivrance du placenta est nettement supérieur en Plateau technique.

Figure 6 : Taux de réfection de périnée



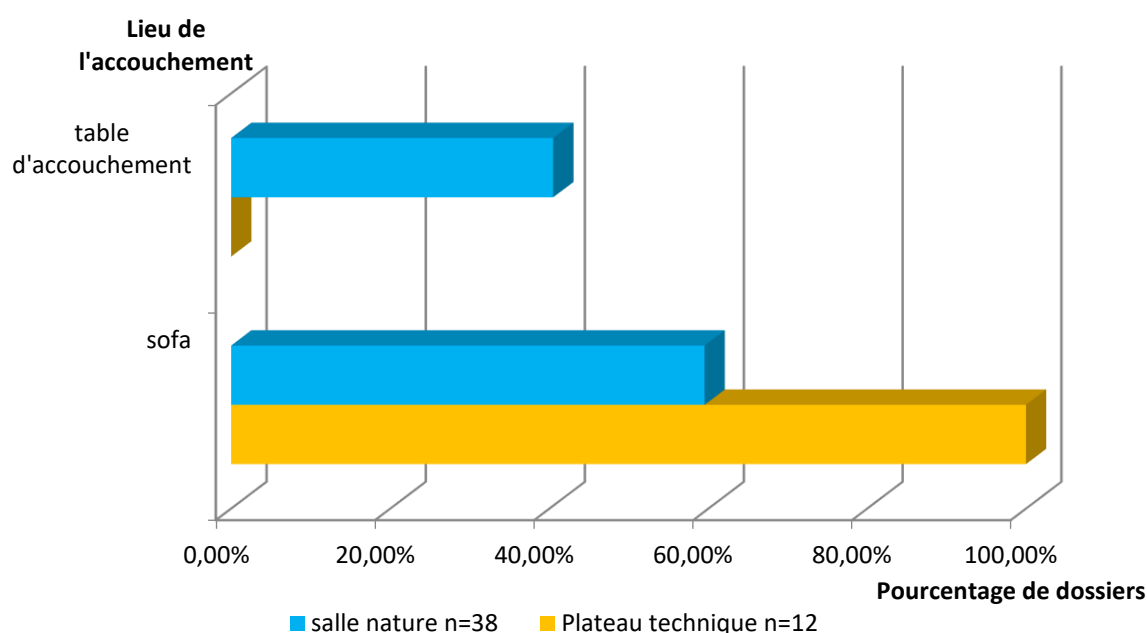
Nous constatons 2% d'épisiotomie en salle nature et aucune en plateau technique.

Figure 7 : Répartition des positions utilisées pendant l'accouchement :



La grande majorité des accouchements en suivi global se font à quatre pattes.

Figure 8 : lieu de l'accouchement



Nous obtenons $p = 0.0107$ concernant une différence sur le lieu de l'accouchement. Même si la majorité des accouchements se font sur le sofa dans les deux groupes.

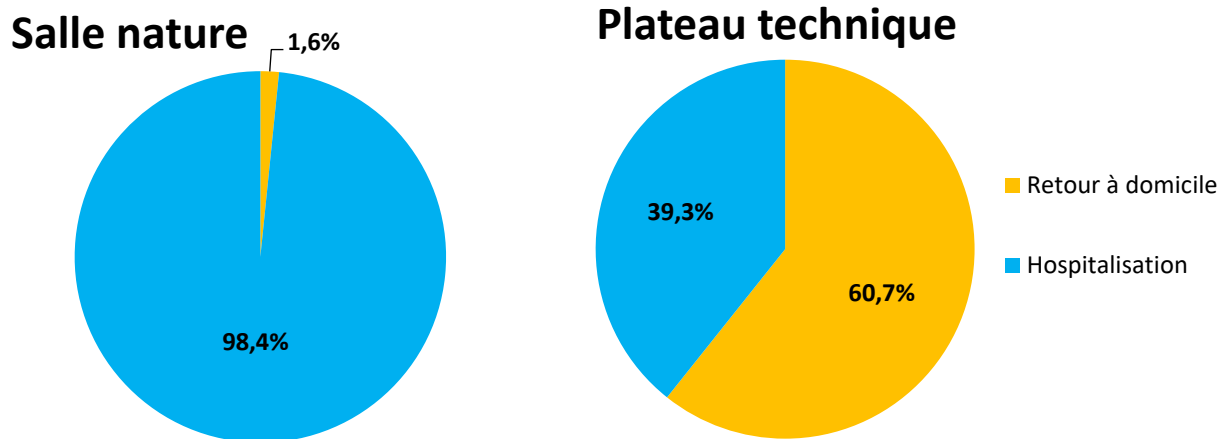
4. Le post partum immédiat et la sortie de maternité :

Tableau 6: le post partum immédiat			
Total = 90	Salle nature	Plateau technique	p value
Durée du peau à peau en minutes	n = 56	n = 27	p = 0,3176
	109,8 ± 23,97	113,7 ± 24,46	
	120,0 [112,5 - 120,0]	120,0 [120,0 - 120,0]	
Temps de surveillance en salle de naissance	n = 62	n = 28	p = 0,9541
	134,2 ± 39,98	131,0 ± 20,96	
	121,0 [120,0 - 130,0]	120,0 [120,0 - 137,5]	

Pour l'allaitement, 100% des patientes allaitantes ont fait une tétée de bienvenue en salle de naissance pour les 2 groupes. Il y avait 70,18% de patientes voulant allaiter en salle nature (pour $n = 57$), contre 96.30% en plateau technique (avec $n = 27$).

Ce qui nous donne $p = 0.0064$.

Figure 9 : Type de surveillance après la salle de naissance :



Concernant une éventuelle différence dans le type de sortie des patientes et de surveillance après la salle de naissance nous calculons un $p < 0.0001$.

Pour le délai de sortie, nous obtenons :

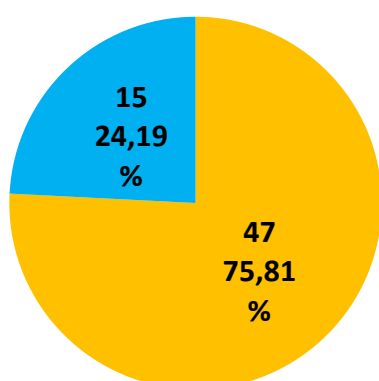
- En Salle nature, les patientes sortent de la maternité au bout de 78.65 heures en moyenne. Avec un minimum de 4 heures (pour une patiente transférée depuis le plateau technique) et un maximum de 144.0 heures.
- En Plateau technique, le délai est de 27.89 heures en moyenne, avec un minimum de 2 heures et un maximum de 120 heures.
- La valeur de p est inférieure à 0.0001.

5. L'utilisation de l'ocytocine :

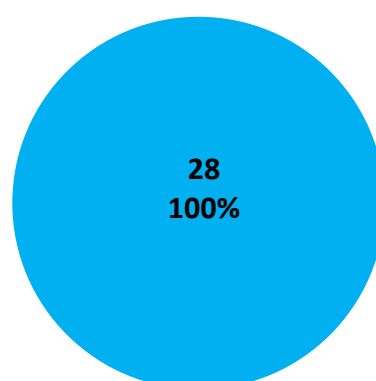
Pendant le travail, sur les 90 dossiers, seul 1 patiente a reçu de l'ocytocine pendant le travail. Cette patiente de plateau technique initialement a bénéficié de cette hormone, accompagné d'un transfert vers l'équipe hospitalière en salle nature pour dystocie cervicale.

