



**HAL**  
open science

## Caractéristiques des femmes en fonction du lieu d'accouchement choisi

Maidier Béreau

► **To cite this version:**

Maidier Béreau. Caractéristiques des femmes en fonction du lieu d'accouchement choisi. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02100865

**HAL Id: dumas-02100865**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100865>**

Submitted on 16 Apr 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.

# Intoxications en Gironde (Bordeaux Métropole) : apport du recueil actif de toxicovigilance

Laurie Dousson

► **To cite this version:**

Laurie Dousson. Intoxications en Gironde (Bordeaux Métropole) : apport du recueil actif de toxicovigilance. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02100865

**HAL Id: dumas-02100865**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02100865>**

Submitted on 16 Apr 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.

Université de Bordeaux  
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019

N°2

Thèse pour l'obtention du  
DIPLÔME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 8 janvier 2019 à Bordeaux

Par BERAU Maider

Née le 10 août 1989 à Bayonne

Caractéristiques des femmes en fonction du lieu  
d'accouchement choisi

Directrice de thèse

Dr RIVIÈRE Catherine

Jury :

Président: Pr HOROVITZ Jacques

Rapporteur: Pr GAY Bernard

Membres: Pr JOSEPH Jean Philippe

Dr REBOLA Muriel

Mme LOUPIT Laurence

## Remerciements

**À Monsieur le Professeur Émérite Jacques HOROVITZ**, Professeur des Universités, spécialiste de gynécologie-obstétrique. Vous me faites l'honneur d'accepter d'être président du jury. Je vous remercie aussi pour votre enthousiasme immédiat envers ce travail.

**À Monsieur le Professeur Émérite Bernard GAY**, Professeur des Universités, ancien directeur du Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux, spécialiste de médecine générale. Vous m'avez fait la faveur d'accepter d'être rapporteur de cette thèse. J'en suis très honorée.

**À Monsieur le Docteur Jean Philippe JOSEPH**, Professeur des Universités, directeur du Département de médecine générale à l'Université de Bordeaux, spécialiste de médecine générale. Vous m'avez non seulement initiée théoriquement à la médecine générale lorsque j'étais externe, mais vous m'avez aussi soutenue lors de mon troisième cycle universitaire dont cette thèse est l'accomplissement. Vous me faites l'honneur d'être membre du jury.

**À Madame le Docteur Muriel REBOLA**, pédiatre à la maternité du Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux et appartenant au réseau périnatal Aquitaine, et **à Madame LOUPIT Laurence**, sage-femme enseignante à l'école des sages-femmes de Bordeaux, pour avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Vous avez enrichi mes connaissances concernant le thème de la périnatalité au cours du DU « accouchées et nouveaux-nés : suivi à domicile » où vous avez été l'une et l'autre mes enseignantes. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail qui pourra aussi bénéficier de votre analyse majeure.

**À Madame le Docteur Catherine RIVIÈRE**, pédiatre à l'hôpital de Saint Palais. Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse et m'as encadrée tout au long de ce travail. Je te remercie pour ta gentillesse, ta disponibilité permanente, tes conseils et tes nombreux encouragements que tu as su me prodiguer durant ses 2 années de travail.

**À Monsieur le Docteur Laurent MAGOT**, maître de conférences associé au Département de médecine générale de l'Université de Bordeaux, spécialiste en médecine générale. Cette thèse a pu voir le jour grâce à ses nombreux conseils lors des cours d'aide à la thèse à Pau. C'est à ses côtés que j'ai compris ce que rigueur et précision voulaient dire.

**À Monsieur le Docteur Stéphane DEBEUGNY**, médecin de santé publique au Département d'informatique médical du Centre Hospitalier de Pau, pour avoir accepté de m'aider à la réalisation des statistiques de cette étude. Qu'il soit remercié pour sa patience, sa disponibilité permanente et son soutien.

**À Madame Claire MARQUEBIELLE**, pour ses conseils avisés lors de la rédaction de mon questionnaire.

**Au secrétariat de gynécologie de Saint Palais et ses patientes**, pour m'avoir permis d'y réaliser mes pré-tests.

**À toute l'équipe de la Maison Arc en Ciel (MAC)** pour leur accueil, leur soutien et leur assiduité. Remerciements particuliers à Madame Sophie JAECK, sage-femme à la MAC, qui a été ma correspondante principale.

**À toute l'équipe de la maternité de la Polyclinique Bordeaux Rive Droite de Lormont**, et tout particulièrement Aurélie la secrétaire du Dr DEKHILI, Sandra la secrétaire des Dr CARLE et Dr BERNARD, Lola et Anne-Laure secrétaires des Dr MONNIER, Dr VANDENBOSSCHE, et Dr PORTAL, qui ont distribué mes questionnaires pendant 6 mois et m'ont permise de réaliser cette étude.

**Aux patientes** qui ont répondu avec calme et patience à mon questionnaire.

**À Madame Sandrine KONTZ**, sage-femme à la maternité de Lormont pour sa relecture avisée ainsi qu'à **Madame le Docteur Christelle COLLEVILLE** ma relectrice d'honneur depuis la P2.

**À ma famille**, et en particulier à mes parents qui malgré les hauts et les bas ont toujours été présents.

#### **À mes ami.e.s:**

*Nadine*, pour ton amitié si précieuse depuis tant d'années. Tu es plus qu'une cousine, tu es une meilleure amie, une coéquipière, une complicité, un soutien sans faille, un pilier, un repère et je pourrais en dire bien plus encore. Toi et moi c'est des souvenirs par milliers, un sens de la ponctualité sans pareil, de nombreux points communs tout en étant si différentes, je ne pourrai jamais assez te remercier.

*Stéphanie*, une sœur de cœur, pour les moments potins, les fous rires, mais aussi et surtout pour avoir séché mes larmes, pour m'avoir encouragée et pour la plus belle marque de confiance et d'amour que tu as pu me faire en me demandant d'être la marraine d'Enzo.

À mes copines pré-testeuses officieuses: *Marina, Myriam, Nahia, Nadeia et Céline*, pour votre aide mais aussi pour tous ces beaux moments d'amitié partagés au fil des années.

*Anthony* pour son anglais maîtrisé (au moins aussi bien que le basque) et son soutien juste et sans faille. Ez zira betidanik baina espero dut betirako.

*Mes anciens co-internes* avec notamment le Best of Marmande, Fadwa, Noam et les psy palois qui m'ont montré la route de la soutenance de thèse. Vous avez été un vrai soutien tout au long de ces années d'internat. *Help Kampuchea* et cette équipe de bénévoles en or pour m'avoir réconciliée avec la médecine. J'espère que la distance ne nous éloignera pas.

*Mes ami.e.s du pays* : les Zizi pott, la Team Tequila, les supers nanas, les LATzouz, les Balikas, bosteko kluba, krispetak, les urruñarrak, Senpere 89, les 4 fantastiques, les corses, ozco, maido, alex et mes vieilles pour faire partie de mon bonheur quotidien et pour m'avoir soutenue pendant cette longue année d'instance de thèse qui aura finalement duré 2 ans.

#### **À mes anges-gardiens:**

*Agnès DE BEAUCHAMP, Alain LAFITTE, Mathilde DEPAULIS, Jean Loup LAZAYRES, Loic BRILLAUD, Ttipi, Aran, Jone, Asier, le CeGIDD et Garazi CRISTOBAL AZKARATE.*

Et je terminerai avec une pensée **pour Hervé** de Copy service. Il nous voit grandir à la fac, lors de nos multiples impressions ou reliures depuis la P1 jusqu'à la consécration.

**Milesker deneri.**

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

**AAD** : Accouchement à Domicile

**AME** : Aide Médicale d'État

**ARS** : Agence Régionale de la Santé

**AVB** : Accouchement par Voie Basse

**APD** : Analgésie Péri Durale

**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

**CIANE** : Collectif inter-associatif autour de la naissance

**CMU** : Couverture Médicale Universelle

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**CPP** : Comité de Protection des Personnes

**DIU** : Dispositif Intra Utérin

**ENP** : Enquête Nationale de Périnatalité

**FC** : Fréquence Cardiaque

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IHAB** : Initiative Hôpital Ami des Bébés

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**INSEE** : Institut Nationale de la Statistique et des Études Économiques

**INPES** : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

**MAC** : Maison Arc en Ciel

**PA** : Pression Artérielle

**PBRD** : Polyclinique Bordeaux Rive Droite

**PMI** : Protection Maternelle et Infantile

**PNP** : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

**RCF** : Rythme Cardiaque Fœtal

**T°** : Température

# Table des matières

Remerciements.....	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	11
I. Les différents lieux d'accouchement en France.....	12
1 <sup>ère</sup> PARTIE : Le suivi de grossesse et l'accouchement en maternité.....	13
2 <sup>ème</sup> PARTIE : L'alternative à l'accouchement hospitalier : la maison de naissance.....	20
3 <sup>ème</sup> PARTIE: L'accouchement à domicile (AAD).....	29
II. Justification de mon travail.....	30
III. Hypothèse.....	32
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	33
I. Le choix de la méthode.....	34
II. La population.....	36
1. Critère d'inclusion.....	36
2. Critère d'exclusion.....	36
3. Taille de l'échantillon.....	36
III. Confection du questionnaire.....	37
1. Structure du questionnaire.....	37
2. Justification du contenu.....	38
IV. Déroulement de l'étude.....	44
1. Demande d'autorisation au sein des équipes concernées.....	44

2. Pré-test.....	45
3. Calendrier de l'étude.....	46
V. La méthode d'analyse et de synthèse des données.....	47
VI. Aspects réglementaires et éthiques.....	47
VII. Conflit d'intérêts.....	47
RÉSULTATS.....	48
I. Analyse du taux de réponse.....	49
II. Analyse descriptive de l'ensemble des patientes de l'étude = analyse uni variée.....	50
1. Caractéristiques démographiques, sociales et économiques.....	50
2. Santé avant la grossesse.....	54
3. Suivi de la grossesse.....	57
4. Accouchement.....	59
5. Post-partum.....	60
III. Comparaison des deux groupes : « PBRD » et « MAC ».....	64
1. Caractéristiques démographiques, sociales et économiques.....	65
2. Santé avant la grossesse.....	69
3. Suivi de la grossesse.....	72
4. Accouchement.....	74
5. Post-partum.....	76
DISCUSSION.....	79
1 <sup>ère</sup> partie : Les différents lieux d'accouchement.....	80

2ème partie : Les caractéristiques des femmes choisissant la MAC.....	81
1. Caractéristiques démographiques, sociales et économiques.....	81
2. Santé avant la grossesse.....	85
3. Suivi de la grossesse.....	90
4. Accouchement.....	93
5. Post-partum.....	97
3ème partie : Évaluation de la méthodologie de l'étude.....	100
1. Points forts de l'étude.....	100
2. Limites de l'étude.....	101
CONCLUSION.....	102
BIBLIOGRAPHIE.....	105
ANNEXES.....	108
Annexe 1 : Le questionnaire de mon étude avec sa lettre d'accompagnement.....	109
Annexe 2 : Questionnaire de l'ENP 2016.....	118
SERMENT MÉDICAL.....	127

## ***Avant-propos : choix du sujet.***

Lors de mon cursus j'ai toujours été attirée par la pédiatrie et la relation mère-enfant, et plus précisément par l'éducation et la psychologie de l'enfant et de ce couple ou plutôt cette triade parents-enfant.

Lors de mes petites expéditions à travers le monde ou même dans les simples transports en commun, c'est toujours quelque chose qui attire mon regard et ma curiosité.

Lors des derniers voyages que j'ai pu effectuer, chez l'habitant, je me suis beaucoup intéressée à la représentation de la grossesse, de l'accouchement et de la parentalité. Pourquoi ? Par exemple, en Mongolie, j'ai vu une petite fille d'un an qui marchait, qui était presque propre et déjà très autonome. J'y ai aussi vu un petit garçon de 2 ans jouer avec une machette et monter-descendre seul d'une moto, et tout cela ne choquait que mes yeux d'occidentale. À mon retour, à l'automne 2016, je me suis questionnée sur l'éducation en fonction des cultures, et j'ai commencé à faire des recherches sur Google juste pour assouvir ma curiosité du moment. Au fil de mes lectures, j'ai dévié sur l'accouchement et la naissance en fonction des cultures. Par ailleurs, mon approche de la trentaine m'a permise de voir plusieurs copines être enceintes, puis devenir mères et toutes de manières plus ou moins différentes, renforçant mon intérêt envers ces sujets.

Lors de mes recherches, j'ai vu apparaître le mot « maison de naissance ». J'ai pu apprendre qu'elles existaient déjà dans de nombreux pays industrialisés, mais pas en France. Pourtant, elles diminueraient le nombre d'interventions médicales et augmenteraient le taux d'accouchements spontanés par voie basse, la satisfaction maternelle et l'allaitement maternel continu à 2 mois du post-partum, et tout ceci sans aucun risque apparent supplémentaire pour la mère et le bébé.

En m'intéressant au cas de la France, j'ai appris que 9 maisons de naissance expérimentales avaient ouvert leurs portes en 2015 (à Paris, à Vitry-sur-Seine dans le Val-de-Marne, à Castres dans le Tarn, à Grenoble, à Baie-Mahault en Guadeloupe, à Saint-Paul à La Réunion, à Bourgoin-Jallieu en Isère, à Sélestat dans le Bas-Rhin, à Nancy en Meurthe-et-Moselle).

En approfondissant mes recherches, j'ai découvert le site de la Maison Arc en Ciel (MAC) à Lormont. J'ai pu comprendre que tout y était pour être une maison de naissance expérimentale à part l'autonomie juridique (ce qui m'importait peu). Cette découverte m'a permise de me lancer dans la réalisation de cette thèse.

Au même moment, sur le plan professionnel, je me suis inscrite au DU « accouchée et nouveau-né : suivi à domicile », ce qui m'a réellement confortée dans l'idée que ma thèse aborderait ce thème.

*« Les enjeux actuels autour de la naissance sont de grande ampleur : enjeux économiques, sociaux, culturels, enjeux de santé publique, d'organisation médicale et hospitalière et aussi enjeux d'accès aux droits et de respect des droits de chaque citoyen. »*

*(CIANE).*

# **INTRODUCTION**

# I. Les différents lieux d'accouchement en France

Avec près de 800 000 naissances chaque année, la France se classe en première position des pays de l'Union Européenne en terme de natalité. Près de 80 % des accouchements se déroulent sans complication.

Cependant, il ne faut pas oublier que les complications obstétricales, même si elles sont peu fréquentes, sont souvent imprévisibles et peuvent être d'une gravité extrême. L'accouchement représente ainsi un événement potentiellement à risque pour toute mère et tout nouveau-né.

Les besoins de sécuriser la naissance étant incontestables, une prise en charge médicalisée de la grossesse et de l'accouchement, ainsi qu'un large recours aux techniques médicales ont été mis en place.

L'hôpital est de ce fait devenu le lieu presque systématique pour tout accouchement en France, y compris pour ceux à priori à bas risque. La surveillance de la grossesse s'est également intensifiée pour l'ensemble des femmes, quel que soit leur niveau de risque.

Si cette prise en charge a permis l'amélioration des indicateurs de santé périnatale, elle est cependant parfois remise en question, et particulièrement lorsque la grossesse ne présente pas de complication. Ainsi, certaines femmes souhaiteraient une prise en charge moins standardisée et moins technicisée de l'accouchement lorsque le déroulement de leur grossesse le permet (1).

C'est dans ce contexte que le texte sur les maisons de naissance, ou plus précisément, la loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013 « autorisant l'expérimentation des maisons de naissance » en France, a été publiée (2).

Ainsi, depuis 2015, 9 « maisons de naissance » sont en expérimentation, pour accueillir les femmes présentant une grossesse jugée à bas risque.

Pour finir, il existe quelques irréductibles accouchements à domicile, légaux mais hors cadre, pour lesquels la gestion du risque reste mal connue.

# **1<sup>ère</sup> PARTIE : Le suivi de grossesse et l'accouchement en maternité**

## **1. À Lormont : la maternité de la Polyclinique Bordeaux Rive Droite (PBRD)**

En métropole, il existe 536 maternités réparties selon le type d'autorisation. En effet, il existe trois types de maternités définis en fonction du niveau de soins néonataux, à partir des normes concernant les locaux et le personnel, décrits dans les décrets d'octobre 1998.

À ce jour, la distinction entre les différents types de maternités ne porte que sur les moyens d'hospitalisation pédiatrique et n'intègre pas le risque maternel (3).

La maternité de la Polyclinique Bordeaux Rive Droite (PBRD) fait partie du groupe des maternités de type I. Elle est destinée à la prise en charge des femmes dont la grossesse ne présente pas de risque particulier et des nouveau-nés qui ne nécessitent que des soins de puériculture.

Elle dispose d'une unité d'obstétrique qui compte 24 lits, 6 salles de travail dont 3 salles de naissance avec baignoire et la présence organisée d'auxiliaires de puériculture, de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes-réanimateurs.

Elle assure la prise en charge permanente :

- de la grossesse avec le dépistage des facteurs de risque ;
- de l'accouchement et des actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance ;
- du suivi des nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement, et cela seulement pendant la durée d'hospitalisation de leur mère.

Elle offre la possibilité de prendre en charge, auprès de leur mère, les nouveau-nés atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie.

En 2017, elle a comptabilisé 1531 accouchements, et la durée moyenne de séjour était de 3 à 4 jours lors d'un accouchement par voie basse (AVB), et 4 à 5 jours lors d'une césarienne.

Par ailleurs, cette structure est labellisée «maternité saine» et «IHAB» (initiative hôpital ami des bébés).

Le label «maternité saine» signifie que depuis 2011, les matériaux, les produits de nettoyage, les peintures écolabel offrent un air intérieur moins pollué. Par ailleurs, les conseils aux parents, le choix des produits de soins et le soutien à l'allaitement sont intégrés

dans les pratiques de la maternité. De plus, le recyclage des déchets est amélioré, et le recyclage des biberons est opérationnel depuis 2016.

Tout ceci rentre dans le cadre d'une stratégie de prévention et de promotion de la santé. Pour cela, une partie de l'équipe et deux pédiatres ont été formés en 2017. Ce projet est soutenu par l'ARS pour l'année 2018 et peut-être pour l'année 2019.

Parallèlement, une maternité labellisée IHAB écoute les futurs parents et donne une information éclairée sur tous les soins de bébés, et les bénéfices de l'allaitement maternel. Elle les soutient et les accompagne avec le même engagement et les mêmes exigences quelque soit le mode d'alimentation choisi pour le nouveau-né. Au-delà de l'allaitement, ce programme permet d'améliorer les pratiques autour de la naissance en se centrant sur les besoins de chaque nouveau-né et de ses parents. Cet accompagnement permet aux parents de devenir acteurs et de faire qu'ils deviennent les premiers donneurs de soins à leur bébé.

L'ensemble du personnel a reçu une formation commune et travaille continuellement sur l'accompagnement des femmes, l'accueil des pères, la pratique du peau à peau qui est systématiquement proposée en salle de naissance comme en salle de césarienne, et le respect des rythmes du nouveau-né et de sa mère.

## 2. Le suivi de la grossesse à la PBRD

Selon les recommandations professionnelles mises à jour en mai 2016 par la HAS : « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », le suivi effectué à la PBRD est un suivi de type A, qui correspond aux grossesses se déroulant sans situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque. Le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme (4).

Généralement, les patientes de la maternité sont suivies dès le début de leur grossesse par un gynécologue ou gynécologue-obstétricien. Si ce n'est pas le cas, c'est-à-dire si la grossesse a été initialement suivie par un.e professionnel.le non rattaché.e à la maternité, elles le seront à partir du 6<sup>e</sup> mois de grossesse et ce jusqu'à l'accouchement.

La prise de rendez-vous peut être effectuée par internet et de manière autonome par les patientes pour les praticiens rattachés à la maternité mais exerçant en cabinet libéral (de l'autre côté de la rue de la maternité). Sinon, elle s'effectue de manière standardisée avec l'aide des secrétaires de la maternité. En général, elles disposent dès leur premier rendez-vous d'un « calendrier de grossesse » où tous les rendez-vous sont déjà notés au préalable : visites mensuelles, consultation avec l'anesthésiste, etc.

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) sont effectuées en dehors de la maternité, par les professionnels libéraux et/ou la PMI.

Du fait de ses labellisations, la maternité de la PBRD a mis en place :

- un atelier santé environnementale accessible aux parents dès le début de la grossesse,
- des réunions d'information bimensuelles intitulées « les besoins et compétences des nouveau-nés »,
- des visites hebdomadaires du service.

Ces rencontres, venant s'ajouter à la PNP, sont l'occasion de communiquer autour des projets d'accouchement, de parler directement avec l'équipe, de découvrir les salles d'accouchement classiques et les salles physiologiques munies de baignoire, suspension, ballon ainsi que la salle de césarienne et le service.

### 3. Le jour J à la maternité de Lormont

La patiente devra se présenter avec son dossier de maternité qui contiendra : les sérologies, la carte de groupe, le résultat du prélèvement vaginal, les différents examens biologiques et les échographies effectués durant la grossesse.

Dès l'arrivée à la maternité, la prise en charge de la patiente est effectuée par une sage-femme ou un médecin de garde.

La parturiente va ensuite être conduite en salle d'examen. Une sage-femme l'interrogera et pratiquera un examen clinique pour vérifier l'avancement du travail et s'assurer que l'état de santé de la parturiente ne nécessite pas de mesures particulières.

D'autres examens pourront compléter la prise en charge de la patiente (analyse d'urines et / ou prise de sang), et un monitoring sera effectué. Il permet de mesurer et enregistrer la fréquence des contractions de l'utérus, les battements du cœur du bébé et sa réaction aux contractions. Un ralentissement long et significatif peut être le signe d'une souffrance fœtale, nécessitant d'autres examens, et au besoin, le recours à une césarienne.

Pendant la durée du monitoring, la sage-femme qui accueille la patiente va remplir les formalités administratives pour l'admission et consulter le reste du dossier médical.

Par la suite, grâce à la télémétrie et au moniteur central, le tracé du monitoring est télétransmis dans le bureau général des sages-femmes évitant ainsi les allées et venues de celles-ci pour consulter le graphique, permettant ainsi à la femme de rester dans une atmosphère intime.

Après cette évaluation générale, 3 options :

1. Le travail n'est pas commencé : la patiente rentre chez elle.
2. Le travail n'en est qu'à son début, et dans ce cas-là, on peut lui proposer de rentrer chez elle en fonction de la distance qui sépare son domicile de la maternité, ou alors elle peut rester dans la maternité et y déambuler librement, ou sinon on l'installe dans sa chambre, qui sera aussi sa chambre en suite de couche.

Dans cette situation précise, la sage-femme discutera avec la patiente et la verra à sa demande uniquement. On favorise ainsi l'autonomisation de la patiente en lui demandant de solliciter la sage-femme selon ses besoins.

Si les contractions sont espacées et que le monitoring n'est pas branché en continu, la patiente pourra demander à se lever et même à marcher un peu dans le couloir. La patiente pourra prendre les positions qui lui conviennent : accroupie, le dos sur les oreillers, etc. Si

elle le souhaite, elle pourra continuer de boire et/ou manger léger (eau plate, jus de fruit sans pulpe et compote par exemple).

Dès que la sage-femme jugera que l'accouchement approche, direction la salle de naissance. À ce moment-là, pour des raisons d'asepsie, la patiente devra revêtir une blouse si elle souhaite une péridurale et le papa devra mettre une blouse et des sur chaussures.

3. Le travail est déjà bien avancé : la patiente sera immédiatement installée en salle de naissance.

Une fois en salle de naissance, la sage-femme, ou une infirmière, posera un cathéter obturé ou une perfusion (si elle souhaite une péridurale), qui sera maintenu deux heures au moins après l'accouchement.

C'est ici que s'effectuera la pose de l'analgésie péridurale si elle n'a pas pu être faite avant.

Si la rupture de la poche des eaux n'a pas eu lieu, la sage-femme peut la provoquer. Non douloureux, cela a l'avantage de rendre les contractions plus efficaces.

En salle de naissance, nous trouverons :

- **Le lit d'accouchement** : mobilisable et démontable afin qu'il puisse s'adapter à toutes les positions et notamment celle jugée la plus confortable par la patiente.
- **Les ballons de mobilisation du bassin** : ils favorisent la descente du bébé.
- **Le scialytique** : il n'est pas nécessairement allumé. La lumière tamisée est de plus en plus privilégiée pendant la durée de l'accouchement.
- **Le monitoring.**
- **Le scope.**
- **La table d'accueil** : c'est ici qu'après avoir passé un long moment en peau à peau, le bébé passera son premier examen médical complet s'il n'a pas pu être fait sur la mère. Cette table est équipée d'une rampe chauffante, et est aussi pourvue de matériel dédié à l'apport en oxygène, si besoin.
- **Le lavabo.**
- **Différents chariots roulants à matériels** : ils comportent soit le pack anesthésie péridurale, soit le pack accouchement.
- **Un fauteuil** : généralement prévue pour la personne accompagnante.
- **Décor** : la patiente peut éventuellement apporter sa propre musique, et même si la plupart des salles d'accouchement sont encore carrelées, les plus récentes offrent un décor plus chaleureux (lino, fresques murales).

## 4. Le post-partum ou suites de couches en maternité

C'est la période allant de l'accouchement jusqu'au retour de couches. C'est une période à risque de complications : hémorragiques, infectieuses, thrombo-emboliques et psychiatriques, nécessitant une surveillance attentive de la patiente.

On distingue 3 périodes différentes:

- Le post-partum immédiat qui correspond aux 2 premières heures suivant la délivrance.
- L'hospitalisation en suites de couches (de 3 à 5 jours).
- Le post-partum tardif allant de la sortie de la maternité jusqu'au retour de couches.

Le post-partum immédiat nécessite une surveillance rigoureuse et rapprochée en salle de travail pendant au minimum 2 heures. Si l'allaitement maternel est souhaité, le nouveau-né sera mis au sein dans l'heure suivant la naissance. Toutes les 20 à 30 minutes une mesure des constantes (PA, FC et T°) sera réalisée et la reprise d'une miction spontanée recherchée. Une vérification du globe utérin « de sécurité » (rétraction de l'utérus sous l'ombilic) et une surveillance des saignements avec expression utérine (pression du fond utérin recherchant un éventuel saignement persistant) seront également effectuées. Avant le transfert dans le service de suites de couches :

- tous ces paramètres devront être à nouveau contrôlés et normaux ;
- le moindre doute sur la survenue d'éventuelle complication au passage en chambre doit inciter le maintien prolongé d'une voie veineuse périphérique ;
- le cathéter d'anesthésie péridurale est ôté.

Au-delà de ces deux heures, l'accouchée peut se réalimenter et se lever si elle le désire (5).

Durant la période d'hospitalisation, en réponse à la labellisation de l'établissement, les mères ne sont plus réveillées pour prendre leurs constantes ni pour être examinées : au cours de la matinée, la mère est invitée lorsqu'elle est disponible, à solliciter l'équipe. Par ailleurs, l'organisation des soins et l'architecture de la maternité de la PBRD ont été repensées. Ainsi, les petits déjeuners sont en libre-service le matin permettant un meilleur repos des parents après des nuits en pointillés. Les rythmes de veille et de sommeil du nouveau-né sont expliqués aux parents afin que les interactions soient optimales et de proposer les soins au moment le plus propice.

La participation des parents est encouragée : ce sont eux qui s'occupent de leur enfant, accompagnés et soutenus par l'équipe qui a pour objectif de valoriser leurs compétences parentales et de leur permettre d'acquérir progressivement autonomie et confiance en eux.

Pour qu'enfants et parents apprennent à se connaître et tissent les premiers liens, ils ne sont jamais séparés sauf contre-indications médicales.

Lors de ce court séjour, une surveillance clinique pluriquotidienne de la maman et du nouveau-né sera effectuée.

Chez la mère :

- Un bilan biologique de base sera réalisé pour vérifier si elle a une anémie ou un trouble de l'hémostase.
- Cliniquement, ses constantes, le globe utérin, les lochies, la qualité des mictions et du transit, l'absence de signe clinique de thrombose veineuse, l'état des seins et comment se passe la mise en route de l'allaitement si ce mode d'alimentation a été choisi, l'état du périnée et l'état psychique seront régulièrement contrôlés.

Chez le nouveau-né :

- Un pédiatre effectuera l'examen clinique du nouveau-né à J1 et J3 comme recommandé en cas d'AVB et C1 et C4 en cas de césarienne (la veille de la sortie).
- Les tests de dépistage seront réalisés à partir de 72h de vie.
- Cliniquement, ses constantes, la qualité des mictions et du transit, l'absence de signe clinique d'infection, d'ictère, l'alimentation seront régulièrement contrôlés.
- Les sages-femmes accompagneront le couple dans les gestes de la vie quotidienne (toilette, change, et alimentation).

Par ailleurs, les interactions entre le couple et le nouveau-né seront aussi évaluées.

On devra profiter de ce court séjour pour injecter les Gamma globulines anti-D à la mère si le nouveau-né est de Rhésus positif alors que la mère est négative. On pourra aussi proposer la vaccination anti-rubéoleuse en cas de sérologie négative pendant la grossesse, et les autres vaccinations recommandées, si non faites auparavant, comme anti-coqueluche. C'est aussi à ce moment-là qu'on abordera le sujet de la contraception du post-partum.

Le retour à domicile après une durée de séjour standard (entre 3 et 5 jours) pourra s'effectuer lorsque les critères définis par la HAS seront atteints (6).

A la sortie de la maternité, un examen clinique du nouveau-né sera effectué avant J15 par un médecin, et en fonction de cet examen le suivi sera programmé.

Pour la mère, une consultation postnatale comprenant un examen clinique et gynécologique complet est obligatoire dans un délai de 6 à 8 semaines. Ce sera l'occasion d'adapter la contraception si besoin, de proposer une rééducation abdomino-périnéale, et d'évaluer le psychisme maternel, le lien mère-enfant, et la reprise d'une activité sexuelle.

## **2<sup>ème</sup> PARTIE : L'alternative à l'accouchement hospitalier : la maison de naissance**

### **1. En France**

#### ***a. L'expérimentation des maisons de naissance***

Depuis quelques années, la concentration des naissances dans des maternités à forte activité et la plus grande médicalisation de l'accouchement ont conduit des femmes à demander la possibilité d'accoucher dans des structures moins médicalisées.

Face à cette demande, et en s'inspirant des pratiques de pays voisins, le parlement a souhaité diversifier l'offre de soins en obstétrique et créer de nouvelles structures prenant en charge des femmes enceintes à bas risque de grossesse et d'accouchement : les maisons de naissance.

L'objectif des maisons de naissance est de proposer aux femmes enceintes une prise en charge globale de leur grossesse (suivi, accouchement, suites de couches) dans le respect de la physiologie et repose sur le principe « une femme/une sage-femme ».

