



Accouchement en plateau technique lors de l'accompagnement global à la naissance : motivation et satisfaction des patientes : étude réalisée sur le territoire auvergnat auprès de 209 sages-femmes

Eva Vitrai

► To cite this version:

Eva Vitrai. Accouchement en plateau technique lors de l'accompagnement global à la naissance : motivation et satisfaction des patientes : étude réalisée sur le territoire auvergnat auprès de 209 sages-femmes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01993183

HAL Id: dumas-01993183

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01993183>

Submitted on 24 Jan 2019

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ACCOUCHER EN PLATEAU TECHNIQUE LORS DE
L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL A LA NAISSANCE :
MOTIVATIONS ET SATISFACTION DES PATIENTES**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

VITRAI Eva

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ACCOUCHER EN PLATEAU TECHNIQUE LORS DE
L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL A LA NAISSANCE :
MOTIVATIONS ET SATISFACTION DES PATIENTES**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

VITRAI Eva

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



Je tiens à remercier infiniment ...

Mme Aubrée SUBIAS, sage-femme libérale, de m'avoir permis de découvrir la magie de l'accompagnement global à la naissance et de l'accouchement en plateau technique ;

Le Pr Erdogan NOHUZ, chef de service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de Thiers, d'avoir accepté la direction de ce mémoire mais aussi pour l'aide précieuse apportée tout au long de ce travail ;

Mme Marie-Christine LEYMARIE, directrice de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand, co-directrice de ce mémoire, pour son aide, ses conseils avisés et sa disponibilité ;

L'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour leurs enseignements ;

Les sages-femmes libérales pratiquant des accouchements en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers pour leur aide lors du recrutement des patientes, mais aussi toutes les mamans qui ont pris le temps de répondre à mon questionnaire et sans lesquelles ce travail n'aurait pas pu être réalisé ;

Mme Marie RIQUELME, Biostatisticienne à la Délégation de la Recherche Clinique et de l'Innovation, pour son aide concernant la réalisation de la partie statistique de ce travail ;

Mme DE CARVALHO, responsable des périodiques et de la documentation électronique à la Bibliothèque Universitaire Santé de Clermont-Ferrand, pour son aide concernant la partie bibliographie de ce travail ;

Mes parents, ma sœur, pour leur soutien et leur présence au cours de ces six années d'études, et plus particulièrement ma mère pour son aide précieuse et ses nombreuses relectures lors de la réalisation de ce travail, mais aussi mes grands-parents pour avoir toujours cru en moi ;

Mathis, pour m'avoir encouragée et supportée dans les moments de doute tout au long de la réalisation de ce travail ;

Mes amis, pour leur présence, mais surtout Emilie, Julie, Lucie, pour tous les moments de stress et de joie qu'on aura partagés lors de nos études mais aussi pour leur soutien indescriptible ;

Et enfin, ma promotion 2014-2018, pour ces quatre années passées ensemble.

*« C'est le lieu de conception qui est le véritable lieu de naissance,
car c'est là que tout commence. »*

Sylvain Trudel

GLOSSAIRE

AAD : Accouchement A Domicile

AGN : Accompagnement Global à la Naissance

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

APD : Analgésie PériDurale

ARS : Agence Régionale de Santé

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

CASSF : Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes

CHT : Centre Hospitalier de Thiers

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Inter-Associatif Autour de la Naissance

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

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

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

HAS : Haute Autorité de Santé

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

NPEU : National Perinatal Epidemiology Unit

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFL : Sage-Femme Libérale

SOMMAIRE

INTRODUCTION

REVUE DE LA LITTERATURE

1. L'organisation périnatale en France	2
2. Du côté des femmes, des couples	8
3. L'accompagnement global à la naissance.....	13
4. Le plateau technique	17

METHODE

1. L'étude et les objectifs.....	23
2. Population et méthode	24

RESULTATS

1. Taux de participation	31
2. Description de la population étudiée	31
3. Motivations des patientes à choisir l'AGN et le plateau-technique du CHT	33
4. Satisfaction des patientes.....	38
5. La place du conjoint.....	41
6. Forces et faiblesses de l'AGN	42

DISCUSSION

1. Rappel des objectifs de l'étude	44
2. Forces et faiblesses de l'étude	44
3. Discussion des résultats	45
4. Projet d'action.....	63

CONCLUSION

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Toute grossesse et tout accouchement sont considérés comme potentiellement à risque de complications fœtales, maternelles et néonatales puisqu’une grossesse et un accouchement dits à bas risque ne peuvent se définir qu’a posteriori. Une forte « technisation » de la naissance a été engendrée, notamment en France, afin de diminuer autant que possible les risques inhérents à la pratique obstétricale. Mais depuis quelques années, la tendance semble s’inverser. De plus en plus de couples sont soucieux de pouvoir bénéficier de l’accompagnement de leur choix. C’est ainsi que sont nées des associations telles que le Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE) en 2003 (1), ayant pour mission de promouvoir un modèle fondé sur la physiologie et le respect des volontés des personnes quant au suivi de grossesse, le déroulement de l’accouchement et ses suites. A l’échelle internationale, nombreuses sont les études mettant en avant le « one-to-one care », encore appelé « une femme, une sage-femme ». De plus, le Collège National des Sages-Femmes (CNSF) a publié en 2016 ses premières recommandations (2) pour la pratique clinique, ayant permis de redéfinir les différentes phases du travail d’accouchement et ainsi limiter l’interventionnisme médical. Les dernières recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) (3), ou encore par l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (4) s’accordent aussi à respecter la physiologie et l’accompagnement par un nombre restreint de professionnels.

C’est ainsi que l’accompagnement global à la naissance (AGN) trouve tout son sens, permettant un accompagnement et une surveillance médicale par une même personne avant, pendant, et après la naissance. L’accouchement en plateau technique, alliant l’accompagnement global à la sécurité hospitalière, apparaît alors comme un compromis entre souhait des couples et responsabilité médico-légale des sages-femmes.

Peu nombreuses sont les femmes bénéficiant d’une telle prise en charge, et peu de littérature existe à ce sujet. Ainsi il paraît intéressant de se questionner quant aux motivations de ces dernières à choisir un tel suivi, mais aussi d’évaluer leur satisfaction.

Pour répondre à ces interrogations, une revue de la littérature exhaustive abordera successivement l’organisation périnatale en France, le point de vue des couples et des femmes sur l’offre actuelle de soins, l’AGN et l’accouchement en plateau technique. Une seconde partie présentera l’étude menée et ses caractéristiques, suivie des résultats obtenus. Ces derniers sont ensuite analysés et discutés afin d’élargir cette réflexion sur les perspectives d’avenir concernant l’AGN en plateau technique.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. L'organisation périnatale en France

1.1. Evolution des accouchements en France : comment l'accouchement en structure hospitalière a-t-il peu à peu remplacé l'accouchement à domicile ?

Pendant des millénaires, la femme accouche à la maison assistée par un entourage exclusivement féminin dont la matrone familiale et communautaire. Seules les pauvres ou les filles mères, qui n'ont nulle part où aller, accouchent à l'hôpital, qui est un lieu d'assistance et non pas un établissement de soins, et où la mortalité est d'ailleurs très élevée. Mais au XVIII^e siècle, la façon nouvelle de concevoir la place de l'enfant dans la famille et la société ainsi que le développement rapide des progrès médicaux aboutissent à des changements majeurs : les acteurs en présence de la femme enceinte deviennent la sage-femme diplômée et surtout le médecin accoucheur. Les femmes ne s'imaginent plus mourir en couches, elles veulent la vie sauve pour elle et leur bébé (5).

Le médecin accoucheur réussit à s'imposer grâce aux instruments relativement efficaces qu'il est le seul à pouvoir utiliser (leviers et forceps) et transforme ainsi les pratiques de la naissance : il fait sortir l'entourage féminin, la femme doit être allongée sur le dos pour l'accouchement. Cela engendre aussi une perte progressive d'autonomie par les sages-femmes qui, d'abord sous contrôle de l'Eglise, puis de l'Etat, passent sous tutelle médicale. De plus, à partir des années 1840, la médecine découvre le pouvoir des drogues anesthésiantes : cette volonté des femmes d'abolir la douleur de la parturition les conduit à dépendre encore plus exclusivement des hommes médecins, qui sont les seuls à pouvoir administrer ces drogues. C'est à cette même période que la mortalité à l'hôpital baisse considérablement avec la lutte contre la fièvre puerpérale et les débuts de l'hygiène et des règles d'asepsie. L'hôpital devient alors un espace de soins avec des médecins performants (6).

Mais c'est à partir des années 1920-30 que la naissance en milieu médicalisé se répand, surtout dans les grandes villes, notamment grâce à l'intervention de l'Etat. Ce dernier, pour « relancer » la natalité, crée des aides pour les salariées les moins payées comme les assurances sociales en 1928 (dont l'assurance maternité) qui permettent à un certain nombre de travailleurs de se faire soigner et de faire soigner leur famille gratuitement ou presque ; ou encore les allocations familiales en 1932. A la même période, l'hôpital devient un lieu de grande technicité médicale et les épouses de salariés

commencent alors à prendre le chemin des maternités hospitalières. Cependant, en milieu rural, où les grands hôpitaux n'existent pas, l'accouchement à la maison reste la règle et est pratiqué par une sage-femme, le médecin ne passant que de façon épisodique.

En France, la Sécurité sociale est créée en 1945. Elle permet à la patiente, si l'accouchement se déroule en milieu hospitalier, d'avoir accès aux soins sans ne verser aucune somme à l'hôpital. Une telle mesure finit de contribuer à faire entrer massivement dans les mœurs l'accouchement en maternité (53% en 1952, 85% en 1962) (7). Au cours des années 1960-80 se produisent d'autres transformations fondamentales des pratiques de naissance (échographie, monitoring, analgésie péridurale (APD)) qui confortent encore plus les parturientes dans la notion d'un accouchement en sécurité à l'hôpital (8).

1.2. La gestion des risques : une préoccupation primordiale

Depuis les années 1980, la question de la prévention des risques s'est largement développée en France afin de permettre une diminution de la mortalité périnatale (5). C'est à cette période, alors que l'accouchement en établissements hospitaliers s'est généralisé, que les politiques publiques ont soutenu le renforcement programmé des techniques périnatales. Les petites maternités, considérées comme peu « sécurisées », n'ont alors cessé de fermer pour aboutir, en 1998, à une classification des établissements de naissance en trois niveaux selon leur capacité à gérer des niveaux de risque pour l'enfant à naître, et donc indirectement pour la mère. Ainsi, toute grossesse et tout accouchement sont considérés comme potentiellement risqués. Le niveau 1 concerne les établissements disposant d'une unité d'obstétrique, le niveau 2 ceux disposant d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie et le niveau 3, les établissements disposant d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale. Les établissements de niveau 3 sont en général logés dans des centres hospitaliers universitaires (CHU), mais tous les départements n'en disposent pas.

Il n'existe pas de définition consensuelle de la grossesse à bas risque ; différentes définitions ont été proposées et celles-ci varient aussi selon les pays. La HAS (9) définit la grossesse à bas risque comme une grossesse dont l'évolution est physiologique chez une femme en bonne santé et qui le reste. Les données de 2002-2003 de l'AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie) définissent aussi les grossesses à bas risque selon plusieurs critères (cf.

annexe 1). Pour les patientes primipares, sont considérées à bas risque les femmes ayant entre 18 et 35 ans, en l'absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière ou de pathologie au cours de la grossesse, avec une grossesse unique et un fœtus en présentation céphalique. Pour les patientes multipares, en plus des critères déjà cités précédemment, elles ne doivent pas avoir un utérus cicatriciel ou d'antécédant néonatal (prématurité, mort-né ou mort néonatale) (10, 11).

L'objectif de la création des niveaux de risque a pour finalité un suivi adapté et de permettre aux grossesses à bas risque une prise en charge plus physiologique et aux grossesses à risque d'être prises en charge dans des maternités de type 3 adaptées à la gravité de la situation. La HAS a émis des recommandations en 2009 pour le suivi de la grossesse et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées jusqu'à l'entrée en salle de travail (suivi A : faible niveau de risque, suivi par un médecin généraliste, une sage-femme ou un obstétricien ; suivi B : l'avis d'un obstétricien est conseillé ; suivi C : l'avis d'un obstétricien est nécessaire ; suivi D : niveau de risque élevé, suivi obligatoire par un obstétricien.) (9, 12).

En France, les données de la littérature ne permettent pas d'avancer de chiffres concernant le nombre de femmes enceintes dont la grossesse s'est déroulée sans complications ou avec un faible niveau de risque, et ayant accouché sans complications d'un enfant en bonne santé. Néanmoins, certains rapports estiment à 80% la proportion de femmes pour lesquelles la grossesse se déroulerait sans complication majeure (13).

Dans l'étude réalisée par Selvi Dogan et al. en 2011, 37% des patientes classées en bas risque en début de travail ont nécessité l'appel de l'obstétricien (14). La patiente n'appartient donc jamais définitivement à une catégorie, et on ne peut être certain qu'elle se classe dans le bas risque qu'à postériori.

1.3. La sage-femme : professionnel de premier recours pour la femme enceinte

En France, la profession de sage-femme est une profession médicale réglementée par le Code de la santé publique et un code de déontologie. Spécialistes de la grossesse physiologique, les sages-femmes interviennent à toutes les étapes de la grossesse : en consultation pour assurer son suivi, en salle de naissance lors de l'accouchement puis en suites de couches pour surveiller le rétablissement de la mère et le bon développement de l'enfant (article L. 4151-1 du Code de la santé publique) (15). Elles doivent également

être capables de dépister les pathologies ou les situations à risque et alors aviser un médecin (article L. 4151-3 du Code de la santé publique) (16). En cas de grossesse pathologique, elles peuvent intervenir, mais uniquement pour pratiquer les soins prescrits par un médecin. Elles ont également un droit de prescription. Depuis la publication de la loi du 9 août 2004 (17), elles sont autorisées à déclarer la grossesse et à pratiquer l'examen post-natal si l'accouchement s'est déroulé normalement. Depuis la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009 (18), elles peuvent effectuer des consultations de suivi gynécologique, de prévention et de contraception auprès de toutes les femmes en bonne santé. Et depuis le décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 (19), elles peuvent désormais réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse et vacciner l'entourage de la mère et du nouveau-né.

En 2016, 785 000 bébés sont nés en France (20), les accouchements ayant eu lieu le plus souvent dans le secteur public (69,2%). D'après la dernière enquête périnatale (21), le nombre d'accouchements dans des services de grande taille ne cesse d'augmenter depuis 2010, passant de 18,7% à 29,0% pour les services réalisant 3 000 accouchements et plus par an. Cela peut s'expliquer par un nombre de maternités ayant diminué de 39% depuis 1995 sous l'effet des restructurations profondes de l'offre de soins en périnatalité (fermetures, fusions, rapprochements inter-hospitaliers ou coopérations public-privé...). A ce jour, on compte 517 maternités en France.

Par rapport à 2010, l'on constate une augmentation des consultations chez une sage-femme, puisque le pourcentage de femmes qui en ont consulté une hors maternité est passé de 16% à 25,2%. Le taux de consultations par une sage-femme en maternité, lui, est resté stable depuis 2010 aux alentours de 40% (21). Cela peut s'expliquer par une modification de la répartition entre secteurs d'activité et mode d'exercice au sein de la profession. La part de sages-femmes à exercice libéral et mixte a connu et va connaître une augmentation très forte : elle a doublé entre 1998 et 2014, passant de 13% à 26% et devrait atteindre 36% en 2030 selon les projections de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) (22). La part des déclarations de grossesse effectuées par une sage-femme a elle aussi augmenté, passant de 1,1% à 5,8% pour les sages-femmes libérales (SFL) et de 3,4% à 7,4% pour les sages-femmes en maternité. De plus, les sages-femmes réalisent désormais 87,4% des accouchements par voie basse non instrumentale contre 81,8 % en 2010.

Tout cela peut s'expliquer par l'élargissement du champ des compétences des sages-femmes depuis le début du XXI^e siècle. Pour de nombreuses femmes enceintes, elles sont désormais considérées comme « le professionnel de premier recours ».

1.4. La situation actuelle : un retour à l'accouchement physiologique

Alors que l'état d'esprit depuis les années 1970-80 était dominé par la notion de risque, voire de haut risque, c'est le caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance qui est mis en avant depuis le dernier plan périnatalité 2005-2007. Il a en effet vu le jour afin d'intégrer la notion de sécurité émotionnelle dans la prise en charge des futurs parents car les deux premiers plans périnatalité (1971-1976 reconduit jusqu'à 1981 et 1994-2000) n'intégraient que la notion de risque afin de diminuer la morbidité et la mortalité maternelle et périnatale. Les usagers en étaient insatisfaits à cause de la modification de l'environnement de la naissance et de l'hyper-technicisation que cela avait entraîné.

Les quatre mots clés de ce dernier plan périnatalité sont : « humanité » en améliorant l'écoute et l'information, « proximité » pour le suivi pré et post natal, « sécurité » pour toutes les naissances, « qualité » afin d'homogénéiser et d'améliorer les pratiques.

Concernant l'humanisation de la naissance, il s'agit de recentrer la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement sur la femme, le couple et l'enfant grâce à différentes mesures, dont la mise en place de l'entretien prénatal précoce (ou entretien du quatrième mois) ; une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance ; la participation des usagers à la définition, au suivi et à l'évaluation de la politique périnatale, ainsi qu'une optimisation de l'information donnée aux usagers sur les modalités de prise en charge offertes au sein du réseau de périnatalité ; l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité ; l'expérimentation des maisons de naissance ; et enfin l'accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou à une maladie invalidante (23, 24).

À la suite de cette hypermédicalisation de la naissance, un nouveau terme a vu le jour ces dernières années, celui de « *violences obstétricales* ». Apparu pour la première fois en 2007 au Venezuela, il a été employé par de nombreux pays. Ces violences sont alors définies comme « [...] *l'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, et exprimées par un traitement déshumanisé, une*

*hypermédicalisation, et une conversion des processus naturels en processus pathologiques, entraînant, pour les femmes, une perte d'autonomie et de la capacité de décider librement de leur corps et de leur sexualité, ce qui a une incidence négative sur la qualité de leur vie » (25). En France, cette notion apparaît surtout au cours de l'été 2017 lorsque la secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa, commande un rapport au Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes, pour faire la lumière sur le phénomène des violences obstétricales (26). Pour le CIANE, il s'agit de « *de faits, isolés ou cumulés, plus ou moins graves et délétères comme des violences verbales (dénigrement, propos infantilisants, sexistes, homophobes, humiliants, menaces, intimidations, ...) ; un déni de la douleur exprimée et une mauvaise prise en charge de la douleur (césarienne à vif, minimisation du ressenti de la patiente, ...) ; l'absence d'information et de recherche du consentement et le non-respect du refus de soins ; l'absence d'accompagnement ou de bienveillance ; l'absence de respect de l'intimité et de la pudeur ; la brutalité des gestes et des comportements ; ...* » (27).*

La France n'est donc pas le seul pays concerné par cette hypermédicalisation de la naissance ; c'est pourquoi, récemment, l'OMS a publié de nouvelles recommandations (4,28) visant à définir des normes mondiales de soins à l'intention des femmes enceintes en bonne santé et à limiter les interventions médicales inutiles lors du suivi de grossesse, du travail, de l'accouchement et de la période post-natale. Princess Nothemba Simelela, sous-directrice générale de l'OMS affirme : « *nous voulons que les femmes accouchent dans un environnement sûr, avec l'assistance de personnel qualifié, dans des établissements bien équipés. Néanmoins, la médicalisation croissante des processus d'accouchements normaux diminue les capacités propres des femmes à accoucher et influe négativement sur leur expérience de l'accouchement* » (29). La HAS, avec l'aide du CNGOF, a elle aussi rédigé, en 2017, des recommandations de bonne pratique (3) concernant l'accouchement normal et l'accompagnement de la physiologie. Celui-ci est défini comme suit « *un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (SA). L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère.* »

Les messages clés de ces recommandations sont d'informer les femmes et les couples afin de les aider à faire les choix éclairés et d'établir une discussion avec l'équipe

soignante permettant de prendre en compte leurs préférences et leurs attentes afin de rendre la femme actrice de son accouchement ; mais aussi d'abandonner les pratiques systématiques pour ne garder que celles qui sont scientifiquement justifiées.

2. Du côté des femmes, des couples

2.1. Comment choisir son lieu d'accouchement ?

Le choix du lieu d'accouchement est déterminant car il oriente la trajectoire médicale et donc l'expérience personnelle de la femme enceinte. En France, l'offre obstétricale est multiple, en premier lieu par le statut des structures existantes : public, privé ; ensuite par leur niveau d'équipement : niveau 1, 2 et 3 ; enfin, par l'orientation de l'institution vers une philosophie particulière de la maternité (haptonomie, sophrologie, chant prénatal, accouchement dans l'eau ...). Néanmoins, presque toutes les naissances ont lieu en maternité et seule une minorité ont lieu à domicile, en plateau technique ou encore en maison de naissance. Cela peut s'expliquer par le fait que de nombreuses femmes demeurent mal informées, voire ignorent complètement qu'il existe une alternative à l'accouchement en structure hospitalière. De plus, la quasi-totalité des femmes accouchent en maternité parce qu'aucune sage-femme ne pratique l'accompagnement global dans leur région. De leur côté, les SFL, peu nombreuses à proposer un tel suivi, ne peuvent répondre à toutes les demandes.