Figure 10 : Utilisation de l'ocytocine pour la délivrance du placenta :

Salle nature n = 62



Plateau technique n = 28

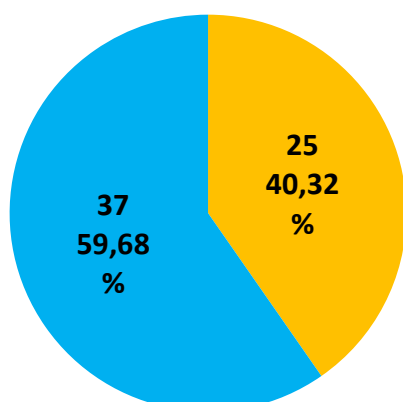


■ Délivrance dirigée
■ Délivrance naturelle

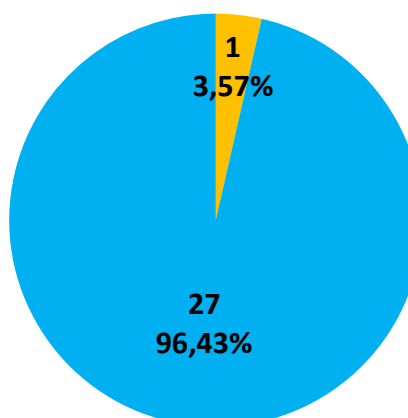
Le p calculé est de 0.0042. Il n'y a aucune délivrance dirigée en plateau technique.

Figure 11 : Utilisation de l'ocytocine dans le post partum immédiat :

Salle nature n = 62



Plateau technique n = 28



■ ocytocine dans le Post partum
■ Pas d'ocytocine dans le Post partum

Cette comparaison nous donne un $p = 0.0004$.

Les sages-femmes hospitalières utilisent plus l'ocytocine en post partum immédiat qu'en libéral, avec un $p = 0,0004$.

Chapitre 3

ANALYSE ET DESCRIPTION

I. Les points positifs et négatifs de la recherche :

Le plateau technique de la maternité du CH Lens étant ouverte depuis octobre 2015 et étant le seul plateau technique de la région, aucune étude n'avait été réalisée à ce sujet. Ce mémoire permet donc de faire un premier état des lieux des pratiques réalisées dans cette salle nature et ce plateau technique.

Qui plus est, la physiologie et le respect des patientes étant au cœur de l'actualité, ce travail sert à mettre en avant la prise en charge physiologique des patientes à bas risque proposée par ce centre hospitalier.

Cependant, trois difficultés se sont imposées dans cette étude. Premièrement, le long délai d'obtention des dossiers. En effet, malgré la demande effectuée fin juillet 2017 et les relances presque hebdomadaires, les dossiers n'ont pu être délivrés par le service des archives qu'en novembre 2017, le temps d'avoir toutes les autorisations nécessaires.

Secondairement, la salle nature n'étant ouverte officiellement aux sages-femmes libérales que depuis octobre 2015 et le plateau technique n'étant pratiqué que par trois d'entre elles, très peu de dossiers étaient analysables. Cependant, depuis décembre 2014, une sage-femme, exerçant à la fois en libéral et au sein du CH Lens, a pu exercer des accouchements en plateau technique avant son ouverture officielle. C'est pourquoi, les dossiers de cette sage-femme libérale ont été inclus dans l'étude, afin d'avoir plus de dossiers exploitables. Ceci constitue un biais de sélection.

De plus, mis à part le faible nombre de dossiers analysables d'après les listes élaborées par le CH Lens (119 au total), un certain nombre n'ont pas été obtenus de la part du service des archives soit 25 dossiers sur 119, c'est à dire 21% des dossiers demandés. Cela forme une perte d'information non négligeable qui limite le niveau de preuve de ce travail.

Enfin, un grand nombre d'informations ne sont pas retranscrites systématiquement dans le partogramme. Notamment le matériel utilisé (ballon, sofa, baignoire, lianes ...) ou la position et le lieu d'accouchement ne sont pas stipulés dans tous les dossiers. Tout cela réduira donc le nombre de paramètres analysables entre les deux groupes.

J'ajouterais que ce mémoire étant porté sur un sujet récent, aucune autre étude n'est comparable à celle-ci. Cela peut être vu comme un point fort par son originalité. Cependant, cela induit un nombre de sources bibliographiques très restreintes, ce qui reste un frein dans l'exploitation optimales des données et ne permet pas de comparaison possible.

II. Analyse des résultats :

1. Description de la population :

a. Des patientes plus âgées avec un meilleur niveau socio-professionnel en PT (plateau technique):

Les patientes accouchant en plateau technique ont en moyenne 31,57 ans, contre quasiment 29 ans en salle nature. Nous pouvons donc en conclure qu'en général les patientes en suivi global seraient plus âgées que les patientes en suivi hospitalier ($p = 0,0208$). Les patientes de PT seraient probablement plus âgées que la moyenne nationale également, celle-ci étant de 30,3 au début de l'étude et de 30,6 en 2017 selon l'INSEE. [24]

A ceci nous pouvons y associer le contexte socio-professionnel ($p = 0,0277$). En salle nature, la majorité des patientes sont sans activité (56,4%) et employées (32,3%). En revanche, dans l'autre groupe, nous y constatons une dominante de patientes cadres ou avec une profession intellectuelle supérieure (39,3%) puis employées (32,1%). Nous savons que les femmes faisant des études et ayant un contexte socio-économique plus favorable ont une grossesse plus tardive par rapport aux femmes n'ayant pas fait d'études supérieures ou étant sans emploi. A ceci s'ajoute la partie financière du plateau technique. Contrairement à l'accouchement en milieu hospitalier classique, pris en charge par la sécurité sociale et la mutuelle ou la CMU, des dépassements d'honoraires ou d'actes hors nomenclature sont demandés en plateau technique. Cette « participation » de la patiente de l'ordre de 600€ en moyenne (selon les praticiens) n'est donc pas accessible à toutes les patientes. Cependant, certaines mutuelles prennent ces frais en charge.

b. Une plus grande diversité ethnique en salle nature :

Nous constatons qu'en plateau technique 100% des patientes sont d'origine caucasienne. Cependant, en salle nature, nous dénombrons un peu plus de 16% de femmes africaines. Nous pouvons en déduire qu'il y a une plus grande diversité au niveau des origines des patientes en salle nature ($p = 0,0277$). Celles-ci pouvant être attirées par l'accouchement sans péridurale par leurs traditions, sans y chercher le lien singulier avec la sage-femme du plateau technique.

c. Les femmes n'hésitent pas à faire des km pour venir accoucher en PT :

Selon la Dress, en 2010, les femmes avaient en moyenne 17 minutes de trajet pour arriver à la maternité. Dans notre région, ce chiffre est même de moins de 15 minutes dans le Nord, et 17 minutes dans le Pas-de-Calais (soit la moyenne nationale). [A]