Les maisons de naissance n'assurent pas l'hébergement des femmes avant ou après l'accouchement. Elles sont ouvertes au minimum dès lors qu'une femme vient y accoucher : il s'agit d'une ouverture à la demande.

« La maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée de l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication. L'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de cette structure » (article 1 de la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance) (2).

### ***b. Le suivi de grossesse en maison de naissance expérimentale***

Les femmes suivies en maisons de naissance sont des femmes à bas risque (pour la grossesse et l'accouchement) qui souhaitent accoucher dans ce type de structure.

Une grossesse à bas risque est une grossesse qui ne présente pas de situations à risques a priori telles que définies dans la recommandation de bonne pratique de la HAS (septembre 2007) « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (4).

Les femmes doivent avoir été informées des critères d'éligibilité pour accoucher en maison de naissance, du suivi de la grossesse en maison de naissance (nombre de consultations, honoraires, etc.), des modalités d'accouchement, de la prise en charge de la femme en post-partum (et notamment l'absence d'hébergement), de la prise en charge et du suivi du nouveau-né, des modalités de transfert de la femme avec la maternité partenaire dans le cas où surviendrait une complication en pré, per ou post-partum ainsi que des modalités de transferts du nouveau-né et des modalités de retour à domicile. Ces éléments doivent être mentionnés dans le document d'information remis à la femme (cf. 2.7 du cahier des charges de la HAS) (2).

Il est préférable de s'inscrire dans une maison de naissance en début de grossesse avec un délai maximal d'inscription en maison de naissance de 28 semaines d'aménorrhée.

Le suivi global de la femme en pré-partum est assuré par les sages-femmes de la maison de naissance. Le niveau de risque de la grossesse doit être évalué à chaque consultation afin de vérifier qu'il reste bas. En cas d'apparition de facteurs de risque, la sage-femme devra orienter la femme enceinte vers un gynécologue-obstétricien pour avis sur la poursuite ou non de la prise en charge de la grossesse en maison de naissance.

Toutes les patientes doivent bénéficier d'une consultation pré-anesthésique. La maison de naissance doit organiser la réalisation de celle-ci au sein de la maternité partenaire. L'anesthésiste peut formuler une exclusion motivée à la prise en charge en maison de naissance pour les pathologies relevant de ses compétences (2).

### ***c. L'accouchement en maison de naissance expérimentale***

Le suivi du travail et de l'accouchement est assuré par la sage-femme qui a effectué le suivi de la grossesse, et qui est présente pendant tout le déroulement de l'accouchement peu importe sa durée. Pour des raisons de sécurité, il est nécessaire qu'un deuxième professionnel de santé soit présent dans la maison de naissance au moment de l'accouchement.

En cas de survenue de complications, la sage-femme de la maison de naissance organise le transfert de la parturiente vers le plateau technique de l'établissement de santé partenaire selon un protocole défini dans la convention avec celui-ci.

À la naissance, les examens du nouveau-né sont réalisés par la sage-femme, qui remplit la partie correspondante du carnet de santé de l'enfant (partie « période périnatale et naissance ») qu'elle aura délivré et autorise la sortie du nouveau-né de la maison de naissance. Si le nouveau-né nécessite un transfert, celui-ci est défini dans la convention avec la maternité partenaire. Les premiers soins sont assurés par la sage-femme dans l'attente du transfert (2).

#### ***d. Le post-partum***

Les sages-femmes de la maison de naissance effectuent les soins post-nataux habituels.

La durée de surveillance de la mère et de l'enfant en maison de naissance après l'accouchement, est fonction de critères médicaux établis par la sage-femme qui a pratiqué l'accouchement. Elle ne peut être inférieure à deux heures après la délivrance.

La sortie de la maison de naissance se fait dans le délai maximal après la naissance indiqué dans le règlement intérieur, après que la sage-femme ayant pratiqué l'accouchement ait vérifié l'absence de suites de couches pathologiques. Compte tenu du retour à domicile précoce, la patiente doit obligatoirement bénéficier d'un environnement permettant un accompagnement et un soutien.

La prise en charge de la femme en post-partum est organisée par les sages-femmes de la maison de naissance avant la sortie. Un contact quotidien par une sage-femme est nécessaire avec au moins 3 visites dans la première semaine après l'accouchement. Une information est donnée sur la possibilité d'intervention d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) à domicile.

La première visite par une sage-femme est organisée dans les 24 heures suivant la sortie de la maison de naissance. Le suivi est personnalisé en fonction du besoin de la mère et de l'enfant (2).

Les paramètres de surveillance de la femme et du nouveau-né après le retour à domicile sont au moins ceux définis par la recommandation de la HAS « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés » (mars 2014) pour les retours précoces à domicile (6).

Il est rappelé que l'examen des huit premiers jours (idéalement, entre le 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> jour) doit être réalisé par un médecin conformément à l'article R.2132-1 du code de la santé publique. Les professionnel.le.s de la maison de naissance doivent s'assurer que cet examen est planifié.

Les tests sanguins de dépistage néonatal sont réalisés par la sage-femme qui assure le suivi de la femme et du nouveau-né à domicile selon les modalités prédéfinies à partir de la 72<sup>ème</sup> heure de vie. Une information sur le dépistage de la surdité doit être donnée aux parents.

Le dépistage de l'ictère néonatal doit également être assuré lors du suivi à domicile selon les modalités préétablies (2).

## **2. A Lormont**

### ***a. La Maison Arc en Ciel (MAC)***

La MAC est un plateau d'accouchement physiologique, fonctionnel depuis 2010 au sein de la PBRD. C'est le seul de Gironde et un des rares de la Nouvelle-Aquitaine. Cette structure permet de prendre en charge les couples souhaitant approfondir l'accompagnement global (7).

En 2015, 120 patientes ont souhaité y accueillir leur enfant avec le moins de médicalisation possible. Trois sages-femmes libérales dont le cabinet se situe à l'extérieur de la PBRD (de l'autre côté de la rue), y travaillent en équipe, et effectuent un suivi conjoint des patientes. Seules ces 3 sages-femmes interviennent auprès des couples durant la grossesse dans le cadre de la physiologie afin de proposer un accouchement le plus naturel possible.

Elles assurent un accompagnement global et personnalisé qui comprend le suivi de la grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ajustée à ce type d'accouchement, le suivi du travail physiologique, ainsi que l'accouchement et le post-partum.

Ce plateau physiologique ne peut porter le nom de « maison de naissance » car après discussion entre la MAC et la PBRD, il a été décidé de ne pas se lancer dans ce projet expérimental. En effet, la structure existait avant le début des négociations et son organisation était déjà bien en place quand l'expérimentation a été débutée. Ainsi même si les sages-femmes sont médicalement indépendantes dans le cadre de la physiologie, elles restent juridiquement dépendantes de la maternité partenaire.

De ce fait, les professionnels de la MAC reversent, comme tous les praticiens libéraux de la polyclinique, une partie de leurs honoraires à l'établissement. En contrepartie, celui-ci met à disposition le local, le matériel et les médicaments, assure l'entretien, la blanchisserie et les prélèvements biologiques nécessaires et s'occupe de l'évacuation des déchets médicaux.

La sécurisation de l'accouchement l'est d'autant plus que la MAC se trouve au 1er étage de la PBRD, et jouxte le bloc obstétrical et les salles d'accouchement de la maternité de l'établissement dont elle est uniquement séparée par une porte.

Les sages-femmes de la MAC travaillent en étroite collaboration avec les sages-femmes de la maternité. En cas d'apparition d'un risque pour la santé de la mère ou du bébé, pendant le travail, le transfert vers le bloc est immédiat et en cas de nécessité, l'équipe de la maternité prend le relais avec l'obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre de garde.

La MAC, outre le fait qu'elle soit constituée comme un appartement avec une salle de vie et une cuisine, elle met à disposition le matériel nécessaire pour favoriser un

accouchement physiologique tels qu'une baignoire pour se relaxer, un ballon de positionnement, et un drapé suspendu pour mieux travailler le souffle et le relâchement.

Le recrutement des parturientes se fait essentiellement via internet et aux réunions d'informations associées à une visite de la MAC qui ont lieu mensuellement. Si une femme souhaite être prise en charge à la MAC, les places étant limitées, elle doit, dès qu'elle a connaissance de sa grossesse et jusqu'à 6 mois de grossesse maximum, contacter une sage-femme de la MAC pour s'inscrire et organiser un entretien permettant la constitution de leur dossier (7).

L'acceptation des dossiers est décidée en staff de façon hebdomadaire, et ils sont aussi validés par les obstétriciens. Les critères d'inclusions sont ceux établis par la HAS concernant l'expérimentation des maisons de naissance, c'est-à-dire le bas risque obstétrical (4).

Si au cours de la grossesse, toutes ces conditions cumulatives ne sont pas remplies, un avis sera demandé à l'un des obstétriciens de la maternité. Si nécessaire, une prise en charge médicale sera possible pour la suite de la grossesse et pour l'accouchement. Par ailleurs, tous les jeudis, l'ensemble des dossiers médicaux est passé en revue, ce qui est l'occasion d'accepter de nouvelles patientes et d'adapter les prises en charge de celles chez qui une pathologie est suspectée.

Sur le plan financier, les sages-femmes de la MAC appliquent le tarif conventionnel en vigueur pour les consultations prénatales, les séances de préparation à l'accouchement, la pratique de l'accouchement, la surveillance de suites des couches et les visites post natales. Le coût de la mise à disposition de la MAC sera facturé en sus, suite à la signature d'une convention. Ce reste à charge à régler, non remboursé par la Sécurité sociale et les mutuelles représente à ce jour 450 euros, ce qui permet aux sages-femmes libérales de vivre de leur activité (7).

## ***b. Le suivi de grossesse à la MAC***

Démarrer le suivi de la grossesse le plus tôt possible est important. Il est exceptionnel que l'équipe de la MAC accepte une patiente enceinte de plus de 6 mois lors du premier contact. Le temps imparti serait trop limité pour qu'elle puisse rencontrer l'ensemble de l'équipe et que se crée le lien de confiance nécessaire à un accompagnement personnalisé.

La prise de rendez-vous est effectuée par internet et de manière autonome par les patientes. En plus d'alléger considérablement le côté administratif, cela permet aux femmes enceintes d'organiser le rythme de leur préparation en fonction de leurs disponibilités et de celles de leur conjoint, ce qui favorise la présence de ce dernier en séance. Il va sans-dire que les sages-femmes gardent un œil sur la programmation des rendez-vous afin que le suivi médical soit réalisé convenablement et la préparation terminée dans les temps.

Au sein du cabinet, l'organisation du suivi mensuel de la grossesse est conforme aux recommandations de la HAS. La sage-femme prescrit les examens complémentaires et les échographies qui seront à réaliser dans un cabinet du choix de la parturiente.

La PNP, pratiquée par les mêmes sages-femmes, est personnalisée afin d'accompagner les couples dans ce projet et de leur apporter les outils (sophrologie, hypnose...) susceptibles de les aider à vivre un accouchement sans analgésie péridurale.

Les séances sont à la fois théoriques et pratiques, elles apportent des connaissances sur l'anatomie, la physiologie et le déroulement de l'accouchement dans le but de leur apprendre à mieux connaître leur corps. Durant ces séances, la sage-femme répondra à toutes les interrogations qui pourraient exister et elle expliquera aussi l'organisation des soins et l'état d'esprit de la maternité de la PBRD.

Par ailleurs, toutes les patientes bénéficient d'une consultation avec un obstétricien à 32 semaines d'aménorrhée (SA), ce qui leur permet de prendre contact avec la maternité partenaire et de bénéficier d'une information éclairée sur les actes obstétricaux qui pourraient être effectués au cours de l'accouchement.

Enfin, comme les textes le préconisent, la consultation d'anesthésie est obligatoire en fin de grossesse pour optimiser la sécurité de la naissance. Cette consultation est organisée par la MAC à 36 SA (7).

### **c. Le jour J à la MAC**

Après avoir contacté l'équipe via le numéro de téléphone de garde, la patiente en travail est prise en charge par l'un des membres de la MAC. C'est cette sage-femme qui accompagnera le couple et ceci, quelle que soit la durée du travail physiologique. Cette étape se déroulera en présence des personnes choisies par la future maman afin qu'elle se sente dans un cadre familial. La sage-femme assurera le suivi du travail par une surveillance attentive de la physiologie de l'accouchement. Si la femme arrive à la MAC en tout début de travail, comme lors d'une rupture prématurée des membranes par exemple, le service prendra le relai de la prise en charge de la patiente durant toute cette durée si la sage-femme libérale ne peut se libérer (nécessité d'assurer les consultations au cabinet par exemple).

Après l'examen clinique d'admission, un monitoring et la pose d'un cathéter obturé, la patiente peut déambuler et profiter des suspensions, du bain, etc. L'alimentation est permise, protocolisée avec les anesthésistes de l'établissement. Le rythme cardiaque fœtal (RCF) est surveillé de façon intermittente.

L'accouchement est réalisé par la sage-femme de la MAC dans la position la plus confortable pour la parturiente (à 4 pattes, accroupie, debout...). Lors de la naissance, une seconde sage-femme rejoindra le couple pour une meilleure prise en charge. Le fait que la nomenclature en classification commune des actes médicaux (CCAM) ne permette pas la présence et l'indemnisation d'une deuxième sage-femme libérale à l'accouchement, rend nécessaire le recours à une sage-femme ou une auxiliaire de puériculture de la maternité partenaire afin de sécuriser l'expulsion (ne permettant pas non plus à la MAC d'avoir le titre de « maison de naissance » autonome).

Si une difficulté est constatée par les sages-femmes, un transfert sur le bloc obstétrical de la maternité sera organisé et l'équipe du bloc obstétrical prendra le relai. Si au cours du travail, la parturiente ressent le besoin de bénéficier d'une analgésie péridurale, elle peut encore en faire la demande et elle pourra être transférée en salle de naissance du bloc obstétrical. En 2015, 20% des patientes ayant débuté leur travail au sein de la MAC ont été transférées vers la maternité (la plupart du temps pour anomalie du RCF).

L'accueil du nouveau-né se fait en peau à peau, le plus sereinement possible, et ne sont effectués que les gestes nécessaires. Ce soin peau à peau est proposé au minimum 1h30. Celui-ci est privilégié dès la naissance afin de favoriser l'allaitement maternel si le couple le souhaite, de rassurer et de réchauffer le bébé et d'amorcer le processus d'attachement (7).

#### ***d. Le post-partum***

Après l'accouchement, la nouvelle maman reste à la MAC avant d'intégrer une des deux chambres parentales de la maternité.

L'examen du nouveau-né est effectué 2 heures après l'accouchement, et le plus possible en peau à peau.

La délivrance et la surveillance du post-partum immédiat ont lieu au sein de la MAC avant le transfert de la patiente vers le service des suites de couches de la polyclinique.

Les sages-femmes libérales passent voir leurs patientes tous les jours durant leur hospitalisation au sein de la maternité de la PBRD, mais leur prise en charge est assurée par le service. Cela leur permet de maintenir le lien avec elles et l'équipe du service afin de participer à la prise en charge. La décision de sortie de maternité se prend de manière conjointe.

L'équipe de la maternité en lien avec la sage-femme libérale réaliseront un accompagnement à l'allaitement maternel, de manière adaptée et ce dès la naissance.

Si la santé de la mère et de l'enfant l'autorise, si le projet de sortie précoce a été élaboré au cours de la grossesse, la famille pourra sortir au deuxième jour du post-partum.

Dans ce cas, la famille devra se rendre à l'accueil de l'établissement (PBRD) afin d'identifier la sortie et de recevoir les documents nécessaires.

La sage-femme libérale se rend ensuite au domicile dès le lendemain de la sortie afin de poursuivre le suivi de la famille. Le rythme de ces visites est ensuite adapté en fonction des besoins de la famille et de l'évolution de l'état de santé de la mère et de l'enfant. L'accompagnement s'achève à la visite post natale qui a lieu entre le 1er et le 2ème mois après l'accouchement.

Dans le cadre des sorties précoces, le dépistage auditif est organisé avec la maternité alors que le dépistage néonatal est réalisé à domicile.

Si lors de l'accouchement un transfert a dû avoir lieu, les sages-femmes libérales peuvent reprendre le suivi en post-partum et assurer le relais au domicile de la patiente lorsque les suites de couches sont physiologiques.

### **3<sup>ème</sup> PARTIE: L'accouchement à domicile (AAD)**

En France et à l'heure actuelle, l'accouchement à domicile reste au centre de multiples débats.

On estime qu'en France environ 1% des accouchements ont lieu hors maternité. Une évaluation qui comprend les accouchements inopinés comme dans les camions de pompiers ainsi que ceux programmés à domicile.

En effet, à ce jour, même s'il est tout à fait légal, l'AAD est très difficile à organiser pour les futures mères. Il n'existe aucun interlocuteur, aucun organisme d'information pour répondre aux questions des femmes qui souhaitent donner naissance à leur bébé chez elles et les noms des rares sages-femmes qui acceptent de les accompagner dans ce projet se font rares.

Chez nos voisins néerlandais 30% des femmes qui accouchent de leur premier enfant le font à domicile et ce chiffre grimpe à 60% pour le deuxième enfant. Pourtant le taux de mortalité infantile aux Pays-Bas est au même niveau que les autres pays d'Europe : 3,8 pour 1000 naissances (la moyenne européenne est à 3,7/1000). Cela s'explique aussi grâce à un accompagnement global et une prise en charge à domicile avec des moyens et des aides que nous n'avons pas à ce jour sur le territoire français.

Effectivement, légalement parlant, il faut savoir que les sages-femmes françaises désireuses de pratiquer des accouchements à domicile doivent s'acquitter de contrats d'assurance adaptés à cette pratique. Celui-ci a un coût prohibitif dépassant le revenu annuel moyen d'une sage-femme. C'est pour cela qu'une soixantaine seulement de sages-femmes en France pratiquent les accouchements à domicile et que certaines ne sont pas assurées. Par la suite, si malheureusement il se passe un quelconque litige, ce défaut d'assurance servira de base aux radiations de ces sages-femmes. C'est la raison pour laquelle certaines ont arrêté de faire des accouchements à domicile et beaucoup d'autres n'ont pas envie de commencer.

Pour conclure, à l'heure actuelle, en France, les femmes souhaitant accoucher à domicile sont peu accompagnées, ont peu d'interlocuteurs et il existe peu de moyens permettant un accouchement sécurisé à domicile (8).

## II. Justification de mon travail

Si nous parlons de grossesse ou de naissance, chacun pensera aux conditions habituelles de la naissance dans notre société. Pourtant, quand la femme débute une grossesse, qu'elle se soupçonne ou se découvre enceinte, plusieurs choix s'offrent à elle. Outre l'émotion que la nouvelle procure, elle pensera au suivi de cette grossesse et consultera un soignant.

Comme vu précédemment, il peut s'agir de son médecin traitant, de son gynécologue, d'un obstétricien ou d'une sage-femme. Ce choix, qui détermine le professionnel de santé auquel elle s'adressera, marque le début d'une succession de choix qu'elle devra faire durant ses neuf mois de grossesse et au-delà.

De là, plusieurs questions surgissent : pourquoi ou comment ces femmes font-elles ces choix? Par exemple, pourquoi des femmes choisissent volontairement de vivre leur accouchement sans analgésie péridurale ? Qu'est-ce qui fait que des femmes, à l'heure où le progrès et la technicité semblent avoir diminué les risques liés à la naissance, choisissent de faire naître leur enfant avec le moins de médicalisation possible ? Pourquoi d'autres choisissent de payer plus alors qu'à priori on vit dans un des rares pays avec une aussi bonne couverture des soins pour tous ?

Alors que de nombreux pays et régions du monde dits « en voie de développement » sont limités en terme d'accès aux soins, on constate que là-bas, les femmes n'hésitent pas à se rendre en priorité dans les structures sanitaires pour accoucher. Elles viennent y chercher les soins, l'hygiène, la sécurité de l'hôpital ou du dispensaire. Pourtant en France, là où la médicalisation de l'accouchement a entraîné une naissance hospitalière quasi exclusive, de plus en plus de femmes se tournent vers un accompagnement plus « naturel ». Pourquoi ? Quelles raisons poussent les femmes à donner naissance dans telle ou telle structure ?

Une étude nationale australienne de 2009 comprenant 1835 femmes en âge de procréer s'y est déjà intéressée, et suggère que le choix du mode d'accouchement (à domicile, en « birth center », ou en maternité) est induit par de multiples facteurs intrinsèques à la parturiente. En effet, selon cette étude, le choix de l'établissement par les femmes peut être affecté par des facteurs tels que leur emploi, leur situation économique, leur affiliation à une assurance maladie, leurs valeurs personnelles et leurs attitudes à l'égard de la médecine, ou encore leur état de santé. Il existait aussi des facteurs extrinsèques orientant leur choix tels que les méthodes de gestion de la douleur utilisées et proposées en per-partum par les différentes structures (9).

Par ailleurs, pour renforcer cette idée, il a été remarqué que les 12 femmes interrogées lors d'une étude qualitative française de 2014, qui ont accouché en maisons de

naissance, avaient un « profil » commun et que leurs « attentes » se rejoignaient. Le respect de la physiologie, le besoin d'instaurer une certaine intimité et une relation de confiance avec la sage-femme et le désir d'être actrices de la naissance de leur enfant apparaissaient comme des motivations premières (10).

### III. Hypothèse

Après lecture des pages précédentes, ma question de recherche qui en découle est : les femmes accouchant en maison de naissance ont-elles un profil différent de celles qui accouchent en maternité ?

De ce fait, l'objectif principal de mon étude est d'analyser les caractéristiques des femmes choisissant la maternité de la PBRD et celles choisissant la MAC.

L'hypothèse est donc que les femmes accouchant en maison de naissance ont des caractéristiques différentes à celles donnant naissance en maternité.

Dans un premier temps, j'aimerais démontrer les différences entre les deux populations en termes d'âge, de classe socio-professionnelle, de statut marital, de mode de vie, de parité, de comorbidités, etc., et ainsi rejoindre ce que l'étude australienne avait démontré. Pour aller plus loin, j'aimerais dans un second temps évaluer les différences en termes d'attentes envers l'accouchement.

## **MATÉRIELS ET MÉTHODES**

# I. Le choix de la méthode

J'ai choisi de réaliser une étude quantitative, transversale, descriptive et comparative.

Pour en arriver à ce choix d'étude, mon cheminement a été fait en plusieurs étapes. En effet, une fois mon sujet, ou plutôt mon thème « des maisons de naissance » fixé, j'ai débuté ma recherche bibliographique spécifique fin 2016.

Pour commencer, j'ai défini mon mot clé de recherche avec HeTOP (Health Terminology/Ontology Portal), qui est le portail terminologique de santé du CisMef (Catalogue et index de sites Médicaux en langue Française).

Par la suite, j'ai interrogé les différents moteurs de recherche grâce aux mots clés « maison de naissance » pour les articles francophones et « birth center » pour les anglophones.

Mes sources de données sont tirées des sites internet du CisMef, Thèses.fr, BPSD (Banque de Données en Santé Publique), EM PREMIUM, SUDOC, SCOPUS, et PUBMED dont j'ai pu avoir un accès libre grâce à l'ENT (Espace Numérique de Travail) de l'Université Bordeaux 2.

Mon thème étant peu abordé et récemment étudié, j'ai eu la chance de pouvoir prendre connaissance des différents articles qui se référaient aux maisons de naissance.

Au fil de mes lectures, j'ai compris que de nombreuses études comparant les conséquences des 2 modes d'accouchement avaient déjà été réalisées, ainsi qu'une méta-analyse Cochrane. Je n'allais rien apporter de nouveau en renouvelant ce genre de sujet. En regardant de plus près, je me suis rendue compte que très peu d'articles référés au suivi de la grossesse et au choix en amont de tel ou tel lieu d'accouchement.

J'ai trouvé 3 articles à ce sujet :

- Une étude qualitative canadienne dans le centre de naissance de Winnipeg en 2015 avec un échantillon de 17 femmes où leurs choix ont été étudiés en post-partum grâce à des entretiens semi-dirigés (12).
- Une enquête transversale australienne nationale auprès de 2445 femmes identifiées comme enceintes ou jeunes mamans de la cohorte « jeune » lors de l'enquête longitudinale de 2009 sur la santé des femmes en Australie (n=8012) (9).
- Une étude qualitative française menée auprès de 12 femmes proches du terme de grossesse en utilisant un questionnaire et un entretien semi-directif (10).

C'est ainsi, en m'inspirant principalement de ces 3 études, que début 2017, j'ai voulu comparer les femmes qui avaient fait le choix d'accoucher en maternité à celles qui avaient

fait le choix d'accoucher en maison de naissance. J'ai choisi de leur faire remplir un questionnaire pour pouvoir comparer mes résultats tout en restant la plus objective possible.

Pour finir, dans ces 3 études les femmes étaient toutes soit très proches du terme soit en post-partum. J'ai donc choisi la première option pour qu'elles soient toutes dans le même état d'esprit. Pour cela, j'ai choisi de leur faire remplir le questionnaire vers 32-36 SA, car, comme vu en introduction, c'est à ce moment-là qu'elles ont toutes une consultation obligatoire chez l'obstétricien et l'anesthésiste quel que soit le lieu d'accouchement choisi.

## **II. La population**

### **1. Critère d'inclusion**

Cette étude s'intéresse à toutes les femmes :

- désirant accoucher à la maternité de niveau 1 de la PBRD de Lormont,
- désirant accoucher à la maison Arc-En-Ciel de Lormont (équivalent maison de naissance),
- ayant une grossesse jugée à bas risque,
- au cours de leur troisième trimestre de grossesse.

### **2. Critère d'exclusion**

Les femmes ayant refusé de répondre au questionnaire ont été exclues.

### **3. Taille de l'échantillon**

Ayant peu d'études sur ce sujet, nous n'avons pas pu calculer au préalable la taille de l'échantillon souhaité et nécessaire (N) afin de rendre l'étude significative.

À partir du nombre d'accouchement annuel dans chaque structure étudiée, nous avons estimé que le nombre de sujet minimum à inclure était autour de 50 femmes.

### **III. Confection du questionnaire**

#### **1. Structure du questionnaire**

Le questionnaire est composé de 6 pages et 35 questions réparties en 5 parties :

- 9 questions sociodémographiques : âge, statut marital, lieu de résidence, habitat, couverture sociale, niveau d'étude, profession, et sources de revenus.
- 11 questions sur la santé avant la grossesse : parité, contraception, tabac, alcool, cannabis, mode alimentaire, suivi médical, antécédents psychologiques divers.
- 5 questions sur le suivi de leur grossesse : date de déclaration de grossesse, choix du professionnel pour effectuer ce suivi, ressenti à l'annonce de la grossesse, nombre de consultations et d'échographies de suivi.
- 3 questions sur l'accouchement avec 5 sous-questions.
- 7 questions sur le post-partum : l'allaitement maternel, les vitamines, les vaccinations, quel professionnel surveillera le nouveau-né, le mode de garde envisagé, et la reprise d'une activité professionnelle par la mère.

Il s'agit à chaque fois de questions à choix multiples permettant d'avoir des réponses les plus ciblées et objectives possibles. La possibilité est tout de même offerte aux répondantes de préciser en toutes lettres certains points.

Il est rappelé plusieurs fois aux participantes qu'une seule réponse est souhaitée afin d'être le plus discriminatif possible.

Bien évidemment, avant toute chose, la parturiente doit renseigner le lieu d'accouchement qu'elle a choisi (annexe 1).

## **2. Justification du contenu**

En France, nous ne disposons pas de registre médical national permettant de suivre à l'échelle du pays les principaux indicateurs de l'état de santé de la mère et du nouveau-né, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement, et les facteurs de risque.

Des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) sont donc réalisées en routine pour fournir des données sur ces indicateurs et aider à l'orientation des politiques de prévention. Cinq enquêtes ont eu lieu, en 1995, 1998, 2003, 2010 et mars 2016. Mon questionnaire en est majoritairement inspiré (Annexe 2) (13).

## **a) Situation sociodémographique**

Cette partie est intégralement inspirée de la partie « enquête auprès de la femme » de l'enquête périnatale de 2016 dans la sous partie situation sociodémographique.

La question 1 : « Quel âge avez-vous ? » équivaut à la question B1 « Quelle est votre date de naissance ? »

La question 2 concernant le statut marital correspond aux questions B7 et B8 de l'enquête.

La question 3 faisant référence au code postal découle des questions B3 et B4 « Dans quel département habitez-vous ? » et « Dans quelle commune ? ».

La question 4 s'intéressant à l'habitat, est tirée de la question B20 « Au cours du troisième trimestre de votre grossesse, viviez-vous principalement dans... ». De plus, pour améliorer les choix de réponses, je me suis aidée des critères de logement de l'INSEE.

Les questions 5 et 6, évaluant les couvertures sociales des femmes, sont les questions B18 et B19, reproduites à l'identique.

La question 7, abordant le thème des études, est la question B2, à laquelle j'ai volontairement effectué des regroupements afin de diminuer mon nombre de variable.

Pour la rédaction de la question 8, je me suis appuyée sur les catégories socio-professionnelles de l'INSEE pour améliorer le choix de réponses, car elle correspondait à la question à réponse ouverte B9 « Quelle est votre profession actuelle ou la dernière exercée ? ».

Pour terminer, la question 9, traitant des sources de revenus, fait référence à la question B16.

## **b) Santé avant grossesse**

Cette partie est majoritairement inspirée de la sous partie santé avant la grossesse de l'enquête auprès de la femme, mais aussi à partir du questionnaire auto-administré.

La question 1 concernant la parité découle de la question C1 « Aviez-vous déjà été enceinte avant cette grossesse ? ». J'ai simplifié la question, car ce qui m'intéressait réellement était de savoir si la population étudiée était composée de primipares ou multipares.

La question 2 s'intéressant à la méthode de contraception correspond aux questions C2 et C2a de l'enquête.

La question 3 s'intéressant au motif d'arrêt de cette contraception fait référence à la question C2b « Avez-vous arrêté cette méthode de contraception parce que... » .

Les questions 4, 5 et 6 évaluent les consommations de toxiques avant la grossesse. Elles sont inspirées des questions E3 de l'enquête auprès de la femme et des questions M1 et N1 de l'auto-questionnaire.

Pour améliorer les choix de réponses à ces trois questions, je me suis aidée de la mise en forme de la question M1 de l'enquête nationale : « Avant votre grossesse, à quelle fréquence buviez-vous des boissons alcoolisées : jamais, 1 fois par mois ou moins, 2 à 4 fois par mois, 2 à 3 fois par semaine, 4 fois par semaine ou plus mais pas tous les jours, tous les jours ».

Les questions 7 et 8 traitant du mode alimentaire et du suivi médical habituel (hors grossesse) n'apparaissent pas dans l'enquête périnatale. Cependant, les résultats de l'enquête qualitative française montrent que les femmes faisant le choix d'accoucher en maison de naissance avaient ces deux critères en commun. Il m'a donc semblé pertinent de créer ces deux variables pour mon étude.