Les femmes, surtout les primipares, se trouvent souvent confrontées à une situation de forte incertitude quand il s'agit de choisir une structure et un professionnel référent pour la grossesse. Différentes sources de données existent afin de permettre aux usagers de faire leur choix. On retrouve les données de la statistique annuelle des établissements de santé via le site internet des établissements de santé (SAE), ou encore la plateforme scope santé de la HAS. La mission de ce dernier est l'information du public, traduite par le slogan « *Qualité des hôpitaux et cliniques : je m'informe, je choisis* ». Ces informations sont aussi reprises par des hebdomadaires dans leurs grandes enquêtes sur les établissements de santé et dans les mensuels spécifiquement consacrés à la grossesse ou encore sur des sites internet avec des forums dédiés au vécu des femmes (30). Mais généralement, c'est l'avis de l'entourage ou de professionnels de santé qui oriente la décision.

Par la suite, différents critères sont pris en compte par les couples afin de faire le choix qui répondra le plus à leurs attentes :

- Les contraintes matérielles, comme le coût ou la proximité géographique avec le domicile ;
- Le bien-être, le sentiment de sécurité via la réputation des établissements, le confort pendant le séjour et l'organisation des locaux (chambre individuelle, baignoire, ...), la durée du séjour en maternité avec la possibilité ou non d'une sortie précoce ;
- Le vécu de la femme enceinte et du couple lors d'une précédente grossesse qu'elle soit positive ou négative ;
- La qualité de l'accompagnement avec la possibilité de connaître la ou les personnes qui assurent le suivi et l'accouchement, l'écoute, l'empathie et la présence de l'équipe, le type de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) proposé, l'environnement de l'accouchement (respect de l'intimité, tranquillité, ...), la variété des moyens de gestion de la douleur proposés, la présence autorisée d'une personne en salle de naissance pour une césarienne ;
- Le respect du choix éclairé avec la proposition de l'entretien prénatal précoce, la prise en compte et respect du projet de naissance ;
- Le degré de « médicalisation » comme les pratiques systématiques (monitoring, voie veineuse périphérique, péridurale, déclenchement, épisiotomie, ...), le niveau de la maternité (unité de néonatalogie, présence en permanence ou non d'un obstétricien, d'un pédiatre, ...), la liberté posturale laissée pendant l'accouchement, le nombre d'épisiotomies, de césariennes ou de déclenchements, la présence de salles natures ou filière physiologique ;
- La prise en charge du nouveau-né avec les pratiques d'accueil en salle de naissance (peau à peau, délai pour les premiers soins au bébé, mise au sein précoce, ...), les pratiques des équipes en matière d'allaitement (31, 32).

La taille du service et de l'équipe intervient directement sur l'ensemble de ces facteurs. Aux grandes structures sont fréquemment associés les termes d'« anonymat », de « numéro », d'« usine », de « chaîne » qui renvoient directement à la notion de « dépersonnalisation ». Les femmes, les couples, construisent leur choix par rapport à une représentation globale de la structure de soins (5).

2.2. Les associations d'usagers

Dans les années 1980, une vague contestataire du système médical apparaît avec la création d'associations de patients (Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA), cancer, maladies rares) qui participent à une redéfinition des rapports patients/médecins. Elle sera prise en considération par les politiques et les autorités publiques au début du XXIème siècle, notamment avec la loi du 4 mars 2002 dite Kouchner (33) sur les droits individuels et collectifs des patients qui reconnaît leur participation en tant qu' « usagers de la santé ».

La représentation des usagers dans le domaine de la périnatalité n'arrivera que plus tard. En 1993, la Fédération Nationale de Parents « Naissance et Libertés » voit le jour : elle est la première à avoir un rôle de représentation collective des usagers de la maternité. Depuis, de nombreuses associations ont été créées, comme l'association « Naissance et citoyenneté » à Nantes ou encore l'association « Bien naître » à Lyon. Mais il aura fallu attendre 2003, pour que le CIANE apparaisse, à l'occasion des Etats généraux de la naissance, issu de la fusion entre les associations « historiques » et les groupes formés sur internet. Le CIANE est un collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé (34).

Il a pour ambition « *de faire mieux entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples et d'améliorer les conditions de la naissance dans notre pays. Il vise à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement.* » (35) et est fondé sur des données factuelles et probantes (Evidence-based medicine) en considérant le suivi personnalisé, la prévention, la responsabilisation, comme des facteurs primordiaux à prendre en compte dans l'amélioration du système de soins.

En association avec des professionnels de la naissance, sages-femmes et médecins, il dénonce donc les effets délétères d'une surmédicalisation de la grossesse et de l'accouchement et mettent en avant la nécessité de respecter le choix des parents concernant le lieu de naissance et les actes associés à l'accouchement et l'accueil de l'enfant.

Parmi les revendications du CIANE, on peut trouver des travaux sur le déclenchement, l'accompagnement lors de l'accouchement, l'expression abdominale,

l'épisiotomie, la prise en charge de la douleur, ou encore l'accélération du travail. Ces différentes études aboutissent à la remise en cause collective de pratiques médicales avec par exemple l'élaboration de recommandations ou de protocoles au niveau national (HAS), régional, dans les réseaux de périnatalité ou dans les maternités (36, 37).

2.3. La satisfaction et les souhaits des patientes, des couples

Si la loi Kouchner du 4 mars 2002, comme le plan périnatalité 2005-2007, ont formulé une exigence d'intégration du point de vue des usagers dans la prise en charge médicale qui leur est proposée, on peut alors se demander quelle est la satisfaction des patientes concernant leur prise en charge et leur accouchement et ce qu'elles souhaiteraient.

La satisfaction vient étymologiquement du latin « satis », qui signifie « assez » et « facere », qui veut dire « faire ». La satisfaction est l'action de répondre à un besoin, un désir (38). La satisfaction est subjective car c'est l'écart entre deux notions évolutives : la qualité perçue et la qualité attendue.

De nombreuses études ont alors été mises en place. L'étude menée par la DREES en 2006 (39), affirme un taux de satisfaction des patientes en milieu hospitalier de 95%, mais les études réalisées plus récemment en 2012 par le CIANE (40) relèvent que plus de 35% des parturientes ont jugé leurs souhaits concernant leur prise en charge non respectés et que 84% d'entre elles estiment ne pas avoir bénéficié d'un soutien nécessaire lors de leur accouchement.

Néanmoins, l'étude menée par la DREES montre que les femmes se révèlent sceptiques quant à la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé. Par exemple, en cas d'épisiotomie, près d'une femme sur deux a déploré un manque (16%) ou l'absence totale (31%) d'explications. La DREES émet aussi un avis négatif quant à la qualité de la préparation à la sortie de la maternité notamment par un défaut d'accompagnement de l'allaitement maternel ou d'informations, de conseils donnés sur l'allaitement artificiel, mais aussi un manque d'informations concernant les conseils médicaux prodigués aux femmes afin d'assurer les soins de suites de couches. En effet, quatre femmes sur dix déplorent la préparation aux éventuels troubles du post partum comme les pertes vaginales, le retour de couches, le poids, la fatigue, etc.

L'étude réalisée par N. Dutriaux et al. en 2006 (41) fait ressortir que les usagers semblent en majorité favorables à un suivi de grossesse réalisé par un seul professionnel de santé (71,1% des femmes et 67,9% des hommes) et que ce même professionnel soit présent à l'accouchement (84,7%). Cette demande exprime la relation de confiance qui s'instaure entre les professionnels de la périnatalité et le couple tout au long de la grossesse. Les usagers réclament aussi un suivi plus personnalisé, avec une plus grande participation de leur part dans les décisions les concernant. En effet, plus de deux tiers des usagers (66,7%) souhaitent qu'il soit discuté avec eux de leurs attentes concernant l'accouchement et l'accueil de leur enfant.

L'étude du CIANE a mis en évidence d'autres souhaits de la part des femmes, comme une plus grande liberté de mouvements (choix de position, possibilité de déambuler), un accompagnement personnalisé de la douleur (soutien pour un accouchement sans APD, possibilité de choisir le moment et le dosage de la péridurale) et le refus de l'épisiotomie en dehors d'une nécessité médicale sérieuse. Beaucoup de femmes ne comprennent pas l'incompréhension, et/ou le refus des professionnels, face à leur demande qui se manifeste par un manque d'écoute, des promesses non tenues, voire une imposition par la force de certains gestes.

Le projet de naissance peut être déjà une première réponse à la demande des usagers. Il s'agit d'un document écrit reprenant les souhaits de la femme, du couple, concernant la naissance de leur enfant. Les femmes enceintes élaborent le projet durant toute leur grossesse, avec les professionnels de santé qui répondent à leurs questions. En effet, pour être efficace, il doit être discuté tout au long de la grossesse et non remis juste au moment de l'accouchement. C'est un outil de communication entre le couple et les professionnels de santé. Il établit un lien pour construire une relation de confiance, une écoute mutuelle entre usagers et professionnels, il prévient les conflits, met à plat les craintes et les incompréhensions (23).

3. L'accompagnement global à la naissance

3.1. Qu'est-ce que l'accompagnement global à la naissance et pourquoi ?

L'AGN a été défini par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSLF) en 2002 : « *Un seul praticien, la SFL, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant* » (42). L'AGN permet une approche à la fois médicale, psychologique et humaine où cohérence et continuité s'allient avec le respect de la mère, du père et de l'enfant. Il est possible que plusieurs SFL (2 ou 3 maximum), travaillant en équipe, assurent alternativement la disponibilité pour les accouchements, selon un calendrier et un mode de fonctionnement défini à l'avance.

L'AGN est un accompagnement physiologique, c'est-à-dire qu'il est destiné aux femmes qui ne présentent pas de risques de complications au moment de la grossesse et de l'accouchement. Si des complications surviennent, la grossesse devenant donc pathologique, la sage-femme oriente la parturiente vers un autre spécialiste de la naissance : le gynécologue obstétricien, ou éventuellement le médecin généraliste (43).

Le suivi médical de la grossesse est identique aux recommandations de la HAS (9), avec une fois par mois un examen clinique minutieux, la prescription des examens systématiques et des échographies, mais le tout en prenant le temps d'écouter chacune dans son ressenti physique et émotionnel de la grossesse, en prenant le temps de répondre aux questions. Une véritable relation de confiance s'établit. Néanmoins, cette pratique nécessite un engagement mutuel avec un véritable contrat moral afin de fixer les limites de cette pratique, notamment en connaissant les attentes des couples (44).

Les motivations des femmes à choisir ce type d'accompagnement sont diverses et variées mais on retrouve notamment le désir d'accueillir leur enfant en douceur, en toute intimité et dans le respect de la physiologie, en étant libres face à la surmédicalisation de la naissance (36).

L'AGN permet donc de respecter un principe de base : « une femme, une sage-femme », encore appelé « one-to-one care » qui a déjà fait ses preuves. L'OMS a, elle aussi, déjà confirmé la continuité des soins, comme garantie de la sécurité physique et psychologique des personnes (4, 28). De plus, une revue systématique de la Cochrane

réalisée en 2015 par Sandall et al., concernant les modèles de soins continus dispensés par les sages-femmes (45), met en évidence que les femmes qui connaissent leur sage-femme ont plus de chance d'avoir un accouchement par voie basse spontanée et sont moins susceptibles de subir un accouchement instrumenté ou une épisiotomie, d'avoir recours à une péridurale, d'avoir un accouchement prématuré et enfin le risque de décès néonatal est lui aussi diminué. Elles sont aussi plus satisfaites de leur prise en charge. Une autre étude réalisée par Hodnett et al. en 2013 montre l'intérêt du soutien continu pendant l'accouchement avec des résultats similaires (46, 47).

3.2. Où en sommes-nous en France ?

Actuellement, les sages-femmes qui, en France, s'inscrivent dans une démarche d'AGN, proposent des accouchements à domicile (AAD) ou en plateau technique. Les maisons de naissance sont également en expérimentation depuis 2016 (48).

L'AAD est très peu pratiqué. En effet, en 2009, entre 1 et 2% des naissances ont eu lieu à domicile (49), et en 2016, cela ne concernait seulement que 0,6% des accouchements (50). Cependant, ce ne sont que des estimations, car il est difficile de distinguer les AAD correctement suivis, de ceux subis et inopinés. Selon une étude réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) en 2008, 60% des professionnels qui exercent en libéral ont déjà été sollicités pour réaliser un accouchement à domicile (AAD). Mais seuls 4,4% d'entre eux acceptent d'en pratiquer, notamment en raison du risque assurantiel : le tarif des assurances françaises n'est pas abordable pour les SFL contrairement aux autres pays (51).

Un plateau technique permet à tout professionnel libéral de venir exercer son activité au sein d'un établissement hospitalier (52). Concernant les SFL, le plateau technique est un lieu leur permettant d'assurer, en toute autonomie, l'accouchement des patientes au sein d'une maternité publique ou privée, qui met à leur disposition, à titre locatif, du matériel et des locaux nécessaires à l'exercice de leur art (36). Selon la même enquête citée précédemment et réalisé par le CNOSF en 2008, seulement 4% des SFL bénéficient de cette possibilité (53). En effet, beaucoup de structures sont réticentes à l'ouverture d'un tel dispositif.

Les maisons de naissance sont un lieu dont les sages-femmes assurent la responsabilité médicale, en toute autonomie et conformément à leurs compétences

légales. Surveillance médicale de la grossesse, PNP, accouchement et soins postnataux concernant la mère et l'enfant peuvent y avoir lieu. Cependant, les maisons de naissance n'assurent pas l'hébergement des parturientes et de leurs nouveau-nés. Le 26 novembre 2015, l'arrêté fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale a été publié au Journal Officiel (54). Sur les 11 projets de candidatures, 9 ont été retenus. Elles sont actuellement en expérimentation pour une durée de 5 ans (48, 55).

3.3. Le contraste avec nos voisins

Aux Pays-Bas, la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des phénomènes physiologiques, en dehors d'antécédents particuliers, pour la plupart de la population. De fait, le suivi des grossesses, de l'accouchement et des suites de couches, est réalisé par les sages-femmes, la majorité d'entre elles exerçant en libéral. Les sages-femmes hospitalières sont quasi-inexistantes. Ce sont les médecins spécialistes qui travaillent à l'hôpital et s'occupent de la pathologie. Ainsi, environ 30% des accouchements ont lieu à domicile. Cela est possible grâce à une très grande autonomie des sages-femmes, à des faibles distances domicile-hôpital, et à des accouchements sans APD. Pour les femmes néerlandaises, accoucher à l'hôpital n'est pas vécu comme une recherche de sécurité mais plutôt comme une incapacité d'accoucher à la maison. Il est aussi possible d'accoucher à l'hôpital avec la SFL en louant la salle d'accouchement (36, 56).

Au Royaume-Uni, la majorité des accouchements avaient aussi lieu en structure hospitalière mais après une vingtaine d'années de transition, la situation a changé en proposant différents lieux de naissance aux couples, notamment avec la création des « Birth Center ». Un rapport du National Institute for Health and Care Excellence (NICE, équivalent de la HAS en France) encourage même les femmes ne présentant pas de risques particuliers ou déjà mères, à accoucher chez elles ou dans une maison de naissance plutôt qu'à l'hôpital. Dans les « Birth Center », les sages-femmes prennent en charge les femmes enceintes à bas risque entre 37 et 42 SA de façon personnalisée, sensible, en accord avec le slogan « one-to-one care ». La sage-femme qui réalise l'accouchement est différente de celle qui aura suivi la grossesse, néanmoins, il est possible de la rencontrer avant le jour J. Lors du travail, l'attention de la sage-femme est

entièrement consacrée à la patiente, et au-delà de son rôle dans la surveillance du travail en sécurité, elle la soutient et l'aide à gérer sa douleur. Le monitoring fœtal est discontinu, il n'y a pas de perfusion, d'injection d'oxytocine, ni de péridurale. La femme choisit la position dans laquelle elle veut accoucher, ainsi que le mode de délivrance. Les patientes peuvent rentrer chez elles six heures après l'accouchement en l'absence de complications (57).

Un autre parallèle possible en Europe est la Suisse. En effet, le lieu de naissance y est choisi par le couple : hôpital, domicile, ou maison de naissance. Concernant ces dernières, le nombre de naissance y est en constante augmentation depuis les années 1990. Les sages-femmes y assurent les contrôles de grossesse, les cours de préparation à la naissance, les accouchements et les suivis postnataux. Le suivi global est basé sur un binôme : la sage-femme référente assure la totalité du suivi pour une même famille tandis que sa collègue intervient en tant que soutien au moment de la naissance ou comme remplaçante en cas de besoin. La sage-femme référente doit alors être d'astreinte 24 heures/24 de 37 à 42 SA. Le choix d'une seule sage-femme référente par couple permet alors d'instaurer une relation de qualité avec les familles, et garantit une expertise clinique. La prise en charge est en accord avec le fameux « one-to-one care » (58).

Depuis de nombreuses années déjà, l'Allemagne, le Luxembourg et les pays scandinaves ont, eux aussi, opté pour les maisons de naissance et centres de naissances, et adopté une politique périnatale prenant davantage en compte le choix des femmes du praticien et du lieu de naissance en axant cette dernière sur la normalité de la maternité.

De nombreuses études (59) ont ainsi montré que chez les patientes évaluées « à bas risque » en début de grossesse transparaît une nette diminution de la morbidité périnatale et de la iatrogénicité lorsque l'interventionnisme reste limité. Par exemple, l'étude de la National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU) (60) de l'université d'Oxford sur la sécurité des lieux de naissance menée entre 2008 et 2010, a montré que l'accouchement en maison de naissance (qu'elle soit attenante ou non à un hôpital) est aussi sûr qu'un accouchement au sein d'une maternité hospitalière classique pour la mère et pour l'enfant. L'AAD, quant à lui, apparaît légèrement plus risqué mais uniquement pour les primipares (61). Les dernières recommandations publiées par le NICE guidelines (62) en Angleterre s'accordent avec les résultats de cette étude. Le « Birth Center » ou maison de naissance est l'endroit où le risque de complications est le moins important pour donner naissance à son enfant lorsqu'on est une primigeste en bonne santé ayant eu une grossesse normale,

et le deuxième endroit le plus sûr, après le domicile, pour les multipares répondant aux mêmes critères (57).

4. Le plateau technique

4.1. Définition et modalités d'accès au plateau technique

Comme expliqué précédemment, l'accès au plateau technique obstétrical se traduit par la mise à disposition des locaux, du matériel et du personnel paramédical et administratif, nécessaires à une SFL pour sa pratique professionnelle au profit de ses patientes, et ce 24 heures/24. Ainsi, elle peut assurer le suivi du travail et l'accouchement des patientes qu'elle a suivies dans le cadre de son activité libérale.

Lors d'un colloque organisé par le Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes (CASSF) le 5 mai 2010, Madeleine Moyroud (secrétaire de l'ANSFL) a défini un plateau technique comme un « *lieu permettant aux sages-femmes d'assurer, en toute autonomie, l'accouchement des patientes au sein d'une maternité publique ou privée* » avec une « *mise à disposition, à titre locatif, du matériel et des locaux nécessaires à l'exercice de leur art* » (63). En cas de nécessité, la sage-femme peut demander l'aide des gynécologues-obstétriciens ou autres médecins du service tels que l'anesthésiste ou le pédiatre. Le plateau technique permet donc un AGN associé à la sécurité du milieu hospitalier en cas de complications.

Selon l'enquête réalisée par le CNOSF en 2008, seulement 4% des SFL bénéficient de cette possibilité (53).

Concernant la législation, le premier texte autorisant l'AGN avec un rattachement à un plateau technique pour les SFL fait partie de la loi touchant la réforme hospitalière en date du 31 juillet 1991. Celle-ci a été précisée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et modifiée par ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017. Il s'agit de l'article L6146-2 du Code de la Santé Publique. Il précise que « *Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions mentionnées aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1* »

(52). Avant la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) datant de juillet 2009, l'accès à un plateau technique était restreint aux centres hospitaliers non régionaux. A présent, il n'existe aucun texte limitant cet accès. Les sages-femmes peuvent donc être rattachées à une clinique ou à tout centre hospitalier.