Dans notre étude, les patientes en suivi classique ont environ 13 kilomètres pour venir au CH Lens ce qui reste, estimé en temps, proche de la moyenne départementale. En revanche, en suivi global, les patientes ont en moyenne 40 kilomètres à faire pour accoucher, le maximum étant 91kilomètres pour une patiente. Nous en déduisons que les patientes peuvent faire des kilomètres supplémentaires pour avoir accès au plateau technique ($p < 0,0001$). En effet, cela s'explique par le manque d'offre de ce type dans la région. La maternité de Lens étant la seule de la région à offrir son plateau technique aux sages-femmes libérales, cela offre très peu de choix aux patientes désirant cette forme d'accouchement.

d. un Indice de masse corporel semblable :

En ce qui concerne l'IMC, il est relativement semblable dans les deux groupes (23,3 pour la salle nature contre 22,74 en plateau technique). Ayant inclus des patientes sans pathologies associées, et exclus par exemple les fœtus macrosomes, souvent en adéquation avec un excès de poids maternel, ces résultats étaient prévisibles.

e. Les grandes multipares plus nombreuses en salle nature :

En ce qui concerne la gestité, aucune différence significative n'est constatée entre les deux groupes. En revanche, nous pouvons dire qu'il y a plus de grandes multipares (4 ou plus) en salle nature ($p=0,0179$). Elles représentent 16,67% du panel hospitalier, contre 1,11% dans le deuxième. Nous émettons l'hypothèse que le travail étant rapide, il pourrait y avoir aussi le manque de temps pour poser une péridurale. En effet, pour les patientes suivies à l'hôpital dont le travail a été très rapide, nous ne sommes pas en capacité de dire si c'était un réel souhait, ou juste un manque de temps pour avoir la péridurale.

2. Le déroulement du travail :

a. Le passage en salle à plus de 4 cm :

Les patientes arrivent à plus de 4 cm en général en salle d'accouchement (4,71 cm en salle nature et 4,50 en plateau technique). Ce qui ne nous permet pas d'en déduire une éventuelle différence ($p=0,3217$). Cependant, ces chiffres ne sont peut-être pas totalement justes. Car la patiente suivie par les sages-femmes hospitalières peut avoir patienté en pré travail ou en salle nature (dans la baignoire par exemple), sans que le partogramme n'ait été commencé. Nous ne prenons donc pas en compte les éventuelles heures que la patiente a pu passer dans l'établissement, sans qu'elle soit officiellement en travail.

En revanche, ce chiffre est tout de même non négligeable pour mettre en avant la prise en charge physiologique du travail. Le personnel, aussi bien hospitalier que libéral, attend plus longtemps avant de passer la patiente en salle de naissance si l'on compare aux classiques 3 centimètres des patientes sous péridurale.

b. Une surveillance du bien être fœtal différente :

Les recommandations de l'HAS sur l'accompagnement de l'accouchement physiologique [25] met en avant la possibilité de pratiquer le monitoring en discontinu en dehors de toute anomalie durant la grossesse ou le travail. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) ajoute même que le monitoring en continu aurait des inconvénients. Il augmenterait le taux de césarienne ainsi que toutes autres interventions sans qu'un bénéfice ne soit notable pour la patiente et l'issue de sa grossesse. [26] Cependant, il est rappelé que cette surveillance en discontinue n'est possible uniquement si nous sommes dans le modèle une sage-femme pour une femme, tout du moins pendant le travail. De plus, la sage-femme doit être à l'aise avec cette surveillance par intermittence. Dans notre recueil, plus d'une femme sur deux bénéficie du monitoring discontinu en plateau technique, contre seulement 3,39% en salle nature. Ceci s'explique par la moins grande disponibilité de la sage-femme hospitalière. La maternité de Lens étant une maternité de niveau 3, avec 2939 accouchement en 2017, la sage-femme doit gérer plusieurs patientes en même temps. Le monitoring discontinu n'est donc pas possible. De plus, les sages-femmes hospitalières ne sont pas formées à ce suivi en discontinu.

Associé au Rythme cardiaque fœtal, le monitoring des contractions utérines nous montre une grande différence entre les patientes ($p < 0,0001$). 81,36% des femmes accouchant en salle nature ont bénéficié du monitoring des contractions utérines pendant le travail et l'accouchement. Dans l'autre partie des patientes, 7,14% ont vu leurs contractions enregistrées pendant le travail. Aucune tocographie n'a été recensée pendant les efforts expulsifs. Ceci reste intimement lié à l'auscultation par intermittence. De plus, c'est dans la continuité de l'accouchement « non médicalisé » avec un souhait des patientes de ne pas avoir d'interventions extérieures. Cependant, il faut prendre en considération l'aspect médico-légal, qui ne permettrait pas de caractériser une éventuelle anomalie du rythme cardiaque fœtal si les contractions utérines ne sont pas enregistrées. La tocographie est ainsi nécessaire dès qu'une anomalie du rythme cardiaque fœtal est détectée.

c. Une durée du travail équivalente, mais moins de Touchers vaginaux par heure en plateau technique :

Avec moins de 3 heures de travail dans les deux groupes, nous n'avons pas de différences significatives ($p = 0,1395$). Cependant, comme expliqué précédemment, le pré-travail n'a pas été pris en compte dans cette étude. Nous avons donc uniquement mis en avant le temps passé en salle de naissance.

Concernant la fréquence des touchers vaginaux, en salle nature, il y a une moyenne de 2,15 touchers par heure. En plateau technique, ce nombre baisse à 1,86 par heure ($p = 0,0108$). Nous sommes au-dessus du classique « un TV par heure ». Cela s'explique par la multiplication des touchers vaginaux en fin de travail afin de s'assurer de l'avancement rapide de celui-ci et de la prise en considération du ressenti de la patiente, qui peut guider la sage-femme sur l'avancement du travail en fonction de ce qu'elle ressent.

d. La pose de voie veineuse :

Toutes les patientes doivent bénéficier d'une voie veineuse en salle de naissance selon le protocole du service [Annexe 1]. Cette dernière peut être obturée directement. Pour les 8 patientes (2 en salle nature et 6 en plateau technique) dont cette pose n'est pas tracée dans le dossier, nous ne pouvons pas dire si c'est un oubli de traçabilité, un manque de temps (pour le travail très rapide) ou un choix délibéré du praticien ou de la patiente.

e. Le moins d'amniotomie possible :

Selon l'enquête périnatale de 2016, 41,4 % des patientes en travail spontané bénéficient d'une amniotomie. Or, il n'est recommandé de la pratiquer uniquement qu'en cas de dystocie du travail. [C] Dans nos populations cibles, nous dénombrons 27,4% de rupture de la poche des eaux par les sages-femmes hospitalières et même 7,1% par les libérales. Ces chiffres, bien en dessous de la moyenne nationale, mettent donc en avant le respect de la physiologie au cœur de la prise en charge par les équipes hospitalières et libérales dans cet espace physiologique. A ceci s'ajoute le moment où les femmes rompent la poche des eaux. Avec une moyenne de 8,81 et 9,00 cm pour tout type de rupture confondu. Ces moyennes restent tardives dans le travail, montrant le peu d'interventions médicales des équipes.

f. Le modèle une sage-femme (libérale) / une femme :

En hospitalier, le nombre moyen d'intervenants est de 2,69. Les causes principales à ce nombre plus important ($p < 0,0001$) sont :

- Le changement de l'équipe de garde, engendrant l'intervention d'une deuxième sage-femme sans raison médicale.
- La présence d'étudiants sages-femmes dans 21% des cas.