Pour finir, les questions 9, 10 et 11 ont été rédigées à partir des questions O1, O2 et O3 du questionnaire auto-administré. Initialement ces questions s'intéressaient au vécu psychologique des femmes durant leur grossesse. Dans mon étude, je cherche à déterminer les caractéristiques des femmes déterminant le choix du lieu d'accouchement. De ce fait, je me suis plutôt axée autour de difficultés psychologiques ou antécédents de dépression ou de violences physiques avant la grossesse.

## c) La grossesse

Cette troisième partie de mon questionnaire a été conçue à partir de la partie « La grossesse » de l'enquête effectuée auprès des femmes.

La question 1 concernant la date de déclaration de grossesse, est inspirée de la question D3 « Avez-vous déclaré votre grossesse ? » « Si Oui, quand ? ».

La question 2 s'intéresse au professionnel de santé choisi pour le suivi de la grossesse. C'est la question D5 « Durant les six premiers mois de grossesse environ, quelle était la personne principale qui a suivi votre grossesse ? » écrite à l'identique, mais avec une version simplifiée des choix de réponse toujours dans le but de diminuer le nombre de variable dans l'espoir d'améliorer mes résultats.

La question 3 aborde le ressenti par la femme lors de l'annonce de la grossesse. Elle correspond à la question D1 de l'enquête nationale.

Les questions 4 et 5 traitent du suivi médical et paramédical de la grossesse. Elles résultent des questions D6 et E5 : « Combien de consultations prénatales avez-vous eu au total » et « Combien avez-vous eu d'échographies en tout ». Pour mon étude, j'ai légèrement modifié la tournure des questions en remplaçant « en tout » ou « au total » par « jusqu'à présent », car mes participantes étaient en troisième trimestre de grossesse alors que dans le questionnaire national, les femmes interrogées étaient en post-partum. Par ailleurs, dans l'enquête périnatale, ces questions étaient à réponses ouvertes. Afin de proposer des questions à choix multiples, je me suis basée sur les recommandations de la HAS concernant le suivi de la femme recommandant entre 7 et 10 consultations prénatales et 3 échographies de suivi.

## **d) L'accouchement**

Contrairement aux trois précédentes parties, je ne me suis pas inspirée de l'enquête périnatale 2016 pour la rédaction de cette quatrième section.

En effet, j'ai utilisé une méthode beaucoup moins formelle comme source d'inspiration. Je me suis rendue sur différents forum de grossesse sur internet et j'ai lu les différents avis des femmes en fonction de leurs expériences personnelles.

À partir de ces différents témoignages, je me suis intéressée aux thèmes engendrant des divergences d'opinion. C'est ainsi que j'ai choisi d'aborder les sujets de « l'accouchement idéal » intégrant la méthode analgésique, les interventions médicales, l'épisiotomie, la position et l'atmosphère, et je me suis aussi penchée sur la question de la place de la mère lors de la naissance de son enfant : souhaite-t-elle être actrice à part entière ou non, c'est-à-dire, veut-elle sortir elle-même son enfant, ou désire-t-elle être concertée dans les prise de décision la concernant (directement elle, ou son enfant), au même titre que les soignants ?

Pour la rédaction des réponses à ces questions, je me suis aidée de la présentation du questionnaire généraliste SF36.

## e) Le post-partum

Pour cette dernière partie, seule la première question a été inspirée de l'enquête périnatale, à partir de la question F12 : « Aujourd'hui comment votre enfant est-il nourri ? ».

L'enquête périnatale étant une étude épidémiologique, transversale, effectuée en maternité, en suites de couches, elle ne s'intéresse qu'à l'état de santé des patientes et de leurs enfants à l'instant T. Il n'y a aucune question relative aux projections des femmes pour elles et leurs enfants dans un avenir proche.

Cependant, ce sujet me semblait important à aborder car il concerne toujours les choix que la femme ou le couple devra faire pour son enfant. Je pense que ces choix pourront être influencés par la grossesse et son suivi ainsi que le ressenti de l'accouchement qui sont les prémices de la relation parents-enfants mais aussi de la rencontre de cette triade avec le monde médical. C'est ainsi que j'ai décidé d'aborder les thèmes de la vaccination et du suivi médical du nouveau-né.

Un peu plus tard dans l'élaboration de mon questionnaire, après diverses relectures, il nous a semblé judicieux de parler du mode de garde, envisagé par les parents (souvent bien avant la naissance) et de la reprise d'une activité professionnelle par la maman, car nous sommes bien loin des années où la majorité des mères cessaient leur activité pour devenir mère au foyer à temps plein.

## **IV. Déroulement de l'étude**

### **1. Demande d'autorisation au sein des équipes concernées**

Tout en élaborant mon questionnaire, je suis allée à la rencontre des différentes équipes médicales de Lormont afin de leur faire part de mon projet, et de leur demander leur autorisation.

En mars 2017, j'ai eu l'occasion de rencontrer l'équipe entière de la MAC, qui a accueilli mon projet avec beaucoup d'enthousiasme, et m'a proposé quelques modifications vis-à-vis de mon questionnaire, et de la lettre explicative qui l'accompagnait. Le même jour, j'ai pu rencontrer un des gynécologue obstétricien de la maternité de la PBRD, ainsi qu'une des secrétaires du service, qui m'ont immédiatement donné leur accord au nom de toute l'équipe. Nous en avons aussi profité pour mettre au point les détails logistiques du déroulement de l'étude. Au début, j'avais pensé que les secrétaires pourraient lister les femmes enceintes venant en consultations au cours du dernier trimestre, et cocher celles qui avaient complété le questionnaire. Ainsi ça m'aurait permis de récupérer des éventuels oublis. Après discussion avec les principales concernées, j'ai pu constater que ça allait être une charge de travail bien trop lourde à rajouter aux nombreuses missions déjà effectuées par les secrétaires. Nous avons donc pensé plus simple : les questionnaires seront distribués aux patientes lorsqu'elles se présenteront pour une consultation de troisième trimestre, sans listing préalable, en acceptant la marge d'erreur liée aux oublis de distribution.

Je suis ensuite allée à la rencontre des gynécologues obstétriciens privés exerçant en libéral de l'autre côté de la rue de la polyclinique, effectuant des accouchements à la maternité.

Mon étude se déroulera donc au sein des bureaux de consultations de la maternité de Lormont, et des cabinets libéraux des Dr DEKHILI, CARLE et BERNARD avec l'aide précieuse de leur secrétaire respective, ainsi qu'au sein de la MAC.

## 2. Pré-test

Fin avril 2017, une fois mon questionnaire terminé, et les différents accords confirmés, j'ai effectué un premier pré-test, informel, auprès de 5 copines enceintes ou jeunes mamans de mon entourage. Ce n'était pas tant leurs réponses qui m'importaient mais plutôt la durée nécessaire pour compléter le questionnaire et la compréhension de mes questions.

Elles ont mis entre 5 et 10 minutes à le remplir, et ne rapportaient aucun problème de compréhension, mais j'ai tout de même pu remarquer des réponses multiples à la question 2 de la partie grossesse, et aux questions 4 et 5 de la partie post-partum.

Nous avons convenu avec les différentes équipes que les femmes rempliraient le questionnaire en salle d'attente durant le délai pré-consultation. Donc la durée de 5 à 10 minutes de remplissage me semblait tout à fait correcte, ce pourquoi je n'ai pas raccourci ni rallongé mon questionnaire. N'ayant pas de problème de compréhension, je n'ai pas modifié mes formulations. En revanche, sur les questions où les réponses revenaient multiples, j'ai apporté quelques modifications en insistant sur le fait que la réponse devrait être unique : j'ai souligné le mot « principalement » de ma question, j'ai ajouté une phrase dans la lettre d'accompagnement qui constituait la première page du questionnaire indiquant : « Il vous faut choisir une seule réponse à chaque question ».

Du 9 au 13 mai 2017, nous avons ensuite effectué un pré-test officiel auprès des femmes de la maternité de Saint Palais (lieu d'exercice de ma directrice de thèse). Pour que mon pré-test soit efficient, il fallait qu'il soit effectué dans des conditions similaires auprès d'1 à 10% de l'effectif total estimé. Cette fois-ci, le questionnaire a donc été distribué par les secrétaires aux femmes en troisième trimestre de grossesse ayant décidé d'accoucher soit à la maternité soit à la « salle nature » du Centre Hospitalier de Saint Palais, qui le remplissaient en salle d'attente lors de leur temps libre précédant la consultation. L'effectif total minimal ayant été estimé à 50, nous avons récupéré 5 questionnaires.

En relisant les questionnaires remplis, j'ai remarqué que les réponses multiples de mon pré-test officiels réapparaissaient malgré les modifications apportées. J'ai donc décidé d'ajouter entre parenthèse « une seule réponse souhaitée » à la fin des questions concernées avant de lancer officiellement mon étude.

### **3. Calendrier de l'étude**

A partir de mi-mai 2017, j'ai distribué une centaine de questionnaires à toutes les équipes. Par la même occasion, j'ai disposé une affiche dans chaque salle d'attente afin d'avertir chaque patiente de la réalisation de mon travail. Cette documentation reprenait de manière synthétisée la lettre d'accompagnement qui était distribuée en première page de chaque questionnaire.

L'étude a officiellement démarré le 1<sup>er</sup> juin 2017. Par la suite, une fois par mois j'appelais les différents secrétariats, et la MAC. Ces appels me permettaient de faire un point sur l'avancée de mon étude, mais servait aussi de piquêre de rappel pour tout le monde.

Au troisième mois, je me suis rendue sur les lieux afin de récupérer tous les questionnaires remplis pour permettre de faire un état des lieux à mi-parcours et de remotiver les troupes.

Début décembre, je suis allée récupérer tous les questionnaires initialement distribué et j'ai remercié l'ensemble des équipes pour ce travail de longue haleine.

## **V. La méthode d'analyse et de synthèse des données**

Les données ont été saisies en logiciel EXCEL et analysées par le logiciel SAS Version 9.4..

Dans notre étude, nous utilisons une méthode d'analyse statistique descriptive univariée, suivie d'une analyse bivariée où toutes les variables sont croisées en 2 à 2 avec la variable LIEU grâce au test du Khi 2. Ce test est utilisé lorsque les variables à comparer ont un effectif supérieur à cinq. Si ce n'est pas le cas, un test de Fisher est réalisé.

Une différence sera considérée comme significative si le p-value est inférieure à 0.05.

## **VI. Aspects réglementaires et éthiques**

L'étude a été soumise au Comité de Protection des Personnes (CPP) et auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) par dépôt de la MR003 fin avril 2017.

Après création du dossier CPP, obtention du n° ID-RDB (numéro d'enregistrement de la recherche dans la base de données européenne) sur site ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament), création d'un compte sur VRB (Volontaires Recherches Biomédicales), réception d'un login VRB, et tirage au sort CPP, j'ai reçu un mail de Mme Sonia ECARNOT, juriste DGS-CPP m'informant que ma thèse ne relevait pas du champ de la réglementation relative aux recherches impliquant le personne humaine : le tirage au sort CPP a donc été annulé.

Le dépôt auprès de la CNIL a été fait par internet, avec une réponse positive immédiate de leur part.

## **VII. Conflit d'intérêts**

Nous déclarons ne pas avoir de conflits d'intérêt.

# RÉSULTATS

## **I. Analyse du taux de réponse**

Les questionnaires ont été distribués uniquement aux femmes répondant aux critères d'inclusions suscités.

Toutes les femmes à qui le questionnaire a été distribué, l'ont rendu aux secrétaires.

La population incluse sera donc la population étudiée.

Au total, 109 femmes ont répondu à mon questionnaire. 45 ont choisi d'accoucher à la MAC et 64 ont opté pour la maternité de la PBRD.

## II. Analyse descriptive de l'ensemble des patientes de l'étude = analyse uni variée

### 1. Caractéristiques démographiques, sociales et économiques

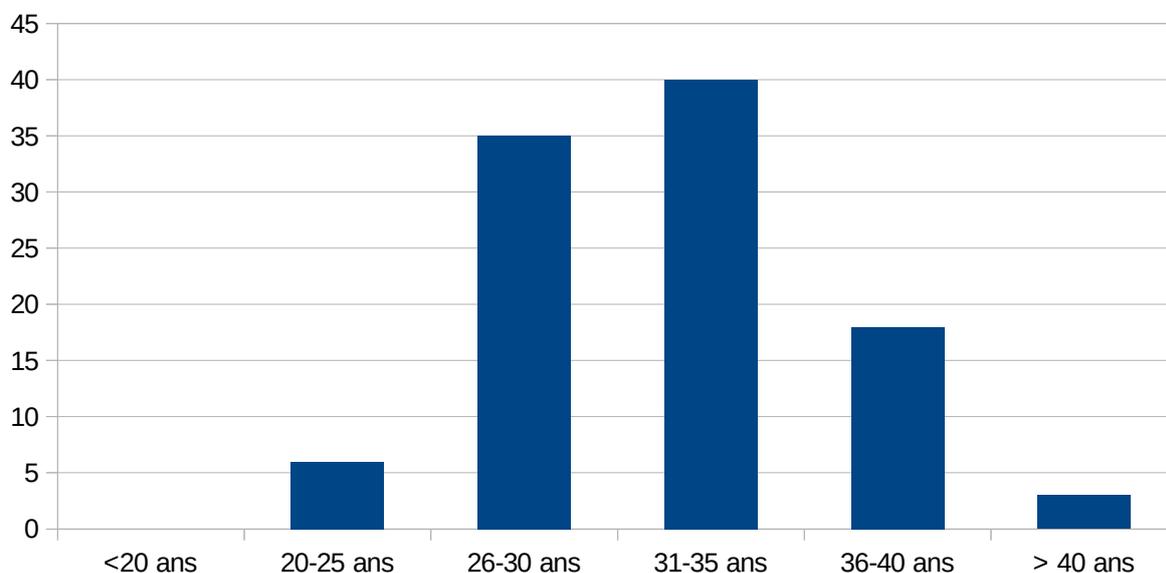
- **Âge**

La moyenne d'âge de la population étudiée était de 31,7 ans. Les âges extrêmes étaient de 21 et 43 ans. La médiane était de 32 ans, et l'écart-type de 4,5.

Aucune patiente n'était mineure.

Sur les 109 patientes interrogées, 7 n'avaient pas répondu à cette question.

**Graphique 1 : Répartition de la population en fonction de l'âge**

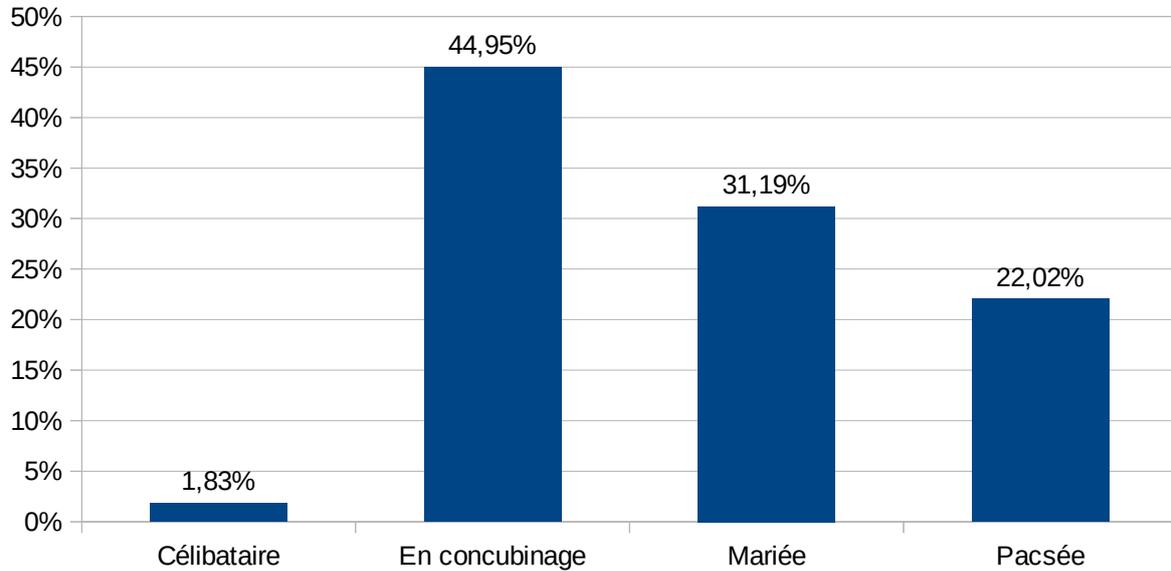


La majorité des femmes interrogées se situaient dans la tranche d'âge 31-35 ans, et 95 % des femmes avaient entre 26 et 40 ans (cf. Graphique 1).

- **Situation conjugale**

La plupart des patientes, soit 98,2 %, n'étaient pas seules (en couple, mariées ou pacées). Seulement 1,8 % des femmes étaient célibataires (n=2) (cf. Graphique 2).

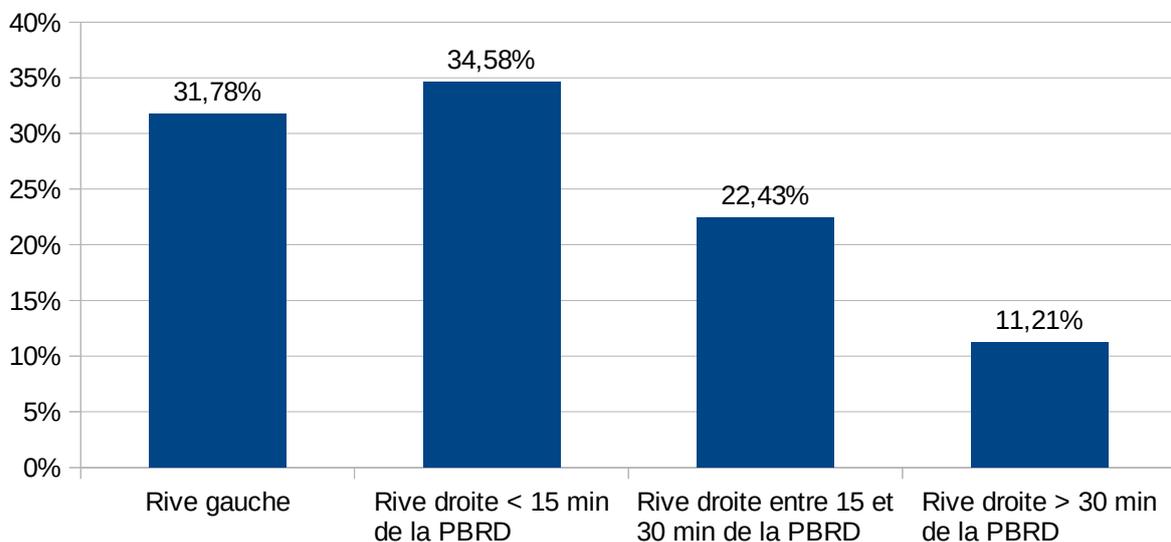
**Graphique 2 : Situation conjugale**



- **Lieu d'habitation**

L'ensemble des femmes interrogées résidait dans un logement personnel type appartement ou maison individuelle. Aucune parturiente ne vivait dans un foyer-logement, une chambre d'hôtel, ni une habitation de fortune ou autre.

**Graphique 3 : Code Postal**



La majorité (88,79 %) vivait dans un secteur plus ou moins proche de la polyclinique. Seulement 12 femmes (11,21 %) arrivaient d'un secteur géographique éloigné de plus de 30 minutes de l'établissement (cf. Graphique 3).

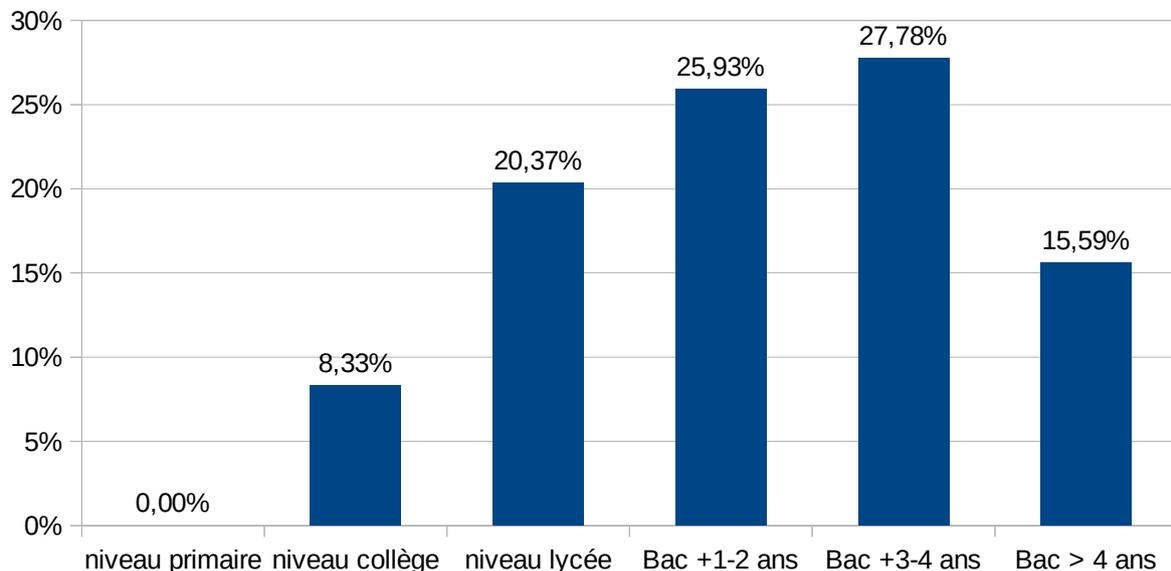
- **Situation Sociale**

Parmi les 109 femmes ayant rempli le questionnaire, 102 (soit 94 %) étaient affiliées à la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie). Seulement 2 femmes (soit 1,83 %) n'avaient pas de couverture sociale, et 5 (soit 4,59 %) possédaient la Couverture Médicale Universelle (CMU).

Une couverture maladie complémentaire était souscrite par 94 % des femmes (n=102). En parallèle, 3,70 % n'en possédaient aucune (n=4), et 1,85 % avaient accès à la CMU complémentaire (n=2).

- **Niveau d'étude**

**Graphique 4 : Niveau d'étude des patientes**

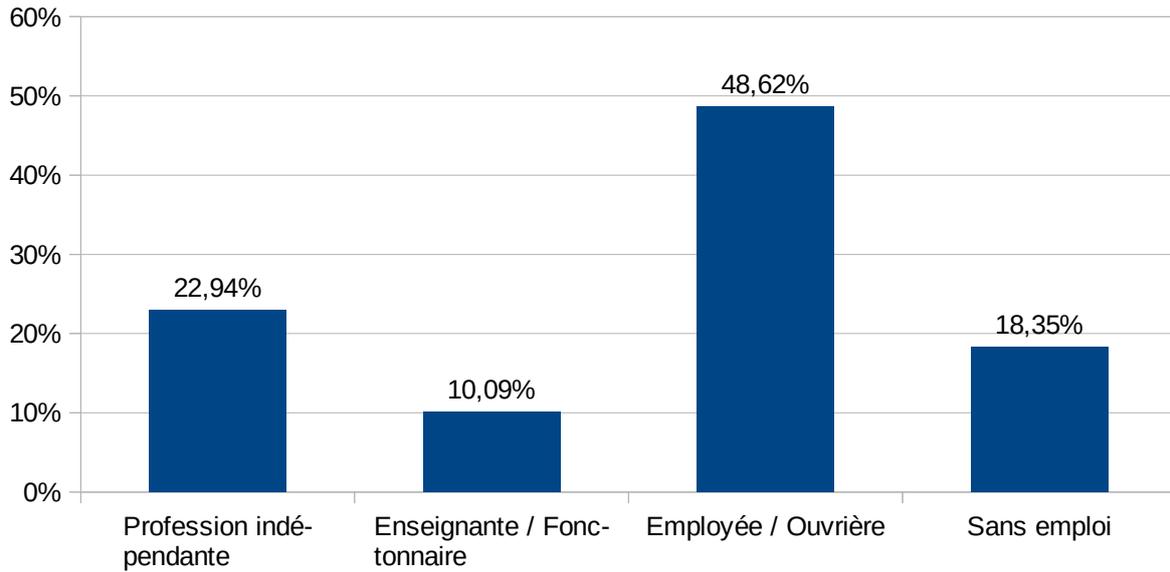


Aucune patiente n'avait un niveau scolaire inférieur au niveau collège. Elles avaient poursuivi leurs études après l'obtention du baccalauréat dans 71,3 % de cas (n=77) (cf. Graphique 4).

- **Profession**

Les patientes sans emploi (au chômage, étudiantes, ou femmes au foyer) représentaient 18,35 % (n=20) de la population alors que 81,65 % des femmes avaient un emploi (n=89) (cf. Graphique 5).

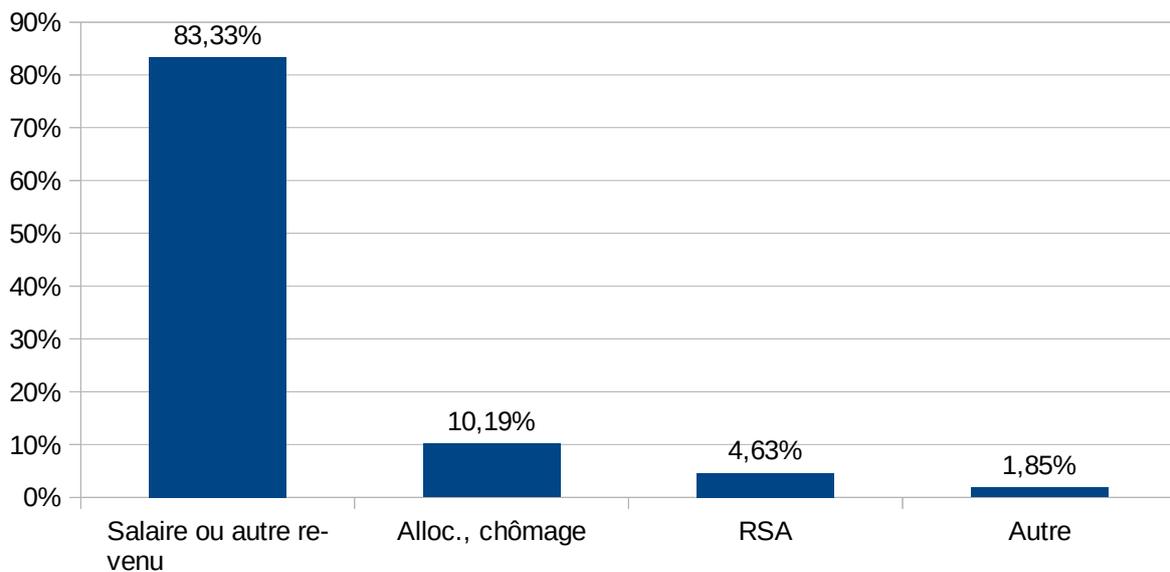
**Graphique 5 : Profession des patientes**



- **Situation économique**

Pour 16,67 % des femmes, les revenus provenaient des aides sociales (n=18). À l’opposé, pour 83,33 % des patientes la ressource financière était un salaire ou autre revenu provenant d’une activité professionnelle (d’elle ou de son conjoint) (cf. Graphique 6).

**Graphique 6 : Situation économique**



## 2. Santé avant la grossesse

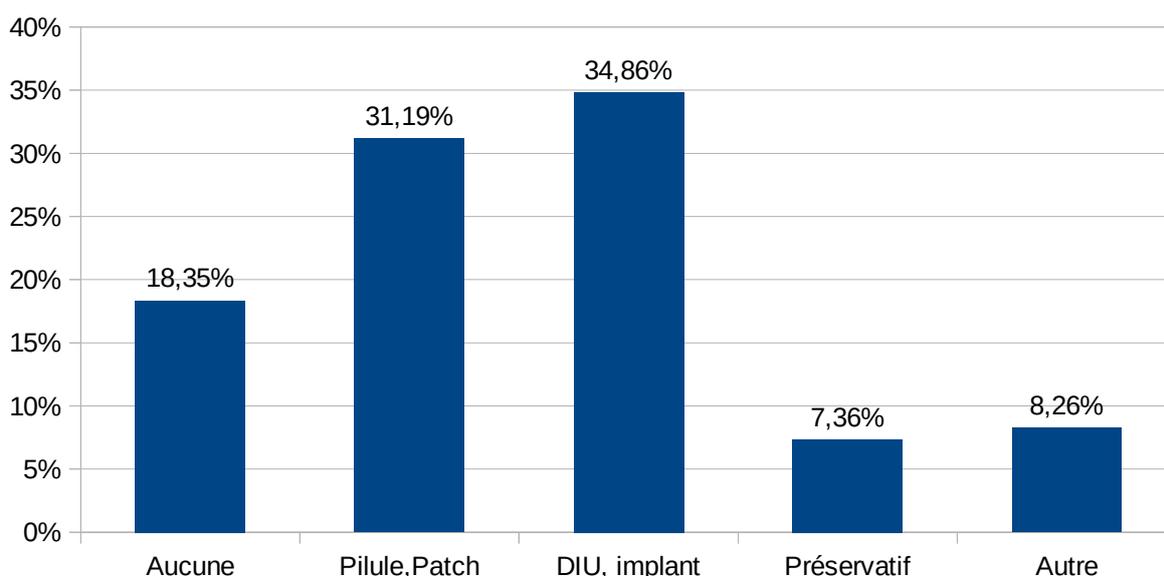
- **Parité**

De manière générale, dans mon étude, il y avait autant de primipares (48,62 %, n=53) que de multipares (51,38 %, n=56).

- **Contraception**

La majorité des patientes (81,65 %, n=89) utilisait une méthode de contraception avant leur grossesse (cf. Graphique 7).