Pour avoir accès à un plateau technique, il y a d'abord une réflexion au sein de l'établissement de santé sur une possible mise en place d'un tel dispositif et la création d'un contrat liant le praticien à l'établissement. Les acteurs de cette discussion sont les suivants : la Commission Médicale d'Etablissement (CME) qui représente les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres et les sages-femmes hospitalières exerçant dans l'établissement ; puis le chef de pôle et le directeur de l'établissement de santé. Après accord de la CME, il faudra ensuite obtenir l'autorisation de la part de l'Agence Régional de Santé (ARS). Ce dernier a un délai d'un mois après réception du contrat pour l'approuver. Une convention, qui peut-être plus ou moins détaillée selon les maternités, et souvent un règlement intérieur, lient la SFL à l'établissement de santé. Ainsi, les possibilités concernant la demande d'APD, la durée d'hospitalisation en suite de couches, les critères permettant un accouchement au sein de ce dispositif changent selon le plateau technique concerné. Les équipes acceptant l'activité des libérales en leur sein ont une approche commune de la naissance. Il s'agit souvent de petites maternités de niveau 1 ou 2, qui tentent de respecter la physiologie de la naissance (64, 65).

L'hôpital perçoit en moyenne 10 à 30% du tarif de l'accouchement réalisé par une SFL. Et en cas d'intervention des médecins, les sages-femmes ne peuvent facturer plus qu'une « surveillance du travail » (53).

4.2. Pourquoi ? Pour qui ? Comment ?

Tous les couples ne sont pas satisfaits des possibilités offertes par le fonctionnement obstétrical actuel reprochant « l'hyper-technicité » de l'accouchement ou encore le suivi par de multiples professionnels de santé et il y a une demande de leur part d'avoir une seule et même personne pour assurer leur suivi, et ainsi entretenir avec le couple une relation privilégiée de continuité. Le but premier du plateau technique est donc de répondre à la demande de certains couples souhaitant être pris en charge tout au long de la grossesse, du travail et du post-partum par le même professionnel, dans une structure

sécurisée. Cela a permis la création d'une alternative entre l'AAD et une « prise en charge classique » en milieu hospitalier (66).

Les patientes pouvant bénéficier de ce type de suivi sont celles avec une grossesse à bas risque obstétrical ainsi qu'un travail et un accouchement se déroulant de manière strictement physiologique.

Même si chaque plateau technique établit une convention différente, certains points restent tout de même similaires. Concernant le suivi de grossesse, la SFL réalise un suivi de grossesse « classique » comme le recommande la HAS (9). Elle dispense aussi les cours de PNP. Une consultation devra être réalisée dans l'établissement où se trouve le plateau technique afin de rencontrer l'équipe hospitalière. La plupart du temps, cette consultation a lieu avec un obstétricien au dernier trimestre de la grossesse (le terme variant d'une structure à l'autre : 32 SA, 9^{ème} mois, ...). Une consultation d'anesthésie devra aussi être réalisée à la maternité aux alentours de 36 SA.

Lorsque la patiente entre en travail, elle prévient sa SFL afin de se rendre ensemble à la maternité. Cette dernière devra préalablement prévenir l'équipe obstétricale de leur arrivée à la maternité. Une fois arrivées sur place, un examen d'admission est réalisé comprenant notamment la réalisation d'un monitoring cardiotocographique, la pose d'un cathéter obturé et parfois la réalisation d'un bilan sanguin. La patiente pourra ensuite déambuler comme bon lui semble, profiter des suspensions, de la baignoire, etc. Une surveillance discontinue mais régulière du rythme cardiaque fœtal sera tout de même effectuée.

L'accouchement est réalisé par la SFL dans la position la plus confortable pour la parturiente (à quatre pattes, accroupie, debout, ...) et dans le respect du projet de naissance émis par les parents. La sage-femme favorisera l'accueil du nouveau-né en peau à peau, si cela est possible, et réalisera l'examen du nouveau-né dans les deux heures suivant l'accouchement. C'est elle aussi qui réalise la déclaration de naissance.

La SFL assure le suivi du post partum immédiat de la patiente et du nouveau-né dans les deux heures qui suivent l'accouchement. Elle accompagne ensuite la patiente et le nouveau-né en suite de couches et réalise les transmissions aux sages-femmes du service. La durée d'hospitalisation minimum en post-partum est fixée par les différents établissements (un à deux jours en général).

La SFL participe au retour à domicile de la patiente en lui rendant visite chez elle afin de s'assurer que tout se passe bien pour elle et son bébé.

Dans certains cas, un transfert à l'équipe hospitalière peut s'avérer nécessaire. Les critères varient d'une structure à l'autre mais il est très fréquent de retrouver : hyperthermie pendant le travail, stagnation de la dilatation de 2 heures en phase active, altération du rythme cardiaque fœtal, toute autre pathologie pendant le travail, délivrance artificielle ou révision utérine, hémorragie du post-partum, anomalie de l'adaptation extra-utérine du nouveau-né nécessitant un appel du pédiatre. Il en va de même pour les déclenchements (termes dépassés, rupture prématurée des membranes supérieure à 48 heures, ...) ou césariennes programmées. Une sage-femme « hospitalière », un interne, ou un senior sont alors appelés à tout moment par la SFL. En cas de passage de relais, la SFL effectue des transmissions orales et écrites précises et s'engage à rester présente en tant qu'accompagnant jusqu'à deux heures après l'accouchement. Elle peut ensuite reprendre son suivi habituel en post-partum si les suites de couches sont physiologiques (65–67).

4.3. Le plateau technique du centre hospitalier de Thiers (Puy-de-Dôme, Auvergne Rhône-Alpes)

La mise en place du plateau-technique au Centre Hospitalier de Thiers (CHT) fut le fruit de deux longues années de discussions entre les SFL et l'équipe hospitalière. Une sage-femme hospitalière effectuait déjà environ 25 accouchements par an depuis 2005 dans le cadre des projets de naissance et proposait donc un type particulier de suivi personnalisé. Cela a contribué à l'ouverture du plateau technique aux SFL. Il était le seul service du département et de l'ancienne région Auvergne à offrir ce type de suivi jusqu'au mois d'octobre 2017, où une deuxième maternité a ouvert ses portes aux SFL.

A la suite de cette négociation, le plateau technique a vu le jour le 1^{er} juillet 2012 et un contrat a été signé entre l'équipe hospitalière et les SFL.

Ce dernier définit plusieurs points, notamment que celles-ci utiliseront le dossier hospitalier de la patiente lors de leurs interventions, mais aussi qu'elles s'engagent à respecter le projet d'établissement et son règlement intérieur ; la valorisation de leur activité (cotations des actes) ; et les mesures mises en place dans l'établissement afin

d'assurer la continuité de soins, et notamment les délais d'intervention des professionnels de santé. Une charte entre l'équipe hospitalière de la maternité et les SFL dans le cadre du plateau technique a aussi été rédigée (Cf. annexe 2). Certaines SFL ont effectué une remise à niveau avant sa mise en place, et ont ainsi réalisé des gardes doublées.

Concernant la rémunération d'une prise en charge en plateau-technique, l'établissement perçoit une redevance pour l'accouchement représentant 30% du tarif de l'accouchement afin de couvrir les frais supportés pour les moyens matériels et humains mis à disposition. Le tarif conventionnel applicable à une SFL pour un accouchement simple est de 349,44 euros. L'établissement perçoit aussi la prestation en rapport avec le séjour de l'accouchée.

Du 1^{er} juillet 2012 au 31 août 2014, 51 parturientes ont ainsi bénéficié de ce dispositif, soit en partie, soit dans sa globalité, et six SFL proposent actuellement l'AGN dans le Puy-de-Dôme.

Plusieurs conditions doivent cependant être remplies afin de pouvoir bénéficier du plateau technique du CHT. Les patientes doivent avoir une consultation avec un obstétricien du service dans le cadre de leur consultation du 8^{ème} mois afin de s'assurer que les critères du bas risque obstétrical sont respectés ; mais aussi avec un anesthésiste afin de réaliser la consultation d'anesthésie. En cas de dépassement de terme, c'est aussi un obstétricien de la maternité qui effectue la première consultation de surveillance, la SFL pouvant assurer les suivantes jusqu'à l'hospitalisation de la patiente à 41⁺⁵ SA en vue d'un déclenchement.

Lors du travail, peu de contraintes sont imposées aux couples et à leur SFL hormis un monitoring cardiotocographique discontinu ainsi que la pose d'un cathéter obturé.

En suites de couche, la durée minimum du séjour est fixée à 48 heures et un pédiatre assure l'examen du nouveau-né avant sa sortie.

Les patientes éligibles sont celles présentant un bas risque quelle que soit leur parité, néanmoins quelques critères ne sont pas retenus contrairement à ceux définis par l'AUDIPOG comme l'âge supérieur à 35 ans et l'utérus uni cicatriciel. Peuvent ainsi accoucher au plateau-technique du CHT, les patientes présentant « *une grossesse unique ; un terme supérieur ou égal à 37 SA et inférieur à 41⁺⁵ SA ; une présentation céphalique ; une mise en travail spontanée ; et n'ayant pas d'antécédent médical ou obstétrical relevant d'une surveillance particulière (prématurité, mort fœtal in utero, utérus multi*

cicatriciel) ; ou de pathologie au cours de la grossesse (hypertension artérielle, prééclampsie, petit poids pour l'âge gestationnel, macrosomie, diabète gestationnel déséquilibré ou insulino-dépendant, placenta prævia, malformation relevant d'une prise en charge particulière) » (65, 68).

METHODE

1. L'étude et les objectifs

1.1. Type, durée et lieu de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative de type descriptive et transversale.

Celle-ci a eu lieu sur une période de 2 mois (entre le 26 septembre et le 26 novembre 2017) auprès des patientes ayant précédemment accouché en plateau technique au CHT.

1.2. Partenaires de l'étude

Pour réaliser cette étude, l'aide des SFL du Puy-de-Dôme réalisant des accouchements au sein du plateau technique du CHT a été nécessaire afin de pouvoir inclure les patientes. En effet, elles ont accepté de recontacter celles qui avaient accouché sur la période d'inclusion, et ont recueilli leur consentement préalable ainsi qu'une adresse e-mail à laquelle leur faire parvenir le questionnaire.

1.3. Les objectifs

L'objectif principal de cette étude était de connaître les motivations des patientes ayant choisi l'AGN et le plateau technique du CHT pour leur accouchement.

Les objectifs secondaires avaient pour but :

- D'appréhender, s'il existe, un lien entre la parité (et notamment le vécu des précédents accouchements) et le choix de l'AGN et du plateau technique ;
- De savoir si les patientes étaient satisfaites de leur accouchement au sein du plateau technique du CHT (qu'il y ait eu ou non un transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière au cours du travail ou de l'accouchement).

2. Population et méthode

2.1. La population de l'étude

La population cible de cette étude concerne les femmes enceintes choisissant l'AGN et l'accouchement en plateau technique. La population source était constituée de patientes ayant accouché au sein du plateau technique du CHT entre le 1^{er} juillet 2015 et le 1^{er} juillet 2017.

2.1.1. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Patientes ayant bénéficié de l'AGN avec une SFL, et ayant accouché en plateau technique au CHT (qu'il y ait eu ou non un transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière au cours du travail ou de l'accouchement) ;
- Patientes acceptant de participer à cette étude ;
- Patientes sachant lire et parler français ;
- Patientes majeures.

2.1.2. Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Grossesses n'appartenant pas à un bas risque obstétrical ;
- Patientes refusant de participer à cette étude.

2.2. Méthode

2.2.1. Le recueil de données

2.2.1.1. Le ou les critères évalués

Le critère de jugement principal de cette étude était la proportion des différentes motivations poussant les femmes à choisir l'AGN et le plateau technique du CHT pour leur accouchement, exprimées en pourcentage.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- La proportion de patientes non satisfaites de leur précédent accouchement ayant choisi l'AGN et le plateau technique pour leur accouchement, exprimée en pourcentage ;
- La proportion de patientes satisfaites de leur accouchement au sein du plateau technique du CHT, exprimée en pourcentage.

2.2.1.2. Le mode de recueil des données et le circuit des données

Le recueil de données s'est déroulé du 26 septembre au 26 novembre 2017.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne sur le logiciel REDCap. Proposé par le CHU de Clermont-Ferrand, celui-ci permet de sécuriser les réponses obtenues en assurant leur confidentialité.

Le questionnaire a été transmis directement aux patientes par voie électronique, via un e-mail. Celui-ci était individuel afin de ne pas dévoiler l'identité des autres personnes susceptibles de participer à cette étude. Une relance a été faite, toujours par e-mail, au milieu de l'étude.

2.2.1.3. Le codage des données

Les données ont été codées de manières binaires. Le logiciel REDCap a codé automatiquement certaines réponses (questions fermées).

Cependant, le questionnaire contenait de nombreuses questions ouvertes afin de recueillir au mieux le ressenti et les motivations des patientes. A partir de la relecture de chacune des réponses, certaines catégories ont ainsi pu être mises en évidence afin de permettre un codage.

Concernant la 6^{ème} question relative à « l'influence des précédents accouchements », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Un suivi par trop de professionnels de santé différents ;

- Un précédent accouchement dans une structure « physiologique » (plateau-technique, maternité des Bluets (Paris), maternité des Lilas (Les Lilas), ou encore AAD) ;
- Un manque d'accompagnement et d'informations ;
- Un accouchement trop médicalisé ;
- Le non-respect des souhaits des couples ;
- Un accouchement avec des inconnus.

Concernant la 7^{ème} question relative à « comment les patientes ont entendu parler du plateau technique et de l'AGN », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Par une SFL ;
- Par des recherches personnelles ;
- Par le « bouche à oreille » ;
- Par hasard via les médias ;
- Via la profession (une patiente était elle-même sage-femme, une autre travaillait dans un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI)).

Concernant la 9^{ème} question relative aux « critères recherchés lors d'un accouchement en plateau technique », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Une petite structure à « taille humaine » ;
- Un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement (relation de confiance) ;
- Un respect des choix, du projet de naissance ;
- Un accompagnement personnalisé ;
- Un accouchement physiologique avec le moins possible de médicalisation ;
- L'intimité ;
- La qualité de la relation avec la SFL (écoute, humanité, proximité) ;
- La présence d'un cadre hospitalier si besoin ;
- Une liberté pendant l'accouchement (position, mouvement...)
- Le respect du nouveau-né à la naissance ;
- Proposition d'alternative à l'APD ;
- Possibilité de sortie précoce ;
- Une participation active du père.

Concernant la 14^{ème} question relative aux « critères empêchant le choix d'un accouchement en plateau technique », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Une contre-indication médicale ;
- Un refus du conjoint ;
- Une distance trop importante domicile-maternité ;
- Un coût trop élevé ;
- Une « mauvaise » réputation de l'hôpital ;
- Une mauvaise relation avec la SFL ;
- Si existence d'une maison de naissance ou possibilité d'AAD.

Concernant la 15^{ème} question relative au « moment de la rencontre avec la SFL », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Avant la grossesse ;
- Au premier trimestre de grossesse ;
- Au second trimestre de grossesse ;
- Au troisième trimestre de grossesse.

Concernant la 20^{ème} question relative aux « critères d'amélioration du suivi par la SFL », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Une meilleure écoute ;
- Une possibilité de PNP de type haptonomie ;
- Une meilleure disponibilité ;
- Une relation plus intime ;
- Une possibilité de suivi échographique avec la SFL ;
- Une visite de la SFL lors du séjour en maternité.

Concernant la 29^{ème} question relative aux « critères d'amélioration lors d'un transfert à l'équipe hospitalière du CHT », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Une meilleure connaissance de la patiente par l'équipe hospitalière ;
- Le respect d'un refus d'acte médical (une épisiotomie) ;
- La présence du père lors d'une césarienne.

Concernant la 30^{ème} question relative aux « critères d'amélioration du séjour en maternité », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Les locaux de l'hôpital (moins anciens, présence de chambres individuelles...) ;

- Des pédiatres plus en « adéquation » avec le plateau technique (plus à l'écoute, autorisant les sorties précoces, moins interventionnistes...) ;
- Moins de divergences dans le discours des différents professionnels ;
- Un meilleur accompagnement pour l'allaitement maternel ;
- Une hospitalisation plus courte (inférieure à 48 heures) ;
- Des repas de meilleure qualité ;
- Une équipe hospitalière plus disponible.

Concernant la 35^{ème} question relative aux « points forts de l'AGN et d'un accouchement en plateau technique », les catégories suivantes ont pu être créées :

- La qualité de la relation avec la SFL (confiance, écoute...) ;
- La qualité du suivi (personnalisé, humain, bienveillant...) ;
- Le respect des choix, du projet de naissance ;
- Un accouchement physiologique avec une moindre médicalisation ;
- Un suivi du nouveau-né par la SFL lors du retour à domicile ;
- La disponibilité de la SFL à tout moment ;
- Un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement (relation de confiance) ;
- La place privilégiée du père ;
- Une petite structure à « taille humaine » ;
- L'utilisation de méthodes alternatives (baignoire, acupuncture, sophrologie, aromathérapie...) ;
- La présence d'un cadre sécurisant si besoin ;
- La possibilité d'une sortie précoce (à 48 heures).

Concernant la 36^{ème} question relative aux « points faibles de l'AGN et d'un accouchement en plateau technique », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Suivi impersonnel lors du séjour en maternité (trop d'équipes hospitalières) ;
- Les honoraires de la SFL non pris en charge ;
- Un accompagnement pour l'allaitement maternel insuffisant ;
- L'absence de salle physiologique ;
- Une distance domicile-maternité trop importante ;
- Des pédiatres pas assez en « adéquation » avec le PT (limitant les sorties précoces, trop interventionnistes...) ;

- Les locaux de l'hôpital (anciens, absence de chambres individuelles...) ;
- L'absence de visite par la SFL lors de l'hospitalisation en suites de couche ;
- L'impossibilité d'une hospitalisation inférieure à 48 heures ;
- Un manque de « place » pour le père pendant l'hospitalisation.

Concernant la 38^{ème} question relative à « pourquoi certaines patientes ont été déçues », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Une incohérence entre l'AGN avec la SFL et les pratiques du personnel du CHT ;
- Une césarienne en urgence ;
- Les locaux de l'hôpital (anciens, absence de chambres individuelles...).

Concernant la 40^{ème} question relative à « pourquoi certaines patientes ne rechoisiraient pas le plateau technique pour un prochain accouchement », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Pour des raisons personnelles ;
- A cause d'une contre-indication médicale ;
- Souhait d'un AAD ;
- Une distance domicile-maternité trop importante.

Concernant la 42^{ème} question relative au « vécu du partenaire », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Très bien, participation active ;
- Bien ;
- Assez-bien ;
- Déçu (non présent lors de la naissance, n'a pas réussi à trouver sa place) ;
- Indifférent.

2.2.1.4. Le contrôle qualité des données

Afin d'assurer des données de qualité, les réponses au questionnaire ont été entièrement relues plusieurs fois. Cela a permis d'exclure trois patientes qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion de l'étude : deux patientes avaient accouché au CHU de Clermont-Ferrand (grossesses à haut risque), une autre avait subi une césarienne programmée pour présentation du siège au CHT.

2.2.2. L'analyse des données

Toutes les analyses ont été réalisées en formulation bilatérale pour un risque d'erreur de première espèce de 5% sous le logiciel SAS version 9.3 (SAS Institute, North California, USA). Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0.05 (risque $\alpha=5\%$). Les réponses au questionnaire sont décrites par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne $\pm$ écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk). Les croisements entre questions ont été réalisés avec les tests statistiques usuels, à savoir par le test du Chi2 ou le cas échéant par le test exact de Fisher.

2.2.3. Les aspects éthiques et réglementaires

2.2.3.1. Avis des comités consultatifs

Pour la réalisation de cette étude, une déclaration auprès du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) portant le numéro : 2099502, ainsi qu'auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Est VI ont été effectuées.

2.2.3.2. Information et consentement

Les femmes ont été contactées préalablement par leur SFL afin de recueillir leur consentement pour leur participation ainsi qu'une adresse e-mail à laquelle leur serait transmis le lien du questionnaire en ligne. De plus, lors de leur participation, le questionnaire débutait par une note d'information préalable (Cf. annexe IV). Elles ont ainsi été informées de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs de l'étude, de la nature des informations recueillies et de leur droit de s'opposer à tout moment à l'exploitation de ces données.

2.2.3.3. Anonymat

Les questionnaires étaient totalement anonymes par l'attribution d'un numéro pour chaque réponse obtenue. De plus, aucune question ne portait sur des éléments discriminants ou permettant d'identifier les patientes ou les SFL.

RESULTATS

1. Taux de participation

Au terme du recueil de données, 110 femmes avaient répondu au questionnaire sur un total de 118 e-mails envoyés comprenant le lien pour répondre en ligne, ce qui correspond à un taux de participation de 93,2%. En revanche, trois questionnaires ont dû être exclus (deux patientes ont accouché dans un CHU pour des raisons médicales, une autre a eu une césarienne programmée au CHT). Au total, 107 questionnaires étaient exploitables (90,7% des questionnaires envoyés).

2. Description de la population étudiée

Le tableau ci-dessous permet de décrire la population étudiée au sein de cette étude : ainsi on retrouve un taux quasiment équivalent de primipares et de multipares (50,5% vs 49,5%).