A cela vient s'ajouter le transfert de deux patientes du plateau technique vers la salle nature (sans pose de péridurale), qui a engendré l'intervention de sages-femmes supplémentaires et de médecins.

Nous pouvons aussi y additionner le temps de présence de l'auxiliaire de puériculture en salle de naissance (en suivi hospitalier). Il était difficile de le comptabiliser par manque d'identification claire dans le dossier. Mais nous savons que dans l'organisation du service, l'une d'entre elles est systématiquement présente lors de l'accouchement.

En revanche, en plateau technique, 27 dossiers sur 28 mettent en avant la présence d'une seule sage-femme pour la patiente. C'est l'élément particulier au cœur de cette prise en charge, ce que recherche les patientes. Cela permet de créer un lien particulier et de bénéficier d'un accompagnement sur mesure (le couple ayant pu faire connaître ses attentes durant tout le long de la grossesse). Ainsi, en suivi global, la sage-femme reste tout le long du travail en salle de naissance avec

le couple. Elle ne sort qu'en cas de demande de la patiente. Cette présence constante permet un réel soutien de la patiente durant le travail, et un accompagnement plus intime, basé sur la confiance.

Ce type de prise en charge se rapproche du model anglais. En effet, en Grande Bretagne nous comptabilisons presque 36 000 sages-femmes pour 787 000 Naissances. En France, c'est près de deux fois moins, avec environs 20 000 sages-femmes pour 830 000 naissances. Les sages-femmes hospitalières Françaises n'ont pas d'autre choix que de s'occuper de plusieurs patientes en même temps. Alors qu'en Angleterre, la Sage-femme peut se focaliser sur une seule patiente.

g. La gestion de la douleur par les positions, la mobilisation des patientes :

Nous constatons une mobilisation certaines des patientes dans les deux types de prises en charge. En plateau technique, plus de la moitié des patientes ont été assises et à quatre pattes pendant le travail. En salle nature, la position assise est la position favorite, vient ensuite (pratiquement aux mêmes pourcentages) le quatre pattes, le décubitus dorsal, le décubitus latéral et la déambulation. L'élément le plus mis en avant dans ce travail est le fait qu'aucune patiente en plateau technique ne se serait mise en décubitus dorsal, contrairement aux plus de 30 % des patientes hospitalières ($p=0,0215$). De plus, le fait de ne pas avoir de péridurale, permet aux patientes une mobilisation. Ainsi, le changement de position, selon Bernadette De Gasquet, engendre un travail plus court et plus supportable sur le plan de la douleur. [27]

Concernant le matériel utilisé dans cette espace physiologique, nous pouvons en déduire que la répartition de l'utilisation est similaire dans les deux groupes ($0,1998 < p < 0,9516$ selon le matériel choisi). Les sages-femmes hospitalières utiliseraient avec les patientes plus de matériel qu'en plateau technique, même si une différence significative n'est pas admise.

Nous retrouvons plus de 60% des patientes ayant utilisé le sofa et la baignoire (autour de 50% en salle nature). Près de 30% des dossiers totaux disent utiliser le ballon pendant le travail.

Nous pourrions donc mettre en avant l'avantage de la présence d'un tel espace physiologique dans les maternités. En effet, il permet aux patientes ne souhaitant pas de péridurale de se voir offrir une large palette de positions possibles et de matériel adéquate disponible afin de vivre au mieux l'arrivée de leur enfant.

Cependant, ces données sont à prendre avec recul. Un grand nombre de dossier ne comporte pas la traçabilité du matériel ou des postures utilisées. Une étude observationnelle pourrait permettre d'avoir une idée plus précise de la mobilisation des parturientes.

h. Très peu de médecine alternative dans les deux groupes :

Au total 6 patientes (3 dans chaque groupes) ont bénéficié de prise d'homéopathie. Cependant, un manque de traçabilité est à noter pour cette information car aucune partie du partogramme n'est dédié à la médecine alternative. De plus, ces pratiques nécessitent des formations et diplômes supplémentaires qui ne font pas partie de la formation initiale chez les sages-femmes. C'est donc une proposition de prise en charge qui peut être un atout supplémentaire lorsque la sage-femme est formée.

Quant à l'OMS, elle préconise, dans ses dernières recommandations de 2018, le recours à la relaxation et le massage pour diminuer l'inconfort de la patiente et soulager la douleur. [26]

i. Les thérapeutiques utilisées en salle nature :

En salle nature, nous voyons qu'en dehors de la péridurale, des thérapeutiques peuvent être proposées aux patientes si la douleur est difficilement gérable. Par exemple, sur les 62 patientes, 7 ont bénéficié de protoxyde d'azote. Le paracétamol et l'Atarax ont aussi été utilisé dans un cas. Ceci pourrait être interprété comme une proposition de l'équipe hospitalière dans l'accompagnement de la patiente afin de l'aider à gérer la douleur sans avoir recours à la péridurale.

Ces thérapeutiques sont tout de même très peu utilisées (et pas du tout par les sages-femmes libérales). Cela s'inscrit dans le projet de la patiente d'avoir un accouchement physiologique, où elle est préparée à gérer la douleur.

j. Des femmes plus calmes en plateau technique :

Malgré une EVA légèrement plus élevée, 8,00 en plateau technique contre 6,69 en salle nature (différence non significative avec un $p = 0,0973$), les patientes prises en charges par les sages-femmes libérales paraissent moins algiques, et plus calme. Bien que cette évaluation du comportement de la

patiente soit entièrement subjective, nous avons quasiment 87% de patientes calmes en plateau technique contre 60% en salle nature (avec une différence significative $p=0,0213$). Nous pourrions expliquer cela par le choix de l'accouchement physiologique en plateau technique qui est un choix élaboré, mûri et bien formulé. En effet, seules trois sages-femmes exercent ce type d'accouchement. Les « places » sont donc très prisées. Seules les femmes sûres de leur projet accèdent à cette prise en charge. Tout au long des neuf mois de grossesse, la parturiente, son compagnon et la sage-femme préparent l'arrivée du nouveau-né. Les cours de préparation à la naissance, les consultations mais aussi souvent la documentation que la patiente se procure, l'aident à apprendre à appréhender la douleur et peut être mieux la gérer.

Le suivi hospitalier étant moins personnalisé, la sage-femme rencontrant la patiente souvent le jour de l'accouchement, l'accompagnement dans la gestion de la douleur peut être plus compliqué. Nous pouvons en conclure que le lien créé entre la sage-femme et le couple est un élément important dans la gestion, la perception et le vécu de la douleur des contractions utérines lors de l'accouchement.