**Graphique 7 : Méthode de contraception**



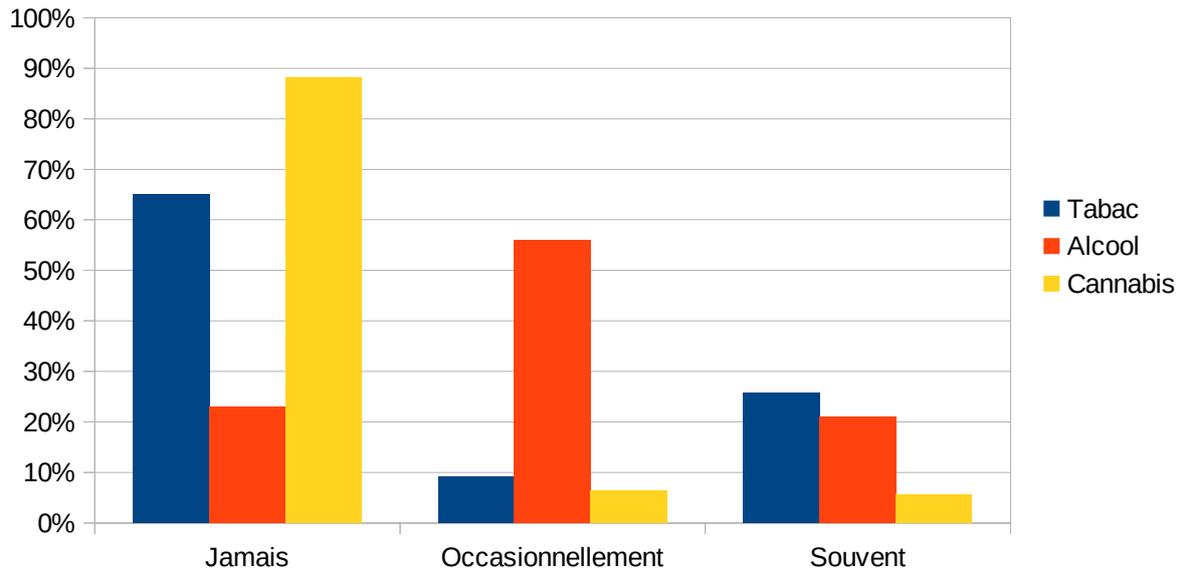
88,37 % des patientes utilisant une contraception avaient décidé de l'interrompre car elles avaient un souhait de grossesse, alors qu'11,63 % avaient dû l'arrêter car elles avaient su qu'elles étaient enceintes.

- **Addictions**

Les non-fumeuses représentaient 65,14 % des femmes (n=71), 22,94 % n'avaient jamais bu d'alcool (n=25), et 88,07 % n'avaient jamais consommé de cannabis (n=96) avant d'être enceintes.

Au niveau du tabagisme et des consommations de cannabis, les non usagères étaient les plus nombreuses. Par contre, concernant la consommation d'alcool 55,96 % des femmes buvaient de manière occasionnelle avant leur grossesse (n=61) (cf. Graphique 8).

**Graphique 8 : Addictions**



- ***Alimentation***

La plupart des patientes avaient une alimentation « classique » (87,16 %, n=95). Seulement 12,84 % (n=14) avaient une alimentation autre : biologique exclusive, locavore, sans lactose, sans gluten, végétarienne, végétalienne ou encore flexivore.

- ***Médecine***

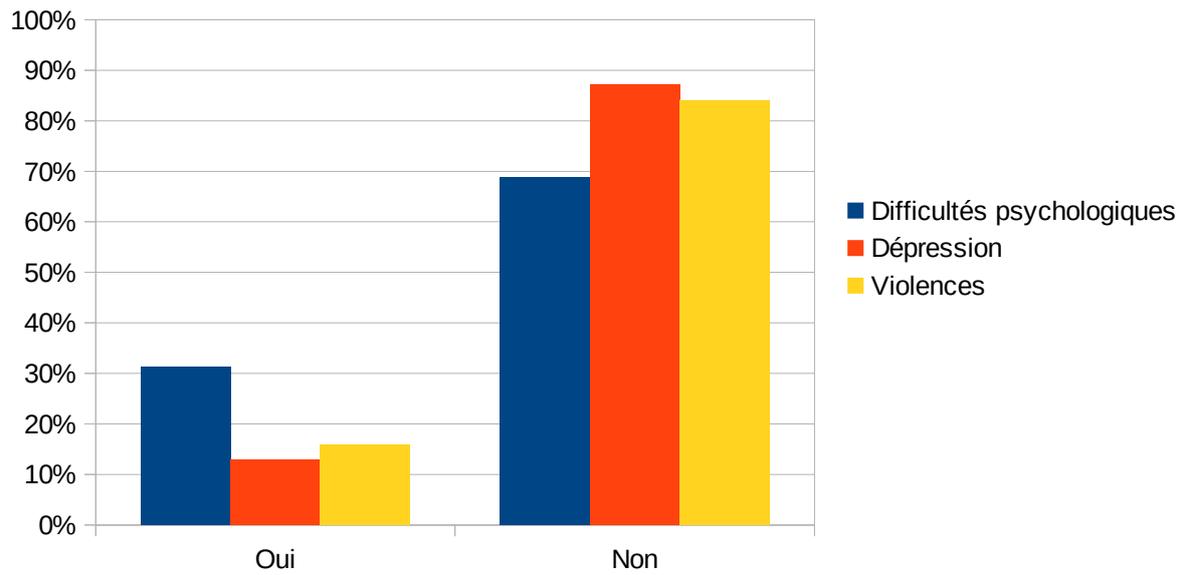
Pour leur santé, elles avaient recours à la médecine conventionnelle pour le plus grand nombre (73,39 %, n=80). Cependant, 26,61 % des femmes avaient l'habitude de se tourner vers une médecine alternative (acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, kinésiologie, hypnose, etc.) pour leurs soucis de santé avant leur grossesse (n=29).

- ***Antécédents psychologiques***

Le plus grand nombre des patientes n'avaient pas d'antécédents sur le plan psychologique.

Celles qui ont avoué avoir déjà consulté pour des difficultés psychologiques au cours de leur vie étaient au nombre de 31.19 % soit 34 patientes. Pour aller plus loin, 12.84 %, soit 14 femmes avaient déjà été soignées pour dépression et 15.89 % soit 17 parturientes avaient déjà été victimes de violences physiques dans leur vie (cf. Graphique 9).

**Graphique 9 : Antécédents psychologiques**



À noter que 2 patientes n'ont pas répondu à la question sur les violences physiques alors qu'elles avaient répondu aux autres questions sur le thème psychologique.

### 3. Suivi de la grossesse

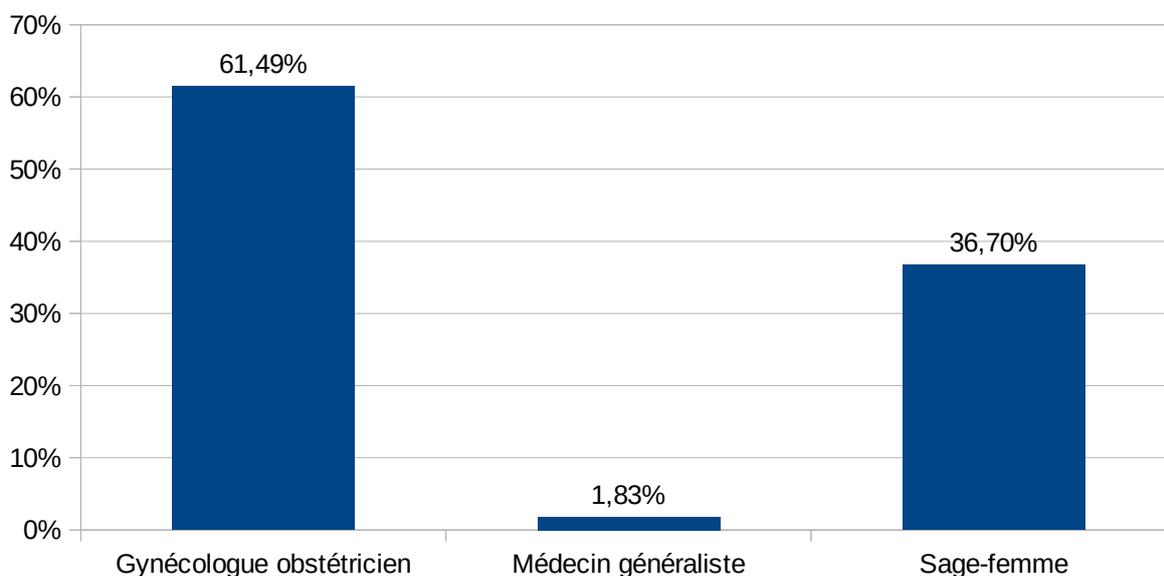
- **Déclaration de grossesse**

Toutes les parturientes ayant répondu au questionnaire avaient affirmé avoir déclaré leur grossesse. Cependant dans 6,48 % des cas cette déclaration avait été faite de manière tardive, c'est-à-dire après le 1<sup>er</sup> trimestre (n=7).

- **Professionnel de santé choisi pour le suivi**

La plupart des patientes avaient choisi d'être suivies par un gynécologue-obstétricien durant leur grossesse (61,47 %, n=67). Seulement 2 patientes s'étaient adressées à leur médecin généraliste (1,83 %). Le reste des femmes, soit 36,70 % (n= 40), s'étaient tournées vers une sage-femme pour leur suivi de grossesse (cf. Graphique 10).

**Graphique 10 : Professionnel choisi pour le suivi de la grossesse**



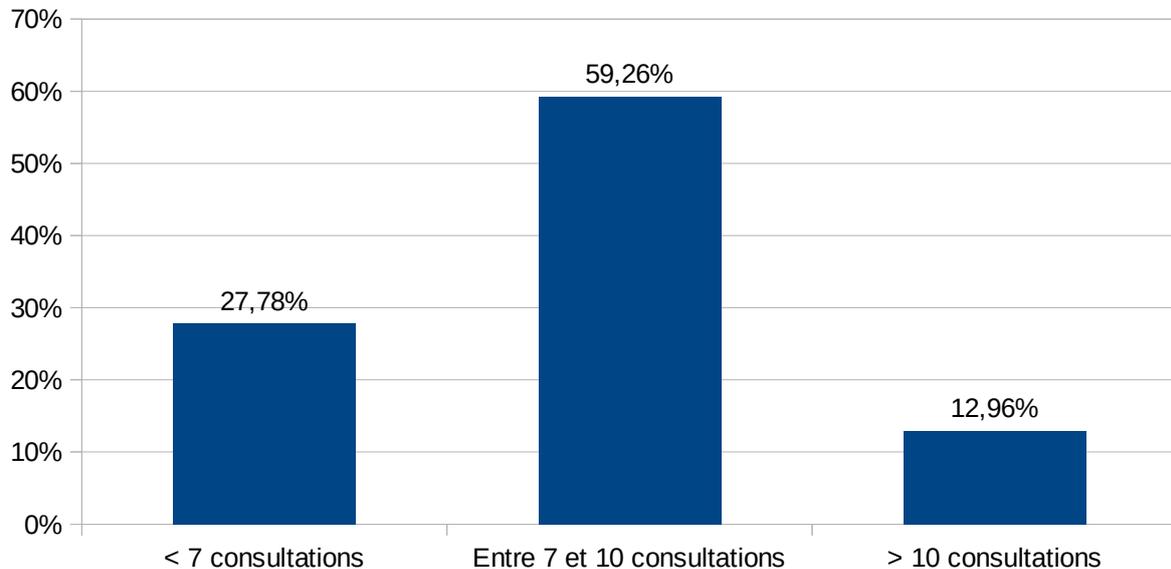
- **Réaction à l'annonce de la grossesse**

Dans 87,04 % des cas, les femmes étaient heureuses que cette grossesse arrive maintenant (n=94). Cependant, 12,04 %, soit 13 femmes, avaient déclaré qu'elles auraient préféré que cette grossesse arrive à un autre moment, et qui plus est 1 femme avait avoué qu'elle aurait préféré ne pas être enceinte.

- **Nombre de consultations de suivi**

Au troisième trimestre de grossesse, moment de remplissage du questionnaire, la majorité des patientes, soit 72,22 %, avaient déjà eu au minimum 7 consultations prénatales (n=70) (cf. Graphique 11).

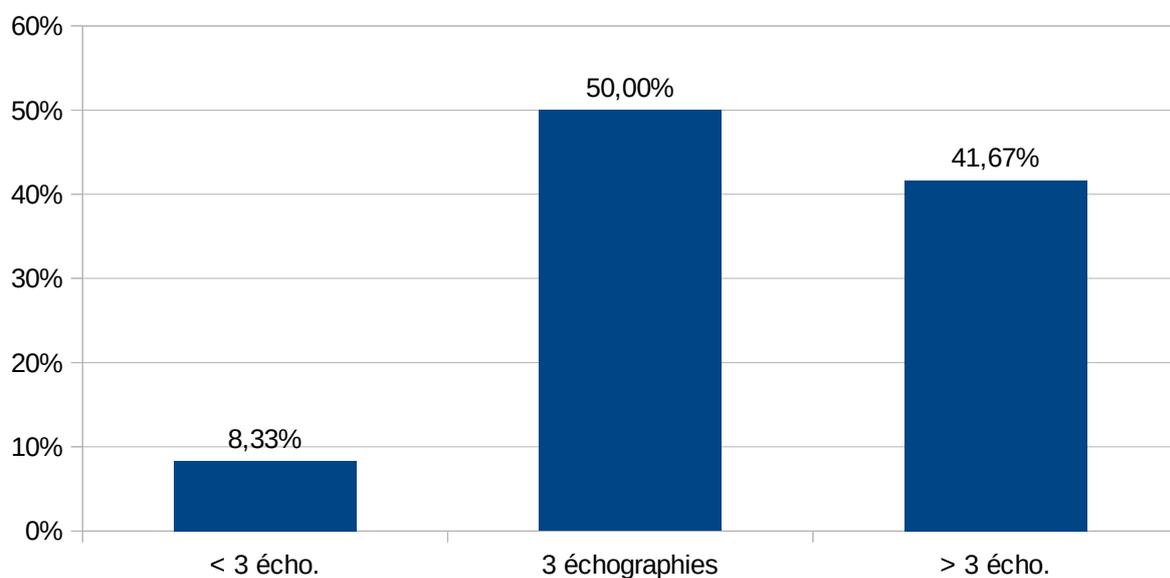
**Graphique 11 : Consultations prénatales**



- **Nombre d'échographies de suivi**

Lors de la distribution du questionnaire, le plus grand nombre de femmes, soit 91.67 % (n=99) ont déjà eu au moins 3 échographies (cf. Graphique 12).

**Graphique 12 : Echographies prénatales**



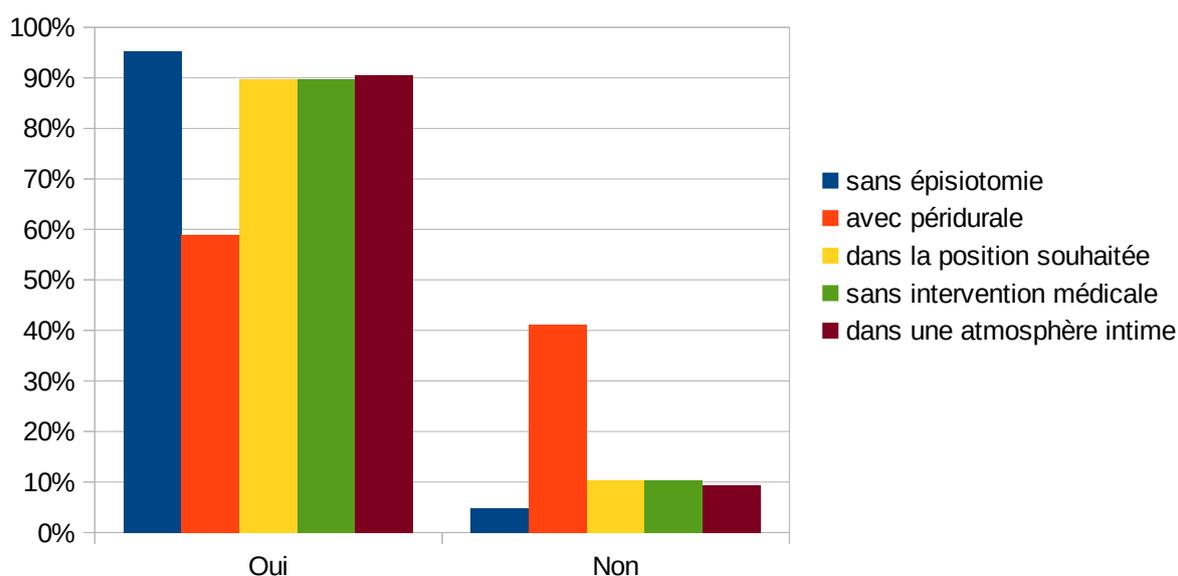
## 4. Accouchement

### • *Accouchement idéal*

Pour la plupart des patientes, l'accouchement idéal se déroulerait :

- sans épisiotomie à 95,19 % (n=99),
- avec une péridurale à 58,88 % (n=63),
- dans la position souhaitée à 89,72 % (n=96),
- sans intervention médicale à 89,72 % (n=96),
- dans une atmosphère intime à 90,57 % (n=96) (cf. Graphique 13).

**Graphique 13 : L'accouchement idéal**



### • *Actrice plutôt que spectatrice*

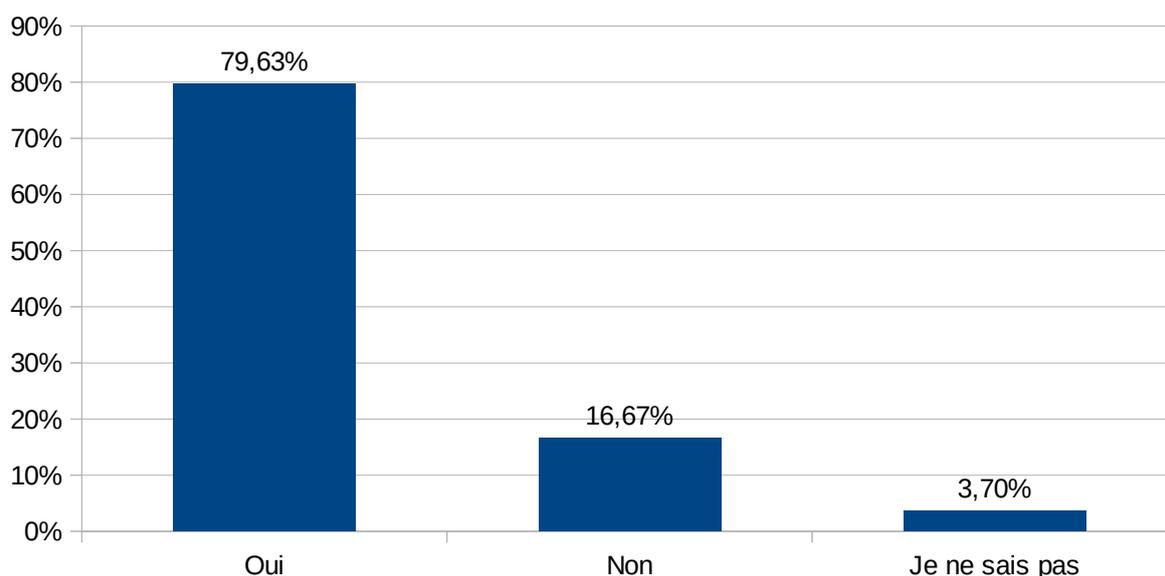
La plupart des femmes aimeraient, à 77,78 % sortir leur enfant elles-mêmes ou alors que ça soit le papa qui le fasse plutôt que le camp médical (n=84). Dans le même ordre d'idée, le plus souvent, c'est-à-dire dans 88,68 % des cas, elles souhaitaient être décisionnaires au même titre que les soignants durant l'accouchement (n=94).

## 5. Post-partum

- **Allaitement maternel**

L'allaitement maternel était souhaité dans 79,63 % des cas (n=86). En revanche, 16,67 %, soit 18 femmes, étaient certaines de ne pas vouloir allaiter. Peu de femmes n'avaient pas encore vraiment fait leur choix au troisième trimestre de grossesse (3,70 %, n=4) (cf. Graphique 14).

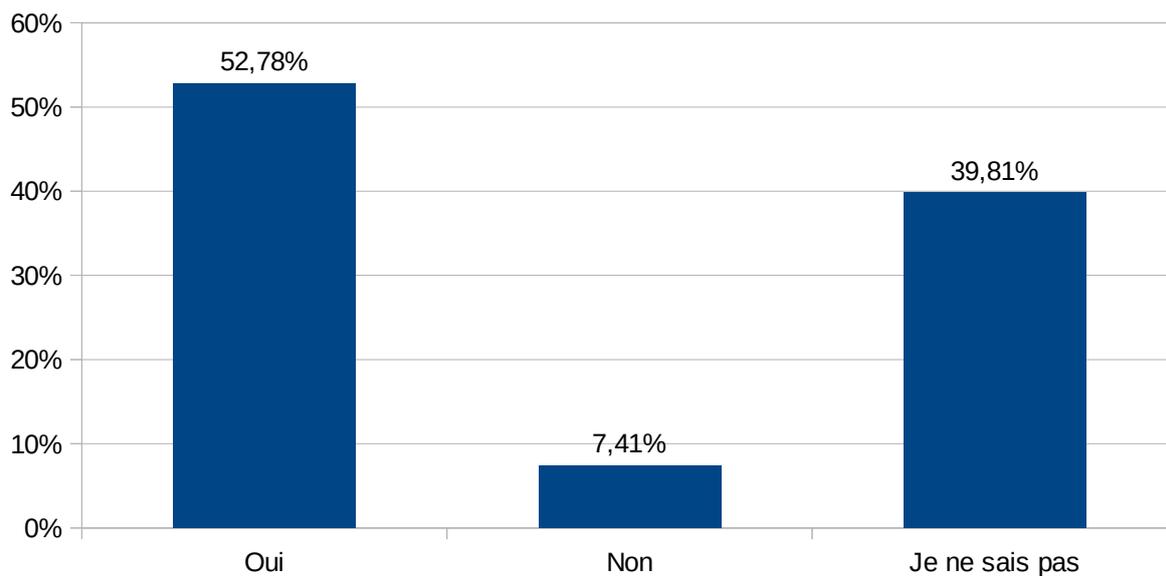
**Graphique 14 : Allaitement maternel**



- **Vitamines**

Concernant l'intention des futures mères à administrer les vitamines dont le nouveau-né a besoin, les réponses étaient beaucoup plus homogènes. En effet, pour 52,78 %, soit 57 femmes, il était certain qu'elles le leur administreraient. Les autres refusaient pour le moment ou alors ne savaient pas (39,81 % des femmes avaient répondu « je ne sais pas », n=43) (cf. Graphique 15).

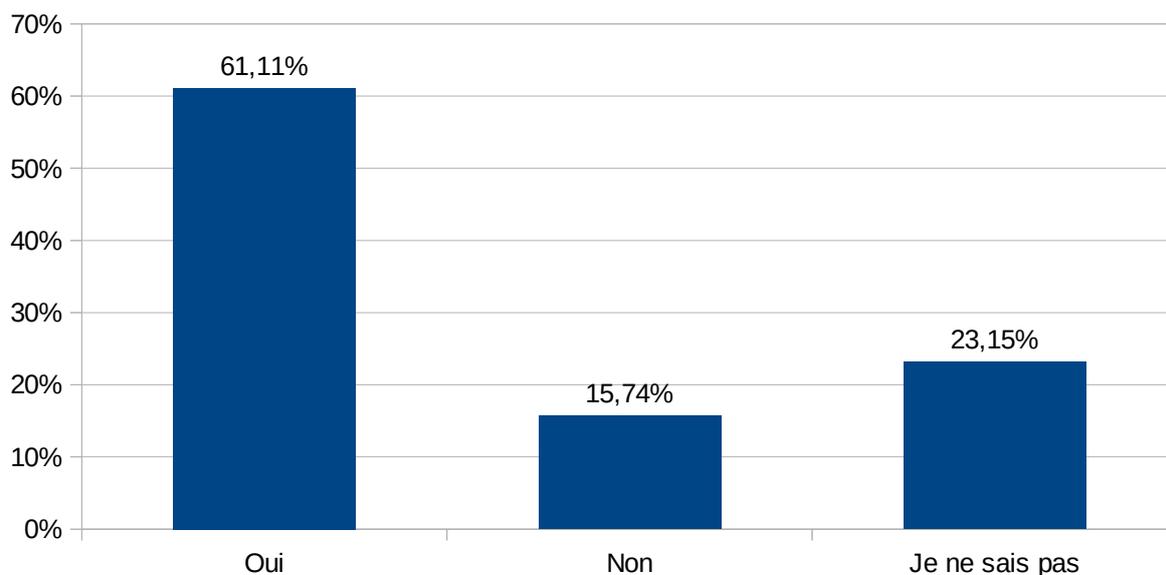
**Graphique 15 : Administration de vitamines**



- ***Vaccination***

La majorité des femmes souhaitait vacciner leur bébé. En effet, 61,11 % soit 66 femmes avaient répondu favorablement. En contrepartie, 17 femmes soit 15,74 % souhaitaient refuser la vaccination de leur nourrisson et 25 patientes, soit 23,15 %, ne savaient pas (cf. Graphique 16).

**Graphique 16 : Vaccination**

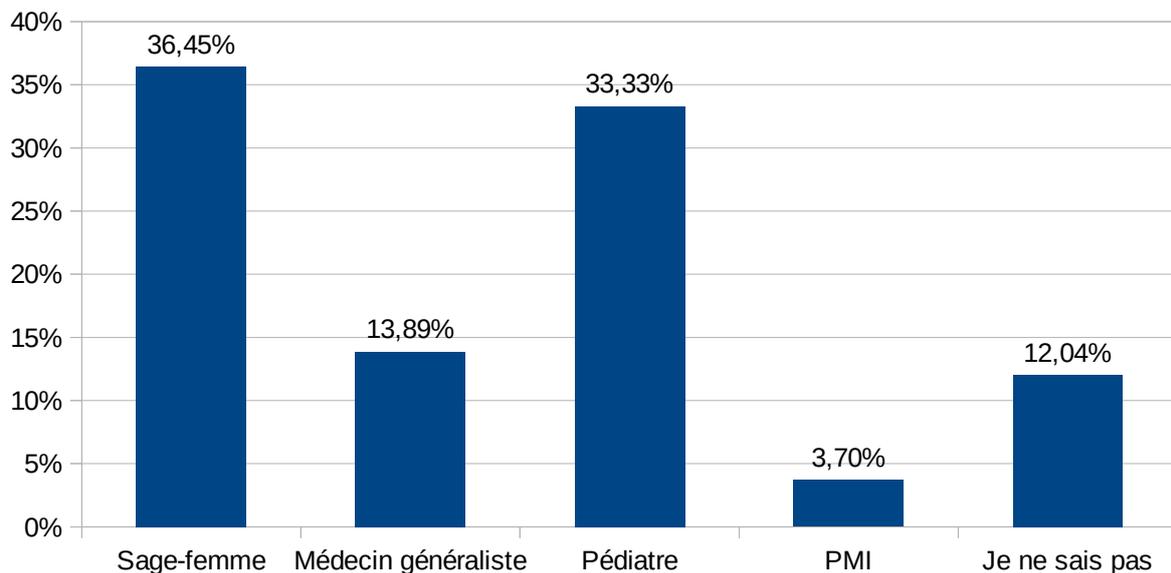


- **Suivi du nourrisson**

La moitié des femmes ayant répondu au questionnaire (50,92 %, n=55) aurait aimé que leur bébé soit suivi par un médecin jusqu'à ses 1 mois, alors que 37,04 %, soit 40 patientes, auraient souhaité que ce suivi soit effectué par une sage-femme.

Il y avait 12,04 % soit 13 parturientes qui ne savaient pas encore par qui elles feraient suivre leur enfant.

**Graphique 17 : Professionnel choisi pour le suivi du nouveau-né**



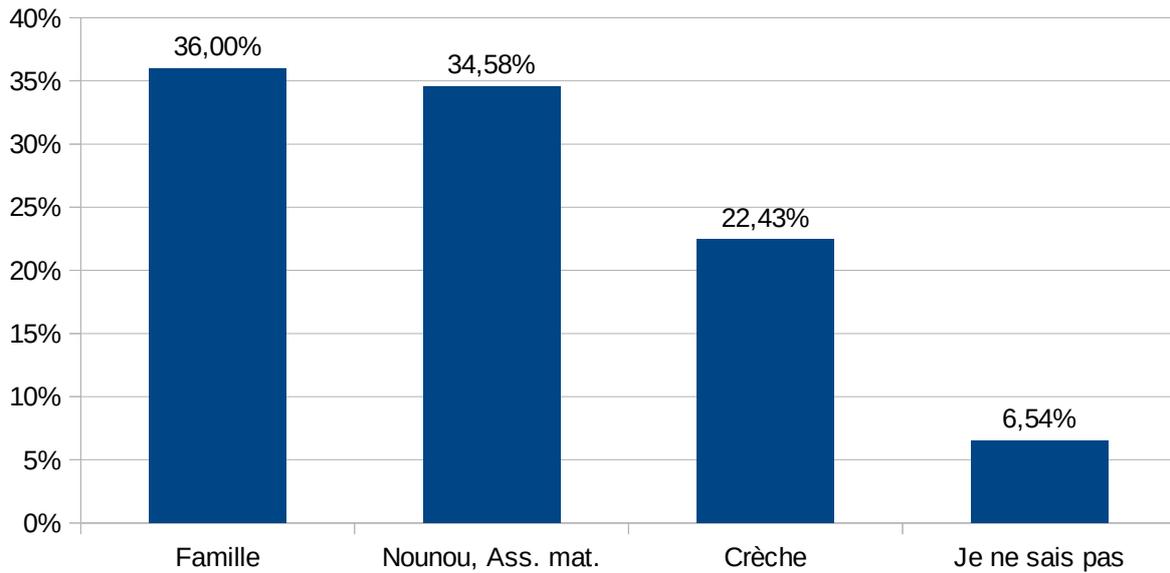
- **Mode de garde**

D'une manière générale, les différents modes de garde étaient représentés de manière homogène. Un peu plus d'un tiers des femmes (36,45 % et n=39) aurait souhaité que leur enfant soit gardé par un membre de la famille (parents et/ou grands-parents) alors que 34,58 %, c'est-à-dire 37 patientes auraient choisi une nounou ou une assistante maternelle agréée pour la garde de leur bébé jusqu'à ses 3 ans.

Un peu moins d'un quart des participantes (22,43 % et n=24) opterait pour un mode de garde en crèche.

Contrairement aux sous-parties vues précédemment, seulement 7 futures mamans (soit 6,54 % des femmes) ne savaient toujours pas quel mode de garde elles choisiraient (cf. Graphique 18).