Caractéristiques de la population, n=107	Effectif (%)
Année d'accouchement	
2015	23 (21,5)
2016	49 (45,8)
2017	35 (32,7)
Parité	
Primipares	54 (50,5)
Multipares	53 (49,5)
II	35 (32,7)
III	15 (14,0)
IV	3 (2,80)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

La figure ci-dessous permet de décrire les lieux des précédents accouchements des patientes multipares. Ainsi, l'on remarque que la majorité ont précédemment accouché à l'hôpital (67,2%). Parmi les deux patientes ayant déjà bénéficié d'un AAD, l'une d'elle a dû se rendre en Allemagne afin de pouvoir réaliser son projet. Concernant les trois réponses « autre », on retrouve une patiente ayant bénéficié d'un suivi particulier mis en place par une sage-femme du CHT (avant l'arrivée du plateau technique) permettant un suivi personnalisé de la naissance. Deux autres patientes ont accouché dans des structures hospitalières de la région parisienne en faveur du respect du projet de naissance de chaque femme mais aussi de la physiologie de l'accouchement (maternité des Bluets à Paris, maternité des Lilas aux Lilas).

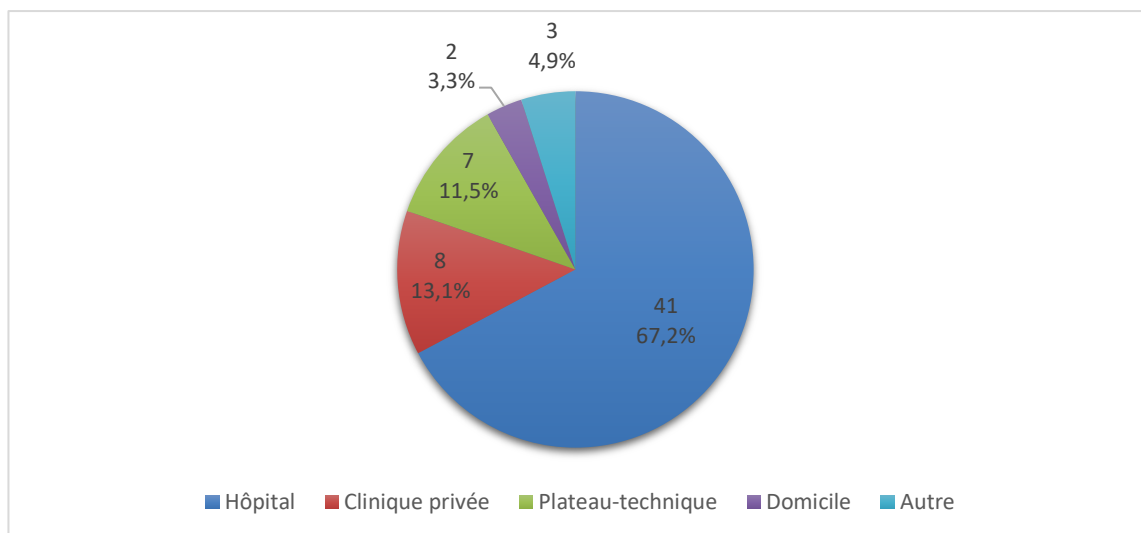


Figure 1 : Lieux des précédents accouchements chez les patientes multipares

3. Motivations des patientes à choisir l'AGN et le plateau-technique du CHT

3.1. Connaissance du plateau-technique

La figure 2 met en évidence la manière dont les patientes ont découvert l'AGN et la possibilité d'un accouchement en plateau technique. Presque un quart des patientes ont elle-même effectué des recherches personnelles pour cela, mais la majorité des femmes l'ont découvert par le « bouche à oreille » ou par leur SFL (que celle-ci pratique ou non des accouchements en plateau-technique).

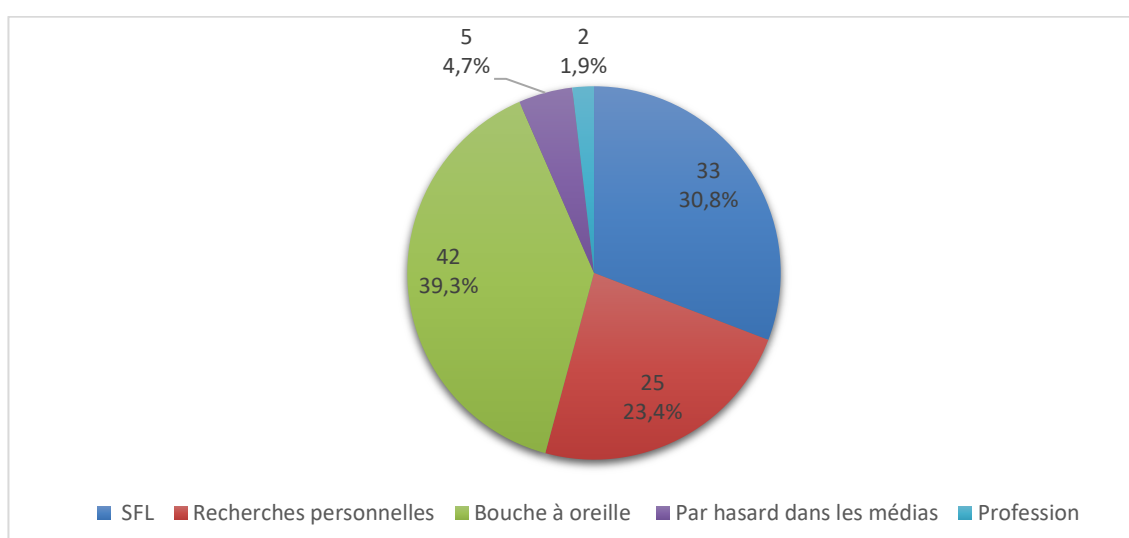


Figure 2 : Mode de découverte de l'existence de l'AGN et du plateau-technique

Au moment de la découverte de l'existence de l'AGN et de l'accouchement en plateau-technique, seulement 32,7% (35/107) patientes connaissait l'existence de celui du CHT.

La figure 3 permet de connaître le moment où les patientes ont rencontré la SFL qui a suivi la grossesse et pratiqué l'accouchement en plateau-technique. La plupart l'ont ainsi rencontrée au premier ou deuxième trimestre de grossesse.

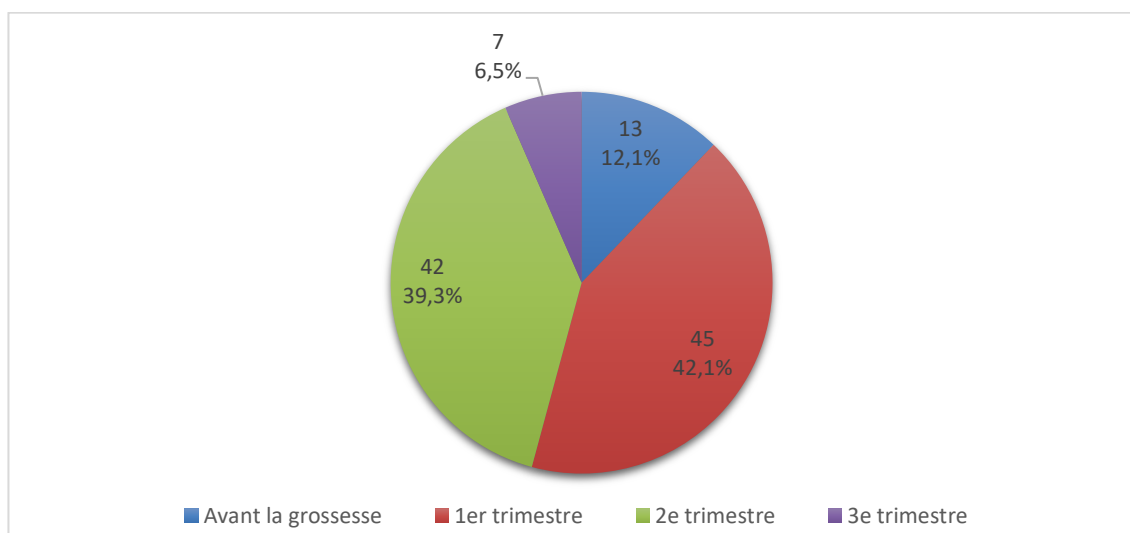


Figure 3 : Moment de la rencontre avec la SFL ayant suivi la grossesse et pratiqué l'accouchement en plateau-technique

3.2. Les critères du choix

Le tableau 2 reprend les critères recherchés par les patientes lors d'un accouchement en plateau-technique. On remarque ainsi que les trois critères les plus recherchés sont « un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement », « un accouchement physiologique avec le moins possible de médicalisation » ainsi que « le respect des choix, du projet de naissance ».

Critères recherchés, n=107	Effectifs (%)
Un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement	78 (72,9)
Un accouchement physiologique avec le moins possible de médicalisation	44 (41,1)
Un respect des choix, du projet de naissance	26 (24,3)
L'intimité	21 (19,6)
La qualité de la relation avec la SFL (confiance, écoute, proximité)	20 (18,7)
Un accompagnement personnalisé	15 (14,0)
Une liberté pendant l'accouchement (position, mouvement...)	15 (14,0)
La présence d'un cadre hospitalier si besoin	14 (13,1)
La proposition d'alternative à l'APD	9 (8,41)
Une petite structure à « taille humaine »	6 (5,61)
Une participation active du père	5 (4,67)
La possibilité de sortie précoce	4 (3,74)
Le respect du nouveau-né à la naissance	3 (2,80)

Tableau 2 : Critères recherchés lors d'un accouchement en plateau-technique

Le tableau 3 reprend les critères qui auraient pu empêcher le choix d'un accouchement en plateau-technique. Ici, deux critères sont majoritaires : « une distance trop importante domicile-maternité » et « une contre-indication médicale ».

Critères contre, n=65	Effectifs (%)
Une distance trop importante domicile-maternité	36 (55,4)
Une contre-indication médicale	23 (35,4)
Un coût trop élevé	7 (10,8)
Une « mauvaise » réputation de l'hôpital	5 (7,69)
Une mauvaise relation avec la SFL	5 (7,69)
Si existence d'une maison de naissance ou possibilité d'AAD	4 (6,15)
Un refus du conjoint	2 (3,08)

Tableau 3 : Critères ayant pu empêcher le choix d'un accouchement en plateau-technique

Sur la totalité des 107 patientes interrogées, 35,5% (38/107) ont été suivies par une SFL prenant des dépassements d'honoraires. Mais seulement, 2 des 69 patientes (2,90%) ayant une SFL ne prenant pas de dépassement d'honoraires avait fait une recherche dans ce sens.

Concernant la distance entre le domicile et la maternité, 82,2% (88/107) des patientes ont fait la démarche d'un accouchement en plateau technique au CHT même si une maternité existait plus près de chez elles.

3.3. Lien avec le vécu d'un précédent accouchement

Une question était adressée aux patientes multipares afin de savoir si leur(s) précédent(s) accouchement(s) avai(en)t influencé leur choix de l'AGN et du plateau-technique pour cette grossesse. Parmi elles, 88,7% (47/53) des patientes ont répondu « oui ». Une seconde question ouverte leur permettait d'expliquer pourquoi. Le tableau 4 reprend les réponses à cette question. Les deux principaux motifs sont « un accouchement avec des inconnus » et « un manque d'accompagnement et d'informations ».

Motifs d'influence, n=47	Effectifs (%)
Un accouchement avec des inconnus	22 (46,8)
Un manque d'accompagnement et d'informations	16 (34,0)
Un précédent accouchement dans une structure « physiologique » (plateau-technique, maternité des Bluets (Paris), maternité des Lilas (Les Lilas), ou encore AAD)	9 (19,1)
Un accouchement trop médicalisé	8 (17,0)
Le non-respect des souhaits des couples	8 (17,0)
Un suivi par trop de professionnels de santé différents	3 (6,38)

Tableau 4 : Motifs d'influence sur le choix du PT du vécu d'un précédent accouchement

Afin d'étudier une possible corrélation entre le vécu d'un précédent accouchement et le lieu d'accouchement, seules les informations se rapportant au dernier accouchement ont été conservées. De plus, il a été nécessaire de créer de nouvelles catégories pour obtenir des effectifs suffisants : les lieux « hôpital » et « clinique » ont été regroupés dans une même catégorie tout comme les lieux « plateau-technique », « domicile » et « autre ». Les réponses contenant les explications de l'influence du dernier accouchement ont été regroupées en deux catégories : un vécu positif (correspondant à la réponse « un précédent accouchement dans une structure « physiologique » ») et un vécu négatif (correspondant aux cinq autres réponses possibles). Ainsi, d'après le test exact de Fisher, les patientes ayant précédemment accouché à l'hôpital ou en clinique ont un vécu de leur précédent accouchement significativement plus négatif que celles ayant accouché en plateau-technique, à domicile ou dans une maternité « physiologique » ($p \leq 0.0001$).

4. Satisfaction des patientes

4.1. Concernant le suivi par la SFL

Quatre questions avaient pour but d'évaluer la satisfaction des patientes concernant différentes parties du suivi effectué par la SFL. Concernant la prise en charge durant la grossesse, la satisfaction moyenne était de 98,1% ($\pm 3,93$) et concernant la prise en charge durant l'accouchement, elle était de 97,3% ($\pm 7,83$). Une question interrogeait les femmes sur leur satisfaction quant à la disponibilité de leur SFL : sur ce sujet, la satisfaction moyenne était de 98,4% ($\pm 4,31$). Une dernière question concernait la relation de confiance établie avec la SFL au cours du suivi sur une échelle de 0 à 100%. Ici, la moyenne était de 98,6% ($\pm 3,86$).

13 patientes ont répondu à la question concernant les critères qui auraient pu améliorer leur satisfaction du suivi effectué par leur SFL. Ces derniers sont repris dans le tableau 5.

Critères d'amélioration, n=13	Effectifs (%)
Une meilleure disponibilité	3 (23,1)
Une visite de la SFL lors du séjour en maternité	3 (23,1)
Une meilleure écoute	2 (15,4)
Une possibilité de PNP de type haptonomie	2 (15,4)
Une possibilité de suivi échographique avec la SFL	2 (15,4)
Une relation plus intime	1 (7,69)

Tableau 5 : Critères d'amélioration de la satisfaction des patientes concernant la prise en charge par la SFL

Concernant la prise en charge durant le travail et l'accouchement, la totalité des patientes (n=107, 100%) ont répondu « oui » à la question ayant pour sujet le respect des choix et des attentes (ou du projet de naissance) par la SFL. Trois questions avaient pour but d'évaluer l'accompagnement par la SFL : pour 79,4% (85/107) des femmes, leur SFL a toujours été présente à leur côté ; 83,2% (89/107) des patientes ont qualifié cette présence de « rassurante » et 71,0% (76/107) l'ont qualifié de « indispensable ». Aucune femme n'a trouvé cette présence « gênante » ou « insuffisante » même si certaines n'avaient pas leur SFL toujours présente ; 1,87% (2/107) des patientes ont d'ailleurs répondu « autre » à cette question et ont apporté comme précision que « la SFL avait su

se mettre en retrait quand cela avait été nécessaire ». Une troisième patiente (0,94%) ayant répondu « autre » a trouvé cette présence « facilitante ».

Concernant le retour à la maison, 90,7% (97/107) des patientes ont pu bénéficier d'une visite par leur SFL à domicile et 95,3% (102/107) des patientes ont gardé contact avec leur SFL après leur accouchement.

4.2. Concernant un éventuel transfert

Une partie du questionnaire avait pour but d'évaluer la satisfaction des patientes concernant un transfert à l'équipe hospitalière du CHT. Au total, 12,2% (13/107) des patientes n'ont pas pu avoir une prise en charge complète en plateau technique. Parmi les raisons, on retrouve : une extraction instrumentale (ventouse, forceps) dans 6 cas (46,2%), une césarienne en urgence dans 5 cas (38,5%) et enfin, une complication de l'accouchement (hémorragie du post-partum, suture d'une déchirure par un médecin, etc.) dans 2 cas (15,4%). La satisfaction moyenne pour la prise en charge lors du transfert est de 87,5% ($\pm 12,3$).

Seulement quatre patientes ont répondu à la question se rapportant aux critères qui auraient pu améliorer leur satisfaction concernant leur prise en charge par l'équipe hospitalière du CHT lors du transfert. Ces derniers sont repris dans le tableau 7.

Critères d'amélioration, n=4	Effectifs (%)
La présence du père lors d'une césarienne	2 (50,0)
Le respect d'un refus d'acte médical (une épisiotomie)	1 (25,0)
Une meilleure connaissance de la patiente par l'équipe hospitalière	1 (25,0)

Tableau 6 : Critères d'amélioration de la satisfaction des patientes concernant la prise en charge par l'équipe hospitalière du CHT lors d'un transfert

4.3. Concernant le séjour au CHT

Deux questions avaient pour but d'évaluer la satisfaction des patientes concernant leur séjour au CHT et leur prise en charge par l'équipe hospitalière. La satisfaction moyenne est de 81,7% ($\pm 19,8$).

Les critères qui auraient pu améliorer la satisfaction des patientes sont énumérés dans le tableau 7. Les trois critères principaux sont « un meilleur accompagnement pour l'allaitement maternel », « des pédiatres plus en « adéquation » avec le PT (plus à l'écoute, autorisant les sorties précoces, moins interventionnistes...) » et enfin « les locaux de l'hôpital (moins anciens, présence de chambres individuelles...) ».

Critères d'amélioration, n=60	Effectifs (%)
Un meilleur accompagnement pour l'allaitement maternel	15 (25,0)
Les locaux de l'hôpital (moins anciens, présence de chambres individuelles...)	13 (21,7)
Pédiatres plus en « adéquation » avec le PT (plus à l'écoute, autorisant les sorties précoces, moins interventionnistes...)	13 (21,7)
Des repas de meilleure qualité	10 (16,7)
Une équipe hospitalière plus disponible	9 (15,0)
Moins de divergences dans le discours des différents professionnels	8 (13,3)
Une hospitalisation plus courte (inférieure à 48 heures)	8 (13,3)

Tableau 7 : Critères d'amélioration de la satisfaction des patientes concernant leur prise en charge par l'équipe hospitalière du CHT lors de leur séjour en maternité

4.4. Satisfaction globale

Dans la partie conclusion du questionnaire, une question avait pour but d'évaluer la satisfaction globale des patientes concernant le suivi de grossesse, l'accouchement en plateau-technique et ses suites. La satisfaction moyenne est de 95,6% ($\pm 7,17$)

Si la satisfaction globale est observée plus en détail selon que les patientes aient eu un transfert ou non, les taux de satisfaction moyenne ($\pm$ écart-type) suivants sont observés : 94,7% ($\pm 6,51$) et 95,7% ($\pm 7,28$). Les patientes n'ayant pas eu de transfert ne sont pas plus satisfaites que celles ayant eu un transfert ($p=0,63$, non significatif d'après le test T de Student).

Trois des 107 patientes (2,80%) affirment avoir été déçues avec comme raisons : « une incohérence entre l'AGN avec la SFL et les pratiques du personnel du CHT », « une césarienne en urgence » et « les locaux de l'hôpital (anciens, absence de chambres individuelles...) ».

Seulement 4,67% (5/107) des patientes ne choisiraient pas le plateau-technique pour un prochain accouchement. Parmi elles, deux ont « le souhait d'un prochain accouchement à domicile », une autre ne pourrait pas à cause « d'une contre-indication médicale à l'accouchement voie basse ». On retrouve aussi un refus « pour des raisons personnelles » et un autre pour « une distance domicile-maternité trop importante ». Néanmoins, la totalité des femmes conseilleraient le plateau-technique à une amie ou à une proche parente.

5. La place du conjoint

Deux questions avaient pour but d'évaluer la participation du conjoint au choix de ce mode de suivi et d'accouchement ainsi que son vécu. Ainsi, pour 89,7% (96/107) des patientes, le conjoint a participé au choix de l'AGN et du plateau-technique. Concernant la question se rapportant au vécu de l'accouchement en plateau technique par les partenaires, les 101 réponses sont résumées dans la figure 11. La majorité d'entre-eux (85,2%) affirment avoir très bien vécu l'accouchement en plateau-technique et avoir même pu prendre une place active dans l'accompagnement de leur conjointe.