3. L'accouchement :

a. Des efforts expulsifs de même durée :

A travers ce recueil, nous ne décelons pas de différence significative entre les patientes de salle nature et de plateau technique ($p = 0,7970$, avec 12,95 min et 10,32 min). En effet, les deux types d'accouchements étant avec des patientes de critères semblables de physiologie (fœtus normotrophes, pas d'obésité morbide ou d'anomalies pendant la grossesse d'un point de vue maternel ou fœtal), et tous deux sans péridurales, ces conclusions restent plutôt prévisibles.

b. Quasiment pas d'épisiotomie et peu de périnées suturés :

Avec une moyenne nationale d'épisiotomie autour des 20 %, les accouchements en espace physiologique sont très loin de cette moyenne. En effet, la salle nature comptabilise 2 épisiotomies, soit 3,2% des patientes. En plateau technique, ce chiffre est tout simplement nul.

Concernant les déchirures périnéales spontanées suturées, elles sont de 35,5% en hospitalier contre 17,9 % en libéral. Mais les groupes étant relativement petits, aucune différence significative ne peut en être déduite., avec un $p = 0,0912$.

En revanche, ces chiffres nous montrent que l'équipe hospitalière et libérale s'inscrit dans un schéma de respect de la patiente et de la physiologie décrit par l'HAS et l'OMS dernièrement [25] [26]. Toujours dans cette optique d'intervenir le moins possible, nous constatons un nombre non négligeable de périnées intacts ou non suturés (jusqu'à 82% en libéral). C'est donc l'un des éléments fort de cette prise en charge.

c. Une position d'accouchement plus « standard » en hospitalier :

Concernant l'accouchement, pour les femmes en plateaux techniques, une position revient quasiment systématiquement : le quatre pattes sur le sofa. En effet, 80% des patientes accouchent dans cette position en plateau technique et 100% sur le sofa (selon le recueil de dossier, lorsque l'information y figurait).

Comparé à cela, en hospitalier, la majorité des patientes (presque 50%) accouchent en positions gynécologiques sur la table d'accouchement. Pour le reste des patientes, le sofa est l'autre alternative avec des positions qui varient. Le quatre pattes, le décubitus dorsal et latéral sont tous utilisées à presque 20%.

Il est à noter, que la position et le lieu d'accouchement sont tout de même non tracés dans près de 50% des dossiers, ce qui modère nos conclusions.

4. Le post partum immédiat et la sortie de la maternité :

a. Le peau à peau et l'allaitement maternel privilégiés par tous :

Avec une durée de surveillance du post partum immédiat de 2 heures (plus ou moins 130 minutes dans les 2 panels), nous pouvons constater que le peau à peau est mis en place immédiatement en salle de naissance à l'accouchement. Pour nos deux types de patientes, celui-ci est d'environ 110 minutes. Soit la totalité de la surveillance, mise à part le temps de réalisation des soins de cordons et de l'examen clinique.

De plus, la tétée de bienvenue est proposée et réalisée dans 100% des cas, si la patiente désire un allaitement maternel. Elles sont de plus de 70% en salle nature et 96% en plateau technique. Il y a, tout de même, plus de femmes allaitantes en suivi global ($p=0,0064$)

Nous en déduisons que des mesures sont mises en place pour favoriser le lien mère-enfant et permettre la bonne adaptation du nouveau-né.

b. La sortie très précoce après l'accouchement en suivi global :

L'un des points essentiels du suivi en global est de permettre aux patientes le retour à domicile deux heures après leur accouchement si tout s'est bien passé. Cette particularité se traduit dans les statistiques se rapportant à la sortie avec une différence significative $p < 0,0001$. En effet, en sortant de la salle d'accouchement, plus de 60% des patientes rentrent directement à la maison, contre une seule patiente (1,61%) en salle nature. Cette patiente étant un transfert venant du plateau technique (sortie donc contre avis médical).

Nous retrouvons ces chiffres avec la moyenne de temps d'hospitalisation. Avec 27,89 heures en suivi global, cela représente presque 3 fois moins de temps que les autres patientes de l'étude.

En ce qui concerne les patientes qui n'ont pas bénéficié de la sortie deux heures après la naissance, les raisons mises en avant sont :

- La patiente préférerait passer une nuit à l'hôpital
- Une surveillance nécessaire de la mère ou de l'enfant
- Ou encore, un malaise du papa avant de repartir, ne permettant pas de laisser la famille reprendre la route par sécurité.

5. L'utilisation de l'ocytocine :

a. Pas d'ocytocine pour accélérer le travail :

Dans le respect de la physiologie, la non utilisation de l'ocytocine est très souvent un désir profond des patientes. Dans cette continuité, nous remarquons que seul un dossier a été recensé comme ayant bénéficié de d'ocytocine. Cette patiente a été transféré du plateau technique vers le suivi hospitalier pour dystocie cervicale. Cette utilisation de l'hormone est donc d'ordre purement médical pour arrêt de progression du travail selon les recommandations en vigueur [28].

b. La délivrance naturelle du placenta en suivi global :

L'utilisation de l'ocytocine pour la délivrance dirigée est devenue systématique en salle de naissance au CH Lens. En effet, l'injection d'ocytocine en systématique au moment du dégagement de l'épaule antérieure du nouveau-né est recommandée dans la prévention de l'hémorragie du post-partum. [25] En revanche, pour le suivi en espace physiologique, nous pouvons mettre en avant que presque 1 patiente sur 4 a eu une délivrance naturelle. Nous pourrions en supposer que la prise en charge physiologique induit une modification de la pratique de la sage-femme hospitalière quant à l'utilisation de l'ocytocine en salle de naissance. Concernant les sages-femmes libérales, elles n'ont jamais utilisé d'ocytocine pour la délivrance. Ce souhait, de ne pas suivre les recommandations, fait souvent parti du projet de naissance de la patiente qui est formulé pendant la grossesse.

D'ailleurs, le choix de ne pas utiliser cette hormone se traduit dans le temps que la patiente met pour se délivrer. En effet la patiente en suivi hospitalier met presque 2 fois moins de temps à se délivrer qu'en suivi global ($p < 0,0001$).

c. Pas d'ocytocine systématique en post partum immédiat en salle nature :

Toujours dans la continuité du travail et de l'accouchement, une seule patiente a bénéficié d'ocytocine en plateau technique.

Cependant, pour le suivi en salle nature, nous constatons que l'hormone n'est pas mise en systématique dans le post partum. Seul 40% s'est vu perfusé de l'ocytocine. Toujours selon l'HAS, l'entretien par perfusion d'ocytocine n'est pas recommandé en systématique dans la prévention de l'hémorragie du post-partum. [25]

Nous pouvons en conclure, que malgré une utilisation bien supérieure en hospitalier de l'ocytocine, l'équipe hospitalière a tout de même tendance à introduire cette hormone le moins possible avant, pendant et après l'accouchement.

CONCLUSION :

Dans ce mémoire nous avons vu les caractéristiques de l'accouchement physiologique en France, puis l'exemple du plateau technique du CH de Lens. Ensuite, nous avons exposé notre étude et nous en sommes venu à une analyse de ce travail :

Le but de ce mémoire était de montrer les avantages et inconvénients de chacune de ces prises en charges à travers un état des lieux des accouchements physiologiques et d'évaluer si le suivi global permettait une médicalisation moins importante.