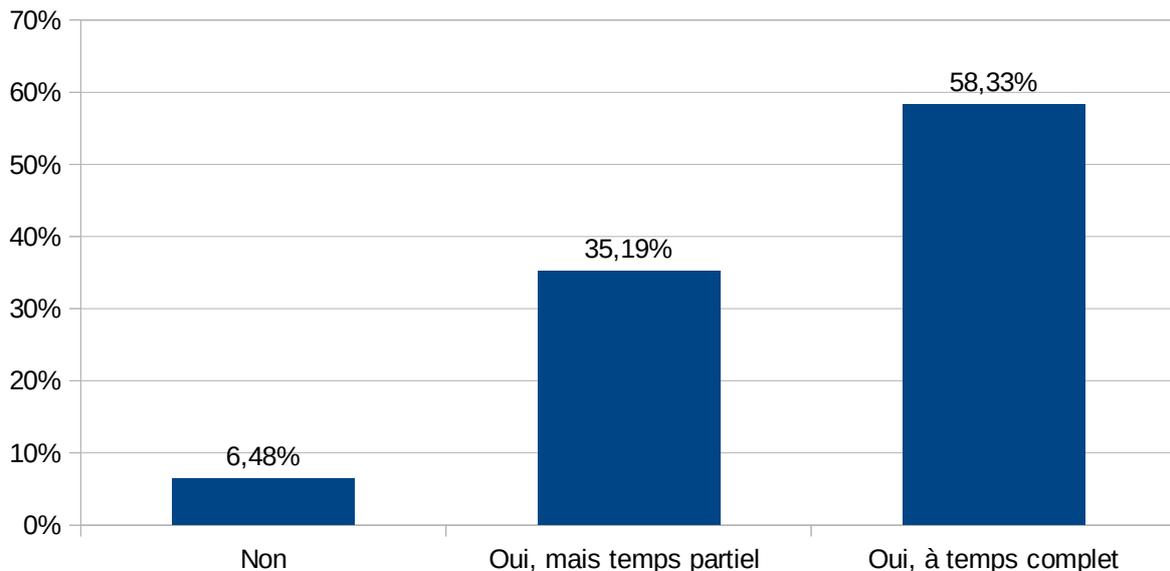
**Graphique 18 : Mode de garde du nourrisson**



- **Reprise du travail et à quel moment**

Seulement 6,48 %, soit 7 femmes n'avaient pas l'intention de reprendre une activité professionnelle par la suite (cf. Graphique 19). Dans la majorité des cas, une reprise d'activité serait effectuée et ce, majoritairement à temps complet (58,33 %, n=63) mais après un congé plus long qu'un simple congé de maternité (54 %, n=54).

**Graphique 19 : Reprise d'une activité professionnelle de la maman**



### **III. Comparaison des deux groupes : « PBRD » et « MAC »**

Rappelons que l'objectif principal de cette étude est d'analyser les caractéristiques des femmes ayant choisi d'accoucher à la maison Arc En Ciel et à la maternité de la polyclinique partenaire, afin de déterminer s'il existe une différence entre ces deux populations.

Il s'agit d'identifier s'il y a des facteurs dans la vie d'une femme qui influenceraient ce choix. Pour cela, nous avons comparé les réponses données dans le questionnaire entre les 2 groupes, en fonction du lieu d'accouchement choisi.

## 1. Caractéristiques démographiques, sociales et économiques

	MAC (n=45)	PBRD (n=64)	Test statistique
	%	%	p
<b>Âge (n=44 et n=58)</b>			0,48
< 30 ans	25	36,21	
30 ≤ âge ≤ 35	52,27	44,83	
> 35 ans	22,73	18,97	
<b>Statut marital (n=45 et n=64)</b>			NC
Célibataire	0	3,13	
En concubinage	42,22	46,88	
Mariée	28,89	32,81	
Pacsée	28,89	17,19	
<b>Code Postal (n=45 et n=62)</b>			<0,001
Rive gauche	53,33	16,13	
Rive droite (RD) < 15 min de Lormont	20	45,16	
RD entre 15 et 30 min de Lormont	8,89	32,26	
RD >30 min de Lormont	17,78	6,45	
<b>Lieu d'habitation (n=45 et n=64)</b>			<0,001
Appartement	56,56	29,69	
Maison	44,44	70,31	
<b>Sécurité sociale (n=45 et n=64)</b>			1
Non affiliée	2,22	1,56	
Affiliée	97,78	98,44	
<b>Complémentaire santé (n=45 et n=63)</b>			0,3
Non affiliée	6,67	1,59	
Affiliée	93,33	98,41	
<b>Niveau d'études (n=45 et n=63)</b>			<0,001
≤ niveau collège	0	14,29	
Niveau Lycée	8,89	28,57	
Bac + 1 ou 2	17,78	31,75	
Bac + 3 ou 4	40	19,05	
≥ Bac + 5	33,33	6,35	
<b>Profession exercée (n=45 et n=64)</b>			0,04
Indépendant	35,56	14,06	
Enseignante ou Fonctionnaire	6,67	12,5	
Employée ou ouvrière	37,78	56,25	
Sans emploi	20	17,19	
<b>Source de revenus du foyer (n=44 et n=64)</b>			0,86
Salaires ou autres revenus	84,09	82,81	
Aides sociales	15,91	17,19	

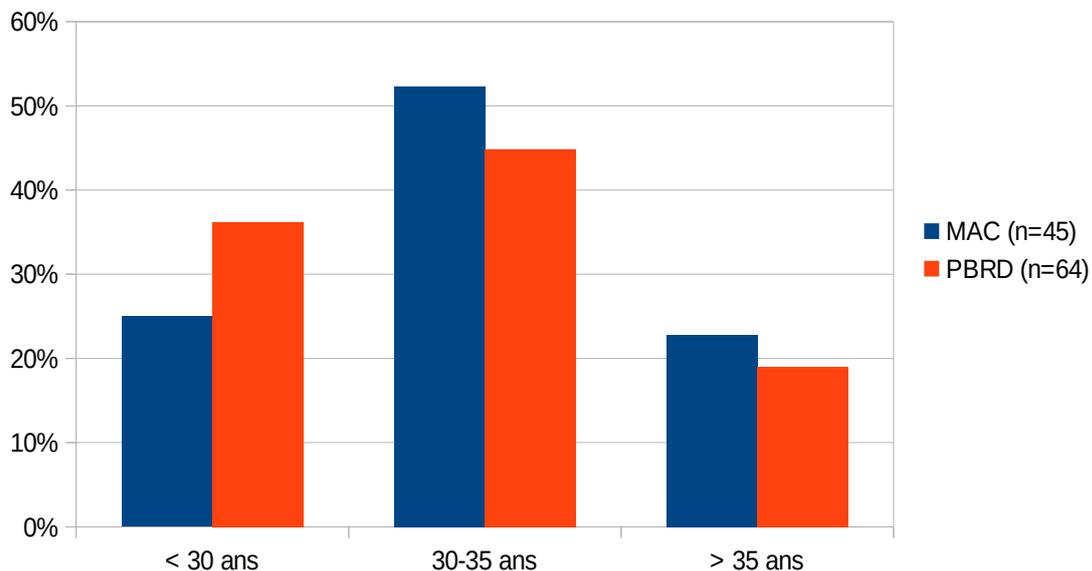
Tableau n°1 : Caractéristiques sociodémographiques en fonction du lieu d'accouchement choisi

- **Âge**

Il n'y avait pas de différence d'âge significative entre les 2 groupes. La moyenne d'âge dans le groupe de la MAC était de 31,89 ans avec un écart type de 3,52, alors que l'âge moyen des patientes de la maternité était de 31,59 ans avec un écart type de 5,05.

Cependant, les patientes les plus jeunes étaient surtout suivies à la maternité (cf. Graphique 20).

**Graphique 20 : Répartition des âges en fonction du lieu d'accouchement choisi**



- **Statut marital**

Le test de Khi-2 ne convenait pas dans ce cas car la variable correspondant aux femmes célibataires avait un effectif théorique inférieur à 5. Par ailleurs le test de Fisher ne pouvait être réalisé car le nombre de variables était trop important.

Cependant, toutes les patientes célibataires appartenaient au groupe suivi à la polyclinique (cf. Tableau 1).

- **Lieu d'habitation**

Une différence significative entre les deux groupes concernant la commune de provenance ( $p < 0,001$ ) et le lieu de vie ( $p < 0,001$ ) a été observée.

En effet, 53 % des parturientes suivies à la MAC habitaient des communes de Rive gauche contre seulement 16 % des patientes suivies à la PBRD. Par ailleurs, c'est dans ce groupe que les femmes vivaient majoritairement dans des appartements (cf. Tableau 1).

Ceci pourrait s'expliquer par le prix de l'immobilier dans la région bordelaise. En effet, une maison à Lormont et ses alentours a un prix comparable aux appartements de la capitale girondine et ses environs proches.

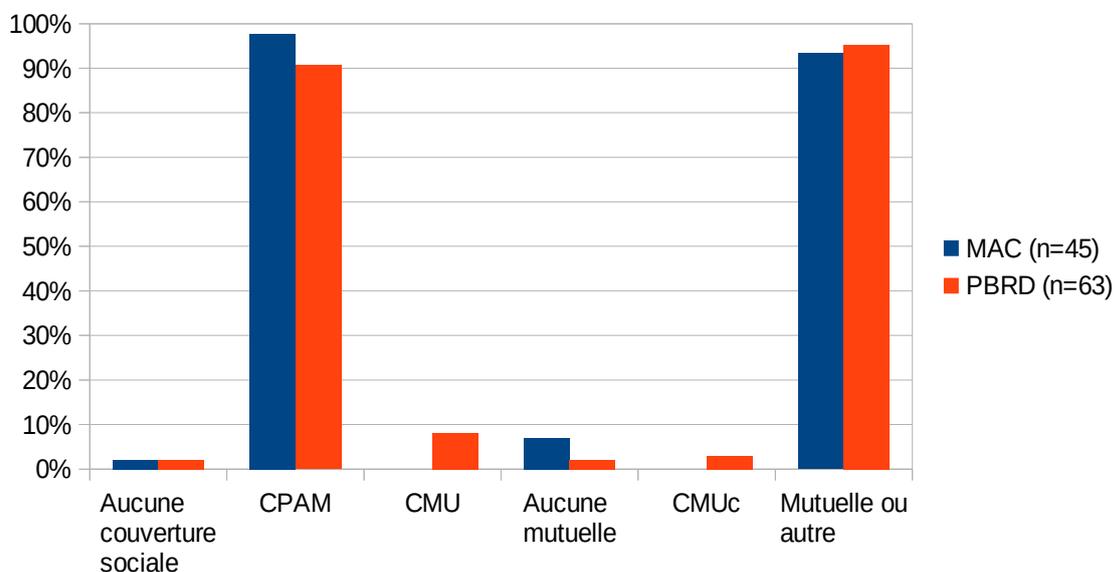
- **Sécurité sociale et Complémentaire santé**

Pour ces 2 variables, le test du Khi 2 ne pouvait convenir. De ce fait, après regroupement des variables, nous avons pu obtenir un tableau à 4 cases, et ainsi utiliser le test de Fisher.

Grâce à cette analyse, aucune différence significative entre les 2 groupes n'avait été constatée.

Cependant, avant regroupement des variables, les patientes bénéficiaires de la CMU ou de la CMU complémentaire appartenaient au groupe suivi à la maternité (cf. Graphique 21).

**Graphique 21 : Couverture sociale en fonction du lieu d'accouchement choisi**



- **Niveau d'études**

Les patientes du groupe de la MAC semblaient avoir réalisé un parcours scolaire plus élevé que celles du groupe de patientes suivies à la PBRD : 33 % des patientes de la MAC avaient un niveau d'étude à BAC+5 contre seulement 6 % à la maternité ( $p < 0,001$ ) (cf. Tableau 1).

- ***Profession exercée***

Les patientes du groupe de la MAC avaient plus souvent des métiers indépendants : 36 % de cadres contre 14 % dans le second groupe.

À l'opposé, celles de la PBRD étaient plus souvent fonctionnaires (13 % contre 7 %), et des employées ou ouvrières (56 % contre 38 %) avec  $p=0.04$  (cf. Tableau 1).

Concernant l'emploi des femmes, nous avons pu remarquer à la lecture des résultats que le chômage atteignait de manière homogène les 2 groupes, indépendamment du niveau d'étude et de la profession exercée.

- ***Source de revenus du foyer***

Concernant la situation économique, il ne semblait pas y avoir de différence significative entre les 2 groupes. Cependant, nous pouvons nuancer ces résultats en notant que la question posée s'intéressait uniquement à la source des revenus du foyer et non pas à la quantité de ce revenu (cf. Tableau 1).

## 2. Santé avant la grossesse

	MAC (n=45)	PBRD (n=64)	Test statistique
	%	%	P
<b>Parité (n=45 et n=64)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Primipare	73,33	31,25	
Multipare	26,67	68,75	
<b>Contraception (n=45 et n=64)</b>			<b>0,002</b>
Aucune	17,78	18,75	
Pilule, patch ou anneau vaginal	24,44	35,94	
DIU ou Implant	26,67	40,63	
Préservatif ou autre	31,11	4,69	
<b>Raisons de son arrêt (n=37 et n=51)</b>			<b>1</b>
Souhait d'une grossesse	88,89	88	
Découverte de la grossesse	11,11	12	
<b>Tabagisme (n=45 et n=64)</b>			<b>0,11</b>
Jamais	64,44	65,63	
Occasionnellement	15,56	4,69	
Tous les jours	20	29,69	
<b>Consommation d'alcool (n=45 et n=64)</b>			<b>0,01</b>
Jamais	13,33	29,69	
≤ 1fois par semaine	53,33	57,81	
> 1 fois par semaine	33,33	12,5	
<b>Consommation de Cannabis (n=45 et n=64)</b>			<b>0,11</b>
Jamais	82,22	92,19	
Oui	17,78	7,81	
<b>Mode alimentaire (n=45 et n=64)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Classique	73,33	96,88	
Autre	26,67	3,13	
<b>Suivi médical habituel (n=45 et n=64)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Médecine conventionnelle	44,44	93,75	
Médecine alternative	55,56	6,25	
<b>Antécédents psychologiques (n=45 et n=64)</b>			<b>0,09</b>
Non	60	75	
Oui	40	25	
<b>Antécédent de dépression (n=45 et n=64)</b>			<b>0,3</b>
Non	91,11	84,38	
Oui	8,89	15,63	
<b>A déjà été victime de violence physique (n=45 et n=62)</b>			<b>0,12</b>
Non	77,78	88,71	
Oui	22,22	11,29	

Tableau n°2 : Santé avant la grossesse en fonction du lieu d'accouchement choisi

- **Parité**

Les femmes choisissant la MAC étaient majoritairement des primipares : 73 % contre 31 % à la maternité ( $p < 0,001$ ).

Les femmes suivies à la maternité étaient essentiellement des multipares : 69 % contre 27 % ( $p < 0,001$ ) (cf. Tableau 2).

- **Contraception et son arrêt**

Parmi les patientes utilisant une méthode de contraception, les méthodes naturelles et le préservatif étaient plus utilisés par les femmes de la MAC (31 % contre seulement 5 %), alors que les méthodes hormonales ou même le stérilet en cuivre étaient préférés par les femmes suivies à la maternité (77 % contre 51 %).

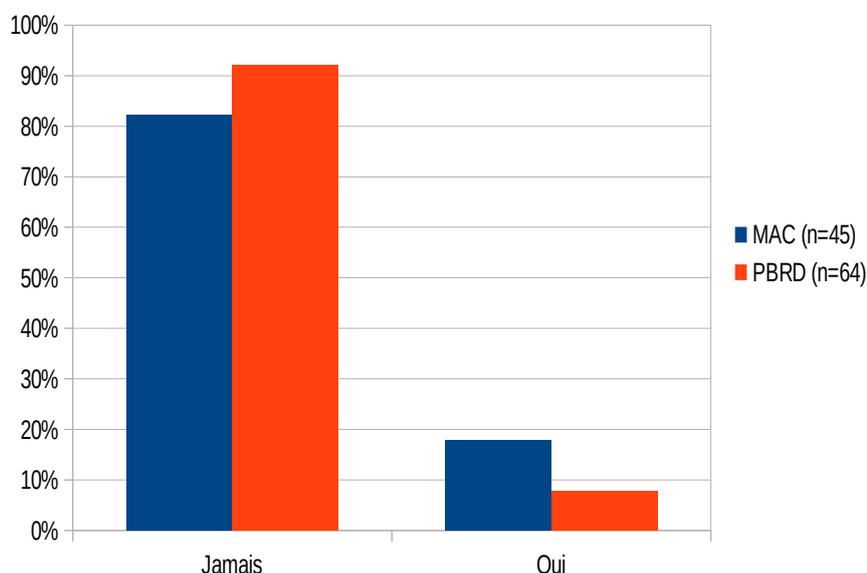
Les raisons de l'arrêt de cette contraception n'étaient pas significativement différentes entre les 2 groupes (cf. Tableau 2).

- **Addictions**

Concernant le tabagisme, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes (cf. Tableau 2). Ceci est tout à fait explicable par le fait que le tabagisme touche tout le monde de manière homogène comme nous le savons...

Par contre, concernant la consommation d'alcool avant la grossesse, une différence significative ( $p = 0,01$ ) a été observée. En effet, les non consommatrices appartenaient majoritairement au groupe de la PBRD (30 % contre 13 %) alors que les plus grandes consommatrices étaient suivies à la MAC (33 % contre 13 %) (cf. Tableau 2).

**Grafiqne 22 : Consommation de THC avant la grossesse en fonction du lieu d'accouchement choisi**



Concernant la consommation de THC, aucune différence significative n'a été constatée, mais cela ne veut pas dire qu'il n'existe pas de différence. En effet, les consommatrices faisaient majoritairement partie du groupe des patientes suivies à la MAC (18 % contre 8 % à la PBRD) (cf. Graphique 22).

- ***Alimentation***

Les femmes choisissant la MAC avaient majoritairement une alimentation spécifique : 27 % contre 3 % à la maternité ( $p < 0,001$ ).

Les femmes suivies à la maternité avaient une alimentation classique dans 97 % des cas contre 73 % à la MAC ( $p < 0,001$ ) (cf. Tableau 2).

- ***Suivi médical***

Les femmes choisissant la MAC avaient majoritairement un suivi médical non conventionnel : 56 % contre 6 % à la maternité ( $p < 0,001$ ).

Les femmes du groupe de la PBRD avaient plutôt recours à la médecine conventionnelle : 94 % contre 44 % ( $p < 0,001$ ) (cf. Tableau 2).

- ***Antécédents psychologiques***

En ce qui concerne les antécédents psychologiques des patientes ayant répondu au questionnaire, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes. Cependant, comme dit précédemment cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de différence.

En effet, en regardant les chiffres, on peut constater que les futures mères ayant avoué avoir eu des antécédents psychologiques ou même avoir été victime de violence physique appartenaient majoritairement au groupe des patientes ayant choisi d'être suivie à la MAC (respectivement 40 % contre 25 % et 22 % contre 11 %).

En contrepartie, les femmes ayant déjà fait une dépression étaient majoritairement des patientes de la PBRD (17 % des patientes de la maternité contre 9 % à la MAC) (cf. Tableau 2).

### 3. Suivi de la grossesse

	MAC (n=45)	PBRD (n=64)	Test statistique
	%	%	p
Déclaration de grossesse (n=45 et n=63)			0,23
≤ 1er trimestre	97,78	90,48	
tardive	2,22	9,52	
<b>Professionnel choisi pour le suivi (n=45 et n=64)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Médecin	17,78	95,31	
Sage-Femme	82,22	4,69	
Réaction à l'annonce (n=45 et n=64)			0,68
Heureuse	88,64	85,94	
Autre ressenti	11,36	14,06	
<b>Nombre de consultations de suivi (n=45 et n=63)</b>			<b>0,009</b>
<7	26,67	28,57	
entre 7 et 10	48,89	66,67	
> 10	24,44	4,76	
Nombre d'échographies (n=45 et n=63)			0,19
≤ 3	51,11	63,49	
> 3	48,89	36,51	

Tableau n°3 : Suivi de la grossesse en fonction du lieu d'accouchement choisi

- **Déclaration de grossesse**

Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne le moment de déclaration de la grossesse en fonction du lieu d'accouchement choisi.

Cependant, 10 % des femmes avaient déclaré tardivement leur grossesse à la PBRD contre seulement 2 % à la MAC (cf. Tableau 3).

- **Professionnel choisi pour le suivi de la grossesse**

Les patientes suivies à la MAC avaient bien évidemment été majoritairement suivies par une sage-femme lors des 6 premiers mois de grossesse dans 82 % des cas contre 5 % à la polyclinique avec  $p < 0,001$ .

À l'opposé, les femmes ayant décidé d'accoucher à la maternité avaient opté pour un suivi par un médecin (généraliste ou gynéco-obstétricien), dans 95 % des cas (cf. Tableau 3).

- **Réaction à l'annonce de la grossesse**

Concernant la réaction provoquée par l'annonce de leur grossesse, il n'y avait pas de différence significative entre les deux structures (cf. Tableau 3).

- **Nombre de consultations de suivi effectuées**

Un quart des patientes suivies à la MAC environ (24 %) avaient déjà eu plus de 10 consultations de suivi lors du remplissage du questionnaire, contre 5% à la PBRD. La différence était significative ( $p=0,009$ ), les femmes suivies à la MAC avaient plus de consultations de suivi contrairement à celles qui avaient choisi la maternité (cf. Tableau 3).

- **Nombres d'échographies réalisées**

En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre le fait d'avoir choisi une des deux structures étudiées, et le fait d'avoir eu un plus grand nombre d'échographie ou non durant le suivi de la grossesse (cf. Tableau 3).

## 4. Accouchement

	MAC (n=45)	PBRD (n=64)	Test statistique
	%	%	p
Sans épisiotomie (n=44 et n=60)			0,07
Peu importe	0	8,33	
Oui	100	91,67	
<b>Sans péridurale (n=45 et n=62)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Peu importe	4,44	67,74	
Oui	95,56	32,26	
<b>Dans la position souhaitée (n=45 et n=62)</b>			<b>0,02</b>
Peu importe	2,22	16,13	
Oui	97,78	83,87	
<b>Sans intervention médicale (n=45 et n=62)</b>			<b>0,002</b>
Non	0	17,74	
Oui	100	82,26	
<b>Dans une atmosphère intime (n=44 et n=62)</b>			<b>0,04</b>
Peu importe	2,27	14,52	
Oui	97,73	85,48	
Sortie du bébé (n=45 et n=63)			0,06
Peu importe	13,33	28,57	
Par la mère elle-même	86,67	71,43	
Décisionnaire à égal de l'équipe médicale (n=45 et n=61)			0,05
Plutôt pas d'accord	4,44	16,39	
D'accord	85,56	83,61	

Tableau n°4 : Conception de l'accouchement en fonction du lieu d'accouchement choisi

- **Accouchement idéal**

De manière générale, il existe une différence significative entre les 2 groupes de patientes (cf. Tableau 4). En effet, lorsqu'on demandait aux patientes, si dans leur idéalisation de l'accouchement il y aurait :

- Une épisiotomie, ou une intervention médicale, aucune patiente de la MAC ne répondait favorablement ; les seules patientes n'ayant pas montré d'intérêt à ces pratiques ou non provenaient toutes de la PBRD.
- Une péridurale, 68 % des patientes de la polyclinique la souhaitaient alors que seulement 4 % des patientes de la MAC y étaient favorables.

Par ailleurs, seulement 2 % des patientes de la MAC étaient indifférentes au fait que leur accouchement se déroule dans la position qu'elles désirent ou dans une atmosphère intime, contre environ 15 % des patientes qui avaient choisies d'accoucher à la maternité .

- ***Actrice plutôt que spectatrice***

Il n'y avait pas de différence significative concernant le souhait d'être actrice de la naissance de son enfant plutôt que spectatrice en fonction du lieu de l'accouchement choisi.

Par contre, dans ces deux cas,  $p$  est très proche voir égal à 0.05. Ainsi, nous pouvons nous demander si l'absence de significativité n'est pas due à la taille de notre échantillon.

En effet, si nous regardons de plus près les résultats, nous pouvons noter que la différence de point de vue observée au paragraphe précédent, est ici aussi constatée. En effet, nous observons que les patientes qui n'étaient pas vraiment d'accord avec l'idée de sortir elle-même leur bébé, ou d'être décisionnaire à l'égal de l'équipe médicale, étaient plus nombreuses dans le groupe des femmes qui avaient décidé d'accoucher à la maternité (respectivement à 29 % et 16 % contre 13 % et 4 % des femmes de la MAC) (cf. Tableau 4).

## 5. Post-partum

	MAC (n=45)	PBRD (n=64)	Test statistique
	%	%	p
<b>Allaitement maternel (n=45 et n=63)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Oui	100	65,08	
Non ou ne sais pas	0	34,92	
<b>Administration des vitamines (n=45 et n=63)</b>			0,28
Oui	53,33	42,86	
Non ou ne sais pas	46,67	57,14	
<b>Vaccinations (n=45 et n=63)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Non	31,11	4,76	
Oui	37,78	77,78	
Ne sait pas	31,11	17,46	
<b>Professionnel choisi pour le suivi du nouveau-né (n=45 et n=63)</b>			<b>&lt;0,001</b>
Sage-Femme	71,11	12,7	
Médecin généraliste	4,44	20,63	
Pédiatre	8,89	50,79	
PMI	2,22	4,76	
Ne sait pas	13,33	11,11	
<b>Mode de garde (n=45 et n=62)</b>			0,09
Intrafamilial	46,34	33,9	
Nounou ou assistante maternelle agréée	24,39	45,76	
Crèche	29,27	20,34	
<b>Reprise du travail (n=45 et n=63)</b>			NC
Non	4,44	7,94	
Oui, mais à temps partiel	42,22	30,16	
Oui, à temps complet	53,33	61,9	
<b>Moment de reprise du travail prévu (n=42 et n=58)</b>			<b>0,01</b>
Après le congé maternité	30,95	56,9	
Après un congé plus long	69,05	43,1	

Tableau n°5 : Idée du post-partum en fonction du lieu d'accouchement choisi

- **Allaitement maternel**

Toutes les femmes ayant choisi d'accoucher à la MAC avaient prévu d'allaiter leur enfant ( $p < 0,001$ ) (cf. Tableau 5).

- **Vitamines**

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'administration des vitamines K et D à leur nouveau-né (cf. Tableau 5).

- ***Vaccinations***

Les femmes suivies à la MAC avaient prévu de refuser la vaccination pour leur nourrisson dans 31 % des cas versus 5 % à la PBRD. A l'opposé, 78 % des femmes qui accoucheront à la maternité voulaient vacciner leur enfant, versus 38 % des patientes de la MAC. La différence est significative avec  $p < 0,001$  (cf. Tableau 5).

Les femmes ayant choisi la MAC étaient plus souvent anti-vaccination.

- ***Professionnel choisi pour le suivi du nouveau-né***

Les patientes de la MAC choisissaient les sages-femmes pour le suivi de leur bébé dans 71 % des cas contre 13 % des femmes de la PBRD. La différence était significative avec  $p < 0,001$  (cf. Tableau 5).

A l'inverse, les médecins étaient choisis en majorité par les femmes de la polyclinique :

- médecin généraliste : 21 % des femmes issues du groupe PBRD envisageaient cette possibilité contre 4 % des patientes de la MAC.
- Pédiatre : 51 % des femmes de groupe PBRD optaient pour ce choix contre 9 % des femmes suivies à la MAC.

Les femmes ayant été suivies pendant leur grossesse par une sage-femme avaient tendance à vouloir faire suivre leur enfant par une sage-femme alors que celles ayant été suivies par un médecin se tourneraient vers un médecin pour le suivi de leur bébé.

- ***Mode de garde***

En ce qui concerne le mode de garde, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes (cf. Tableau 5).

- ***Reprise du travail et à quel moment***

Concernant la reprise du travail, le test de Khi-2 ne convenait pas dans ce cas car la variable correspondant aux femmes qui n'avaient pas prévu de reprendre leur activité avait un effectif théorique inférieur à 5 dans chaque groupe. Par ailleurs le test de Fisher ne pouvait être réalisé car le nombre de variable était trop important.

Cependant, parmi les femmes désireuses de reprendre une activité professionnelle, 57 % des patientes suivies à la PBRD avaient prévu de le faire dès la fin de leur congé maternité alors que 69 % des femmes suivies à la MAC pensaient reprendre leur activité après un congé de plus longue durée avec  $p = 0,01$  (cf. Tableau 5).

En somme, les patientes ayant décidé d'accoucher à la MAC présentaient des caractéristiques différentes de celles des femmes suivies à la maternité, comme :

- l'habitat : elles étaient plus souvent éloignées de Lormont, où le prix de l'habitat peut parfois être plus élevé et entraînant le fait qu'elles vivaient majoritairement en appartement ;
- le niveau d'étude et la profession exercée étaient généralement plus élevés ;
- le nombre d'enfant avant cette grossesse : le plus fréquemment c'étaient des primipares ;
- la méthode de contraception avant cette grossesse : majoritairement des méthodes naturelles ou le préservatif ;
- la consommation d'alcool et de cannabis avant cette grossesse étaient plus fréquente ;
- le mode alimentaire et le suivi médical étaient moins « classiques » ;
- le professionnel choisi pour le suivi de la grossesse et du nouveau-né qui était la sage-femme avant tout ;
- le nombre de consultation de suivi était plus élevé ;
- l'idéalisation de l'accouchement était mieux défini avec une place de la femme plus marquée ;
- l'allaitement maternel était désiré par toutes ;
- la vaccination était rejetée par la majorité;
- la reprise d'une activité était d'avantage souhaitée après un congé de plus longue durée qu'un simple congé maternité proposé par le système de soin français.

## **DISCUSSION**

## 1<sup>ère</sup> partie : Les différents lieux d'accouchement

Mon étude a comparé une maternité privée de type I à un plateau physiologique, équivalent d'une maison de naissance expérimentale, tous deux situés à Lormont en Gironde. Au total 109 femmes y ont participé. L'enquête nationale périnatale 2016 a porté sur la totalité des naissances dans les maternités publiques et privées françaises. Sur les 517 maternités en activité en France (métropole et DROM), quatre maternités de métropole (de statut privé à but lucratif) ont refusé de participer à l'enquête; au total, 13 133 femmes étaient donc éligibles pour l'enquête nationale de 2016 (13).

Il faut noter que dans l'enquête périnatale, les maisons de naissances n'ont pas été incluses, ces dernières n'étant pas encore autorisées à fonctionner à titre expérimental au moment de la réalisation de l'enquête. Les accouchements à domicile n'ont pas non plus été comptabilisés sauf si une prise en charge hospitalière avait lieu par la suite.

Pour ma part, j'ai choisi de ne pas questionner les femmes ayant choisi d'accoucher à domicile pour une raison statistique pure. En effet, à ce jour, on estime qu'en France environ 1 % des accouchements ont lieu hors maternité. Une évaluation qui comprend les accouchements inopinés dans les camions de pompiers ainsi que ceux programmés à domicile. Comme vous avez pu le lire précédemment, à Lormont, centre de mon étude, il y a un millier d'accouchement en maternité pour une centaine en « maison de naissance ». En émettant l'hypothèse que le nombre d'accouchement soit régulier tout au long de l'année, sur 6 mois je n'aurai pu espérer interroger que moins d'une dizaine de parturientes ayant opté pour l'accouchement à domicile. Malheureusement, statistiquement parlant, moins de 10 personnes dans un groupe aurait rendu mes résultats en analyse bi-variée ininterprétables.

Selon l'enquête nationale, les caractéristiques du lieu d'accouchement ont beaucoup changé. Cette évolution fait suite à une concentration des naissances dans les maternités spécialisées de type II et III, publiques, et de grandes tailles, observée depuis une longue période.