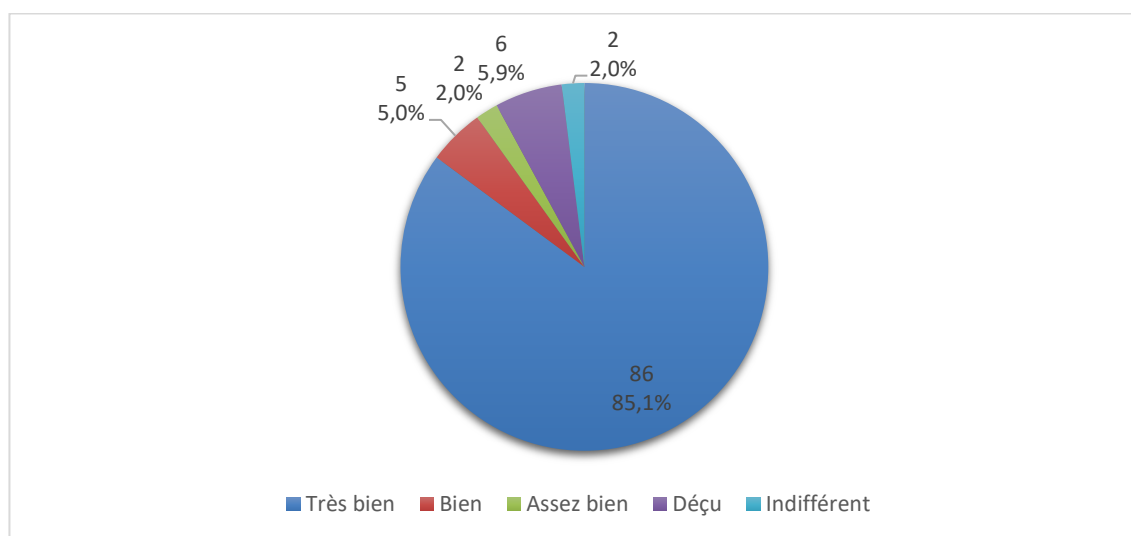


Figure 4 : Vécu du partenaire concernant l'accouchement en plateau-technique

Afin d'étudier une possible corrélation entre les variables qualitatives que sont la participation du conjoint au choix et leur satisfaction, il a été nécessaire de créer deux nouvelles catégories : les partenaires ayant répondu « très bien » ou « bien » ont été considérés comme satisfaits et ceux ayant répondu « assez bien », « déçu » ou

« indifférent » comme insatisfaits. Ainsi, grâce à un test exact de Fisher, les partenaires qui ont participé au choix de l'AGN et d'un accouchement en plateau-technique sont significativement plus satisfaits que ceux n'ayant pas participé à ce choix ($p \leq 0,001$).

6. Forces et faiblesses de l'AGN

Grâce à une question ouverte, les patientes avaient la possibilité d'énumérer trois points forts de leur suivi de grossesse, accouchement en plateau-technique et ses suites. Leurs réponses sont retranscrites dans le tableau 8. Les trois réponses majoritaires sont « la qualité de la relation avec la SFL (confiance, écoute...) », « un accouchement physiologique avec une moindre médicalisation » et enfin « la qualité du suivi (personnalisé, humain, bienveillant...) ».

Points forts, n=99	Effectifs (%)
La qualité de la relation avec la SFL (confiance, écoute...)	66 (66,7)
Un accouchement physiologique avec une moindre médicalisation	38 (38,4)
La qualité du suivi (personnalisé, humain, bienveillant...)	29 (29,3)
Le respect des choix, du projet de naissance	26 (26,3)
La disponibilité de la SFL à tout moment	19 (19,2)
Un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement (relation de confiance)	16 (16,2)
La présence d'un cadre sécurisant si besoin	5 (5,05)
La possibilité d'une sortie précoce (à 48 heures)	5 (5,05)
La place privilégiée du père	4 (4,04)
Une petite structure à « taille humaine »	4 (4,04)
L'utilisation de méthodes alternatives (baignoire, acupuncture, sophrologie, aromathérapie...)	4 (4,04)
Un suivi du nouveau-né par la SFL lors du retour à domicile	3 (3,03)

Tableau 8 : Points forts du suivi de grossesse, de l'accouchement en plateau-technique et ses suites

Les patientes avaient ensuite la possibilité d'énumérer trois points faibles de leur suivi de grossesse, accouchement en plateau-technique et ses suites. Leurs réponses sont retranscrites dans le tableau 9. Les trois réponses majoritaires sont « l'impossibilité d'une hospitalisation inférieure à 48 heures », « un suivi impersonnel lors du séjour en maternité (trop d'équipes hospitalières) » et « l'absence de visite par la SFL lors de l'hospitalisation en suites de couche ».

Points faibles, n=45	Effectifs (%)
L'impossibilité d'une hospitalisation inférieure à 48 heures	11 (24,4)
Suivi impersonnel lors du séjour en maternité (trop d'équipes hospitalières)	10 (22,2)
Une distance domicile-maternité trop importante	9 (20,5)
L'absence de visite par la SFL lors de l'hospitalisation en suites de couche	8 (17,8)
L'absence de salle physiologique	6 (13,3)
Des pédiatres pas assez en « adéquation » avec le PT (limitant les sorties précoces, trop interventionnistes...)	4 (8,89)
Les locaux de l'hôpital (anciens, absence de chambres individuelles...)	3 (6,67)
Les honoraires de la SFL non pris en charge	2 (4,44)
Un accompagnement pour l'allaitement maternel insuffisant	2 (4,44)
Un manque de « place » pour le père pendant l'hospitalisation	2 (4,44)

Tableau 9 : Points faibles du suivi de grossesse, de l'accouchement en plateau-technique et ses suites

DISCUSSION

1. Rappel des objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de connaître les motivations des patientes ayant décidé de choisir l'AGN et le plateau technique de Thiers pour leur accouchement. Celui-ci a été atteint grâce au nombre de réponses obtenues ayant permis de les mettre en évidence.

Cette étude a aussi montré un lien entre la parité (via le vécu des précédents accouchements) et le choix de l'AGN et d'un accouchement en plateau technique.

Enfin, cette étude avait pour but et a permis d'évaluer la satisfaction des patientes concernant leur accouchement au plateau technique de Thiers (qu'il y ait eu ou non un transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière au cours du travail ou de l'accouchement).

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1. Les forces de l'étude

Même si des études avaient déjà été menées sur le plateau-technique du CHT depuis sa mise en place en juillet 2012 (65, 68–70), celles-ci s'intéressaient aux issues obstétricales, maternelles et néonatales, au profil socio démographique des parturientes, et non pas au ressenti, au vécu des patientes. Ainsi, sujet novateur, il s'agit de la seule étude existante sur les motivations et la satisfaction des patientes ayant accouché en plateau-technique au CHT.

Malgré un nombre restreint de femmes pouvant bénéficier de l'AGN et d'un accouchement en plateau-technique sur le département du Puy-de-Dôme, nous avons obtenu un taux élevé de participation à cette étude (93,2%). En effet, 110 patientes ont pris le temps de répondre au questionnaire sur 118 questionnaires envoyés.

Afin de comprendre au mieux ce qui intéresse les patientes, les couples, dans le choix de l'AGN et du plateau technique, la majorité du questionnaire était composé de questions « ouvertes » et non pas prédéfinies en fonction de réponses possiblement attendues. Chaque questionnaire a été relu plusieurs fois avec attention afin de permettre la création de catégories. De plus, les patientes ont généralement répondu avec soin au questionnaire, avec des réponses très détaillées permettant ainsi le plus de précision possible. Un grand

nombre d'entre-elles nous ont d'ailleurs remercié de réaliser cette étude, ainsi que leur SFL et l'équipe hospitalière du CHT de permettre au plateau-technique d'exister.

2.2. Les limites de l'étude

L'étude est limitée à un seul plateau technique, celui du CHT.

L'on peut noter l'existence d'un biais de mémorisation. En effet, afin d'obtenir un nombre satisfaisant de réponses, les patientes ont dû être recrutées sur une période de 2 ans. Certaines informations, surtout celles concernant la satisfaction, ont donc pu être modifiées. Une patiente avait notamment accouché deux fois en plateau technique sur la période d'inclusion, elle a donc répondu 2 fois au questionnaire, pouvant peut-être confondre ses différentes expériences.

Ainsi, il aurait pu être intéressant de réaliser l'étude en incluant tous les plateaux techniques de France et sur un temps plus restreint afin de limiter les biais et de pouvoir permettre une meilleure interprétation des données de l'étude.

3. Discussion des résultats

3.1. La population étudiée

D'après l'enquête nationale périnatale de 2016 (21), 42% des femmes étaient des primipares et 35,4% étaient des deuxièmes pares. Des taux similaires étaient retrouvés dans notre étude. Notre population en termes de parité était donc représentative de la population nationale.

Concernant les lieux d'accouchements, peu de littérature existe en France prenant en compte les accouchements hospitaliers, en plateau technique et à domicile. D'après l'enquête nationale périnatale de 2016 (21), 76,6% des patientes avaient accouché à l'hôpital (tous types d'établissements publics de santé confondus : CHU, CH, ...), et 23,4% en clinique privée. Des taux respectivement 1,2 et 1,8 fois inférieurs sont retrouvés dans notre étude concernant les précédents accouchements des patientes multipares. Cela s'explique : l'enquête périnatale étudie uniquement les accouchements en structure hospitalière alors que notre étude inclue un pourcentage important de patientes ayant précédemment fait l'expérience d'un accouchement dans une structure physiologique, en

plateau technique, ou encore, à domicile. Seulement 4% des SFL (53) proposent d'accompagner un accouchement en plateau technique. Dans notre étude, un taux 2,8 fois supérieur de patientes ayant pu précédemment en faire l'expérience a été retrouvé car la population source était constituée de patientes ayant toutes le souhait d'un accouchement en plateau technique. En 2016, seulement 0,6% des accouchements ont eu lieu à domicile (comprenant les accouchements inopinés et choisis) (50). Cette proportion était 5,5 fois supérieure dans notre étude. Néanmoins, une des deux patientes ayant accouché à domicile a dû se rendre à l'étranger pour voir aboutir son projet. Notre étude retrouve donc une diversification des lieux de naissance plus importante qu'à l'échelon national.

Concernant les années d'accouchement, la majorité des patientes ont accouché en 2016, car il s'agissait de la seule année complète dans la période d'inclusion. On peut tout de même confirmer l'augmentation du nombre d'accouchements en plateau technique d'année en année. En effet, sur la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2015, l'on note 23 accouchements contre 35 entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2017.

3.2. Les critères du choix

3.2.1. Connaissance de l'AGN et du plateau technique

Selon le témoignage des patientes, beaucoup d'entre elles avaient le souhait d'une prise en charge différente. Après avoir entendu de nombreuses expériences plus ou moins agréables des grossesses et accouchements de leurs amies ou pour avoir elle-même connu un suivi classique, ces femmes ont ressenti le besoin d'avoir un accompagnement différent, *« ce que je voyais autour de moi ne me plaisait pas »*, *« j'avais peur du côté à la chaîne du traitement des patientes à l'hôpital »*.

Dans notre étude, les patientes ont principalement eu connaissance de l'existence de l'AGN et de l'accouchement en plateau technique par leur entourage, par une SFL ou par des recherches personnelles. D'après une étude réalisée par K. Troxler en 2003 sur l'intérêt de l'AGN (71), des résultats similaires sont observés puisque la moitié des patientes ont eu connaissance de ce type de suivi par des démarches personnelles et un peu plus du tiers par leur entourage. Le même constat est effectué dans une étude réalisée par C. Touchard en 2011 (64) sur l'AGN où 44,9% des femmes en avaient eu connaissance par leur entourage.

Seulement un tiers des patientes connaissaient l'existence du plateau technique du CHT lorsqu'elles ont découvert l'existence de l'AGN et de l'accouchement en plateau technique.

L'on peut donc conclure à un possible défaut d'information concernant les alternatives existant à l'accouchement hospitalier puisque la source principale d'information est le « bouche à oreille ». En effet, même certaines patientes travaillant en relation avec le milieu de la périnatalité ne connaissaient pas vraiment l'existence du plateau technique : *« la PMI du secteur où je travaillais m'a indiqué les coordonnées de Mme X en précisant qu'elle appartenait au plateau technique, mais cette notion était très floue pour moi. J'avais seulement en tête que c'était la meilleure alternative à l'accouchement à domicile que je voulais expérimenter ».*

3.2.2. Les motivations à choisir l'AGN

3.2.2.1. Le suivi par une seule personne

Le critère majoritairement recherché par les patientes et les couples effectuant la démarche d'un accouchement en plateau-technique, est **un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement**. Parmi les réponses au questionnaire, on retrouve par exemple les témoignages suivants : *« rencontrer la sage-femme pendant la grossesse, ou même avant, et créer une relation de confiance avec elle afin de ne pas accoucher avec des inconnus »*, ou encore *« connaître la sage-femme qui serait présente lors de mon accouchement et savoir que c'est son visage que je verrais le jour J et non celui de 10 inconnus »*.

Une étude réalisée en 2008 par N. Dutriaux et al. (41) concernant le vécu et les attentes des usagers des maternités françaises, montre que les usagers sont généralement favorables à un suivi par une seule personne (71,1% des femmes et 67,9% des hommes). Dans l'étude réalisée par C. Touchard (64), un taux similaire est retrouvé puisque 75,5% des couples interrogés recherchent ce type de suivi. Nous retrouvons un résultat semblable à ces deux études. De plus, la HAS (9) et l'OMS (4, 28) s'accordent à recommander le suivi des femmes par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne, la sage-femme étant le premier professionnel concerné. L'AGN et l'accouchement en plateau technique, permettant cette continuité de soins, sont donc

parfaitement en accord avec les souhaits des couples et les dernières recommandations des sociétés savantes.

Cette demande d'un suivi par une même personne exprime la relation de confiance qui s'instaure entre les professionnels de santé de la périnatalité et les couples tout au long de la grossesse. Et c'est ce que l'on retrouve dans notre étude : les femmes recherchent une **relation de confiance** avec leur SFL mais aussi une certaine proximité, une écoute, de l'« humanité » ainsi qu'un accouchement dans le **respect de l'intimité de leur corps et celui nouveau-né à la naissance**. Certaines patientes affirment même qu'une mauvaise relation avec leur SFL auraient pu les amener à renoncer à un accouchement en plateau technique. Parmi les réponses, on peut mettre en avant certains témoignages : « *la relation de confiance que l'on développe avec sa sage-femme est tellement importante pour ce moment si précieux, on se sent totalement à l'aise* » ou encore « *la confiance : on connaît la personne en amont, je savais que si elle pratiquait un geste c'était nécessaire, surtout si j'avais stipulé que je voulais au maximum l'éviter* ». K. Troxler (71) retrouve elle aussi 20% de patientes qui choisissent l'AGN pour se sentir en confiance. C. Touchard (64), dans son étude, a comme réponse majoritaire la relation de confiance avec un taux 4,5 fois supérieur à notre étude (85,71%). Cela peut s'expliquer par l'existence de réponses prédéfinies dans son questionnaire contrairement à notre étude où les patientes ont pu s'exprimer librement, engendrant la création de catégories plus exhaustives.

3.2.2.2. Une moindre médicalisation dans un cadre hospitalier sécuritaire

Presque la moitié des patientes souhaitent un **accouchement le plus naturel, le plus physiologique possible, avec une moindre médicalisation**. On retrouve les réponses suivantes : « *le moins de médicalisation possible (j'ai dû prendre la péridurale et malgré ça l'accouchement est resté le plus physiologique possible)* » ; ou encore « *un accouchement physiologique (choix de la position, pas de péridurale, pas de gestes médicaux inutiles)* ».

Si ces résultats sont comparés à la littérature et notamment à l'étude de C. Touchard (64), on observe un taux 1,8 fois supérieur de patientes souhaitant une démedicalisation de l'accouchement (73,5%). Si la comparaison est effectuée avec l'étude de N. Dutriaux et al. (41), on observe un pourcentage 1,2 fois inférieur : 35,7% des patientes souhaitent un accouchement démedicalisé. La disparité des résultats peut s'expliquer par deux

raisons. La méthode de recueil de données n'était pas la même (questions fermées contrairement à notre étude où il s'agissait d'une question ouverte). Dans le mémoire de C. Touchard, ainsi que dans notre étude, les patientes ont toutes fait le choix de l'AGN et de l'accouchement en plateau technique contrairement à l'étude de N. Dutriaux et al, où les patientes interrogées avaient accouché en milieu hospitalier.

Plusieurs études (45, 46, 69, 70) ont mis en évidence que le « one-to-one care » permettait d'améliorer les issues maternelles, fœtales et néonatales notamment concernant les épisiotomies, les extractions instrumentales ou la prématurité. Elles ont aussi mis en exergue (45, 46) que les femmes ayant bénéficié d'un modèle de soins continus ont moins souvent recours à un accouchement médicalisé, et ont notamment moins recours à une APD. Dans les critères recherchés lors de notre étude, le fait d'être accompagnées lors d'un **accouchement sans APD**, et que des **alternatives** à la gestion de la douleur soient proposées était évoqué. D'après une étude réalisée par le CIANE en 2012 sur la douleur lors de l'accouchement (72), les femmes qui ne voulaient a priori pas d'APD et qui ont fini par en avoir une, pensent que cela est dû à un manque (parfois total) d'accompagnement, mais aussi parce qu'on ne leur a pas proposé d'alternatives. Ces patientes n'étaient pas satisfaites de leur prise en charge. L'AGN et l'accouchement en plateau technique permettent de remédier à cela grâce à un soutien continu adapté.

Même si un nombre important de patientes souhaitent un accouchement démedicalisé, celles-ci se préoccupent de la sécurité présente le jour J pour leur bébé et elles-mêmes. Ainsi, les femmes interrogées ont choisi le plateau technique du CHT pour la **sécurité hospitalière** qu'il offre en cas de problème urgent dans **une petite structure à taille humaine**. En effet, certaines patientes souhaitaient « *éviter l'usine à bébé d'un gros centre hospitalier* » grâce à « *une petite structure avec des qualités d'écoute, d'accueil, de flexibilité* ». Lorsque les patientes sont interrogées sur les raisons qui auraient pu les empêcher de choisir d'accoucher en plateau technique, nombreuses sont celles citant « une contre-indication médicale ». La notion de sécurité est aussi retrouvée dans le mémoire de C. Touchard (64) pour 30,6% des patientes lors du choix du lieu d'accouchement. Pour certains couples, le plateau technique permet de bénéficier de « *l'intimité et de la douceur d'un accouchement à la maison mais dans l'environnement sécurisant de l'hôpital. Si tout se passe bien, pas de médicalisation. Mais dans le cas contraire, une prise en charge rapide et efficace est possible* ».

3.2.2.3. Le respect des choix, du projet de naissance

Le projet de naissance est pris en compte dans les recommandations de la HAS publiées en 2007 et mises à jour en 2016 (9), intitulées « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* ». La HAS définit le projet de naissance comme « *l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période post natale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents.* » Celui-ci s'élabore dans le dialogue avec la sage-femme ou le médecin qui suit régulièrement la femme enceinte. Il vise une meilleure compréhension et une satisfaction partagée entre soignants et parents. Un quart des patientes de notre étude ont fait le choix de l'AGN et de l'accouchement en plateau technique pour **voir leur choix et leur projet de naissance respectés**.

Dans une étude réalisée par L. Barraud en 2013 sur la satisfaction des patientes ayant rédigé un projet de naissance au sein de quatre maternités de la région Auvergne (dont le CHT) (73), seulement 29,6% des patientes estiment que leur projet de naissance a été respecté en totalité et 63% affirment que celui-ci n'a été que partiellement respecté. Dans une autre étude réalisée par le CIANE en 2012 concernant le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement (40), 63% des femmes interrogées considèrent que l'équipe a fait de son mieux pour satisfaire leurs demandes ou leurs souhaits, et 26% que cela n'a été que partiellement le cas. Au contraire, dans notre étude, la totalité des patientes ont eu leurs choix et attentes (ou leur projet de naissance) respectés et mis en place par leur SFL. Cela peut s'expliquer par un suivi effectué par une seule et même personne permettant une connaissance parfaite des attentes de la patiente ainsi qu'une discussion préalable concernant les possibles limites du projet de naissance ; contrairement à un accouchement hospitalier, où une discussion préalable est possible avec les responsables de l'équipe, mais pas avec la personne qui accompagnera le travail et l'accouchement.

Dans l'étude du CIANE (40), le sentiment de respect des souhaits est fortement corrélé à celui d'avoir été, ou pas, laissée seule pendant l'accouchement. En effet, 77% des femmes qui considèrent que leurs souhaits n'ont pas été respectés disent avoir été laissées seules (dont 47% tout le temps ou souvent) alors qu'elles auraient apprécié la présence d'un professionnel. En accord avec cela, certaines patientes de notre étude ont

fait le choix de l'AGN et du plateau technique afin de bénéficier d'un **accompagnement personnalisé**, adapté à leurs besoins. De plus, la majorité des patientes interrogées ont eu leur SFL toujours présente à leur côté et cette présence a été majoritairement qualifiée de « rassurante » et « indispensable ». Aucune d'entre-elles ne l'a trouvée « insuffisante » ou « gênante » et certaines ont même jugé que « la SFL avait su se mettre en retrait quand cela avait été nécessaire ». On peut donc aussi expliquer le total respect des choix et attentes de notre étude, par l'accompagnement personnalisé et le soutien continu apporté par la SFL.