Cette étude a permis de mettre en avant le respect de la physiologie en salle nature par les sages-femmes hospitalières. En effet, elles attendent une dilatation plus avancée avant de passer en salle de naissance, la poche des eaux est préservée et le taux d'épisiotomie est nettement inférieur à la moyenne nationale. Les positions pendant le travail sont variées et les patientes utilisent les infrastructures disponibles sur place (ballon, baignoire de dilatation, lianes et sofa). De plus, les sages-femmes n'utilisent pas l'ocytocine en systématique pour la délivrance.

En parallèle, en suivi global nous constatons une médicalisation encore moins présente avec l'auscultation par intermittence du rythme cardiaque fœtal, l'absence d'enregistrement des contractions, la délivrance naturelle et l'absence d'ocytociques avant, pendant et après l'accouchement. Les positions d'accouchement sont moins « standardisées » qu'en hospitalier, avec une majorité d'accouchements à quatre pattes sur le sofa.

La particularité de cette prise en charge étant la relation de confiance entre le soignant et le soigné, la présence constante en salle de naissance et la possibilité de sortir de la maternité dans les 2 heures suivant l'accouchement.

Ce mémoire permet ainsi de mettre en avant le travail fourni par les équipes hospitalières et libérales afin de proposer aux patientes une prise en charge adaptée à leur niveau de risque (faible ici) tout en respectant la physiologie et le souhait du couple.

L'étude étant faite sur des groupes de petites tailles, ce mémoire pourrait être poursuivi à plus grande ampleur, ou en mettant en avant plusieurs maternités. Il pourrait être également intéressant d'évaluer l'impact d'une salle nature et d'un plateau technique sur les pratiques des sages-femmes hospitalières pour l'ensemble des accouchements (même avec péridurale).

Le niveau de la maternité pourrait être également comparé vis-à-vis du taux d'interventionnisme dans le cadre des accouchements physiologiques.

De plus, évaluer l'influence de la parité sur la perception de la douleur et sur l'accompagnement nécessaire pour l'affronter (se traduisant, par exemple, par le nombre de touchers vaginaux réalisés), pourrait être un autre axe à évaluer.

Enfin, la maternité de Lens, à travers son espace physiologique, permet donc un accouchement sans péridurale basé sur le respect du couple mère-enfant. Étant la seule de la région accordant un accès aux sages-femmes libérales, c'est une maternité qui se démarque par son intérêt pour la physiologie en mettant la sage-femme à une place centrale dans l'accompagnement des parturientes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ministère de la Solidarité de la Santé et de la protection Sociale. PLAN de périnatalité 2005-2007 «Humanité, proximité, sécurité, qualité». 10 Nov 2004.
- [2] Morel MF. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle). Adsp. Déc 2007-Mar 2008 ;(61/62):22-28. [En ligne]. <file:///C:/Users/melld/Downloads/ad612228.pdf>. Consulté le 11 Novembre 2017.
- [3] Boufferet P. Interview de Jacqueline Lavillonniere. Collectif de Défense de l'accouchement à domicile. 28 Sept 2014. [En ligne] <https://cdaad.org/2014/09/28/interview-de-jacqueline-lavillonniere-22/#more-1373>. Consulté le 30 février 2018.
- [4] LOI n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. 2013. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028279423&dateTexte=20180411>. Consulté le 12 Décembre 2017.
- [5] Akouka C, Benoit Truong Canh M, Bissonnier A, et al. Maisons de naissance : neuf structures ouvriront bientôt leurs portes. Contact Sages-femmes. Janv-Fev-Mar 2016;(45):9.
- [6] Haute Autorité de Santé, Service bonnes pratiques professionnelles. Cahier des charges de l'expérimentation Maisons de naissance. Sept 2014.
- [7] Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 : Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010. Oct 2017. [En ligne]. http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf. Consulté le 12 Novembre 2017.
- [8] Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011. [En ligne]. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf. Consulté le 12 Novembre 2017.
- [9] République française. Code de santé publique. Missions de service public des établissements de santé, article L.6112-4. 23 février 2010

- [10] République française. Code de santé publique. article L.6146-10. Abrogé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 13.
- [11] République française. Loi Bachelot « Hôpital, Patients, Santé et Territoires ». Mise à jour : septembre 2015. [En ligne]. <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>. Consulté le 28 Septembre 2017.
- [12] ANSFL. Les plateaux techniques en France: enquête auprès des sages-femmes libérales. 2017.
- [13] Gamelin Lavois S. Répertoire sages-femmes pour accompagnement aad et pt. Mise à jour : 12 Décembre 2017. [En ligne]. <http://projetdenaissance.com/repertoire-sages-femmes-pour-accompagnement-aad-et-pt/>. Consulté le 2 janvier 2018.
- [14] ANSFL. L'accompagnement global. [En ligne]. <https://ansfl.org/document/laccompagnement-global/>. Consulté le 20 Décembre 2017.
- [15] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Mars 2014: 1-2. [En ligne]. [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese -
sortie de maternite apres accouchement.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/fiche_de_synthese_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf). Consulté le 19 Décembre 2017.
- [16] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour : Mai 2016 :3-12.
- [17] Tarraga E. accès aux PT: un nouveau mode d'exercice?. Vocation sage-femme. Mar- Avr 2015; (113):15-19.
- [18] Trélaün M. J'accouche bientôt Que faire de la douleur ?. 2Ème Ed. Gap: Editions Le souffle d'or; 2012, 230p.
- [19] Henrion C. L'Accouchement dans l'Eau: Une étude descriptive évaluant les issues maternelles et néonatales. Mémoire : Maïeutique: Université Paris Descartes. 2012.
- [20] Mercier Pardin J. L'accompagnement global, difficultés et solutions: la parole aux sages-femmes libérales des deux Savoie. Mémoire : Maïeutique : Ecole de sages-femmes de Grenoble. 2011.
- [21] Marton C. Les sages-femmes libérales et l'accompagnement global...Pourquoi pas ?. Mémoire : Maïeutique : Ecole de sages-femmes de Metz. 2009.
- [22] Lafont B. Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques. Mémoire : Maïeutique : Université Lyon1. 2010.

- [23] Conseil national de l'ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Janvier 2010. [En ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf> . Consulté le 11 juin 2017.
- [24] INSEE. Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2017. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>. Consulté le 21 Mars 2018.
- [25] Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Déc 2017 : 27-28. [En ligne]. http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2017%252FRPC_HAS-CNGOF_Accouchement_Recommandations_2017.pdf&i=13595 . Consulté le 21 janvier 2018.
- [26] World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. p 64- p111.
- [27] De Gasquet B. Trouver sa position d'accouchement. France. Marabout. 2009.
- [28] Carayol M, Dupont C, Le Ray C. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. Déc 2016. [En ligne]. http://www.sfmus.org/upload/consensus/rpc_oxytocine2017.pdf. Consulté le 2 février 2018.