Entre 2010 et 2016, la proportion des accouchements dans les maternités privées est ainsi passée de 28,4 % à 23,4 %, et celle dans les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de 17,7 % à 19,8 %. Les accouchements sont également moins nombreux dans les maternités de type I. Par ailleurs, la proportion des accouchements dans les maternités de plus de 3 000 accouchements par an est passée de 18,7 % à 29,0 %. Ceci correspond à l'évolution de la structure des établissements décrite au tout début de mon introduction(13).

## 2ème partie : Les caractéristiques des femmes choisissant la MAC

En comparant nos deux groupes MAC versus PBRD, nous avons pu constater des différences qui nous permettent de dégager quelques caractéristiques appartenant aux patientes suivies à la MAC, ce qui nous aidera à comprendre leur choix.

### 1. Caractéristiques démographiques, sociales et économiques

#### *a. Âge identique, mais plutôt avancé*

La moyenne d'âge des patientes de notre étude était de 31,7 ans. Les âges extrêmes étaient de 21 et 43 ans. La majorité des femmes étudiées avaient entre 30 et 35 ans.

Dans l'ENP 2016, un tiers des femmes avaient entre 30 et 34 ans au moment de l'accouchement, 4,1 % avaient 40 ans ou plus et 2,0 % avaient moins de 20 ans. La population de notre étude suit la même courbe.

Entre 2010 et 2016, la part des accouchements chez les femmes âgées de 35 ans ou plus a augmenté, passant de 19,3 % à 21,3 %. Cette tendance s'inscrit dans une évolution de long terme, car l'âge des mères au moment de l'accouchement augmente de manière continue depuis le début des années 1980 dans les statistiques de l'état civil ; les données de l'INSEE montrent en effet que l'âge moyen des mères (pour les naissances vivantes) est passé de 26,5 ans en 1977 à 29,5 ans en 2003, 29,9 ans en 2010 et 30,4 ans en 2016 (13).

#### *b. Situation conjugale stable*

La grande majorité des femmes de notre étude n'étaient pas seules : elles étaient majoritairement en concubinage, ou alors dans un moindre degré, mariées ou pacsées. Par ailleurs, nous avons remarqué que toutes les patientes célibataires appartenaient au groupe suivi à la polyclinique.

Dans le rapport de l'ENP, nous pouvons lire que la proportion de femmes mariées au moment de la naissance de leur enfant a diminué de manière importante entre 2010 et 2016, passant de 47,5 % à 40,6 %. Elle atteint un niveau voisin à celui des femmes pacsées (41,3 % des accouchements en 2016). Cette baisse de la part des naissances chez des femmes mariées s'observe depuis près de 30 ans ; ainsi en 1980, 88,6 % des femmes étaient mariées au moment de la naissance selon les données de l'état civil.

La part des femmes vivant seule a diminué entre 2010 et 2016, passant de 7,0 % à 5,2 % au niveau national ; mais cela pourrait être en partie expliqué par la formulation différente des questions entre les deux enquêtes : en 2010, certaines femmes en couple mais ne partageant pas le même logement que leur partenaire pourraient avoir déclaré ne pas vivre en couple (13).

### ***c. Lieu d'habitation plus éloigné***

De manière générale, en France, le temps parcouru par les femmes pour aller accoucher n'a pas changé depuis 2003. Entre 1998 et 2003, il avait été constaté que la diminution du nombre de maternités n'avait pas beaucoup affecté les distances parcourues pour aller accoucher, mais cela avait réduit de manière importante le nombre de maternités à proximité de la résidence des femmes, limitant ainsi leurs possibilités de choix (13).

Concernant le lieu d'habitation des patientes de notre étude, nous avons constaté que les parturientes suivies à la MAC habitaient majoritairement des communes de Rive gauche. N'ayant pas d'autre plateau physiologique dans la région bordelaise, le fait que les patientes choisissant la MAC viennent de plus loin peut accentuer l'idée que c'est une véritable décision mesurée de venir accoucher dans cette structure alors qu'elles auraient d'autres structures d'accueil plus proches de leur domicile.

Par ailleurs, nous avons aussi noté que c'est dans ce groupe que les femmes vivaient majoritairement dans des appartements. Ceci peut s'expliquer par le prix de l'immobilier dans la région bordelaise. En effet, une maison à Lormont et ses alentours a un prix comparable aux appartements de la capitale girondine et ses environs proches.

### ***d. Situation Sociale égalitaire***

En France, grâce à l'ENP 2016, nous avons pu voir que la couverture sociale des femmes au début de la grossesse est restée relativement stable : la part des femmes n'ayant pas de couverture sociale en début de grossesse (1,4 %) n'a pas augmenté de manière significative entre les deux enquêtes, ni la part des femmes bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME) ou de la Couverture maladie universelle (CMU) qui sont respectivement de 1,1 % et 11,7 %. La plupart des femmes ont une couverture maladie complémentaire : pour 82,1 % des femmes, il s'agit d'une mutuelle ou d'une assurance privée et pour 9,2 % de la CMU complémentaire (13).

Dans notre étude nous avons aussi pu observer que toutes les femmes disposaient d'une couverture sociale. Cependant, les patientes bénéficiaires de la CMU appartenaient au groupe suivi à la maternité. Ce constat a aussi pu être fait pour la CMU complémentaire. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les patientes de la MAC ont des revenus plus élevés, ou alors que l'accès à la maison de naissance n'est pas adapté pour les patientes avec

des revenus plus faibles (nous rappelons que 500€ doivent être fournis en supplément sans aucune prise en charge financière de remboursement pour assurer les gardes des sages-femmes libérales).

#### ***e. Niveau d'étude plus élevé***

L'ENP 2016 a permis de constater que le niveau d'études des femmes continue d'augmenter : la part des femmes ayant suivi des études au-delà du baccalauréat est passée de 42,8 % en 2003 à 52,1 % en 2010 et est actuellement de 55,4 %. L'augmentation est particulièrement forte chez les femmes ayant un niveau d'études supérieur ou équivalent à BAC+5, dont la part est passée de 12,9 % à 17,9 % entre 2010 et 2016. Ceci est le résultat de l'allongement des études chez l'ensemble des jeunes depuis plusieurs décennies, particulièrement sensible chez les femmes (13).

Dans notre étude, les patientes du groupe de la MAC semblaient faire partie de cette tendance en ayant réalisé un parcours scolaire plus élevé que celles du groupe de patientes suivies à la PBRD, avec une différence particulièrement forte pour un niveau d'étude supérieur ou égal à BAC+5.

#### ***f. Profession de meilleure qualité***

En France, en 2016, 68,1 % des femmes avaient un emploi à la fin de leur grossesse. En très nette hausse entre 1998 et 2010, période durant laquelle il était passé de 61,3 % à 70,2 %, ce taux a diminué depuis. Au total, la part des femmes actives (occupées ou non) dans l'ENP 2016 est de 84,9 %, soit proche du taux de 83,3 % estimé par l'Enquête Emploi 2015 de l'INSEE dans la population des femmes de 25 à 49 ans (13).

Ces chiffres sont similaires dans notre étude.

Par contre, au niveau de la qualité de l'emploi une différence a pu être notée. En effet, les patientes du groupe de la MAC avaient plus souvent des métiers indépendants (cadre d'entreprise, métiers libéraux, etc.).

En revanche, une hausse du pourcentage de femmes au chômage est également observée, atteignant 16,8 % en 2016 contre 12,8 % en 2010. De plus, ce taux est plus élevé dans notre population que parmi les femmes de 25-49 ans de l'enquête emploi de l'INSEE, où il atteignait 9,1 % en 2015. Cette différence peut s'expliquer par la grossesse, en raison des difficultés à trouver ou conserver un emploi durant cette période. Les chiffres de notre étude sont comparables à ceux retrouvés dans l'ENP 2016, et nous pouvons même ajouter que celui-ci atteint de manière homogène les 2 groupes, et ce indépendamment du niveau d'étude et de la profession exercée (13).

### ***g. Situation économique probablement plus confortable***

Dans l'ENP 2016, tout comme dans notre étude, les ressources des femmes ont été décrites au niveau du ménage, c'est-à-dire en tenant compte des ressources de l'ensemble des personnes qui partageaient le même logement qu'elles. Elles comprennent les revenus provenant d'une activité professionnelle (salaire, honoraires, etc.), et les revenus provenant d'aides sociales (l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) (ou allocation chômage), la prime d'activité et le Revenu de Solidarité Active (RSA) avant 2016, et d'autres aides (allocation aux adultes handicapés, aides familiales ou associatives etc.)).

Au total, dans l'ENP 2016, 27 % des ménages ont perçu une aide financière de l'état, et 71,8 % ont eu des ressources issues d'un travail (13).

Dans notre étude, les résultats suivaient la même tendance sans montrer de différence significative entre les deux groupes étudiés. Cependant, nous pouvons nuancer ces résultats en notant que la question posée s'intéressait uniquement à la source des revenus du foyer et non pas à la quantité de ces revenus. En effet, comme vu précédemment, les femmes de la MAC ont un niveau d'étude et une qualité d'emploi plus élevés que les patientes de la PBRD, ainsi nous pourrions nous attendre à ce que leurs revenus soient eux aussi plus élevés (ce qui rejoindrait le fait qu'elles puissent se permettre de faire le choix de cette structure où 500€ doivent être déboursés, et qu'aucune femme de ce groupe ne dispose d'une CMU ni même d'une CMUc).

## **2. Santé avant la grossesse**

### ***a. Primiparité***

Dans l'enquête nationale, 42,2 % des femmes accouchaient pour la première fois et 35,6 % pour la deuxième fois. Cette tendance est aussi retrouvée dans notre étude où il y avait autant de primipares que de multipares (13).

Cependant, nous avons pu constater que les femmes choisissant la MAC étaient majoritairement des primipares.

### ***b. Contraception non hormonale et naturelle***

Lors de l'ENP il a été constaté que la plupart des femmes avaient déjà utilisé une méthode de contraception avant la grossesse sur laquelle portait l'enquête. Cette proportion est restée inchangée depuis 2010, égale à 91,7 % en 2016. Il en était de même dans notre étude.

Bien que la pilule reste la principale méthode de contraception utilisée avant la grossesse, son usage a nettement diminué entre 2010 et 2016, passant de 73,8 % de femmes utilisatrices d'une contraception orale à 62,8 %. Cette baisse est compensée par l'adoption d'autres méthodes hormonales et non hormonales, comme le dispositif intra-utérin (DIU) (dont la part a augmenté de 4 points de pourcentage) ou encore l'implant, le patch ou l'anneau vaginal (2,3 points en plus). Le recours au préservatif masculin est également plus fréquent (2,9 points en plus), ainsi que l'utilisation de méthodes « naturelles » de régulation des naissances (retrait et abstinence périodique, 1,9 points en plus) (13).

Les résultats de notre étude suivent les mêmes tendances, en étant bien plus marqué au niveau du groupe de la MAC. En effet, dans ce groupe, les méthodes naturelles et le préservatif étaient bien plus utilisés.

La diminution du recours à la pilule est observée en France chez l'ensemble des femmes depuis le début des années 2000, bien avant le débat médiatique de 2012 autour des pilules contraceptives de 3ème et 4ème génération. D'après l'étude FECOND, ces débats n'auraient pas entraîné une désaffection des femmes vis-à-vis de la contraception mais un changement dans les méthodes utilisées, selon les mêmes tendances que celles rapportées dans notre enquête (augmentation du recours au DIU, au préservatif et aux méthodes « naturelles » de régulation des naissances). L'évolution observée pourrait également résulter des recommandations de la HAS de 2013 qui conseillent aux professionnels de santé de chercher avec la femme la méthode de contraception qui convienne le mieux à sa situation personnelle.

Lors de l'ENP, la majeure partie des femmes (78,1 %) déclarait avoir arrêté leur contraception dans le but d'avoir un enfant mais ce pourcentage a diminué entre 2010 et 2016, alors que la part des accouchements faisant suite à une grossesse sous contraception a augmenté, passant de 7,4 % à 9,3 %. Parmi les femmes ayant déclaré avoir arrêté leur contraception pour un autre motif (12,6 %), la contraception utilisée pouvait être jugée non adaptée pour près de 66 % des femmes (contre-indication médicale, difficultés d'observance, mauvaise tolérance) (13).

Les résultats de notre étude concordent là aussi avec ces constatations nationales.

### ***c. Des consommations addictives plus élevées***

Lors de mon étude, je m'intéresse à la santé de la femme et donc à ses consommations avant la grossesse en cours.

Concernant le tabagisme, il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes. Ceci est tout à fait explicable par le fait que le tabagisme touche tout le monde de manière homogène comme nous le savons, même si on a pu constater que sur l'ensemble des répondantes, les non consommatrices étaient les plus nombreuses.

Par contre, concernant l'alcool la majorité en était consommatrice plus ou moins fréquemment. Au sein des usagères, nous avons pu constater que la plus grande partie était constituée de femmes suivies à la MAC.

Concernant la consommation de Cannabis, les résultats ne nous ont pas permis de conclure entre les deux groupes, mais les chiffres auraient tendance à nous faire penser que les consommatrices étaient plus nombreuses à la MAC.

L'étude périnatale de 2016 s'est intéressée aux consommations poursuivies durant la grossesse. Elle a pu constater que la récente hausse des prix du tabac, les nombreuses campagnes d'information ou encore le triplement du forfait mis en place par l'Assurance maladie pour le remboursement des substituts nicotiques chez la femme enceinte (septembre 2011) ne semblaient pas avoir eu d'effet sur la consommation de tabac durant la grossesse. À noter que d'autres mesures annoncées en septembre 2014 dans le programme national de réduction du tabagisme n'étaient pas encore en vigueur au moment de la réalisation de l'enquête (paquet de cigarettes neutre, implication plus importante des professionnels dans la lutte contre le tabagisme, amélioration du remboursement des substituts nicotiques, élargissement de l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac, etc.).

Les données de l'enquête montraient également que si les professionnels de santé portaient une certaine attention au tabagisme pendant la grossesse, près de 80 % des femmes rapportant avoir été interrogées sur leur consommation de tabac durant la grossesse, ils étaient peu nombreux à donner des conseils aux fumeuses pour l'arrêt du tabac ; en effet,

seulement 46,3 % des femmes ayant fumé à un moment quelconque de leur grossesse disent avoir reçu des conseils sur l'arrêt du tabac.

Par ailleurs, alors que la toxicité de la consommation d'alcool durant la grossesse est bien établie, particulièrement pour les fortes doses (syndrome d'alcoolisation fœtale, augmentation du risque de mortinatalité), les professionnels de santé semblent prêter moins d'attention à la consommation d'alcool qu'à celle de tabac, puisque 67,1 % des femmes déclarent avoir été interrogées sur leur consommation d'alcool pendant la grossesse, et que moins d'un tiers disent avoir reçu la recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant leur grossesse.

Pour finir, le cannabis représente la principale drogue illicite consommée en France ; dans l'enquête nationale, 2,1 % des femmes ayant répondu au questionnaire auto-administré avaient déclaré qu'il leur était arrivé de consommer du cannabis pendant leur grossesse. À titre de comparaison, en France, 9 % des femmes de 26-34 ans et 4 % des 35-44 ans avaient déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois dans l'année en 2014 et 2016. Il est difficile de comparer la fréquence des consommatrices de cannabis durant la grossesse entre 2010 et 2016, le mode de recueil de l'information ayant changé entre les deux enquêtes : en 2010, la question était posée aux femmes lors de l'entretien, pouvant être à l'origine d'une sous-déclaration de la consommation, dans la mesure où la consommation de drogue est formellement déconseillée pendant la grossesse et que l'enquête avait lieu en milieu médical (13).

A partir des données de notre étude, on constate qu'il existe des consommatrices dans toutes les structures et peut être même un peu plus en maison de naissance, il est important que ce sujet soit abordé tout au long de la grossesse et ce à chaque consultation, peu importe le terme, afin d'aider au mieux les patientes à suspendre leurs consommation durant leur grossesse (au minimum).

#### ***d. Alimentation et suivi médical alternatifs***

Dans notre étude, nous avons pu constater que les femmes choisissant la MAC avaient plus fréquemment une alimentation spécifique. Dans le même état d'esprit, nous avons remarqué que les femmes choisissant la MAC avaient majoritairement un suivi médical non conventionnel.

Le même constat avait été fait lors de l'étude qualitative française de 2015 faite auprès des femmes ayant choisi la maison de naissance pour leur accouchement. En effet, il avait été noté que comparé à la population générale, ces femmes témoignaient d'un rapport particulier au système de soins car la majorité d'entre elles consultaient rarement leur médecin traitant (moins d'une fois par an) et consommaient peu de médicaments

allopathiques. En revanche, presque toutes avaient recours régulièrement aux médecines alternatives telles que l'homéopathie ou encore l'acupuncture (10).

Tout ceci s'inscrit dans un mode de vie en accord avec des convictions écologistes.

### ***e. Une possible fragilité psychologique plus fréquente***

Pour cette partie, tout comme pour la partie concernant les addictions, dans notre étude nous nous sommes intéressés aux antécédents des femmes qui précédaient la grossesse en cours.

En ce qui concerne les antécédents psychologiques des patientes ayant répondu au questionnaire, on ne note pas de différence significative entre les 2 groupes. Cependant, comme dit précédemment cela ne veut pas dire qu'il n'y avait pas de différence, et il est probable que la significativité ne soit pas atteinte à cause de la taille de l'échantillon.

En effet, en regardant les chiffres, on peut constater que les futures mères ayant reconnu avoir eu des antécédents psychologiques ou même avoir été victimes de violence physique appartenaient majoritairement au groupe des patientes ayant choisi d'être suivie à la MAC. En contrepartie, les femmes ayant déjà fait une dépression étaient majoritairement des patientes de la PBRD.

Lors de l'ENP 2016, sur le plan psychologique, 29,6 % des femmes avaient déclaré avoir eu, durant leur grossesse un des symptômes principaux des troubles dépressifs selon le DSM (Manuel Diagnostic des Troubles Mentaux). Dans l'enquête Anadep, réalisée en 2005 en population générale et utilisant ces mêmes questions, 54,5 % des femmes de 15 à 75 ans déclaraient l'un ou l'autre de ces deux symptômes au cours de l'année écoulée. Les différences observées entre les deux enquêtes sont difficiles à interpréter en raison des différences dans le type de population interrogée et du contexte particulier de la grossesse.

La part des femmes déclarant avoir consulté un professionnel pour des difficultés psychologiques durant leur grossesse était faible, compte tenu de la situation précédemment décrite, mais elle a augmenté depuis 2010, de 4,8 % à 6,4 % ; ces femmes ont consulté le plus souvent un psychologue ou un psychothérapeute.

Une étude réalisée à partir des données de l'ENP 2010 rapportait une association forte entre un niveau socio-économique élevé des femmes et une plus forte probabilité de consulter un professionnel de santé pour des difficultés psychologiques. Pour autant, les femmes en situation sociale défavorisée ont un risque accru de mal-être psychologique durant la grossesse.

Parmi les répondantes au questionnaire auto-administré, 1,7 % rapportaient avoir subi des violences physiques durant la grossesse. L'auteur et le contexte des violences ne sont pas connus, et leur fréquence était probablement sous-estimée dans l'enquête. Une

seule question sur les violences physiques était posée et le questionnaire n'était pas conçu pour faire émerger progressivement des situations de violence et favoriser la remémoration d'événements survenus dans les premiers mois de grossesse. De plus, les modalités de recueil ont pu avoir un effet : il était demandé à l'enquêteur de ne pas distribuer le questionnaire-auto administré à la femme, si elle n'était pas en mesure de le remplir seule, ou s'il y avait une tierce personne dans la chambre. C'est une chose à laquelle nous n'avons pas fait attention lors de la distribution de notre questionnaire, et nous avons pu remarquer qu'il y avait des données manquantes sur cet item.

En population générale, les résultats de l'étude ENVEFF, conduite en 2000, montraient que 4 % des femmes de 20-59 ans interrogées avaient subi au moins un acte d'agression physique (coups, brutalités physiques, menaces avec une arme) au cours des douze mois précédant l'enquête, dont 2 % à plusieurs reprises. L'étude « Cadre de vie et sécurité » réalisée par l'INSEE rapportait un taux de 4,7 % dans les deux ans précédant l'enquête chez les femmes de 18 à 75 ans (13).

A noter que nos chiffres étaient bien plus élevés que les pourcentages nationaux. Nous pouvons nous demander pourquoi existe-t-il un tel écart : taille de l'échantillon, liberté des femmes à répondre ouvertement, ou population plus atteinte ? En effet, une campagne contre le harcèlement des femmes et les comportements sexistes a eu lieu en 2017 à Bordeaux du fait du constat de l'ampleur de ce fléau dans la capitale girondine.

### **3. Suivi de la grossesse**

#### ***a. Déclaration de grossesse dès le 1<sup>er</sup> trimestre***

Lors de l'ENP 2016, seulement 0,6 % des femmes n'avaient pas déclaré leur grossesse et ce pourcentage était stable depuis 1998. Alors qu'une hausse des déclarations tardives (deuxième et troisième trimestre) avait été observée entre 2003 et 2010, cette fréquence n'a pas augmenté en 2016, où 7,3 % des femmes étaient concernées (6,2 % ayant déclaré leur grossesse au deuxième trimestre et 1,1 % au troisième trimestre) (13).

Les résultats de notre étude concordent avec l'enquête nationale. En effet, nous avons pu constater qu'aucune parturiente ayant répondu au questionnaire n'avait pas déclaré leur grossesse. Cependant dans 6.48 % des cas cette déclaration avait été faite de manière tardive, et ce majoritairement dans le groupe des patientes de la PBRD.

Comme nous avons vu précédemment que les femmes de la MAC arrêtaient majoritairement leur contraception dans le souhait d'une grossesse, nous pouvons ici étendre l'hypothèse au fait qu'elles ont un projet de grossesse mieux défini permettant ainsi la découverte de leur grossesse dès le premier trimestre avec la déclaration immédiate.

En effet, en ce sens, nous pouvons lire dans le rapport de l'ENP 2016 que près de 38 % des déclarations tardives pouvaient être expliquées par une découverte tardive de la grossesse, et 13,4 % par le fait que les femmes ne savaient pas que la déclaration devait être réalisée au premier trimestre de la grossesse. Les difficultés pour obtenir un rendez-vous durant la période estivale, alors que les femmes étaient dans leur premier trimestre de grossesse, expliquent peu les déclarations tardives car seulement 5,6 % des femmes ont signalé avoir déclaré leur grossesse tardivement du fait d'un délai d'attente long pour obtenir un rendez-vous (13).

#### ***b. Elles choisissent les sages-femmes pour leur suivi***

L'ENP 2016 a pu faire remarquer que dans près de la moitié des cas (52,1 %) la déclaration de grossesse avait été effectuée par un gynécologue-obstétricien en ville, et pour 18,5 % des femmes par un généraliste. La part des déclarations de grossesse effectuées par une sage-femme a augmenté entre 2010 et 2016, de 1,1 % à 5,8 % pour les sages-femmes libérales et de 3,4 % à 7,4 % pour les sages-femmes en maternité.

Par ailleurs, pour le suivi de la grossesse, il a été remarqué que pour la moitié des grossesses, le principal responsable du suivi prénatal pendant les six premiers mois restait un gynécologue-obstétricien en ville, et pour respectivement 16,0 % et 14,8 % des grossesses, il s'agit d'un gynécologue-obstétricien et d'une sage-femme en maternité publique. La place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal a diminué depuis 2010, 19,3 % des

femmes ayant consulté un généraliste en 2016 contre 23,8 % en 2010, et la part des consultations auprès d'une sage-femme libérale a augmenté, passant de 16,0 % en 2010 à 25,2 % en 2016 (13).

Nos résultats sont en accord avec les constats nationaux. En effet, la plupart des patientes de notre étude avaient choisi d'être suivies par un gynécologue-obstétricien durant leur grossesse. Un tiers des femmes s'était tourné vers une sage-femme pour leur suivi de grossesse et notamment toutes les femmes ayant opté pour la MAC, et très peu s'étaient adressées à leur médecin généraliste.

Ces résultats concernant les professionnels consultés pourraient s'expliquer par des changements dans l'organisation de la surveillance prénatale dans certaines maternités publiques, qui offrirait une plus grande place en 2016 qu'en 2010 au suivi prénatal par des sages-femmes, notamment par celles exerçant en libéral. Cela pourrait être particulièrement le cas pour les maternités spécialisées de grande taille qui manquent de professionnels de santé et veulent assurer en priorité le suivi des grossesses pathologiques au sein de leur service. Cette évolution pourrait s'expliquer également par la hausse du nombre de sages-femmes exerçant une activité libérale, par la meilleure visibilité de leurs compétences, et aussi par la diminution du nombre de gynécologues et obstétriciens dans certains départements.

Ce dernier point serait donc favorable au maintien des maisons de naissance à la fin de leur expérimentation.

### ***c. Réaction positive à l'annonce de la grossesse***

Lors de l'ENP 2016, tout comme lors de notre étude, la plupart des femmes déclaraient avoir été « *heureuses d'être enceintes maintenant* » (72,5 % des femmes) , à la découverte de leur grossesse. Le pourcentage de femmes qui auraient souhaité être enceintes plus tard était aussi similaire à notre étude, et il aurait légèrement augmenté entre 2010 et 2016, passant de 10,3 % à 12,2 % (13).

### ***d. Nombre de consultations de suivi augmenté***

Selon l'ENP 2016, le nombre total de consultations prénatales n'a pas augmenté depuis 2010. Aujourd'hui, il est en moyenne de 10 et 45,6 % des femmes ont dix consultations ou plus durant leur grossesse (13).

Lors de notre étude, les trois quarts des patientes avaient déjà eu au minimum 7 consultations prénatales. Il faut rappeler que notre questionnaire avait été distribué au troisième trimestre, le chiffre de 7 consultations réalisées correspondant donc à la moyenne des 10 consultations sur le total du suivi de la grossesse.

Cependant un quart des patientes de la MAC avait déjà eu plus de 10 consultations de suivi lors du remplissage du questionnaire, ce qui nous permettait de constater que ces femmes avaient nettement plus de consultations de suivi que celles qui avaient choisi la maternité.

Cette différence est tout à fait discutable. En effet, les patientes suivies à la MAC sont suivies par l'équipe de sage-femme pour les consultations prénatales, mais aussi pour toutes les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Si on cumule les deux, le nombre de dix consultations est très vite atteint. Il est vrai que lors de la confection de ce questionnaire cette subtilité n'avait pas été précisée, et la confusion a pu être présente chez ces patientes.

### ***e. Nombre d'échographies de suivi augmenté***

En France, en l'absence de complication suspectée ou avérée, trois échographies sont systématiquement proposées. Cependant, lors des enquêtes nationales, il a été constaté que le nombre moyen d'échographies (donnant lieu ou non à la rédaction d'un compte rendu) était de 4,5 en 2003, 5,0 en 2010 et 5,5 en 2016 (13).

En effet, dans notre étude, nous avons pu constater que la moitié des patientes avaient toutes déjà eu les trois échographies alors que leur suivi n'était pas terminé. Par ailleurs plus d'un tiers des parturientes avait déjà eu plus de trois échographies durant leur suivi.

En constante augmentation depuis une décennie, nous pouvons nous interroger sur la réalité de ces échographies supplémentaires. Sont-elles nécessaires ? En effet, on a vu apparaître des échographies de 3D, souvenir, plaisir, ludique ou encore affective, les dénominations sont nombreuses mais la pratique reste la même : le but de cette imagerie n'était plus médical.

Face au développement de cette pratique, le Collège national des gynécologues avait interpellé les autorités fin 2011, au sujet des « échographies fœtales commerciales sans finalité médicale », indiquant que « les risques d'exposition prolongée aux ultrasons ne sont pas nuls, tout particulièrement sur le cerveau et l'œil du fœtus ».

C'est dans ce contexte que la HAS a rappelé en 2012 qu'une échographie fœtale comme acte médical est une échographie réalisée dans un but diagnostique, de dépistage ou de suivi et est pratiquée par un médecin ou une sage-femme. Enfin, la HAS demande aussi la poursuite de l'évaluation de l'ensemble des risques associés à la pratique des échographies fœtales (14).

## 4. Accouchement

Comme nous l'avons déjà vu, une enquête de périnatalité est réalisée en France tous les 5 ans environ depuis 1995. Le recueil porte sur des questions identiques auxquelles s'ajoutent des questions spécifiques en fonction des besoins propres à chaque période. C'est ainsi que l'enquête nationale périnatale 2016 se penche, tout comme notre travail, sur les grossesses à bas risque et sur la prise en compte des souhaits des femmes quant au déroulement de leur accouchement.

### *a. Accouchement idéal*

- ***Sans épisiotomie***

Dans notre étude, nous avons pu constater que si nous demandions aux femmes d'idéaliser leur accouchement, il se déroulerait, pour la plupart d'entre elles, sans épisiotomie. Nous avons surtout pu noter que pour les parturientes de la MAC ce n'était même pas envisageable.

Ces résultats vont dans le sens de l'ENP 2016 où il a été remarqué que la diminution de la fréquence des épisiotomies se poursuivait. Cet acte a très nettement diminué au cours du temps, puisqu'il était réalisé en 1998 chez 71,3 % des primipares et 36,2 % des multipares, et en 2010 chez 44,8 % des primipares et 14,4 % des multipares (Blondel et al., 2012), et en 2016, 34,9 % des primipares et 9,8 % des multipares ayant accouché par voie basse. Cette évolution fait suite à un consensus international sur l'absence de bénéfice d'une épisiotomie systématique dans la prévention des troubles périnéo-sphinctériens, et de la volonté des professionnels de répondre aux demandes des femmes (CNGOF, 2006). Elle ne s'accompagne pas d'une augmentation de la fréquence des lésions périnéales sévères (périnée complet ou complet compliqué) (13).

- ***Sans péridurale***

L'ENP 2016 a constaté que l'utilisation d'une analgésie péridurale (APD) chez les femmes qui ont eu un travail spontané ou déclenché (tentative de voie basse) a augmenté entre 2010 et 2016 (82,6 % des femmes ayant eu une tentative de voie basse, contre 78,1 % en 2010).

En 2016, plus de 35 % des femmes ont rapporté avoir utilisé une méthode non médicamenteuse pour gérer la douleur durant le travail, seule ou en association avec une analgésie médicamenteuse, comme une APD. Ce pourcentage était de 14,3 % en 2010. Les méthodes utilisées ainsi que leur efficacité prouvée sont très variées (marche, postures, hypnose, acupuncture etc.). Il est très probable que cette évolution soit à la fois le reflet de

modifications de pratiques au sein des maternités (qui proposeraient plus souvent aux femmes des méthodes alternatives ou complémentaires à l'APD), mais également le reflet de comportements différents des femmes entre les deux enquêtes : une demande plus importante de pouvoir utiliser des méthodes non médicamenteuses et une déclaration plus fréquente de leur utilisation (13).

En effet, nos résultats étaient en faveur de cette dernière hypothèse où toutes les femmes suivies à la MAC souhaitaient accoucher dans l'idéal sans APD.