Certaines patientes ont aussi fait le choix d'un accouchement en plateau technique afin **d'être libres de leurs choix** pendant leur accouchement en ce qui concerne les positions, les mouvements, afin de « *ne pas être contrainte par les protocoles hospitaliers* », ni « *être obligée de rester sur la table avant l'expulsion mais d'avoir la possibilité de marcher, d'être sur un ballon, d'aller aux toilettes* ». Cette notion est aussi retrouvée dans l'étude réalisée par C. Touchard (64) où 61,2% des patientes avaient choisi l'AGN et le plateau technique pour la liberté qu'ils permettent.

3.2.2.4. La possibilité d'une sortie précoce

Ces 20 dernières années, une tendance générale au raccourcissement de la durée de séjour en maternité est observée, mais reste très variable selon les pays : de deux jours au Canada ou aux Etats-Unis à plus de cinq jours en Autriche. En France, la sortie précoce de maternité concerne moins de 10% des naissances (74). La HAS a publié, en 2014, des recommandations concernant la sortie de maternité s'adressant aux couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social (75). Après la naissance par voie basse d'un nouveau-né singleton, eutrophe et en l'absence de complications pour la mère et l'enfant, la durée maximale d'hospitalisation recommandée est de 96 heures ; et une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures. Une sortie précoce doit être absolument accompagnée au domicile par des professionnels. La HAS recommande une visite par un professionnel de santé systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant la sortie.

Cette surveillance à domicile avec la même SFL permet de s'assurer que tout va bien sur le plan médical pour le nouveau-né et la mère mais aussi de revenir sur le vécu de l'accouchement et le retour à la maison avec bébé. Cela favorise le soutien à l'allaitement

puisque la SFL peut assister à une mise au sein à domicile, et peut ainsi donner des conseils adaptés. Enfin, elle peut aider les nouveaux parents avec des conseils concernant leur organisation (76).

Il est notifié dans la charte du plateau technique du CHT qu'en cas d'absence d'anomalie pour la mère et l'enfant, la durée minimale de séjour est de 48 heures. Seulement quatre patientes ont pris en compte la **possibilité de sortie précoce** au moment de leur choix. Néanmoins, quand les patientes sont interrogées concernant les points faibles de leur suivi de grossesse, accouchement en plateau-technique et ses suites, la réponse majoritaire est l'impossibilité d'une hospitalisation inférieure à 48 heures et une hospitalisation plus courte serait un critère d'amélioration de la satisfaction maternelle concernant le séjour en maternité. De nombreuses patientes auraient souhaité rentrer plus tôt chez elle et bénéficier d'un suivi en post-partum à domicile avec leur SFL. Plusieurs patientes sont même sorties de la maternité contre avis médical. Cela met encore une fois en avant le besoin de ces femmes d'être suivies le plus possible par une même personne dans un cadre intime, chaleureux et connu.

3.2.2.5. Ne pas revivre un précédent accouchement trop impersonnel

Parmi les femmes qui avaient déjà fait l'expérience d'un accouchement, la majorité pensent que le vécu de celui-ci a influencé leur choix de l'AGN et du plateau technique. En effet, les patientes ayant accouché dans une structure « physiologique » comme un plateau technique, la maternité des Bluets (Paris), la maternité des Lilas (Les Lilas), ou encore à domicile, pensent que cela a eu une influence positive contrairement à celles ayant accouché précédemment en structure hospitalière classique qui ont un vécu plus négatif. Ces dernières (plus nombreuses) évoquent comme raisons principales : un accouchement avec des inconnus et un manque d'accompagnement et d'informations. Certaines femmes témoignent : « *Ne pas savoir et ne pas connaître l'équipe qui va nous accoucher n'est pas confortable : je ne savais pas pour mon premier accouchement si l'équipe accepterait mon projet d'accouchement.* » ; « *L'accouchement de mon fils aîné s'est relativement mal passé. Je suis persuadée que l'accompagnement et la péridurale ont contribué à ça. Par ailleurs, j'ai détesté la surmédicalisation, le manque d'information, l'impression de ne rien maîtriser, de n'avoir aucun choix ou explication. J'ai subi mon accouchement au lieu de le vivre.* » Dans le mémoire de C. Touchard (64),

12,2% des patientes avaient elles aussi choisi l'AGN à la suite d'une mauvaise expérience.

Cela met encore une fois en exergue que les patientes ayant été suivi par plusieurs professionnels de santé pensent ne pas avoir été accompagnées et soutenues, et que cela engendre un vécu négatif qui peut parfois même être ressenti comme « traumatisant ». Une revue de la littérature, rédigée par Denis A et Callahan S. (77), met en évidence que le vécu de l'accouchement a des répercussions sur l'état émotionnel de la mère et du père en post-partum et que le contrôle perçu par les femmes au moment de l'accouchement est primordial. Il peut même apparaître un état de stress post-traumatique. La manifestation de troubles psychologiques en post-partum et notamment d'état de stress post-traumatique est majoritairement retrouvée liée à une perte de contrôle, un sentiment d'impuissance et un manque d'information sur les procédures mises en place au moment de l'accouchement. La perception par l'accouchée d'un faible niveau de soutien social (notamment en provenance du partenaire et de l'équipe médicale) est également corrélée avec une perception négative de l'accouchement et la manifestation de symptômes de stress post-traumatique. Enfin, cette revue de la littérature met en avant l'importance de l'influence des représentations et des attentes de la femme en matière d'accouchement sur sa santé psychologique observée en post-partum : les représentations de l'accouchement développées par les femmes en cours de grossesse viennent affecter la perception de l'événement et constituent, en cas de non-cohérence entre ces représentations et le déroulement réel de ce dernier, un facteur de risque à développer des troubles psychologiques tels que déception, culpabilité, dépression et traumatisme en post-partum. Il semble donc primordial que chaque patiente puisse bénéficier du type de prise en charge qu'elle espère.

3.2.3. Les freins à choisir l'AGN

3.2.3.1. Très peu d'offre

La majorité des accouchements ont lieu dans le secteur hospitalier (établissement de santé public ou privé) : les AAD représentaient seulement 0,6% des naissances en 2016 (qu'ils soient souhaités ou inopinés) (50). Concernant les accouchements en plateau technique, il est difficile de trouver des données chiffrées mais une étude menée par le CNOSF en 2008 (51) a montré que seulement 4% des SFL bénéficient de cette possibilité.

Quant à la possibilité d'accoucher en maisons de naissance, au nombre de neuf, celles-ci ne sont encore qu'en expérimentation en France (48). L'offre de soins est donc limitée pour les femmes et les couples désirant un accouchement « différent ».

En effet, parmi les témoignages des patientes ayant déjà l'expérience d'un précédent accouchement, plusieurs ont choisi un accouchement en structure hospitalière car il n'existait pas à ce moment-là de plateau technique et en gardent un mauvais souvenir, par exemple, « *je souhaitais déjà accoucher en plateau technique, voire à domicile pour mon premier accouchement. Ne trouvant à cette période pas de sage-femme pour m'accompagner, par défaut, j'ai opté pour l'accouchement à l'hôpital.* »

Certaines patientes ont aussi choisi l'accouchement en plateau technique par « dépit » : « *Le plateau technique a permis de proposer un accompagnement alternatif à l'accouchement en maternité classique. Il est clair cependant qu'il manque encore cette possibilité d'être accompagnée à domicile par une sage-femme si l'on souhaite accoucher chez soi et de manière assistée.* ». D'autres affirment même qu'elles auraient renoncé à l'accouchement en plateau technique s'il avait existé à proximité une maison de naissance ou s'il avait été possible d'accoucher à la maison.

3.2.3.2. La distance à parcourir pour un tel suivi

Liée à un manque d'alternatives à l'accouchement hospitalier dans le système actuel Français, se pose alors la question de la distance à parcourir pour les patientes afin d'obtenir un tel suivi. Une étude réalisée par la DREES en 2011 (78) concernant la distance et le temps d'accès aux maternités, met en évidence que la moitié des Françaises mettent moins de 17 minutes pour se rendre sur leur lieu d'accouchement mais que cela est lié au choix majoritaire de l'établissement le plus proche du domicile. Dans notre étude, plus de huit femmes sur dix ont choisi d'accoucher en plateau technique au CHT même si une maternité était plus proche de chez elles.

De plus, la raison évoquée par plus de la moitié des femmes de notre étude concernant les raisons qui auraient pu empêcher leur choix d'un accouchement en plateau technique est une **distance domicile-maternité trop importante**. Une patiente avoue même avoir hésité car « *la distance à parcourir pour se rendre à Thiers était trop importante* ». Deux autres avouent que si un plateau technique avait existé plus proche de leur domicile, elles n'auraient pas choisi celui du CHT.

Même si la majorité sont prêtes à parcourir une distance importante pour bénéficier d'un tel suivi, quelques patientes déplorent cela ; et même si la question n'était pas posée dans notre étude, grâce aux différents témoignages des patientes, nous pouvons en compter au moins dix ayant dû faire plus de 45 minutes de trajet pour se rendre à la maternité alors que l'étude réalisée par la DRESS (78) retrouvait un temps moyen estimé entre 20 et 25 minutes dans le département du Puy-de-Dôme. Une patiente a tout de même choisi d'accoucher en plateau technique au CHT malgré les deux heures de route nécessaires pour assurer son suivi chez la SFL et se rendre à la maternité. Elle a donc, par conséquent, dû « *se loger sur place 2 à 3 semaines avant* » et affirme que la distance a rendu son suivi en pointillé mais que cela a tout de même bien fonctionné grâce à sa volonté d'un suivi et d'un accouchement de ce type. Là aussi se pose donc la question du coût et de l'égalité d'accès à un tel suivi lorsque certaines patientes sont obligées de trouver un logement pour en bénéficier.

Afin d'assurer la sécurité des patientes et de remédier à cette distance, le CHT a ouvert aux couples un hébergement non médicalisé en début d'année 2017. Ce studio, situé dans l'enceinte de l'établissement, permet aux futures mamans de se préparer à la naissance dans un environnement chaleureux, moins conventionnel et impersonnel qu'une chambre d'hôpital et est surtout moins onéreux.

Au contraire, une patiente habitant à 45 minutes de la maternité, avoue que « *si cela avait été plus loin* », elle aurait « *choisi un accouchement non assisté* », c'est-à-dire un accouchement en l'absence de personnel de la profession médicale. Ce type de naissance a le plus souvent lieu à la maison, c'est donc une autre forme d'AAD. Cela met aussi en évidence le manque d'alternative pour les femmes souhaitant un accouchement différent de celui proposé dans le milieu hospitalier.

Tout cela met donc en évidence le manque d'offres de soins offertes aux parents quant aux différentes possibilités de prises en charge et lieu d'accouchement. Une augmentation du nombre de plateaux techniques permettrait de palier cette distance.

3.2.3.3. Le coût

Plus d'un tiers des patientes de notre étude avaient une SFL percevant des dépassements d'honoraires et certaines ont même avoué qu'un coût trop élevé auraient pu les retenir de choisir l'AGN et l'accouchement en plateau technique.

L'étude réalisée par J. Goutaland en 2017 décrivant le profil socio-démographique des parturientes choisissant d'accoucher en plateau technique au CHT (70) met en évidence une différence quant au statut social des femmes choisissant ce type de suivi : elles ont un niveau socio-économique plus élevé que la population générale. Certains propos des patientes de notre étude le confirment : « *une aide financière de la famille a été nécessaire pour pouvoir répondre à ma demande d'accouchement en plateau technique* » ; ou encore « *l'astreinte de la sage-femme est à la charge de la patiente car il n'y a pas de remboursement de base de la sécurité sociale, cela ne nous a pas posé souci mais je pense que cela peut être un frein pour d'autres couples qui n'auraient pas les moyens financiers* ».

Le CIANE, dans son étude concernant le coût d'un accouchement dans les différentes structures (79), retrouve les mêmes conclusions : l'accompagnement global par une SFL est un luxe réservé aux plus aisées. La situation pour les femmes (majoritaires) qui choisissent d'accoucher en milieu hospitalier classique est satisfaisante mais il existe une véritable « discrimination » économique qui affecte les femmes souhaitant un mode d'accouchement considéré comme « alternatif ». En effet, qu'il s'agisse d'un AAD ou d'un accouchement en plateau-technique avec une SFL, les remboursements effectués par la sécurité sociale sont basés sur le tarif de l'accouchement soit 349,44€ : la part restant à charge des femmes peut donc être assez conséquente, compte tenu des inévitables dépassements d'honoraires. Dans leur réponse à la question concernant les points faibles de l'AGN et de l'accouchement en plateau technique, deux patientes se sont plaintes du coût que cela entraîne. L'une d'elle évoque « *la facture de 350 € demandée* » et la seconde « *les honoraires de la sage-femme* » qui « *ne sont pas pris en charge par la mutuelle ni par la CPAM (caisse primaire d'assurance maladie), comme si l'accouchement en plateau technique était un luxe* ». Cette dernière qualifie même cela de « honteux ». En effet, certaines assurances complémentaires remboursent intégralement ces dépassements, d'autres pas du tout, d'où la grande variabilité du coût pris en charge par les femmes. Une politique plus juste en matière de prise en charge de l'accouchement permettrait à davantage de femmes de pouvoir choisir les conditions de leur accouchement.

3.3. La satisfaction

Actuellement, il n'existe pas d'études permettant d'évaluer la satisfaction des patientes ayant pu bénéficier d'un AGN avec une SFL de leur choix, il est donc difficile d'interpréter nos résultats en fonction des données actuelles de la littérature.

Comme évoqué précédemment, la satisfaction est une action de répondre à un besoin, à un désir et est étroitement liée à la qualité. Elle est donc subjective. Ainsi, lorsque les femmes ont dû évaluer leur satisfaction personnelle, cela concernait plus leur perception des soins reçus à partir de leurs propres valeurs et besoins, plutôt que la qualité des soins reçus de manière neutre. De plus, mesurer une satisfaction nécessite des outils adaptés. Il existe actuellement des questionnaires d'évaluation de la satisfaction en périnatalité qui sont validés scientifiquement, ce qui n'est pas le cas pour le nôtre (38, 73).

3.3.1. Concernant le suivi par la SFL

Concernant la prise en charge effectuée par le SFL, les femmes ont toujours été satisfaites à plus de 97%. Ce résultat permet d'évoquer sans ambiguïté une très bonne satisfaction maternelle.

Dans une étude réalisée par la DREES sur la satisfaction des usagers des maternités (39), environ 65% des femmes étaient tout à fait satisfaites de leur prise en charge durant le suivi de grossesse et les mêmes résultats sont observés concernant le déroulement de l'accouchement. Si les femmes dressent un tableau très positif de la manière et des conditions dans lesquelles s'est déroulé leur accouchement, elles se révèlent un peu plus sceptiques quant à la capacité des professionnels à expliquer leur démarche médicale et les implications potentielles sur leur santé ; et la part des très satisfaites est inférieure à 60% pour ce qui est de l'accompagnement des professionnels de santé pendant l'accouchement. Les patientes accouchant en plateau technique sont donc globalement plus satisfaites de leur prise en charge que celles accouchant en maternité.

Peu de patientes ont évoqué des critères qui auraient pu améliorer leur satisfaction. Trois patientes auraient souhaité que leur SFL soit plus disponible, ou que celle-ci travaille avec un binôme afin d'avoir toujours une personne à qui s'adresser en cas de soucis. Deux autres ont déploré le fait d'avoir dû réaliser leur suivi échographique avec une autre SFL mais l'investissement demandé afin de pratiquer l'AGN étant vraiment

conséquent, il est compréhensible que les SFL ne puissent pas toutes répondre à une telle demande. D'autres, trois d'entre elles, auraient souhaité une meilleure écoute ou une relation plus intime : « *que la sage-femme soit moins conventionnelle, qu'on ait réussi à se tutoyer et donc à être plus proche et plus en confiance* ».

Même si la quasi-totalité des patientes ont bénéficié d'une visite à domicile par leur SFL lors de leur sortie de maternité, plusieurs ont déploré l'absence de visite lors du séjour en maternité. Cela pourrait donc être à améliorer pour permettre un AGN « total ».

La satisfaction des patientes à l'égard de leur SFL est encore une fois prouvée lorsque la majorité des femmes affirment être restés en contact avec elle après l'accouchement. Il y a donc un véritable lien qui se tisse entre la femme, le couple et la SFL pendant ce moment si important.

3.3.2. Concernant le centre Hospitalier de Thiers

3.3.2.1. Lors d'un transfert

Au total, peu de patientes n'ont pas pu avoir une prise en charge complète en plateau technique et les raisons majoritaires sont une extraction instrumentale et une césarienne en urgence. La satisfaction moyenne pour la prise en charge lors du transfert est de 87,5% et permet de conclure à une bonne satisfaction maternelle.

Dans un mémoire réalisé par L. Dupré en 2012 concernant la satisfaction des patientes ayant eu recours à une césarienne en urgence ou à une extraction instrumentale (80), seulement 30.6% des patientes étaient très satisfaites et 32.9% satisfaites de leur prise en charge. Ces taux sont inférieurs à ceux de notre étude. Ainsi, les patientes ayant bénéficié de l'AGN semblent satisfaites de leur accouchement même si celui-ci a été dystocique. De plus, le transfert n'a pas d'influence sur la satisfaction globale des patientes de notre étude car celles n'ayant pas eu de transfert ne sont pas plus satisfaites que celles en ayant eu un. Cela peut s'expliquer par le fait que la SFL reste tout de même présente pour soutenir la patiente en cas de relais par l'équipe hospitalière. Cette notion de soutien permet donc encore une fois d'augmenter la satisfaction maternelle.

Néanmoins, les patientes sont moins satisfaites de leur prise en charge pendant le transfert que de celle effectuée par la SFL. Cela peut s'expliquer pour plusieurs raisons. Tout d'abord, ces patientes-là n'ont pas pu voir leur projet de naissance en plateau-

technique aller jusqu'au bout, alors que pour une grande partie, leur démarche s'inscrivait dans une volonté de démedicalisation de l'accouchement. Une patiente aurait souhaité que l'équipe hospitalière accepte son refus d'un acte jugé nécessaire par le gynécologue-obstétricien de garde : une épisiotomie. Deux autres auraient souhaité que le père puisse être présent lors de la césarienne ; or au CHT, cette possibilité n'est offerte qu'aux couples ayant une césarienne programmée, en dehors de tout contexte d'urgence et de situations pouvant être dangereuses pour la mère et l'enfant. En effet, l'accès au bloc opératoire n'est pas anodin. Cette règle est la même pour de nombreux centres hospitaliers. Une dernière aurait souhaité que l'équipe hospitalière connaisse mieux son dossier médical, son projet de naissance, ses souhaits et attentes.

3.3.2.2. Lors du séjour en maternité

Du point de vue des femmes, le séjour en maternité est le moment du suivi pour lequel elles sont le moins satisfaites. Nous retrouvons une satisfaction moyenne quasiment identique à celle de l'étude menée par la HAS en 2016 concernant la satisfaction des patients hospitalisés (81), mettant en évidence un score moyen de 80,7% concernant la prise en charge.

L'étude réalisée par la DREES (39), donne des conclusions similaires à notre étude puisque c'est dans cette même période que les femmes sont le moins satisfaites et où une sur cinq émet un jugement négatif sur la préparation à la sortie de la maternité. L'étude de la HAS (81) met elle aussi en évidence un défaut de préparation à la sortie suite à une hospitalisation.

Concernant les critères d'amélioration de leur séjour en suite de couches, un quart des femmes auraient souhaité un meilleur accompagnement pour l'allaitement maternel. L'étude de la DREES (39) montre, elle aussi, que près d'une femme sur deux émet un jugement négatif sur l'accompagnement de l'allaitement maternel et que seulement la moitié d'entre-elles en sont très satisfaites. Pour que cet accompagnement à l'allaitement soit de meilleure qualité, les femmes auraient notamment souhaité que l'équipe « *soit moins invasive et stressante sur les conseils à l'allaitement* », qu'il y ait « *plus de conseils* » et « *un discours plus commun à l'ensemble de l'équipe car les disparités sont sources d'inquiétudes* ».

Certaines patientes auraient souhaité qu'il y ait moins de divergences dans le discours des professionnels de santé hospitaliers et que l'équipe hospitalière soit plus disponible, certaines auraient « *souhaité avoir une ou deux personnes du personnel médical référentes de leur séjour à la maternité* » toujours afin de limiter le nombre de personnes rencontrées lors du suivi, en accord avec la volonté d'AGN. Néanmoins, en raison de l'organisation actuelle du temps de travail des professionnels de santé hospitalier, il semble compliqué de pouvoir répondre à une telle demande. Une visite effectuée par la SFL lors du séjour en maternité aurait sûrement pu remédier en partie à cela.

L'on trouve aussi comme revendication importante le fait que les pédiatres soient plus en « adéquation » avec le plateau technique et notamment qu'ils soient plus à l'écoute, autorisant les sorties précoces, et moins interventionnistes : « *la culpabilisation des pédiatres m'a bouleversée. Je me suis sentie séquestrée. J'ai dû signer une décharge au bout de 5 jours pour pouvoir rentrer chez moi alors que tout allait parfaitement bien* ».