ANNEXES :

Annexe 1 : Protocole CH Lens sur la Prise en charge d'une patiente en Sale nature :

Prise en charge d'une patiente en salle nature

 Centre Hospitalier de Lens POLE MERE ENFANT	Procédure interne n°10 PRISE EN CHARGE D'UNE PATIENTE EN SALLE «NATURE»	SERVICE BLOC OBSTETRICAL Date : juin 2017 Version 3 Date Révision Page 1/3
		Validation : Dr AS. VALAT F.DEREUX

En France, il existe trois approches de prise en charge de l'accouchement physiologique définies par le CNGOF et le CIANE

- L'« espace physiologique » ou « salle nature » réalise l'accompagnement des grossesses et des accouchements normaux dans un cadre non technicisé mais cela reste un fonctionnement traditionnel, avec une sage-femme dédiée ou non .
- L'« unité sage-femme » ou « maison de naissance », attenante à l'hôpital avec un statut public ou privé, réalise l'accompagnement des grossesses et des accouchements normaux dans un cadre non technicisé, avec un accompagnement global. Les sages-femmes peuvent avoir une autonomie médicale et, cet espace est une entité avec une personnalité juridique et une autonomie financière.
- Les maisons de naissance reprennent tous les éléments précédemment cités, avec en plus, des locaux indépendants détenus en propre par l'entité, et définie par la proposition d'expérimentation des maisons de naissance. Il en existe très peu actuellement.

La salle nature du CHLENS:

QUOI ?

La salle de naissance 06 dite « nature » est dédiée aux patientes désirant un accouchement moins médicalisé dans un environnement sécurisé (équipements médicaux présents mais masqués)

Composition : baignoire de dilatation, ballons, liens d'étirement, sofa et lit d'accouchement

Prise en charge d'une patiente en salle nature

QUI ?

Toute patiente souhaitant accoucher sans péridurale (projet de naissance) ou ne pouvant bénéficier de la péridurale.

CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES :

- Grossesse multiple
- Présentation du siège
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal
- Antécédents psychiatriques majeurs

EN CAS DE PARTICULARITE DE LA GROSSESSE (exemple utérus cicatriciel) DEMANDER L'ACCORD DU MEDECIN OBSTETRICIEN

COMMENT ?

1. La baignoire (voir protocole d'utilisation)
 - CI : obésité compliquant la mobilité, rupture des membranes, HIV +, AgHBS+, HCV+, infection à pyocyanique, lésion herpétique visualisée.
 - Le portage vaginal de streptocoque B, en l'absence de suspicion de chorioamniotite n'est pas une contre-indication
 - Douche avant le bain, microlax conseillé si début de travail
 - Pas d'accouchement dans la baignoire
 - Pas d'huiles essentielles
2. Monitoring continu avec capteurs sans fil relié à la centrale (résistants à l'eau)
3. En cas d'utérus cicatriciel, enregistrement continu du tonus utérin
4. Tenue habituelle du dossier et du partogramme
5. Voie veineuse obturée
6. Toucher vaginal minimum toutes les 2 heures
7. Rupture artificielle des membranes tardive ou si stagnation de la dilatation (4 heures)
8. Déambulation recommandée
9. Possibilité de boire (eau, jus de fruits)

Prise en charge d'une patiente en salle nature

10. Ph au cordon systématique

11. Surveillance habituelle du postpartum (voir recommandations prévention de l'HDD)

12. Peuvent être proposés :

- acupuncture
- homéopathie
- diffusion d'huiles essentielles
- massage
- hypnose
- autres

13. Situations indiquant un transfert vers la salle de naissance conventionnelle ou l'appel de l'obstétricien (liste non exhaustive)

- Demande d'analgésie péridurale
- Anomalie du RCF nécessitant une intervention médicale
- Stagnation de la dilatation au bout de 4 heures de phase active (après 5 cm) poche des eaux rompue
- Non engagement de la présentation au bout de 3 heures de dilatation complète
- Métrorragies abondantes

Rédaction : N.Beaucamp sage-femme cadre – F.Lemaître sage-femme FFcadre

Participants à la réunion de protocole du 4 avril 2017 :

- Sages-femmes : DRUONA – LEDEZ S – TALLARICO S – DEGORI V – BRAME S – DEMEULENAERE S – FOURNIER I – DEREUX F
- Médecins obstétriciens : Dr AS. VALAT – Dr WERY E – Dr MASSON L – Dr BOTHUYNE E

Annexe 2 : Protocole du CH Lens sur l'ouverture du Plateau techniques aux sages-femmes libérales :

OUVERTURE DU PLATEAU TECHNIQUE AUX SAGES-FEMMES LIBERALES

page 1/2

 Centre Hospitalier de Lens	Procédure interne n°31 OUVERTURE DU PLATEAU TECHNIQUE AUX SAGES FEMMES LIBERALES	SERVICE ou POLE Date Version 1 Date Révision 7/12/ 2015 Page 1/2 Validation :
---	---	---

QUOI ?

Possibilité aux sages-femmes libérales de prendre en charge l'accouchement eutocique de leurs patientes (suivi du travail, expulsion et post-partum) au sein du bloc obstétrical du CH Lens

QUI ?

- Les sages-femmes libérales ayant signé la convention avec le CHL
- Les équipes médicales et paramédicales du bloc obstétrical
- Les sages-femmes cadres
- Les services d'accueil et de facturation
- Le DIM

OU ?

En salle de naissance 06 dite « nature » du bloc obstétrical

Si cette salle est indisponible, l'équipe proposera une autre salle de naissance

COMMENT ?

1. En anténatal

- Lors de son projet de naissance, la patiente émet le désir d'être accouchée par une sage femme libérale au sein du CH Lens
- Patiente dont le suivi peut être assuré par la sage-femme libérale selon les critères de la HAS, grossesse de déroulement normal, accouchement au-delà de 37 SA
- Vers la 35^{ème} semaine, la sage femme libérale envoie par mail (aux sages femmes cadres) une fiche d'information concernant la patiente (données administratives, identité, résumé de la grossesse...) (ANNEXE 4)
- Cette fiche sera rangée aux admissions maternité dans une pochette bleue de dossier dans un casier dédié
- La consultation d'anesthésie se fera au CHL ; lors de cette consultation, le dossier administratif de la patiente sera enregistré
- Pour toute patiente, le dossier obstétrical doit comporter :
 - La carte de groupe RH avec phénotype
 - Les résultats format papier des sérodiagnostics
 - Les résultats format papier du bilan de coagulation (TP, TCA, plaquettes < 1 mois)
- le dossier obstétrical doit être dûment rempli (renseignements administratifs, antécédents, examens...), et la feuille de consentement signée par la patiente présent dans le dossier (ANNEXE 5)
- la sage-femme libérale prévient la sage-femme des admissions lorsque la grossesse d'une de ses patientes atteint le terme + 6 jours

2. Aux admissions maternité

- La sage-femme libérale prévient les admissions maternité de l'arrivée d'une patiente ; elle s'engage à être présente dans un délai qui n'excède pas 30 minutes
- La patiente se présente avec son dossier obstétrical et ses résultats biologiques
- La sage-femme du CHL sort la pochette bleue contenant la fiche d'information et le dossier anesthésie de la patiente ; elle installe cette dernière en salle d'examen
- La patiente est hospitalisée au bloc obstétrical sous l'UF 4953
- Prise en charge par la sage femme libérale ; pas de péridurale proposée