- ***Dans n'importe quelle position***

Depuis des siècles, il existe une polémique concernant la position d'accouchement et notamment si la position verticale (assise, sur un tabouret d'accouchement ou une chaise, accroupie, à genoux) ou couchée (en position latérale, semi-allongée, de lithotomie, de Trendelenburg) présente des avantages pour les femmes accouchant.

En 2016, Cochrane a réalisé une méta-analyse à partir de trente essais portant sur 9015 femmes. Les comparaisons incluaient n'importe quelle position verticale, accroupie, avec des coussins d'accouchement, et des chaises de naissance par rapport aux positions couchées sur le dos.

Les résultats de cette revue suggèrent plusieurs avantages possibles pour la position verticale chez les femmes sans anesthésie péridurale, telles qu'une très légère réduction de la durée de la deuxième phase du travail (principalement pour le groupe primigeste), une réduction des taux d'épisiotomies et des accouchements assistés. Cependant, il existerait un risque accru de pertes de sang supérieures à 500 ml et il pourrait y avoir un risque accru de déchirures de second degré, bien que ce résultat ne soit pas certain. Compte tenu du risque de biais variable dans les essais examinés, de futures études faisant recours à des protocoles bien conçus sont nécessaires pour déterminer les véritables bénéfices et risques des différentes positions lors de l'accouchement (15).

De plus, lorsque nous avons demandé aux femmes de notre étude si lors de leur accouchement elles souhaitaient accoucher dans la position qu'elles désiraient, la plus grande majorité y avait répondu favorablement.

Pourtant, lors de l'ENP 2016, il a été noté que parmi les femmes ayant accouché par voie basse, au début des efforts expulsifs, près de 89 % étaient en décubitus dorsal (allongées ou semi-allongées) et 8,4 % en décubitus latéral (deuxième position la plus fréquemment utilisée). Par contre, au moment de l'expulsion, 95,5 % des femmes étaient sur le dos (13).

En effet, il ne faut pas oublier que l'enquête nationale n'a été réalisée que dans les maternités françaises où le choix de la position n'est pas donné (ou que très rarement) à la

patiente. Ainsi, après l'épisiotomie et la péridurale, la position des femmes lors de l'accouchement doit être, en mon sens, remise en question.

- ***Sans intervention médicale***

Lors de l'enquête de 2016, il a été constaté que la manière de prendre en charge le travail avait beaucoup évolué entre 2010 et 2016. Chez les femmes en travail spontané ou ayant eu un déclenchement du travail, on assiste à une diminution importante de l'utilisation de l'ocytocine, et une diminution importante des ruptures artificielles des membranes. Ces deux tendances sont complémentaires dans une perspective de diminution des interventions médicales réalisées durant le travail, et vont dans le sens des données scientifiques actuelles, qui recommandent de ne réaliser ces interventions qu'en cas de dystocie du travail. Cependant, la part des naissances par voie basse non instrumentale était similaire à celle rapportée en 2010.

Par ailleurs, en 2016, près de 60 % des naissances ont été réalisées par une sage-femme, soit une nette augmentation depuis 2010, où les sages-femmes ne réalisaient que 53,8 % des naissances. Cette différence ne peut pas s'expliquer par des modifications des pratiques médicales, car la part des accouchements par voie basse instrumentale ou celle des césariennes n'ont pas ou peu évolué entre les deux enquêtes. En cas de naissance par voie basse non instrumentale, la part des accouchements réalisés par une sage-femme est passée de 81,8 % des naissances en 2010 à 87,4 % en 2016. Cette variation s'explique notamment par une augmentation des accouchements par voie basse non instrumentale réalisés par une sage-femme dans le secteur privé (57,6 % des naissances en 2016 contre 45,4 % en 2010), en raison de changements dans l'organisation des soins dans ces maternités (13).

Ce dernier point est aussi en faveur du maintien des maisons de naissance après leur expérimentation car tout d'abord elles s'inscrivent dans cette tendance, mais aussi car nous remarquons que les femmes faisant ce choix de structure souhaitent toutes un accouchement sans intervention médicale.

- b. Actrice plutôt que spectatrice***

En 2016, lors de l'enquête nationale, très peu de femmes avaient déclaré être venues à la maternité avec des demandes particulières concernant le déroulement de leur accouchement : seules 3,7 % des femmes avaient rédigé un projet de naissance et 17,2 % avaient fait part de leurs demandes à l'arrivée à la maternité.

La part des femmes interrogées qui avaient des demandes et qui n'ont pas pu les exprimer aux professionnels de santé était faible (1,9 %). Parmi les femmes ayant émis des souhaits particuliers, 80,2 % ont estimé que l'équipe y avait répondu de manière très satisfaisante,

compte tenu du déroulement de l'accouchement. Seulement 14,6 % des femmes ne souhaitaient pas d'APD avant leur accouchement, et 21,1 % étaient indécises. Les femmes étaient globalement satisfaites de la méthode reçue pour gérer la douleur et pour les aider pendant les contractions (61,3 % étaient très satisfaites et 27,0 % plutôt satisfaites), mais il existe une marge de progression pour améliorer le confort des femmes durant le travail, puisque 11,7 % d'entre elles étaient peu ou pas du tout satisfaites de la méthode reçue (13).

Lorsque dans notre étude, nous avons posé la question aux femmes nous avons remarqué que la plupart d'entre elles aurait aimé sortir leur enfant elle-même ou alors que le papa le fasse plutôt que le camp médical. Dans le même ordre d'idée, le plus souvent, elles souhaitaient être décisionnaires au même titre que les soignants durant l'accouchement.

Ce point-ci aussi pourrait expliquer le choix que font les femmes en optant pour la maison de naissance.

En effet, pour résumer ces différents points, nous reprendrons les conclusions de la méta-analyse de Cochrane où il a été constaté que les environnements alternatifs (autrement dit les maisons de naissance) étaient associés à une baisse des probabilités des interventions médicales, une hausse des probabilités d'accouchements par voie basse spontanés et aussi mais surtout, une hausse de la satisfaction maternelle et ceci sans aucun risque apparent pour la mère (bien évidemment dans le cadre de grossesse à bas risque avec accouchement par voie basse non instrumentale) (11).

Selon ces résultats, ces critères seraient décisifs quant aux choix faits par les femmes en amont de l'accouchement.

## 5. Post-partum

### *a. Allaitement maternel*

Pour toutes les femmes suivies à la MAC, l'allaitement maternel était une évidence.

Pourtant l'ENP a pu constater que l'allaitement maternel à la maternité, exclusif ou non, avait légèrement diminué entre 2010 et 2016, passant de 68,7 % à 66,7 %, et restait faible en comparaison des autres pays européens. L'évolution la plus marquante concerne l'allaitement maternel exclusif : il avait augmenté à partir de 1995, et a baissé de manière importante entre 2010 et 2016, passant de 60,3 % à 52,2 %. Cette évolution pourrait être expliquée par une évolution des préférences des femmes entre les deux enquêtes ; elle met en avant la nécessité de poursuivre une politique active en faveur de l'allaitement maternel et de réfléchir à l'organisation du soutien à l'allaitement en suites de couches.

En 2016, un peu moins de 70 % des services déclaraient avoir au moins une personne référente pour l'aide à l'allaitement au sein de la maternité (consultante en lactation certifiée IBCL10 et/ou professionnel titulaire d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire), mais les données de l'ENP ne permettent pas de connaître les disponibilités de ces professionnels dans les services (13).

Le système des maisons de naissance avec le couple une femme/une sage-femme pourrait permettre de répondre à cette demande en proposant une aide adaptée et constante jusqu'à la fin du premier mois de vie du nouveau-né (date à laquelle le suivi de l'enfant par la sage-femme se termine).

Au-delà de tout ça, il ne faut pas oublier que selon le Plan National Nutrition Santé 2011-2015, il existe aussi des déterminants de l'allaitement maternel, liés exclusivement aux caractéristiques maternelles, dont (parmi d'autres) :

- l'âge (mère plus âgée)
- le statut (mariée)
- la parité (primiparité)
- le niveau d'étude (niveau de scolarité supérieur)
- le niveau socio-économique (plus élevé)
- une grossesse planifiée (16).

Effectivement, nous pouvons remarquer que ces déterminants sont identiques pour le choix du lieu d'accouchement en faveur d'une maison de naissance. Ceci concorde aussi avec le fait que toutes les femmes de la MAC avaient décidé d'allaiter.

## ***b. Vitamines***

Ce sujet n'a pas vraiment été abordé dans la littérature. Dans notre étude, nous avons pu constater que pour un peu plus de la moitié des futures mères il était certain qu'elles administreraient les vitamines à leur nouveau-né. En revanche un peu moins de la moitié des femmes interrogées ont répondu qu'elles ne savaient pas si elles les lui donneraient. Et ceci quel que soit le groupe auquel elles appartenaient.

Nous sommes probablement face à un biais de subjectivité. Effectivement, je pense que les femmes ont répondu « je ne sais pas », car elles ne savaient pas ce qu'étaient ces vitamines, quand étaient-elles données, pourquoi, comment, etc. C'est une information qui n'est délivrée à la maman qu'en post-partum, et une administration qui est imposée (de manière bénéfique) par le corps médical.

Au final très peu ont répondu négativement à cette question, et ce malgré la polémique médiatique de l'UVESTEROL de ces dernières années.

## ***c. Vaccination***

Dans notre étude, nous avons pu constater que la majorité des femmes souhaitait vacciner leur bébé, mais que les « anti-vax » appartenaient au groupe de la MAC.

La polémique médiatique des anti-vaccins est encore trop récente pour trouver des études scientifiques et rigoureuses sur les personnes membres de ce mouvement anti-vaccination, mais il a déjà été noté que c'était majoritairement des femmes. Ceci peut s'expliquer par le fait que, même de nos jours, ce sont souvent elles qui sont chargées de la santé de leur enfant, et qui sont présentes lors des consultations de vaccination.

Par ailleurs, précédemment, nous avons vu que les femmes suivies à la MAC présentaient des caractéristiques communes s'intégrant dans une dynamique écologiste, qui peut être aussi rejointe par certains « anti-vax » qui préféreraient se faire « vacciner » par homéopathie ou naturopathie.

## ***d. Suivi du nourrisson***

La moitié des femmes ayant répondu au questionnaire aurait aimé que leur bébé soit suivi par un médecin jusqu'à ses 1 mois, alors qu'un peu plus d'un tiers des patientes aurait souhaité que ce suivi soit effectué par une sage-femme. Parmi ces femmes, les trois quarts avaient choisi d'être suivies à la MAC pour leur grossesse.

Ainsi, les femmes ayant été suivies pendant leur grossesse par une sage-femme auraient tendance à faire suivre leur enfant par une sage-femme alors que celles ayant été suivies par un médecin se tourneraient vers un médecin pour le suivi de leur bébé.

Il n'est pas étonnant que le suivi du nourrisson par la sage-femme soit choisi par les femmes suivies à la MAC. En effet, elles ont tissé un lien de confiance fort avec ce professionnel de santé, mais aussi elles sont les rares patientes à savoir que les sages-femmes peuvent suivre leur enfant durant le premier mois de vie. Effectivement, le suivi médical d'un nouveau-né doit être effectué par un médecin dans l'idée populaire. Cela reste une des nombreuses capacités des maïeuticiennes mal reconnue.

### ***e. Mode de garde***

Avant mon étude, j'aurai pu émettre l'hypothèse que les femmes ayant choisi la MAC opteraient pour un mode de garde plus personnalisé : par un membre de la famille ou une nounou / assistante maternelle.

Cependant, les résultats de notre étude étaient plutôt homogènes. Je n'ai pas trouvé de littérature pouvant me permettre de comparer nos résultats. Cette absence de significativité est-elle réelle ou induite par un effet échantillon ?

Deuxièmement, nous avons remarqué que les patientes de la MAC avaient un niveau d'étude et professionnel plus élevé. Nous savons que les études supérieures induisent très souvent une mobilité des étudiants loin de leur maison familiale, et que l'acquisition d'un emploi, parmi les professions qualifiées de supérieures, peut aussi induire une migration des populations. Ceci pourrait être une explication au fait que le cadre familial ne puisse être plus souvent choisi.

Pour finir, dans le même état d'esprit, nous savons aussi que de plus en plus de crèches d'entreprises existent, s'adaptant ainsi au mieux aux emplois de chacun. Ceci peut aussi expliquer que les crèches soient autant représentées.

### ***f. Reprise du travail et à quel moment***

Dans notre étude, parmi les femmes désireuses de reprendre une activité professionnelle, nous avons constaté que plus de la moitié des patientes suivies à la PBRD avaient prévu de le faire dès la fin de leur congé maternité alors que deux tiers des femmes suivies à la MAC pensaient reprendre leur activité après un congé de plus longue durée.

En recoupant ce dernier résultat aux précédents, ceci peut tout à fait s'expliquer par le fait que les femmes de la MAC désiraient toutes allaiter. Par ailleurs, ceci va dans le sens de la méta-analyse Cochrane de 2016 qui conclut que les environnements alternatifs d'accouchements étaient associés à une probabilité accrue d'allaitement continu d'un à deux mois post-partum. Nous pouvons en déduire que la majorité des mères continueront d'allaiter au-delà de 2 mois, et comme nous savons qu'encore à l'heure d'aujourd'hui certains emplois ne sont pas compatibles avec l'allaitement maternel, celles-ci décident de prolonger leur congé.

## **3<sup>ème</sup> partie : Évaluation de la méthodologie de l'étude**

### **1. Points forts de l'étude**

Le principal point fort de cette étude est le taux de réponse à 100 % : tous les questionnaires distribués ont été analysés.

Ceci a pu être réalisé grâce à une méthode de collecte optimale et objective. Le questionnaire à choix multiple était distribué en main propre par une secrétaire, la patiente devait le remplir durant son temps d'attente pré-consultation, et le lui rendait quasi-immédiatement. Pour la MAC, il pouvait être rempli à domicile si la patiente le souhaitait mais comme les consultations sont multiples et répétées en fin de grossesse avec les sages-femmes, elle le lui rendait à la prochaine consultation.

Malgré le caractère très intrusif de notre questionnaire, tous ceux distribués ont été remplis, et on constate que nous avons très peu de données manquantes à chaque question. Les questions portant sur les caractéristiques sociodémographiques, et la santé avant la grossesse avec notamment les antécédents psychologiques, les antécédents de violences physiques reçues ou les consommations addictives auraient pu les dissuader de répondre. C'est sans doute grâce à l'anonymat du questionnaire que les patientes ont globalement bien répondu. Le questionnaire était aussi plutôt rapide et simple et elles avaient un temps d'attente avant la consultation suffisant pour pouvoir le remplir dans son intégralité sans pression.

L'étude réalisée grâce à un auto-questionnaire, rempli par les patientes elles-mêmes, rend le niveau de fiabilité des résultats plus important que si les données avaient été obtenues par un autre moyen.

Cette étude est prospective, et a donc un niveau de preuve élevé. De plus, aucune des questions ne demandait au patient un effort de mémoire, évitant ainsi tout biais de rappel.

## 2. Limites de l'étude

Les résultats de l'étude ont été obtenus grâce à 109 questionnaires. Ce nombre est sans doute trop faible. Ceci serait la cause d'un effet échantillon qui aurait rendu certains de nos résultats non significatifs alors qu'avec un échantillon bien plus important la différence aurait pu être remarquée.

De même, selon les questions et les variables, nous avons eu parfois des effectifs trop faibles pour pouvoir pratiquer notre test statistique et avoir des résultats interprétables. Ceci serait corrigé avec un échantillon plus important.

Par ailleurs, comme dans tout travail de recherche, mon étude comporte des biais. En effet, on y trouve :

- Un biais méthodologique, lié aux erreurs de méthodes utilisées en matière de recueil d'information. Par exemple, lors de la confection de question comptabilisant le nombre de consultations pré-natales, la différenciation des consultations de suivi de grossesse et de PNP n'avait pas été précisée, et la confusion a pu être présente chez les patientes de la MAC, pouvant biaiser mes résultats à ce sujet.
- Un biais de distribution, car les questionnaires étaient distribués par les secrétaires aux femmes répondant aux critères d'inclusion. De nombreuses femmes répondant à ces critères n'ont probablement pas reçu leur questionnaire en début d'étude car les secrétaires oubliaient de les distribuer au milieu de leur charge de travail déjà conséquente.
- Biais affectif, relatif aux sentiments et/ou aux émotions, qui a pu intervenir lors des questions concernant les antécédents de violences physiques, ou un manque de réponse plus important a été constaté par rapport aux questions précédentes et suivantes.
- Biais de désirabilité sociale, qui est induit par un comportement consistant à se montrer sous une facette positive lorsque l'on est interrogé, observé, etc. En effet, les patientes remplissaient les questionnaires à côté des secrétaires et le leur rendaient en main propre, donc même si les questionnaires étaient anonymes pour moi, ils l'étaient moins pour la patiente et le professionnel qui le lui proposait.

D'autre part, notre étude vise une population particulière, elle a été réalisée uniquement au niveau des structures de Lormont. Ces résultats ne peuvent pas être étendus à l'ensemble des femmes faisant le choix d'accoucher dans un environnement alternatif en France. En effet, les réponses des patientes de mon pré-test réalisé à Saint Palais dans le Pays Basque, me paraissaient différentes.

## **CONCLUSION**

L'objectif de mon étude était d'analyser les caractéristiques des femmes choisissant la maternité de la PBRD et celles choisissant la MAC. Grâce à une étude quantitative, transversale, descriptive et comparative réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué aux 109 patientes consultant ces structures (45 à la MAC et 69 à la PBRD) au cours de leur 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse entre juin et décembre 2017, j'ai pu conclure qu'il existait des différences entre ces 2 groupes.

En effet, les patientes ayant décidé d'accoucher à la MAC étaient majoritairement des primipares avec un niveau socio-démographique plus élevé, et des habitudes « alternatives » concernant leur santé avant leur grossesse (méthode de contraception naturelle ou préservatif, mode alimentaire ou suivi médical moins « classiques »...), mais avec une consommation d'alcool et de cannabis plus fréquente. Elles avaient décidé d'être suivi par une sage-femme, qu'elles consultaient plus fréquemment au cours du suivi. Elles exprimaient d'avantage leur souhait d'être actrice de leur accouchement, d'allaiter leur enfant, de ne pas le vacciner, et de reprendre une activité professionnelle après un congé de plus longue durée qu'un simple congé maternité.

Ainsi, j'ouvrirai ma réflexion sur le fait qu'une meilleure connaissance des caractéristiques de nos patientes est primordial, afin de fournir des soins de qualité, et adaptés.

Si nous reprenons la définition littéraire du mot « caractéristique », nous retrouvons l'idée que c'est un signe distinctif. Une caractéristique désigne ce qui constitue la particularité d'une personne ou d'une chose, ce qui la détermine. En effet, le terme caractéristique désigne, de manière générale, un élément qui permet de distinguer des objets ou des êtres de nature semblable. Chaque être humain présente ses propres caractéristiques émotionnelles, morales ou intellectuelles qui le distinguent de son voisin.

A notre époque, du fait de l'évolution de notre société, le développement personnel prend une place de plus en plus importante. Par exemple, si nous recherchons dans Google « caractéristiques des femmes », nous découvrons des articles dont les titres sont tels que « les 14 caractéristiques des femmes à succès », « les 17 caractéristiques d'une femme forte » ou encore « 5 caractéristiques des femmes les plus respectées ».

Pourquoi ? Car en communication, marketing ou autre, mieux nous connaissons notre client, plus nous lui proposons des produits qui lui conviennent, et plus il achète. Le client est satisfait et nous aussi.

La comparaison avec notre système de santé n'est pas évidente dans un premier temps. Cependant, une compréhension claire des caractéristiques des femmes choisissant un environnement alternatif pour leur accouchement est importante pour qu'elles aient accès à l'environnement de naissance le plus approprié, et cela pour obtenir des meilleurs résultats en matière de santé maternelle et fœtale.

En effet, nous sommes d'accord pour dire qu'une femme vivant bien sa grossesse est une femme qui consultera moins pour des événements intercurrents. Une femme qui est en confiance avec son soignant est une femme qui ne fera pas de nomadisme médical et ne multipliera pas les intervenants. Une femme qui a des convictions, qui est écoutée et entendue, est une femme satisfaite qui reviendra et recommandera à son entourage cette structure. Une femme qui a bien vécu sa grossesse et son accouchement rentrera plus facilement et probablement plus rapidement à domicile en suite de couche.

Effectivement, il ne faut pas oublier dans tout ça que les maisons de naissance ne sont ouvertes qu'à la demande : il s'agit donc d'un service de santé dit « ambulatoire », et donc plus économique. En réalité, lorsque la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a tracé les contours du système de santé français dans son édition 2015 des « chiffres clés », elle a constaté que l'HAD (hospitalisation à domicile), l'ambulatoire, et la télé médecine avaient le vent en poupe. Il était déjà noté à l'époque la forte augmentation de prise en charge ambulatoire en obstétrique, qui coïncide avec la création du PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile) en 2010 qui avait déjà pour objectif de diminuer les temps d'hospitalisation des patientes. En 2017, 57 % des naissances en France ont donné lieu à un accompagnement PRADO.

C'est ainsi, dans ce contexte socio-économique particulier, qu'il m'a semblé intéressant d'aborder le sujet des caractéristiques des femmes en fonction de leur choix (dans mon étude, choix du lieu d'accouchement mais qui peut s'étendre à bien d'autres choix comme le choix de l'allaitement maternel, etc.).

Du côté soignant il est primordial de s'adapter à nos patientes, et pour pouvoir le faire il est important de les connaître, de savoir qui elles sont, afin de fournir des soins de qualité, adaptés. Deuxièmement, il est politiquement ou plutôt économiquement important de comprendre clairement les caractéristiques de ces patientes afin de pouvoir développer des structures adaptées et ainsi continuer d'augmenter les prises en charge ambulatoires lorsque l'état de santé le permet bien sûr (nous rappelons que nous traitons ici uniquement des grossesses uniques à bas risque avec accouchement par voie basse sans aucune complication).

Cependant, j'ajouterai que pour cela il faudrait aussi modifier notre système de remboursement, car si nous pouvons autant avoir recours au Prado aujourd'hui c'est surtout grâce au fait que ce service soit pris en charge par la sécurité sociale. À l'heure actuelle, ce ne peut être le cas des maisons de naissance à cause des 500 € non remboursés à déboursier pour la permanence de soins des sages-femmes qui n'est pas accessible à toutes les familles.

En bref, si nous voulons rivaliser avec nos voisins néerlandais, il faudra y mettre les moyens.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Coulm B. Accoucher en France : prise en charge de la naissance en population générale. Santé Publique. 2013;305.
2. Haute Autorité de Santé - Maisons de naissance [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1764407/fr/maisons-de-naissance](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1764407/fr/maisons-de-naissance)
3. Haute Autorité de Santé - Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_935540/fr/grossesses-a-risque-orientation-des-femmes-enceintes-entre-les-maternites-en-vue-de-l-accouchement](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_935540/fr/grossesses-a-risque-orientation-des-femmes-enceintes-entre-les-maternites-en-vue-de-l-accouchement)
4. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. La Revue Sage-Femme [Internet]. déc 2007 [cité 21 oct 2018];6(4):216-8. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1637408807796475>
5. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. La surveillance clinique et paraclinique du post-partum immédiat. 1 mars 2011 [cité 31 oct 2018];11. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/surveillance/site/html/1.html>
6. Haute Autorité de Santé - Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés [Internet]. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1290110/fr/sortie-de-maternite-apres-accouchement-conditions-et-organisation-du-retour-a-domicile-des-meres-et-de-leurs-nouveau-nes)
7. Jaeck S, Chatelain M, Rosà P-E. L'expérience bordelaise d'un plateau technique physiologique. Vocation Sage-femme [Internet]. nov 2016 [cité 21 oct 2018];15(123):8-10. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1634076016301135>
8. Florence Pineau. Accoucher à domicile la recherche d'un idéal ? [Internet]. [[S.l.]]: [s.n.]; 2012 [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=f8d8a576-a758-439d-8419-1f9fbef41409>
9. Steel A, Adams J, Frawley J, Broom A, Sibbritt D. The characteristics of women who birth at home, in a birth centre or in a hospital labour ward: A study of a nationally-representative sample of 1835 pregnant women. Sexual & Reproductive Healthcare [Internet]. oct 2015 [cité 21 oct 2018];6(3):132-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877575615000233>
10. Giraud A. Accoucher « naturellement » : profils, attentes et motivations des femmes enceintes. Vocation Sage-femme [Internet]. nov 2015 [cité 21 oct 2018];14(117):14-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1634076015001602>

11. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 15 août 2012 [cité 21 oct 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000012.pub4>
12. Wood RJ, Mignone J, Heaman MI, Robinson KJ, Roger KS. Choosing an out-of-hospital birth centre: Exploring women's decision-making experiences. Midwifery [Internet]. août 2016 [cité 21 oct 2018];39:12-9. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613816300298>
13. Les Enquêtes Nationales Périnatales [Internet]. EPOPé. [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
14. Haute Autorité de Santé - Echographies fœtales à visée non médicale [Internet]. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1339180/fr/echographies-foetales-a-visee-non-medicale](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1339180/fr/echographies-foetales-a-visee-non-medicale)
15. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 25 mai 2017 [cité 24 oct 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
16. Huet F, Maigret P, Elias-Billon I, Allaert F. Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2016;29;177-87. [Internet]. [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: [https://projet.chu-besancon.fr/pmb/PMB\\_Ecoles/opac\\_css/doc\\_num.php?explnum\\_id=1587](https://projet.chu-besancon.fr/pmb/PMB_Ecoles/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1587)

# **ANNEXES**

# Annexe 1 : Le questionnaire de mon étude avec sa lettre d'accompagnement

## Objet: Caractéristiques des femmes en fonction du lieu d'accouchement

---

Bonjour,

Je vous sollicite aujourd'hui, pour réaliser une enquête dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Mon étude a pour objectif de comparer, en fonction du lieu choisi pour accoucher :

- les caractéristiques sociodémographiques des femmes,
- leur santé avant la grossesse,
- le suivi prénatal,
- et leurs souhaits quant au déroulement de l'accouchement et du suivi post-natal.

Cela concerne donc VOTRE santé, VOTRE suivi, VOS souhaits.

Grâce à vos réponses, je pourrai savoir s'il existe des différences entre celles ayant choisi d'accoucher à la maison Arc En Ciel, et celles ayant préféré la maternité. Ainsi, je pourrai peut-être mieux vous comprendre, puis apporter des pistes de réflexion pour améliorer votre prise en charge et celle des femmes qui vous ressemblent.

Ce questionnaire ne prendra que quelques minutes à être rempli. Il comprend 37 questions. Il vous faut choisir une seule réponse à chaque question. Toutes vos réponses seront traitées de façon strictement anonyme.

Vous pouvez me laisser un commentaire à la fin du questionnaire, au dos de la page, si vous le souhaitez. Une fois ma thèse terminée, si vous le souhaitez je pourrai vous la transmettre.

Je reste à votre disposition.

Maidier BEREAU

Mail: [maiderbureau@gmail.com](mailto:maiderbureau@gmail.com)

Téléphone: 0666230752

# Etude des caractéristiques des femmes enceintes en fonction de leur mode d'accouchement

---

## LIEU D'ACCOUCHEMENT

### 1. Où allez-vous accoucher ?

- Maison Arc-En-Ciel
- Maternité de Lormont

## LA SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

### 1. Quel âge avez-vous ?

### 2. Actuellement êtes-vous :

- Célibataire
- En concubinage
- Mariée
- Pacsée

### 3. Quel est le code postal de votre lieu de résidence ?

### 4. Vous vivez dans :

- un appartement,
- une maison individuelle
- un logement-foyer
- une chambre d'hôtel
- habitation de fortune (caravane, mobil home)
- autre : .....

### 5. Au début de votre grossesse, quelle était votre couverture sociale pour vos dépenses de santé :

- l'AME (Aide Médicale de l'Etat)
- la sécurité sociale
- la CMU (Couverture Maladie Universelle)
- aucune couverture sociale

**6. Au début de votre grossesse, aviez-vous une couverture maladie complémentaire :**

- la CMU complémentaire
- une mutuelle, une assurance privée ou une institution de prévoyance
- aucune couverture maladie complémentaire

**7. Quel est votre niveau d'études ?**

- Non scolarisée
- Primaire
- Niveau collège (1<sup>er</sup> cycle : 6<sup>ème</sup> à 3<sup>èm</sup>, y compris SES, SEGPA, CAP, BEP<sub>e</sub>)
- Niveau lycée (y compris bac général, bac technologique, bac professionnel)
- Niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans (y compris DUT, BTS)
- Niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans (y compris licence, maîtrise)
- Niveau baccalauréat + 5 ans ou plus (y compris diplôme d'ingénieur)

**8. Quelle est votre profession actuelle ?**

- Agricultrice
- Artisan / commerçante / chef d'entreprise
- Cadre / profession libérale
- Enseignante / Fonctionnaire / Technicienne
- Employée
- Ouvrière
- Au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi
- Étudiante ou élève (y compris stage de formation)
- Femme au foyer
- Dans une autre situation : .....

**9. Pendant votre grossesse, quelles sont vos sources de revenus ?**

- Salaire ou autre revenu provenant d'une activité professionnelle (de vous ou de votre conjoint)
- Allocation chômage
- RSA
- Autres ressources (alloc. handicapé, ASS, aides familiales...)

## LA SANTÉ AVANT LA GROSSESSE

### 1. Combien avez-vous eu d'enfants avant cette grossesse ?

- 0
- 1 ou plus

### 2. Quelle était votre méthode de contraception principale avant cette grossesse ? (une seule réponse souhaitée)

- la pilule, un patch, un anneau vaginal
- le stérilet, un implant
- le préservatif (masculin ou féminin)
- autre méthode : le retrait, l'abstinence périodique (température, date ou Ogino, Billings ...)
- aucune → passez à la question 4

### 3. Avez-vous arrêté cette méthode de contraception parce que :

- vous souhaitiez avoir un enfant
- vous étiez enceinte
- autre : .....

### 4. Avant votre grossesse, à quelle fréquence fumiez-vous ?

- Jamais
- 1 fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- Au moins 4 fois par semaine
- Tous les jours

### 5. Avant votre grossesse, à quelle fréquence buviez-vous des boissons alcoolisées ?

- Jamais
- 1 fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- Au moins 4 fois par semaine

**6. Avant votre grossesse, à quelle fréquence, vous arrivait-il de prendre du cannabis ?**

- Jamais
- 1 fois par mois ou moins
- 2 à 4 fois par mois
- 2 à 3 fois par semaine
- Au moins 4 fois par semaine

**7. Avant votre grossesse, quel était votre mode alimentaire ?**

- Normal
- Sans lactose, sans gluten
- Végétarien / végétalien
- Autre : .....