Enfin les locaux du CHT sont remis en question, étant jugés comme trop anciens avec des repas de mauvaise qualité. Les patientes souhaiteraient la présence de chambres individuelles avec une baignoire pour les soins du nouveau-né, la présence d'une salle physiologique. Dans l'étude réalisée par la HAS (81), les locaux et les repas recueillent également un score de satisfaction insuffisant. Pour remédier à cela, des travaux d'aménagement sont prévus à la maternité du CHT à l'horizon 2020.

3.3.3. Satisfaction globale

Les patientes ayant fait le choix de l'AGN et de l'accouchement en plateau technique sont globalement très satisfaites de leur choix puisque la satisfaction moyenne concernant le suivi de grossesse, l'accouchement en plateau-technique et ses suites est de 95,6%, très peu de patientes affirment avoir été déçues lors de leur prise en charge et quasiment la totalité des patientes referaient le choix de l'AGN et du plateau technique pour une future grossesse. Deux études retrouvent des résultats similaires. Dans l'étude de C. Touchard (64), 89,80% des couples choisiraient de nouveau un accompagnement global pour une éventuelle prochaine grossesse ; et dans celle de K. Troxer (71), 100% des couples referaient cette expérience car ils sont pleinement satisfaits et conseilleraient tous ce suivi à des proches.

L'AGN ainsi que l'accouchement en plateau technique permettent donc une satisfaction maternelle quasi-optimale car le suivi naît d'une relation entre le couple et la SFL, où cette dernière peut répondre au besoin, au désir de la femme, en accord avec la définition de satisfaction que nous avons explicitée auparavant.

Cette satisfaction maternelle si élevée peut sûrement s'expliquer par les points forts que citent les patientes concernant l'AGN et l'accouchement en plateau technique. L'on retrouve notamment la qualité de la relation de confiance établie avec la SFL mais aussi celle du suivi, qui est qualifié de personnalisé, bienveillant et humain, ou encore le respect des choix, du projet de naissance. Cela est possible grâce à un suivi de longue durée par une unique personne ayant connaissance parfaite de la patiente. Cela permet aussi un accouchement dans le respect de la physiologie, car la sage-femme est présente la plupart du temps avec la parturiente, lui offrant ainsi le soutien continu nécessaire, par exemple, pour une meilleure gestion de la douleur. Ce sont les mêmes critères qui avaient orienté le choix des patientes pour l'AGN et l'accouchement en plateau technique.

Cependant, nombreuses sont les patientes qui, lors du séjour en maternité, ont déploré l'absence de visite par la SFL ainsi qu'un suivi trop impersonnel étant donné le nombre important d'équipes hospitalières rencontrées. Cela met encore une fois en avant, le besoin des patientes d'avoir une personne référente à chaque étape de leur suivi. Cependant, compte tenu de l'implication demandée au SFL pour assurer un tel suivi en plus de leur activité libérale classique, il paraît parfois compliqué que ces dernières puissent trouver le temps de rendre visite à leur patiente pendant l'hospitalisation. Pour remédier à cela, le CHT pourrait, par exemple, mettre en place un système de visioconférence avec les SFL pour que celles-ci puissent assurer une « consultation en ligne ». La durée d'hospitalisation, trouvée trop longue, est elle aussi un point faible. Un séjour plus court avec des suites de couches à domicile assurées par la SFL permettrait sûrement de remédier à ces deux défauts.

Enfin, les patientes regrettent la distance à parcourir pour un tel accouchement. Cela est dû à un nombre insuffisant de SFL proposant l'AGN mais aussi de structure hospitalière leur permettant d'accéder à un plateau technique. Toutefois, cette distance d'une trentaine de kilomètres entre l'agglomération clermontoise et l'établissement thiernois reste à relativiser, la maternité d'accueil étant située à moins de 5 minutes de la sortie d'autoroute. Cette liaison autoroutière est à mettre en balance avec le temps

nécessaire pour les parturientes de rejoindre un établissement clermontois compte-tenu des difficultés de circulation à certaines heures dans la ville (goulot d'étranglement).

3.4. Un père avec une vraie place lors de l'accouchement

Dans la culture occidentale, la place qu'occupe le père pendant la grossesse et l'accouchement est faible : ce fut pendant de nombreuses années, un événement exclusivement réservé à la gente féminine (5). En France, son intégration est récente, elle date des années 1970 ; en effet, les pères souhaitent s'engager davantage dans cet événement et sont nombreux à exprimer leur besoin d'être présents et reconnus dès le début de cette aventure, et non seulement à la naissance de leur enfant ; ils veulent être complètement impliqués, accompagner leur compagne. Aujourd'hui la présence du père semble quasiment incontournable lors de la naissance (82, 83).

C'est pourquoi il semble intéressant de connaître leur satisfaction concernant leur prise en charge ainsi que leur vécu. Dans le mémoire réalisé par L. Mrozinski en 2013 sur la satisfaction des pères par rapport à leur prise en charge pendant la grossesse (83), seulement 60,2% affirmaient avoir été très satisfaits de leur prise en charge pendant le travail et l'accouchement. Dans une autre étude réalisée par A. Kopff-Landas et al. en 2008 concernant le vécu de l'accouchement des couples primipares (84), il ressort que les pères sont parfois mécontents du soutien qu'ils apportent et pensent que celui-ci ne correspond pas aux besoins de leur femme. Un sentiment d'inutilité et d'impuissance était présent chez les pères interrogés.

Contrairement à ces résultats, notre étude révèle que la quasi-totalité des pères ont participé au choix de l'AGN et du plateau technique, et que la majorité d'entre eux affirment avoir très bien vécu l'accouchement en plateau-technique et avoir même pu prendre une place active dans l'accompagnement de leur conjointe. « *Il a été acteur de cet accouchement et pas que spectateur* » témoigne une femme, ou encore : « *il s'est senti à l'aise, en confiance, partenaire de tous les instants, participant à la naissance, trouvant sa place au fur et à mesure grâce à la sage-femme. Il a vécu un moment de joie de paternité concrète et d'émotion intense* ». Certaines affirment même que si leur conjoint n'avait pas souhaité un tel suivi, elles auraient accepté d'y renoncer, cela met en évidence leur implication dans le suivi de la grossesse et le choix du lieu de naissance. De plus, il a aussi été mis en évidence que les partenaires qui ont participé au choix de l'AGN et

d'un accouchement en plateau technique sont significativement plus satisfaits que ceux n'ayant pas participé à ce choix. L'AGN aide les pères à trouver leur place, et leur permet d'avoir, eux aussi, une personne référente à qui s'adresser pendant la grossesse et l'accouchement.

4. Projet d'action

Une dernière question « commentaires éventuels » permettait aux patientes de s'exprimer librement. Parmi les réponses, celles citées ci-dessous parlent d'elles-mêmes concernant un possible projet d'action.

« Il faut développer et diffuser les bienfaits de ce genre de naissances. C'est incroyable qu'elles ne représentent que 4% !! Pour moi, quand on a vécu ça, on ne peut plus faire autrement. Il faut que les femmes sachent qu'il existe ce genre d'opportunités, choisir son accouchement, choisir de se faire confiance et d'avoir confiance en sa sage-femme, choisir l'accompagnement dans le respect et la douceur. Quand j'entends le nombre de femmes traumatisées par leurs accouchements surmédicalisés et qui en plus, n'osent pas en parler... le respect de la femme, de ses choix et de son corps commence par ça ! En France, on est encore à l'âge de pierre dans ce domaine et c'est urgent de changer les mentalités pour aborder l'accouchement d'une manière plus naturelle et plus respectueuse. »

« Il faut développer le système une femme = une sage-femme, ça change tout ! »

« Il faut informer les femmes de ces possibilités, et multiplier ces partenariats entre les sages-femmes libérales et les hôpitaux. On bénéficie ainsi de l'intimité et de la douceur d'un accouchement « à la maison » mais dans l'environnement sécurisant d'un centre hospitalier. Si tout se passe bien, pas de médicalisation. Mais dans le cas contraire, une prise en charge rapide et efficace est possible. »

« Je pense qu'il est important que ce genre de solution existe pour les femmes. Nous devrions même proposer d'autres alternatives afin que chacune trouve l'accompagnement qui lui convient dans ce moment important (accouchement à domicile, maison de naissance...). J'ai été soulagée d'avoir la possibilité de vivre mon accouchement en plateau technique, et d'avoir ainsi pu me réconcilier avec cette étape importante dans ma vie. La façon dont ma grossesse et mon accouchement se sont

déroulés a un impact non seulement sur moi, mais aussi sur mes enfants. Je suis heureuse que des sages-femmes s'investissent pour offrir aux femmes ce type d'accompagnement. »

La loi Kouchner (33) relative aux droits des patients, précise que chaque personne a le droit de recevoir une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qui lui sont proposés. Il devrait en être de même concernant les différents lieux de naissances qui s'offrent aux futurs parents.

Tout d'abord, l'entretien prénatal précoce (ou entretien du 4^{ème} mois) pourrait être un moment idéal pour exposer à tous les couples les différents lieux d'accouchement ainsi que les différents types de suivi existants de manière objective. Or, ce n'est pas toujours réalisé car cela peut amener à orienter la patiente vers une autre structure ou un autre professionnel de santé.

De plus, une information au niveau local (département du Puy-de-Dôme) pourrait être diffusée par le biais du Conseil Départemental, du réseau de santé périnatal d'Auvergne (RSPA), et des différents professionnels de santé. Cela pourrait prendre la forme d'affiches ou encore de dépliants contenant les différentes maternités permettant un accouchement en plateau technique dans le département, ainsi que les coordonnées de toutes les SFL pratiquant l'AGN. Les mêmes actions pourraient être réalisées au niveau de la région Auvergne Rhône-Alpes.

En 2016, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, avait lancé une campagne d'information nationale sur le rôle et les missions des sages-femmes (85), comprenant une campagne d'affichage (affiches et dépliants) ainsi qu'une forte présence sur internet avec notamment des bannières sur les sites web, une vidéo, etc. Il pourrait être pertinent de faire de même avec les différents types d'accompagnement à la naissance possibles pour les femmes enceintes, les couples, ainsi que sur les différents lieux de naissances proposés (plateaux techniques, maisons de naissance en expérimentation, etc).

CONCLUSION

Ces dernières années, l'organisation périnatale française traverse une période de profonds changements. Tous les couples ne sont pas satisfaits des possibilités offertes par le fonctionnement obstétrical actuel : certains expriment leur besoin d'être pris en charge par une seule et même personne pour assurer leur suivi et souhaitent un accompagnement moins médicalisé de la naissance. Les sociétés savantes, telles que l'OMS, la HAS, le CNSF et le CNGOF s'accordent avec ces demandes qui ont été prises en compte dans leurs dernières recommandations. Le plateau technique permettant un accompagnement personnalisé, dans le respect des souhaits et de la physiologie, avec la sécurité que le milieu hospitalier offre en cas de complications, apparaît alors comme une parfaite alternative au suivi « classique ». Mais peu nombreuses sont les patientes en bénéficiant.

Notre étude a pu mettre en exergue que les patientes choisissant l'AGN et l'accouchement en plateau technique recherchent majoritairement un suivi réalisé par une même personne, un accouchement physiologique et le moins technicisé possible, le respect des choix et du projet de naissance, mais aussi une sécurité hospitalière en cas de besoin. Le rôle actif privilégié octroyé aux pères par le biais d'une décision partagée leur procure une grande satisfaction.

Les patientes sont très satisfaites de leur choix, de la prise en charge effectuée par la SFL pendant la grossesse, l'accouchement et ses suites, mais aussi de l'équipe hospitalière du CHT quant à un éventuel transfert de responsabilité ou au séjour en maternité. Néanmoins, une durée d'hospitalisation écourtée, un accompagnement personnalisé à l'allaitement maternel ainsi qu'une uniformisation de leurs pratiques et préconisations sont des pistes d'amélioration.

Force est de constater que seul le peu de femmes informées bénéficient de ce type de prise en charge compte-tenu de l'offre limitée tant du point de vue des SFL que des établissements proposant cette alternative. Il serait dès lors pertinent d'appréhender la proportion de patientes potentiellement intéressées par ce dispositif.

En France, aucune étude, à notre connaissance, ne permet de dénombrer avec précision la part des femmes jouissant d'un tel suivi ainsi que leurs motivations ; et les résultats obtenus ici ne tiennent compte que d'un seul et unique plateau technique : celui du CHT. Pourquoi ne pas reconduire un projet similaire à l'échelon national afin d'éclairer d'un jour nouveau nos interrogations ?

Les réponses à ces différentes questions pourraient sûrement permettre à l'AGN, ainsi qu'à l'accouchement en plateau technique, de trouver leur place dans le système obstétrical actuel.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CIANE (Collectif Inter-Associatif Autour de la Naissance). Présentation du CIANE [Internet]. ciane.net. 2003 [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Historique.2003.PresentationDuCiane1.pdf>
2. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. *Rev Sage-Femme*. 2017;(16):111-8.
3. HAS (Haute Autorité de Santé). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales : recommandation de bonne pratique [Internet]. [has-santé.fr](http://has-sante.fr). 2017 [cité 22 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
4. WHO (World Health Organization). WHO recommendations : intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
5. Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: Presses Universitaires de France; 2007.
6. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (XVIIe-XXe siècle). *Actual Doss En Santé Publique*. 2008;(61/62):22–28.
7. Knibiehler Y. La révolution maternelle : femmes, maternité, citoyenneté depuis 1945. Paris: Librairie Académique Perrin; 1997.
8. Knibiehler Y. Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle. 2e éd. Rennes: Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2016.
9. HAS. Recommandations professionnelles : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. [has-santé.fr](http://has-sante.fr). 2016 [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
10. Langer B, Gaudineau A, Weingertner A-S, David E. Contre la notion de grossesse et d'accouchement à bas risque ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. févr 2009;(37):200-3.
11. Mamelle N, David S, Venditelli F, Rivière O, Barborini Y. La santé périnatale en 2002-2003 : Evaluation des pratiques médicales [Internet]. audipog.net. 2004 [cité 5 juin 2017]. Disponible sur: http://www.audipog.net/pdf/cahier_2002_2003.pdf
12. HAS. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement : recommandations de bonne pratique [Internet]. [has-santé.fr](http://has-sante.fr). 2009 [cité 3 juin 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf

13. Colmant C, Frydman R. Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2009;(37):195-9.
14. Selvi Dogan F, Calmelet P, Cottenet J, Sagot P, Mace G. L'accouchement à bas risque : existe-t-il ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2013;(42):557-63.
15. Article L4151-1. Code de la santé publique (2016).
16. Article L4151-3. Code de la santé publique (2018).
17. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *JORF* n°185 (2004).
18. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF* n°0167 (2009).
19. Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. *JORF* n°0130 (2016).
20. Bellamy V, Beaumel C. Bilan démographique 2016. Insee Prem [Internet]. 2017 [cité 3 juin 2017];(1630):1-4. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
21. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale, rapport 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. 2017 [cité 3 janv 2018]. Disponible sur: http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
22. Cavaillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. *Etudes Résultats* [Internet]. 2012 [cité 3 juin 2017];(791):1-8. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er791.pdf>
23. Puech F. Le plan de périnatalité 2005-2007. *ADSP*. 2008 2007;(61/62):35-45.
24. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Plan « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité [Internet]. 2004 [cité 11 juin 2017] p. 1-44. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
25. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence : A new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynecol Obstet*. 2010;(111):201-2.
26. Secrétariat d'Etat chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes. Demande de rapport au HCE sur les violences obstétricales [Internet]. *egalite-femmes-hommes.gouv.fr*. 2017 [cité 22 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/demande-de-rapport-au-hce-sur-les-violences-obstetricales/>
27. CIANE. Violences obstétricales : comprendre, prévenir, réparer [Internet]. *ciane.net*. 2017 [cité 22 mars 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2017/10/Dossier-Ciane-Violences-Obstetricales-oct-2017.pdf>

28. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: WHO; 2016.
29. Jašarević T. Individualized, supportive care key to positive childbirth experience, says WHO [Internet]. World Health Organization. 2018 [cité 22 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/positive-childbirth-experience/en/>
30. Phan E. Les données sur les maternités à disposition des usagers. Quelles données ? Pour quoi faire ? Rev Médecine Périnatale. 2014;6:243-52.
31. Akrich M, Bardes F, Phan E. Les lieux de naissance en France : quel choix pour les usagers ? Spirale. 2010;(2):149–158.
32. INPES. Fiche action numéro 11 : le choix du lieu de naissance [Internet]. Santé Publique France. 2010 [cité 22 mars 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3k.pdf>
33. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF n°0001 (2002).
34. Phan E. La remise en cause de pratiques médicales professionnelles de la part des usagers de la périnatalité. Quels en sont les origines historiques, la légitimité et les moyens aujourd'hui ? Partie I : les origines historiques de la remise en cause de pratique médicales professionnelles de la part des usagers de la périnatalité. Rev Médecine Périnatale [Internet]. 2009 [cité 31 mai 2017];1(4):207–212. Disponible sur: <http://www.springerlink.com/index/p4351m668x63358r.pdf>
35. CIANE. Qu'est-ce que le Ciane ? [Internet]. Ciane.net. 2011 [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: <https://ciane.net/ciane/ciane/>
36. Nadel D. Quelle naissance aujourd'hui pour quelle société de demain ? Parcours d'une sage-femme engagée. Gap: Yves Michel; 2015.
37. Phan E. La remise en cause de pratiques médicales professionnelles de la part des usagers de la périnatalité. Quels en sont les origines historiques, la légitimité et les moyens aujourd'hui ? Partie II : quelle légitimité ? Rev Médecine Périnatale [Internet]. 2010 [cité 31 mai 2017];2(1):48-53. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s12611-010-0057-9>
38. Larousse. Définitions : satisfaction [Internet]. larousse.fr. [cité 22 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085>
39. Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes Résultats. 2008;(660):1-6.
40. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. ciane.net. 2012 [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: <http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
41. Dutriaux N, Chevalier I, Muray JM, Dran C. Vécu et attentes des usagers d'une maternité francilienne. Rev Sage-Femme. 2008;7:177-86.

42. ANSFL (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales). L'accompagnement global [Internet]. ansfl.org. [cité 19 févr 2017]. Disponible sur: <http://ansfl.org/document/>
43. Vinel V, Dorlin E, Demanget M, Diasio N, Ténoudji P, Freiria M-I, et al. Féminin, masculin : anthropologie des catégories et des pratiques médicales. Strasbourg: Cahiers du portique; 2007.
44. Magnan G. Accompagnement global : la confiance, pas à pas. Prof Sage-Femme. (178):36-7.
45. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [cité 4 juin 2017];4(CD004667). Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com.sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/abstract>
46. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cité 4 juin 2017];7(CD003766). Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com.sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/abstract>
47. Hannah G. The politicisation of risk. Midwifery. 2016;38:6-8.
48. CNOSF (Conseil national de l'Ordre des sages-femmes). Maisons de naissance : neuf structures ouvriront bientôt leurs portes [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2015 [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/maisons-de-naissance-neuf-structures-ouvriront-bientot-leurs-portes/>
49. Boudet C. Accoucher à la maison : quels couples font ce choix et pourquoi ? [Caen]: Ecole de sage-femme de Caen; 2012.
50. Bellamy V. Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes. Insee Focus [Internet]. 2017 [cité 20 mars 2018];(92). Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/3047024#titre-bloc-10>
51. Richard-Guerroudj N. Entretiens des sages-femmes : l'accouchement à domicile en débat. Prof Sage-Femme. 160:38.
52. Article L6146-2. Code de la santé publique (2017).
53. Richard-Guerroudj N. Plateaux-techniques : les recettes du succès. Prof Sage-Femme. (171):36-8.
54. Arrêté du 23 novembre 2015 fixant la liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner de manière expérimentale. JORF n°0274 (2015).
55. Décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. JORF n°0176 (2015).
56. Nizard J. Accoucher aux Pays-Bas : un must ? Rev Sage-Femme. 2009;8(2):63-5.