3. Au bloc obstétrical

- La sage-femme libérale (SFL) prend en charge le suivi du travail, l'expulsion et le post-partum immédiat de la patiente (2h minimum)
- La patiente sera installée en salle de naissance 06 (matériel et médicaments à disposition)
- Une des sages-femmes de garde ainsi qu'une AS du bloc obstétrical seront référents (si appel éventuel ou demande de matériel de la part de la SFL). La traçabilité des noms sera effectuée sur le partogramme
- La sage-femme libérale tient informés ses référents sage-femme et AS de l'évolution du travail de sa patiente
- La naissance sera notée dans le cahier d'activité du bloc avec la mention « accouchement par sage-femme libérale »
- La sage-femme libérale tracera les actes réalisés dans le dossier informatisé du système d'information du CH Lens (Cristal Net)
- La déclaration de naissance sera remplie sur le registre d'état civil ; les parents devront se présenter au bureau d'état civil de la mairie de LENS délocalisé dans nos locaux et ceci dans les 3 jours qui suivent la naissance
- Prise en charge de la patiente (sous l'UF 4997) par l'équipe du bloc obstétrical en cas de :
 - Péridurale
 - Pathologie pendant le travail
 - Extraction instrumentale
 - HDD
 - Césarienne
 - Pathologie pendant le post-partum immédiat mère ou nouveau-né

Dans ces situations décrites précédemment, la prise en charge de la patiente par l'équipe du CHL fait l'objet d'une demande écrite de la sage-femme libérale, signée et horodatée (ANNEXE 5)

4. Les 2 heures de post-partum

- Surveillance et soins pendant les 2 heures de post-partum de la mère et de son nouveau-né par la sage-femme libérale
- La surveillance du post-partum, ainsi que l'examen et l'autorisation de sortie doivent être tracés dans le dossier obstétrical selon les recommandations de l'HAS (indicateurs IPAQSS). La sortie est effectuée dans Cristal Net.
- Si la patiente reste hospitalisée au-delà de ces 2 heures : hospitalisation sous l'UF suites de naissance (mère et enfant ; UF 4923 ou UF 4933 ou UF 4943) ou bloc obstétrical (UF 4997) en cas de sortie dans un délai de 6h après l'accouchement
- Le dossier obstétrical sera archivé au CH Lens ; la sage-femme libérale en fera une copie dès la sortie de la patiente
- Le bio-nettoyage complet de la salle sera assuré par les AS du bloc obstétrical dès la sortie de la patiente.

Annexe 3 : Grille de recueil des données

Grille de Recueil de données		N° patiente :
Population :		
Age	Origine	
Catégorie Socioprofessionnelle	Agriculteurs exploitants	
	Artisans commerçants et chefs d'entreprises	
	Cadres et professions intellectuels supérieures	
	Professions intermédiaires	
	Sans activité	
	Employés	
	Ouvriers	
Distance domicile – CH Lens en Km		
IMC		
Gestité	Parité	
Plateau technique / salle nature		
Le Travail	Durée du travail	
Dilatation à l'ouverture du partogramme		
Monitoring du RCF	Continu	
	Discontinu	
Monitoring des CU	Pendant le travail	
	Pendant l'expulsion	
Nombre de TV pendant le travail		
Nombre d'intervenant (SF / AS/ Méd)		
Pose de VVP		
Ocytocine pendant le travail		
Rupture	Prématurée	
	Spontanée	
	Artificielle	
Dilatation à la rupture des membranes		
Posture et matériel utilisé pendant le travail		
Médecine alternative :	Homéopathie,	
	Acupuncture	
	Sophrologie	
	Aromathérapie	
	Massage	
	Hypnose	
Comportement de la patiente	Calme	
	Algique	
EVA		
Thérapeutique (gestion de la douleur)		

L'accouchement	
Durée des efforts expulsifs en minutes	
Episiotomie	
Déchirure suturée	
Position d'accouchement	
Lieu d'accouchement	Table
	Sofa
	Baignoire
	Autre
Injection d'Ocytocine pour la délivrance dirigée	
Délai Accouchement délivrance	
Post partum immédiat	
Perfusion d'Ocytocine	
Durée du Peau à peau	
Allaitement	
Temps de surveillance en Post partum	
Suites	Hospitalisation
	Retour à domicile
Durée d'hospitalisation à partir de la naissance	

LES PARTICULARITES DE L'ACCOUCHEMENT EN SALLE NATURE ET EN PLATEAU TECHNIQUE : L'EXEMPLE LENSOIS.

RESUME

OBJECTIF : Montrer les avantages (et inconvénients) des deux prises en charges de l'accouchement physiologique au sein du Centre hospitalier de Lens.

METHODE : Etude quantitative, observationnelle, rétrospective et comparative basée sur les dossiers des patientes ayant accouché dans le cadre d'un accouchement physiologique sans péridurale au centre hospitalier de Lens. Sont compris : les accouchements en salle nature par les sages-femmes hospitalières et en plateau technique par les sages-femmes libérales.

RESULTATS : 90 dossiers ont été inclus : 28 en plateau technique et 62 en salle nature. Le CH Lens étant la seule maternité à proposer le suivi global, les patientes en plateau technique sont 3 fois plus éloignées de la maternité que les patientes de salle nature. Les sages-femmes hospitalières et libérales font peu d'amniotomie (27,7% et 7,1%) et plus tardivement (environ 9 cm de dilatation). Le taux d'épisiotomie est très bas (3,2% en hospitalier et 0% en libéral). Dans les deux prises en charges, les patientes se mobilisent et accèdent au matériel disponible en espace physiologique. Les sages-femmes libérales ont moins recours à l'ocytocine pour la délivrance et le post-partum par rapport aux sages-femmes hospitalières. Même si l'ensemble des équipes ne l'utilise pas en systématique. Enfin, parmi les patientes en suivi global, 60% des patientes sortent de la maternité dans les 3 heures qui suivent l'accouchement.

CONCLUSION : Les accouchements physiologiques au CH Lens s'inscrivent dans une démarche de respect de la physiologie et de la patiente. L'ensemble des pratiques ont tendance à aller dans le sens des dernières recommandations de l'OMS de 2018.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To show the advantages (and disadvantages) of the two physiological childbirth treatments within the Lens hospital.

METHOD: Quantitative, observational, retrospective and comparative study based on the records of patients who gave birth during a physiological delivery without epidural at the Lens hospital. Includes: births in the natural ward by hospital midwives and in the technical ward by liberal midwives.

RESULTS: 90 files were included: 28 in the technical platform and 62 in the nature room. The Lens hospital being the only maternity hospital to offer global follow-up, the patients on the technical plateau are 3 times further from the maternity hospital than the patients in the nature room. Hospital and liberal midwives do little amniotomy (27.7% and 7.1%) and later (about 9 cm dilatation). The episiotomy rate is very low (3.2% in hospital and 0% in private practice). In both treatments, patients mobilize and access the equipment available in physiological space. Liberal midwives use oxytocin less for delivery and postpartum than do hospital midwives. Even if all teams do not use it systematically. Finally, among the patients in overall follow-up, 60% of the patients leave the maternity ward within 3 hours of delivery.

CONCLUSION: Physiological deliveries at the Lens hospital are part of a process of respect for physiology and the patient. All practices tend to be in line with the latest WHO recommendations of 2018.

Mots clés : accouchement physiologique, plateau technique, salle nature.

Auteur : Delphine SITKO

Diplôme d'Etat de sage-femme, année 2017-2018.