**8. Pour votre santé, vous avez recours principalement à : (une seule réponse souhaitée)**

- Médecine conventionnelle (médecin généraliste et/ou spécialistes)
- Médecine alternative (acupuncture, Homéopathie, Phytothérapie, Sophrologie, Kinésiologie, Hypnose, etc.)

**9. Avez-vous consulté pour des difficultés psychologiques au cours de votre vie ?**

- Non
- Oui

**10. Au cours de votre vie, avez-vous été soignée pour dépression?**

- Non
- Oui

**11. Au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ?**

- Non
- Oui

## LA GROSSESSE

### 1. Avez-vous déclaré votre grossesse ?

- Non
- Oui, au 1er trimestre
- Oui, mais au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre

### 2. Durant les 6 premiers mois de votre grossesse environ, quelle était la personne principale qui a suivi votre grossesse ? (une seule réponse souhaitée)

- un gynécologue ou obstétricien
- un généraliste
- une sage-femme

### 3. Quand vous avez su que vous étiez enceinte :

- vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant
- vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt ou plus tard
- vous auriez préféré ne pas être enceinte

### 4. Combien de consultations prénatales avez-vous eu jusqu'à présent (en tenant compte de celle d'aujourd'hui) ?

- < 7
- Entre 7 et 10
- > 10

### 5. Combien d'échographies avez-vous eu jusqu'à présent ?

- < 3
- 3
- > 3

## L'ACCOUCHEMENT

### 1. Pour vous l'accouchement idéal se déroulerait :

a) Sans épisiotomie

- Non
- Oui

b) Sans péridurale

- Oui
- Non

c) Dans la position que vous souhaitez

- Non
- Oui

d) Sans intervention médicale (sans déclenchement, sans forceps par exemple)

- Oui
- Non

e) Dans une atmosphère intime avec seulement vous, le papa, et le soignant qui vous a suivi durant la grossesse (sage-femme ou gynéco-obstétricien)

- Non
- Oui

### 2. Si c'était possible, vous aimeriez sortir vous-même votre enfant et le prendre immédiatement contre vous en peau à peau :

- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord

### 3. Durant l'accouchement, vous souhaitez être décisionnaire à part entière, au même titre que les soignants :

- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord

## LE POST PARTUM

1. **Avez-vous l'intention d'allaiter votre bébé ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

2. **Avez-vous l'intention de donner à votre bébé de la vitamine K et de la vitamine D ?**

- Non
- Oui
- Je ne sais pas

3. **Avez-vous l'intention de faire vacciner votre bébé à 2 mois, 4 mois et 11 mois ?**

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

4. **Jusqu'à ses 1 mois, vous aimeriez que votre bébé soit suivi principalement par : (une seule réponse souhaitée)**

- Sage-femme
- Médecin généraliste
- Pédiatre
- PMI
- Je ne sais pas

5. **Jusqu'à ses 3 ans, par qui votre enfant sera-t-il principalement gardé ? (une seule réponse souhaitée)**

- Vous-même, ou le papa
- Grands parents
- Nounou / Assistante maternelle agréé
- Crèche
- Autre : .....

**6. Avez-vous l'intention de reprendre une activité professionnelle ?**

- Non
- Oui, mais à temps partiel
- Oui, à temps complet

**7. Si oui, à quel moment ?**

- Dès la fin du congé maternité (vers 2 mois)
- Après un congé parental (de 2 mois à 3 ans)
- Autre : .....

**\*\*\*\* Je vous remercie pour vos réponses \*\*\*\***

## Annexe 2 : Questionnaire de l'ENP 2016

### FEMMES PARTICIPANT A L'ENQUETE

A remplir pour toutes les femmes

A1 - Maternité : (numéro FINESS géographique de l'établissement) .....

A2 - Numéro de la mère dans l'enquête : .....

A3 - Ordre de la naissance si naissance multiple : coder 0 si naissance unique .....

A4 - Date de naissance de l'enfant : (jj/mm) .....

A5 - Heure de naissance de l'enfant : (hh) .....

### ENQUETE AUPRES DE LA FEMME

A5 - Date (jj/mm) ..... le

Poser les questions telles quelles ; proposer les réponses uniquement si elles sont «en gras».

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à l'enquête.  
Je vais vous poser des questions sur vous, votre grossesse, votre accouchement et votre bébé.  
Si une question vous gêne, vous n'êtes pas obligée d'y répondre.

### LA SITUATION SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

B1 - Quelle est votre date de naissance ? .....

B2 - Quel est votre niveau d'études ?

- non scolarisée
- primaire
- niveau collège (1<sup>er</sup> cycle : 6<sup>ème</sup> à 3<sup>ème</sup>)
- enseignement professionnel court (y compris SES, SEGPA, CAP, BEP)
- niveau lycée, enseignement général (y compris bac général)
- niveau lycée, enseignement technologique (yc bac techno)
- niveau lycée, enseignement professionnel (yc bac pro)
- niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans (yc DUT, BTS)
- niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans (yc licence, maîtrise)
- niveau baccalauréat + 5 ans ou plus (yc dipl ingénieur)

B3 - Dans quel département habitez-vous ? .....

B4 - Et dans quelle commune habitez-vous ? *Inscrire le nom en clair*

Préciser l'arrondissement si Paris, Lyon, Marseille .....

Nous ne souhaitons pas connaître l'adresse exacte pour recontacter les femmes. La commune est utile, dans une perspective de recherche, par exemple pour savoir si la femme habite en milieu rural ou urbain.



**B15 - Actuellement cette personne a-t-elle un emploi ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

*Si non,* { **B15a - Est-elle ?**  
<sup>1</sup>  au chômage, demandeuse d'emploi ou à la recherche d'un emploi  
<sup>2</sup>  étudiante ou élève (y compris stage de formation)  
<sup>3</sup>  dans une autre situation ; *préciser en clair* : .....

**B16 - Pendant votre grossesse, quelles étaient les sources de revenus de votre ménage**  
(les personnes avec lesquelles vous avez un logement en commun) ?

**B16a - Salaire ou autre revenu provenant d'une activité professionnelle :** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**B16b - Allocation chômage :** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**B16c - RSA :** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

**B16d - Autres ressources (alloc. handicapé, ASS...):** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui  
(ne pas noter les allocations familiales et logement)

→ *préciser* : .....

**B17 - Quel est le revenu mensuel moyen de votre ménage, en prenant en compte tous les revenus :**  
salaires, allocations chômage, RSA, prestations familiales, revenus du patrimoine etc.  
(*Si les revenus sont variables, faire une moyenne*). Ce revenu est de :

- |   |  |
|---|--|
| <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> moins de 500 € par mois | <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> moins de 3.000 € |
| <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> moins de 1.000 €        | <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> moins de 4.000 € |
| <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> moins de 1.500 €        | <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> 4.000 € ou plus  |
| <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> moins de 2.000 €        |  |

**B18 - Au début de votre grossesse, quelle était votre couverture sociale pour vos dépenses de santé :**

- |   |   |
|---|---|
| <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> l'AME (Aide Médicale de l'Etat)         | <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> la sécurité sociale (assurance maladie obligatoire) |
| <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> la CMU (Couverture Maladie Universelle) | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> aucune couverture sociale                           |

**B19 - Au début de votre grossesse, aviez-vous une couverture maladie complémentaire :**

- |   |
|---|
| <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> la CMU complémentaire   |
| <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> une mutuelle, une assurance privée ou une institution de prévoyance |
| <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> aucune couverture maladie complémentaire                            |

**B20 - Au cours du troisième trimestre de votre grossesse, viviez-vous principalement :**

- |   |  |
|---|--|
| <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> dans un logement personnel          | <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> dans un autre lieu ; <i>préciser</i> : ..... |
| <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> dans votre famille ou chez des amis | .....  |
| <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> dans un foyer d'accueil, à l'hôtel  | .....  |

*si B20 = 1 ou 2* { **B20a - Combien de pièces compte ce logement ?**  
(ne pas compter la cuisine, la salle de bain, et les annexes ; F3 = 3pièces) .....

**B21 - Combien d'adultes et d'enfants vivaient principalement dans ce logement ?**  
(ne pas compter l'enfant qui vient de naître) .....

**B22 - Dont combien d'enfants de moins de 14 ans ?**  
(ne pas compter l'enfant qui vient de naître) .....

## LA SANTÉ AVANT LA GROSSESSE

*Je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé avant votre grossesse*

**C1 - Aviez-vous déjà été enceinte avant cette grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

*Si oui,* { **C1a - Combien avez-vous eu d'enfants avant cette grossesse ?** .....   
**C1b - Au cours de grossesses antérieures, avez-vous eu une ou plusieurs IVG**  
(interruptions volontaires de grossesse) ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui  
*Si oui, C1b1 - combien avez-vous eu d'IVG en tout ? coder 9 si 10 IVG ou plus* .....

**C2** - Est-ce que vous avez déjà utilisé une méthode pour éviter d'être enceinte, comme la pilule, le préservatif ou le retrait par exemple ? ..... 0  non 1  oui

- C2a** - Quelle était la **dernière** méthode ?  
*citer toutes les méthodes ; coder deux méthodes si combinées*
- 1  la pilule  
 2  le stérilet  
 3  un implant, un patch ou un anneau vaginal  
 4  le préservatif (masculin ou féminin)  
 5  le retrait  
 6  l'abstinence périodique (température, date ou Ogino, Billings ...)  
 7  une autre méthode, laquelle ? \_\_\_\_\_
- C2b** - Avez-vous arrêté cette méthode de contraception parce que :
- 1  vous souhaitiez avoir un enfant  
 2  vous étiez enceinte  
 3  pour un autre motif ; préciser : \_\_\_\_\_
- Si réponse 2, passez à la question C4.

**C3** - Combien de temps, en mois ou années, s'est écoulé entre l'arrêt de cette méthode et le début de cette grossesse ?

- 1  dès le premier mois  
 2  après un mois ou plus  
 3  ne sait pas

Années	Mois
A A	M M

**C3a** - Précisez la durée écoulée (années/mois) (ex : 1 an et 6 mois = 01/06 ; ne sait pas = 99/99)

**C4** - Avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de cette grossesse ? ..... 0  non 1  oui

**C5** - Pour cette grossesse, avez-vous suivi un traitement contre l'infertilité ? ..... 0  non 1  oui

- C5a** - Quel était ce traitement ?
- 1  une fécondation in vitro (avec ou sans ICSI)  
 2  une insémination artificielle  
 3  des inducteurs de l'ovulation seuls (médicaments pour stimuler l'ovulation)  
 4  un autre traitement ; préciser : \_\_\_\_\_

## LA GROSSESSE

Passons maintenant à votre grossesse

**D1** - Quand vous avez su que vous étiez enceinte :

- 1  vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant  
 2  vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt  
 3  vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard  
 4  vous auriez préféré ne pas être enceinte

**D2** - Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ?

- 1  bien 2  assez bien 3  assez mal 4  mal

**D3** - Avez-vous déclaré votre grossesse ? ..... 0  non 1  oui

→ Si non, passez à la question D4

**D3a** - Quand ?

1  au 1er trimestre 2  au 2ème trimestre 3  au 3ème trimestre

Si 2ème ou 3ème trimestre en D3a :

- D3a1** - Pour quelle(s) raison(s) votre déclaration a-t-elle été faite après le 1er trimestre ? *Ne pas citer les réponses, 2 réponses possibles*
- 1  découverte tardive de la grossesse  
 2  délai d'attente long pour avoir un rendez-vous  
 3  vous étiez en vacances  
 4  ne savait pas que la déclaration devait être faite au 1<sup>er</sup> trimestre  
 5  autre ; préciser : \_\_\_\_\_

**C2** - Est-ce que vous avez déjà utilisé une méthode pour éviter d'être enceinte, comme la pilule, le préservatif ou le retrait par exemple ? ..... 0  non 1  oui

- C2a** - Quelle était la **dernière** méthode ?  
*citer toutes les méthodes ; coder deux méthodes si combinées*
- 1  la pilule  
 2  le stérilet  
 3  un implant, un patch ou un anneau vaginal  
 4  le préservatif (masculin ou féminin)  
 5  le retrait  
 6  l'abstinence périodique (température, date ou Ogino, Billings ...)  
 7  une autre méthode, laquelle ? \_\_\_\_\_
- C2b** - Avez-vous arrêté cette méthode de contraception parce que :
- 1  vous souhaitiez avoir un enfant  
 2  vous étiez enceinte  
 3  pour un autre motif ; préciser : \_\_\_\_\_
- *Si réponse 2, passez à la question C4.*

**C3** - Combien de temps, en mois ou années, s'est écoulé entre l'arrêt de cette méthode et le début de cette grossesse ?

- 1  dès le premier mois  
 2  après un mois ou plus  
 3  ne sait pas

**C3a** - Précisez la durée écoulée (années/mois) (ex : 1 an et 6 mois = 01/06 ; ne sait pas = 99/99)

Années	Mois

**C4** - Avez-vous consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de cette grossesse ? ..... 0  non 1  oui

**C5** - Pour cette grossesse, avez-vous suivi un traitement contre l'infertilité ? ..... 0  non 1  oui

- C5a** - Quel était ce traitement ?
- 1  une fécondation in vitro (avec ou sans ICSI)  
 2  une insémination artificielle  
 3  des inducteurs de l'ovulation seuls (médicaments pour stimuler l'ovulation)  
 4  un autre traitement ; préciser : \_\_\_\_\_

## LA GROSSESSE

*Passons maintenant à votre grossesse*

**D1** - Quand vous avez su que vous étiez enceinte :

- 1  vous étiez heureuse que cette grossesse arrive maintenant  
 2  vous auriez aimé qu'elle arrive plus tôt  
 3  vous auriez aimé qu'elle arrive plus tard  
 4  vous auriez préféré ne pas être enceinte

**D2** - Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant votre grossesse ?

- 1  bien 2  assez bien 3  assez mal 4  mal

**D3** - Avez-vous déclaré votre grossesse ? ..... 0  non 1  oui

→ *Si non, passez à la question D4*

**D3a** - Quand ?

- 1  au 1er trimestre 2  au 2ème trimestre 3  au 3ème trimestre

*Si 2ème ou 3ème trimestre en D3a :*

- D3a1** - Pour quelle(s) raison(s) votre déclaration a-t-elle été faite après le 1er trimestre ? *Ne pas citer les réponses, 2 réponses possibles*
- 1  découverte tardive de la grossesse  
 2  délai d'attente long pour avoir un rendez-vous  
 3  vous étiez en vacances  
 4  ne savait pas que la déclaration devait être faite au 1<sup>er</sup> trimestre  
 5  autre ; préciser : \_\_\_\_\_

D14 - Avez-vous eu un entretien individuel prolongé avec une sage-femme ou un médecin, appelé « entretien précoce » ou « entretien du 4<sup>ème</sup> mois » ? ...  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas

- Si oui,* {
- D14a - Qui l'a réalisé ?
- 1  une sage-femme de la maternité
  - 2  une sage-femme libérale en ville
  - 3  une sage-femme de PMI
  - 4  un gynécologue-obstétricien
  - 5  une autre personne ; préciser : \_\_\_\_\_
- D14b - A quel mois de l'année a-t-il été fait ? (janv=01) \_\_\_\_\_
- D14c - A la fin de cet entretien, vous a-t-on conseillé de prendre un rendez-vous avec une personne particulière, en dehors de votre suivi médical pour la grossesse, par exemple une assistante sociale, un psychologue, une personne spécialisée dans la consommation de tabac, d'alcool, de drogue. ....  non <sup>1</sup>  oui

**Pour toutes les femmes**

D15 - Avez-vous reçu le carnet de maternité ? *Montrer la couverture* .....  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas

- Si oui,* {
- D15a - Comment l'avez-vous eu ?
- 1  par votre médecin ou votre sage-femme libérale, à son cabinet
  - 2  par la maternité où vous avez consulté
  - 3  par la poste (envoi de la PMI, de votre Caisse d'Assurance...)
  - 4  vous ne savez pas

D16 - Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance pendant cette grossesse ? .....  non <sup>1</sup>  oui

*Si oui,* { D16a - Combien : \_\_\_\_\_

**Passons maintenant à votre santé, vos examens et la prévention pendant votre grossesse :**

E1 - Quel était votre poids : E1a - avant cette grossesse ? (en kg) \_\_\_\_\_

E1b - à la fin de cette grossesse ? (en kg) \_\_\_\_\_

E2 - Quelle est votre taille exacte ? (en cm) \_\_\_\_\_

E3 - Fumiez-vous juste avant votre grossesse (sans compter les cigarettes électroniques) ? .....  non <sup>1</sup>  oui

*Si oui,* { E3a - Combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ? \_\_\_\_\_

*Si non,* { E3b - Aviez-vous arrêté de fumer en prévision de cette grossesse ? .....  non <sup>1</sup>  oui

E4 - Au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour (sans compter les cigarettes électroniques) ? à poser aussi aux femmes qui ne fumaient pas avant .....

E5 - Combien avez-vous eu d'échographies **en tout** ? (quel que soit le lieu) .....

E6 - Avez-vous eu une mesure de l'épaisseur de la nuque (clarté nucale) à l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre pour connaître le risque de trisomie 21 ? .....  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas

E7 - Avez-vous eu un dosage sanguin pour connaître le risque de trisomie 21 (marqueurs sériques)? .....  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas

- Si non,* {
- E7a - Pourquoi n'avez-vous pas eu ce dosage ?
- 1  non proposé
  - 2  refus
  - 3  consultation trop tardive/grossesse non suivie ou à l'étranger
  - 4  amniocentèse d'emblée (ou biopsie de trophoblaste)
  - 5  autre raison ; préciser : \_\_\_\_\_
  - 6  ne sait pas

- E8 - Avez-vous eu une prise de sang qui permet de savoir si le bébé est atteint ou non de trisomie, appelée dépistage prénatal non invasif ou DPNI (analyse de l'ADN/des gènes du bébé sur une de vos prises de sang, différent du dépistage par marqueurs sériques) ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- E9 - Avez-vous eu un des examens suivants ?**
- <sup>1</sup>  une amniocentèse
  - <sup>2</sup>  une biopsie du trophoblaste
  - <sup>3</sup>  aucun de ces examens
  - <sup>4</sup>  vous ne savez pas
- E10 - Avez-vous eu un dépistage du diabète pendant la grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- E11 - A-t-on déjà dit à vos parents, frères, sœurs ou enfants qu'ils avaient un diabète ? (type 1, type 2, gestationnel)** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- E12 - Avez-vous eu un frottis cervical pour le dépistage du cancer du col pendant la grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- Si non,** { **E12a - En avez-vous eu un dans les trois années précédant cette grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- E13 - Avez-vous été vaccinée contre la grippe saisonnière pendant votre grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- Si oui,** { **E13a - Qui vous a prescrit le vaccin ?**
- <sup>1</sup>  un gynécologue /obstétricien
  - <sup>2</sup>  une sage-femme
  - <sup>3</sup>  un généraliste
  - <sup>4</sup>  une autre personne
- Si non,** { **E13b - Pourquoi ? (2 réponses possibles)**
- <sup>1</sup>  On ne vous l'a pas proposé
  - <sup>2</sup>  On vous l'a proposé, mais vous avez refusé
  - <sup>3</sup>  autre ; préciser : .....
- E14 - Avez-vous reçu un rappel vaccinal incluant la coqueluche dans les 10 dernières années ?**
- <sup>0</sup>  non
  - <sup>1</sup>  oui, votre vaccination était à jour avant la grossesse
  - <sup>2</sup>  oui, vous venez d'être vaccinée après votre accouchement
  - <sup>3</sup>  vous ne savez pas
- E15 - Pendant le suivi de votre grossesse ou à la maternité, vous a-t-on recommandé de vous vacciner contre la coqueluche aussitôt après l'accouchement ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait plus
- E16 - Avez-vous pris de l'acide folique (vitamine B9) pour cette grossesse pour prévenir des anomalies du système nerveux du bébé ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- Si oui,** { **E16a - Quand avez-vous commencé ?**
- <sup>1</sup>  avant votre grossesse
  - <sup>2</sup>  dans le premier mois de grossesse
  - <sup>3</sup>  après le premier mois de grossesse
  - <sup>4</sup>  ne sait pas
- E17 - Pendant votre grossesse, un professionnel vous-a-t-il interrogée sur votre consommation de tabac ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui
- E18 - Si vous fumiez, vous-a-t-il donné des conseils pour arrêter? .....** <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  vous ne fumiez pas
- E19 - Pendant votre grossesse un professionnel vous-a-t-il interrogée sur votre consommation d'alcool ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui
- E20 - Vous a-t-il recommandé de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui

- E8 - Avez-vous eu une prise de sang qui permet de savoir si le bébé est atteint ou non de trisomie, appelée dépistage prénatal non invasif ou DPNI (analyse de l'ADN/des gènes du bébé sur une de vos prises de sang, différent du dépistage par marqueurs sériques) ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- E9 - Avez-vous eu un des examens suivants ?**
- <sup>1</sup>  une amniocentèse
  - <sup>2</sup>  une biopsie du trophoblaste
  - <sup>3</sup>  aucun de ces examens
  - <sup>4</sup>  vous ne savez pas
- E10 - Avez-vous eu un dépistage du diabète pendant la grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- E11 - A-t-on déjà dit à vos parents, frères, sœurs ou enfants qu'ils avaient un diabète ? (type 1, type 2, gestationnel)** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- E12 - Avez-vous eu un frottis cervical pour le dépistage du cancer du col pendant la grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- Si non,** { **E12a - En avez-vous eu un dans les trois années précédant cette grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- E13 - Avez-vous été vaccinée contre la grippe saisonnière pendant votre grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- Si oui,** { **E13a - Qui vous a prescrit le vaccin ?**
- <sup>1</sup>  un gynécologue /obstétricien
  - <sup>2</sup>  une sage-femme
  - <sup>3</sup>  un généraliste
  - <sup>4</sup>  une autre personne
- Si non,** { **E13b - Pourquoi ? (2 réponses possibles)**
- <sup>1</sup>  On ne vous l'a pas proposé
  - <sup>2</sup>  On vous l'a proposé, mais vous avez refusé
  - <sup>3</sup>  autre ; préciser : .....
- E14 - Avez-vous reçu un rappel vaccinal incluant la coqueluche dans les 10 dernières années ?**
- <sup>0</sup>  non
  - <sup>1</sup>  oui, votre vaccination était à jour avant la grossesse
  - <sup>2</sup>  oui, vous venez d'être vaccinée après votre accouchement
  - <sup>3</sup>  vous ne savez pas
- E15 - Pendant le suivi de votre grossesse ou à la maternité, vous a-t-on recommandé de vous vacciner contre la coqueluche aussitôt après l'accouchement ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait plus
- E16 - Avez-vous pris de l'acide folique (vitamine B9) pour cette grossesse pour prévenir des anomalies du système nerveux du bébé ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  ne sait pas
- Si oui,** { **E16a - Quand avez-vous commencé ?**
- <sup>1</sup>  avant votre grossesse
  - <sup>2</sup>  dans le premier mois de grossesse
  - <sup>3</sup>  après le premier mois de grossesse
  - <sup>4</sup>  ne sait pas
- E17 - Pendant votre grossesse, un professionnel vous-a-t-il interrogée sur votre consommation de tabac ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui
- E18 - Si vous fumiez, vous-a-t-il donné des conseils pour arrêter? .....** <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui <sup>2</sup>  vous ne fumiez pas
- E19 - Pendant votre grossesse un professionnel vous-a-t-il interrogée sur votre consommation d'alcool ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui
- E20 - Vous a-t-il recommandé de ne pas boire d'alcool pendant la grossesse ?** ..... <sup>0</sup>  non <sup>1</sup>  oui



## SERMENT MÉDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

## **RÉSUMÉ :**

**BEREAU M., Directrice : RIVIERE C., Président : HOROVITZ J. Caractéristiques des femmes en fonction de leur lieu d'accouchement.**

INTRODUCTION : La France se classe en première position des pays de l'Union Européenne en terme de natalité. Cependant, l'accouchement représentant un événement potentiellement risqué, l'hôpital y est devenu le lieu de prédilection, ce qui est parfois remis en cause. Ainsi, depuis 2015, 9 « maisons de naissances » sont en expérimentation en France, pour accueillir les femmes présentant une grossesse jugée à bas risque. La structure s'en rapprochant le plus en Nouvelle-Aquitaine est la MAC (Maison Arc en Ciel) de Lormont.

OBJECTIF : L'objectif principal de mon étude est d'analyser les caractéristiques des femmes choisissant la maternité de Lormont et celles choisissant la MAC.

MÉTHODE : Une étude quantitative, transversale, descriptive et comparative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué aux patientes consultant ces structures au cours de leur 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse entre juin et décembre 2017.

RÉSULTATS : Au total, 109 femmes y ont répondu : 45 suivies à la MAC et 64 à la maternité. Les patientes ayant décidé d'accoucher à la MAC étaient majoritairement des primipares avec un niveau socio-démographique plus élevé, et des habitudes « alternatives » concernant leur santé avant leur grossesse (méthode de contraception naturelle ou préservatif, mode alimentaire ou suivi médical moins « classiques »...), mais avec une consommation d'alcool et de cannabis plus fréquente. Elles avaient décidé d'être suivi par une sage-femme, qu'elles consultaient plus fréquemment au cours du suivi. Elles exprimaient d'avantage leur souhait d'être actrice de leur accouchement, d'allaiter leur enfant, de ne pas le vacciner, et de reprendre une activité professionnelle après un congé de plus longue durée qu'un simple congé maternité.

CONCLUSION : Les populations diffèrent en fonction de la structure. La meilleure connaissance des caractéristiques de nos patientes est primordial, afin de fournir des soins de qualité, et adaptés.

**Mots clés** : Caractéristiques des femmes, maison de naissance

## **ABSTRACT**

**BEREAU M., Director : RIVIERE C., President : HOROVITZ J. Characteristics of women according to the place they give birth**

INTRODUCTION: France has the highest birth rate of the European Union. However, as childbirth could represent a potential risk, women tend to go more easily to hospitals, but this tendency is changing in some cases. In this context, France experiments since 2015 9 « birth centers ». Those houses welcome women with low risk pregnancies. In Lormont (Aquitania), the MAC « Maison Arc en Ciel » (« rainbow house ») is an example of this kind of structures.

OBJECTIVE: The main objective of my study is to analyze the characteristics of women choosing Lormont's maternity wards and those choosing the « MAC ».

METHOD: A quantitative, cross-sectional, descriptive and comparative study has been conducted using an enquiry given to all patients from those structures during the 3rd trimester of their pregnancy from June to December 2017.

RESULTS: In total, 109 women took part in the enquiry : 45 of them chose the MAC, the other 64 chose maternity wards. The patients who decided to give birth at the MAC were mostly primiparas, with a higher socio-demographic level, and "alternative" habits concerning their health before pregnancy (natural contraceptive method or condom, specific diets or medical follow-up less "classics"...), but with more frequent use of alcohol and cannabis. They had decided to be followed by a midwife, whom they consulted more frequently during follow-up. They expressed more their wish to be an actress of their birth, to breastfeed their child, not to vaccinate him, and to resume a professional activity after a longer leave than a regular maternity one.

CONCLUSION: Populations differ according to the structures. A better knowledge of the characteristics of those patients is essential in order to give better and more appropriate health cares.

**KEYWORDS** : Women's characteristics, birth centers.

## **RÉSUMÉ :**

**INTRODUCTION :** La France se classe en première position des pays de l'Union Européenne en terme de natalité. Cependant, l'accouchement représentant un événement potentiellement risqué, l'hôpital y est devenu le lieu de prédilection, ce qui est parfois remis en cause. Ainsi, depuis 2015, 9 « maisons de naissances » sont en expérimentation en France, pour accueillir les femmes présentant une grossesse jugée à bas risque. La structure s'en rapprochant le plus en Nouvelle-Aquitaine est la MAC (Maison Arc en Ciel) de Lormont.

**OBJECTIF :** L'objectif principal de mon étude est d'analyser les caractéristiques des femmes choisissant la maternité de Lormont et celles choisissant la MAC.

**MÉTHODE :** Une étude quantitative, transversale, descriptive et comparative a été réalisée à l'aide d'un questionnaire distribué aux patientes consultant ces structures au cours de leur 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse entre juin et décembre 2017.

**RÉSULTATS :** Au total, 109 femmes y ont répondu : 45 suivies à la MAC et 64 à la maternité. Les patientes ayant décidé d'accoucher à la MAC étaient majoritairement des primipares avec un niveau socio-démographique plus élevé, et des habitudes « alternatives » concernant leur santé avant leur grossesse (méthode de contraception naturelle ou préservatif, mode alimentaire ou suivi médical moins « classiques »...), mais avec une consommation d'alcool et de cannabis plus fréquente. Elles avaient décidé d'être suivies par une sage-femme, qu'elles consultaient plus fréquemment au cours du suivi. Elles exprimaient d'avantage leur souhait d'être actrice de leur accouchement, d'allaiter leur enfant, de ne pas le vacciner, et de reprendre une activité professionnelle après un congé de plus longue durée qu'un simple congé maternité.

**CONCLUSION :** Les populations diffèrent en fonction de la structure. La meilleure connaissance des caractéristiques de nos patientes est primordial, afin de fournir des soins de qualité, et adaptés.

---

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** France has the highest birth rate of the European Union. However, as childbirth could represent a potential risk, women tend to go more easily to hospitals, but this tendency is changing in some cases. In this context, France experiments since 2015 9 « birth centers ». Those houses welcome women with low risk pregnancies. In Lormont (Aquitania), the MAC « Maison Arc en Ciel » (« rainbow house ») is an example of this kind of structures.

**OBJECTIVE:** The main objective of my study is to analyze the characteristics of women choosing Lormont's maternity wards and those choosing the « MAC ».

**METHOD :** A quantitative, cross-sectional, descriptive and comparative study has been conducted using an enquiry given to all patients from those structures during the 3rd trimester of their pregnancy from June to December 2017.

**RESULTS :** In total, 109 women took part in the enquiry : 45 of them chose the MAC, the other 64 chose maternity wards. The patients who decided to give birth at the MAC were mostly primiparas, with a higher socio-demographic level, and "alternative" habits concerning their health before pregnancy (natural contraceptive method or condom, specific diets or medical follow-up less "classics "...), but with more frequent use of alcohol and cannabis. They had decided to be followed by a midwife, whom they consulted more frequently during follow-up. They expressed more their wish to be an actress of their birth, to breastfeed their child, not to vaccinate him, and to resume a professional activity after a longer leave than a regular maternity one.

**CONCLUSION :** Populations differ according to the structures. A better knowledge of the characteristics of those patients is essential in order to give better and more appropriate health cares.

---

**DISCIPLINE :** Médecine générale

---

**MOTS-CLÉS :** Caractéristiques des femmes, maison de naissance,

**KEYWORDS :** Women's characteristics, birth center

---

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES de BORDEAUX