57. Freydier A. Un accouchement naturel en birth center. *Vocat Sage-Femme*. 2016;15(123):15-9.
58. Lenoir O. Maisons de naissance, l'exemple de la Suisse. *Vocat Sage-Femme*. 2016;15(123):11-4.
59. Maria B, Dauplain G, Gaucherand P, Cohen H, Vige P, Berthet J, et al. Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 2003;32(7):606-16.
60. Hollowell J, Puddicombe D, Rowe R, Linsell L, Hardy P, Stewart M, et al. The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth Birthplace in England research programme. [Internet]. London: NIHR; 2011 [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: http://openaccess.city.ac.uk/3650/1/Birthplace_Clinical_Report_SDO_FR4_08-1604-140_V03.pdf
61. Richard-Guerroudj N. Hôpital ou maison de naissance : une même sécurité. *Prof Sage-Femme*. 2012;(182):14-9.
62. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. nice.org.uk. 2017 [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
63. Moyroud M. Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques. Premier colloque du Collectif des Associations et Syndicats des Sages-Femmes; 2010 mai; Paris.
64. Touchard C. L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples [Mémoire : Sages-femmes]. [Angers]: Université d'Angers; 2011.
65. Nohuz E, Brunel A, Tarraga E, Albaut M, Paganelli C, Gillot V, et al. Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2015;43(4):271-7.
66. Riou C. Ouvrir les salles de naissances aux sages-femmes libérales ! *Doss Obstrétrique*. 2013;(426):28-30.
67. Jaeck S, Chatelain M, Rosa P-E. L'expérience bordelaise d'un plateau technique physiologique. *Vocat Sage-Femme*. 2016;(123):8-10.
68. Nohuz E, Tarraga E, Albaut M, Simone LD, Gerbaud L. « Accouchement sur un plateau » : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son plateau technique aux sages-femmes libérales. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2015;43(5):338-41.
69. Pépin J. Patientes à bas risque obstétrical : accouchement en plateau technique en maternité de type I versus prise en charge classique en niveau III [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2016.

70. Goutaland J. Accouchement en plateau technique versus prise en charge classique, en maternité de type I pour les grossesses à bas risque obstétrical : complications materno-foetales et néonatales, profil socio-démographique des parturientes [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand]: Université de Clermont-Auvergne; 2017.
71. Troxler K. «Science sans conscience n'est que ruine de l'âme»...et du portemonnaie ... ou de l'intérêt de l'accompagnement global de la maternité en France [Mémoire : Sages-femmes]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2003.
72. CIANE. Douleur et accouchement [Internet]. ciane.net. 2013 [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
73. Barraud L. Enquete de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2013.
74. Straczek H, Vieux R, Hubert C, Miton A, Hascoet J-M. Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ? Arch Pédiatrie. 2008;15(6):1076-82.
75. HAS. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés : recommandation de bonne pratique [Internet]. has-santé.fr. 2014. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/recommandations_-_sortie_de_maternite_apres_accouchement.pdf
76. Richard-Guerroudj N. Suites de couches à domicile : disponibilité, écoute et vigilance. Prof Sage-Femme. (153):36-8.
77. Denis A, Callahan S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. J Thérapie Comport Cogn. 2009;19(4):116-9.
78. Baillot A, Evain F. Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures. Etudes Résultats. 2012;(814):1-8.
79. CIANE. Discrimination économique à l'encontre des lieux d'accouchement dits « alternatifs » : une politique qui ne dit pas son nom [Internet]. ciane.net. 2012 [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/06/EtudeCouts.pdf>
80. Dupré L. Informations et satisfactions de l'accouchement dystocique : à propos de 85 patientes ayant eu recours à une extraction instrumentale ou à une césarienne en urgence à terme [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2012.
81. HAS. Satisfactions des patients hospitalisés & résultats 2016 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques en France [Internet]. has-santé.fr. 2016 [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/dossier_de_presse_satisfaction_des_patients_hospitalises_et_resultats_2016_qualite_et_securite_des_soins_dans_les_hopitaux_e.pdf

82. Échène A. La participation du père à la naissance..., regard dans l'après-coup de la séparation. *Dialogue*. 2010;190(4):147-58.
83. Mrozinski L. Évaluation de la satisfaction et des attentes des pères par rapport à leur prise en charge pendant la grossesse [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand]: Université d'Auvergne; 2013.
84. Kopff-Landas A, Moreau A, Séjourné N, Chabrol H. Vécu de l'accouchement par le couple primipare : étude qualitative. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2008;36(11):1101-4.
85. Ministère des Solidarités et de la Santé. Marisol Touraine lance une campagne d'information nationale sur le rôle et les missions des sages-femmes [Internet]. solidarites-sante.gouv.fr. 2016 [cité 27 mars 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/marisol-touraine-lance-une-campagne-d-information-nationale-sur-le-role-et-les>

ANNEXES

Annexe I : Définition du bas risque obstétrical selon l'AUDIPOG

Groupes de patientes « à bas risque »

Définition des bas risques :

Primipares "à bas risque"	Multipares "à bas risque"
Age ≥ 18 et < 35 ans	Age ≥ 18 et < 35 ans
Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière	Absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière
	Absence d'antécédent néonatal : ni prématurité, ni mort né, ni mort néonatale
	Absence d'utérus cicatriciel
Absence de pathologie au cours de la grossesse	Absence de pathologie au cours de la grossesse
Grossesse unique	Grossesse unique
Présentation céphalique	Présentation céphalique

Annexe II : Charte entre l'équipe hospitalière et les sages-femmes libérales du plateau-technique du centre hospitalier de Thiers

 CH THIERS	CHARTRE ENTRE L'EQUIPE HOSPITALIERE DE LA MATERNITE ET LES SAGES-FEMMES LIBERALES DANS LE CADRE DU PLATEAU TECHNIQUE
--	---

Cette charte est le fruit d'une réflexion et d'une concertation entre de l'équipe de la Maternité de Thiers et les sages-femmes libérales afin de :

- définir les conditions d'exclusion à l'accès au plateau technique,
- définir les modalités de suivi de la grossesse, du travail et de l'accouchement afin que la coordination entre l'équipe du centre hospitalier et les sages-femmes libérales soit la plus efficace possible,
- définir les critères et modalités d'un transfert de responsabilité en cas de pathologie pendant le travail,
- d'organiser la prise en charge en suites de couches et le suivi en cas de sortie précoce.

1. Toute patiente admissible en plateau technique doit avoir eu :

- la consultation du 7ème ou 8ème mois par un obstétricien du Centre hospitalier, un compte-rendu de cette consultation sera fait soit sur dossier ICOS, soit par courrier (remis à la patiente ou envoyé à la sage-femme libérale) ;
- la consultation avec un médecin anesthésiste du Centre hospitalier ;
- le bilan sanguin pré-opératoire à jour : NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, RAI, Carte de groupe sanguin.

2. Les critères d'exclusion sont les suivants :

- ATCD médicaux nécessitant une surveillance médicale spécialisée (SEP, lupus, néphropathie, thrombophilie, cardiopathie...).
- Grossesse gémellaire.
- Pathologie obstétricale : HTA, diabète insulino-dépendant ou de type I préexistant, cholestase, RCIU, placenta bas inséré....
- Accouchement prématuré avant 36 SA.
- Présentation du siège.

3. Le déclenchement artificiel pour terme > 41 SA+6j ou RSM entre 24h et 48h est un critère d'exclusion relative ; il sera évalué avec l'obstétricien de garde selon le niveau de risque réel, les conditions plus ou moins favorables au déclenchement.

4. La patiente doit être en possession de son dossier papier Audipog ou de sa carte d'accès ICOS lors de toute consultation. A cette fin, le Centre hospitalier, fournira des dossiers papier Audipog vierge aux sages-femmes libérales.



5. Un projet d'accès au plateau technique de naissance est présenté au Staff le plus tôt possible. L'accord du staff sera fait par mail OU par courrier postal à la sage-femme concernée.
6. La sage-femme libérale avertira par téléphone la maternité de son arrivée.
7. En l'absence de pathologie, elle prendra en charge sa patiente en toute autonomie pour le travail, l'accouchement et la surveillance des 2 premières heures.
8. La sage-femme pourra si la patiente le souhaite faire appel au médecin anesthésiste pour mettre en place une péridurale. Elle assurera alors la surveillance de la péridurale et restera responsable de l'accouchement et du post partum immédiat (2h).
9. Elle assurera le remplissage du dossier, l'admission administrative et fera une relève avec la sage-femme de garde avant le transfert en suites de couches.
10. En dehors de transfert de responsabilité, elle sera en charge de la déclaration de naissance. Elle informera la patiente sur les modalités de celle-ci. Elle renseignera l'état journalier.
11. En présence de pathologie, elle pourra prendre l'avis de l'obstétricien de garde ou du pédiatre qui jugera s'il y a lieu de procéder à un transfert de responsabilité.
12. La patiente devra être conditionnée lors de tout transfert pour cause maternelle : perfusion, monitoring, scope.
13. La décision de césarienne, entrainera automatiquement le transfert de responsabilité sur l'équipe hospitalière.
14. La sage-femme libérale pourra rester auprès du couple après un transfert de responsabilité.
15. La sage-femme libérale s'assurera que l'admission de la patiente soit faite au moment du transfert de responsabilité (2h après l'accouchement ou en cas de pathologie), ou au moment de l'appel de l'anesthésiste si décision de péridurale.
16. Toute patiente aura été informée de la durée d'hospitalisation minimale qui est de 48 heures.
17. En cas de sortie précoce, la sage-femme :



- s'engage à prendre en charge la surveillance des suites de couches maternelles et la surveillance du bébé ;
- surveillera l'apparition d'un éventuel ictère, ré adressera le nouveau-né pour surveillance par flash+/- traitement de l'ictère par photothérapie ;
- pratiquera le test de Guthrie, le Centre hospitalier ayant remis à la patiente le matériel nécessaire à sa réalisation (carton, lancette et enveloppe) ;
- s'assurera de la programmation de l'examen du 8ème jour par un médecin de ville.

18. De même, le Centre Hospitalier :

- avertira, par téléphone, la sage-femme libérale si une pathologie survenait au cours du séjour ou retardait la sortie ;
- remettra à la patiente un dossier de transmission, contenant les éléments médicaux pour la mère et l'enfant, relatifs au séjour en maternité ;
- s'engage à recevoir la patiente et/ou son bébé en consultation d'urgence après sa sortie, si la sage-femme libérale le juge nécessaire.

Signature
Dr Nohuz Erdogan

Nom et Signature sage-femme libérale

Annexe III : Mail envoyé aux patientes lors de la diffusion du questionnaire

Bonjour,

Je m'appelle Eva VITRAI et je suis actuellement étudiante en 5ème année à l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand. Je me permets de vous contacter dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude nécessaire à l'obtention de mon diplôme d'état.

En effet, je réalise une étude sur les motivations des patientes à choisir le plateau technique du Centre Hospitalier de Thiers, ainsi que sur leur satisfaction. Je suis à la recherche de patientes ayant accouché entre le 1er juillet 2015 et le 1er juillet 2017 qui acceptent de participer à mon étude. Pour cela, il suffit de répondre à un questionnaire en ligne.

Mme XXX m'a confirmé que vous acceptiez de répondre à mon questionnaire et m'a transmis votre adresse mail. Ce questionnaire est anonyme, et ne vous prendra que quelques minutes.

Voici le lien du questionnaire : <https://redcap.chu-clermontferrand.fr/surveys/?s=PCCYA449WR>

Je vous remercie par avance de votre aide et du temps que vous accorderez à mon étude.

En cas de questions ou si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse mail suivante : XXX.

Cordialement,

Eva VITRAI

5ème année des études de maïeutique

École de sages-femmes de Clermont-Ferrand

Annexe IV : Information préalable au questionnaire

Investigateurs :

- VITRAI Eva, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- Sous la direction de Monsieur NOHUZ Erdogan, gynécologue obstétricien, chef de service de gynécologie-obstétrique, Centre Hospitalier de Thiers

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail

INFORMATIONS PREALABLES

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « Accouchement en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers : motivations et satisfaction des patientes ».

En effet, une étude sur les motivations et la satisfaction des patientes concernant l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique est engagée au sein de la maternité du Centre Hospitalier de Thiers. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme.

1. Pourquoi cette étude

L'accouchement en plateau technique est peu répandu en France (seulement 4% des sages-femmes libérales le proposent), malgré la revendication d'un nombre croissant de couples d'une naissance moins technique, dans une relation de confiance.

Le plateau technique du Centre Hospitalier de Thiers, mis en place en juillet 2012, est le seul plateau technique présent en Auvergne. Ainsi, il paraît intéressant de connaître les motivations des patientes et des couples à choisir ce type de suivi peu répandu, ainsi que leur satisfaction concernant leur prise en charge par la sage-femme libérale et au sein du Centre Hospitalier de Thiers.

2. L'étude en pratique

Les patientes ayant accouché en plateau technique au centre hospitalier de Thiers entre le 1^{er} juillet 2015 et le 1^{er} juillet 2017 ont été recontactées par leur sages-femmes libérales respectives, afin de savoir si elles accepteraient de participer à cette étude en répondant à ce questionnaire.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. De plus, l'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), numéro 2099502.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de votre prise en charge médicale).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Mlle VITRAI Eva.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter le responsable principal pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Mlle VITRAI Eva, étudiante sage-femme

Annexe V : Questionnaire

Confidential

Page 1 of 4

Accouchement en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers : motivations et satisfaction des patientes

Situation et précédente(s) grossesse(s)

- En quelle année a eu lieu votre accouchement en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers ?
☐ 2015
☐ 2016
☐ 2017
- Était-ce une première grossesse ?
☐ Oui
☐ Non
- Combien de fois aviez-vous accouché auparavant ?
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 4
☐ 5
☐ 6 et plus
- Parmi les réponses suivantes (plusieurs réponses possibles), où aviez-vous déjà accouché auparavant ?
☐ Hôpital
☐ Clinique privée
☐ Plateau technique
☐ A domicile
☐ Autre
- Pensez-vous que vos précédents accouchements ont influencé votre choix d'accoucher en plateau-technique ?
☐ Oui
☐ Non
- Précisez : _____

Choix de l'accompagnement global à la naissance et du plateau technique

Lors de l'accompagnement global, un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, et effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant.

Comment avez-vous entendu parler de l'accompagnement global à la naissance et de la possibilité des sages-femmes libérales d'accoucher leurs patientes dans un plateau-technique ?

Saviez-vous, à ce moment là, que cette possibilité existait au Centre Hospitalier de Thiers ?
☐ Oui
☐ Non

Citez 1 à 3 critères que vous recherchez dans l'accouchement en plateau technique ? (du plus au moins important)

Votre conjoint a-t-il participé au choix d'un accouchement en plateau technique ?
☐ Oui
☐ Non

Est-ce que la sage-femme libérale qui vous suivait prenait des dépassements d'honoraires ?
☐ Oui
☐ Non

Avez-vous spécifiquement recherché une sage-femme libérale qui ne faisait pas de dépassement d'honoraires ?
☐ Oui
☐ Non

Avez-vous fait le choix d'accoucher en plateau technique au centre hospitalier de Thiers même si une autre maternité était plus proche de votre domicile ?

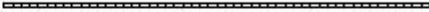
- ☐ Oui
☐ Non

Citez 1 à 3 critères (s'il y en a) qui auraient pu vous empêcher de choisir le plateau technique du centre hospitalier de Thiers ?

Relation avec la sage-femme libérale

A quel moment de la grossesse avez-vous rencontré la sage-femme libérale qui a réalisé l'accouchement ?

A quel point êtes-vous satisfaite de votre prise en charge par la sage-femme libérale durant cette grossesse ?

0% 100%

 (Place a mark on the scale above)

A quel point êtes-vous satisfaite de votre prise en charge par la sage-femme durant votre accouchement ?

0% 100%

 (Place a mark on the scale above)

A quel point êtes-vous satisfaite de la disponibilité de votre sage-femme libérale ?

0% 100%

 (Place a mark on the scale above)

A quel point avez-vous réussi à établir une relation de confiance avec votre sage-femme libérale ?

0% 100%

 (Place a mark on the scale above)

Quels sont les critères (s'il y en a) qui auraient pu améliorer votre satisfaction concernant les 4 questions précédentes ?

L'accouchement en plateau technique

La sage-femme a-t-elle respecté vos souhaits et vos attentes (ou projet de naissance si vous en aviez établi un) pendant la naissance de votre enfant ?

- ☐ Oui
☐ Non

Précisez :

La sage-femme libérale était-elle toujours présente à vos côtés ?

- ☐ Oui
☐ Non

Comment avez-vous perçu cette présence (plusieurs réponses possibles) ?

- ☐ Indispensable
☐ Rassurante
☐ Gênante
☐ Insuffisante
☐ Autre

Précisez :

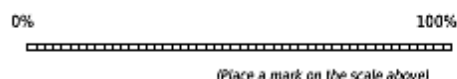
Avez-vous eu affaire à un transfert à l'équipe hospitalière de Thiers pendant votre accouchement (extraction instrumentale, césarienne en urgence, complications de l'accouchement ou de ses suites, ...)?

- ☐ Oui
☐ Non

Pourquoi ?

- ☐ Extraction instrumentale (ventouse ou forceps)
☐ Césarienne en urgence
☐ Complication de l'accouchement (hémorragie de la délivrance, suture d'une déchirure par un médecin, etc)
☐ Sage-femme non disponible au moment de l'accouchement
☐ Autre

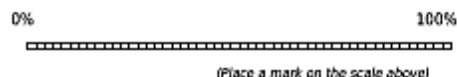
A quel point êtes-vous satisfaite de votre prise en charge lors de ce transfert ?



Quels sont les critères (si il y en a) qui auraient pu améliorer votre satisfaction concernant ce transfert ?

Séjour à la maternité

A quel point êtes-vous satisfaite de votre prise en charge par l'équipe hospitalière durant votre séjour ?



Quels sont les critères (s'il y en a) qui auraient pu améliorer votre satisfaction ?

Le retour à la maison

Votre sage-femme est-elle venue vous voir après votre retour à la maison ?

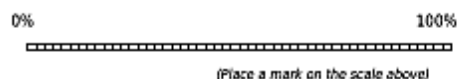
- ☐ Oui
☐ Non

Avez-vous gardé contact avec votre sage-femme libérale après votre accouchement ?

- ☐ Oui
☐ Non

En conclusion

A quel point êtes-vous satisfaite de votre suivi de grossesse, accouchement en plateau technique et ses suites ?



Citez 3 points forts (s'il y en a) de votre suivi de grossesse, accouchement en plateau technique et ses suites ?

Citez 3 points faibles (s'il y en a) de votre suivi de grossesse, accouchement en plateau technique et ses suites ?

Avez-vous été déçue ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pourquoi ?

Si cela était à refaire, choisiriez-vous à nouveau d'accoucher en plateau technique ?

- ☐ Oui
☐ Non

Pourquoi ?

Conseilleriez-vous le plateau technique à une amie ou à une proche parente ?

- ☐ Oui
☐ Non

Si vous étiez en couple, comment votre partenaire a-t-il vécu cet accouchement en plateau technique ?

Commentaires éventuels

RESUME :

Introduction : Le suivi obstétrical « classique » ne satisfait pas tous les couples et certains recherchent une prise en charge différente. Ce travail se fixe pour objectif une analyse des motivations et de la satisfaction des patientes optant pour un suivi alternatif dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique.

Population et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée auprès des patientes suivies par une sage-femme libérale et ayant accouché en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers, du 1^{er} juillet 2015 au 1^{er} juillet 2017.

Résultats : Ainsi, 107 patientes ont été incluses. Les principaux critères retrouvés étaient un suivi réalisé par une même personne (72,9%), une moindre médicalisation (41,1%) et un respect du projet de naissance (24,3%). Les patientes sont satisfaites à 95,4% de leur choix, à 97% du suivi effectué par leur sage-femme libérale, à 87,5% de leur prise en charge par l'équipe hospitalière en cas de transfert de responsabilité et à 81,7% de leur séjour.

Discussion : Les patientes semblent satisfaites de leur choix et de leur suivi. Néanmoins, en raison du petit nombre de plateaux techniques ouverts aux sages-femmes libérales et de l'implication nécessaire des différents professionnels, l'éloignement géographique cumulé à l'éventuel dépassement d'honoraires peuvent représenter un certain frein.

Conclusion : L'information concernant les lieux de naissances disponibles pour les futurs parents doit devenir une priorité, ainsi que leur diversification afin qu'ils puissent choisir librement ce qui leur convient le mieux.

Mots clés : Accompagnement global, plateau technique, maternité, accouchement, sage-femme libérale

SUMMARY :

Introduction : «Classical» hospital follow-up is not suitable for all couples, and some people are specifically looking for different care. This work aims at an analysis of the motivations and the satisfaction of patients opting for an alternative follow-up in the context of the global care of birth and the delivery in technical facilities.

Population and method : This is a descriptive cross-sectional survey achieved among patients follow up by an independent midwife and who gave birth at the technical support of the Thiers Hospital Center between July 1st 2015 and July 1st 2017.

Results : One hundred and seven patients were included. The main researched criteria care are follow-up by the same person (72.9%), less medicalization (41.1%) and birth plan respect (24.3%). The patients are satisfied at 95,4% by their choice, at 97% by the follow-up done by their independent midwife, at 87.5% by their care by the hospital team in case of transfer of responsibility and at 81,7% by their stay.

Discussion : Patients are satisfied with their choice and their follow-up. Nevertheless, due to the lack of technical support open to independent midwives and the necessary involvement of professionals, the geographical distance accumulated to the possible excess of fees can represent a certain drag.

Conclusion : Information about the birth places available for future parents needs to become a priority, as well as their diversification so that everyone can freely choose what is best for them.

Key words : Global care, technical support, maternity, childbirth, independent midwife