



Les salles physiologiques : l'accompagnement d'un accouchement naturel

Caroline Kraemer

► To cite this version:

Caroline Kraemer. Les salles physiologiques : l'accompagnement d'un accouchement naturel. Médecine humaine et pathologie. 2013. hal-01868869

HAL Id: hal-01868869

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01868869>

Submitted on 6 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE METZ

LES SALLES PHYSIOLOGIQUES

L'accompagnement d'un accouchement naturel

Mémoire présenté et soutenu par

KRAEMER Caroline

Née le 11 Avril 1989

Promotion 2009/ 2013

UNIVERSITE DE LORRAINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE METZ

LES SALLES PHYSIOLOGIQUES :

L'accompagnement d'un accouchement naturel

Mémoire présenté et soutenu par

KRAEMER Caroline

Née le 11 Avril 1989

Promotion 2009/ 2013

REMERCIEMENTS

Je souhaiterais remercier les personnes qui m'ont aidé à élaborer ce mémoire :

- Mme Mryczko Daisy, ma directrice de mémoire qui a été d'une aide précieuse depuis le début de l'élaboration de ce travail de recherche, par sa disponibilité, son investissement, son dévouement et sa gentillesse
- Mme Schnitzler, sage-femme formatrice, pour son aide et ses conseils au cours de ce mémoire
- Toutes les femmes ayant pris de leur temps pour répondre à mes questions lors de nos entretiens
- Mes amis et ma famille pour leur soutien et participation à la réalisation du mémoire

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE : EVOLUTION DES PRATIQUES ET DES MENTALITES ENVERS L'ACCOUCHEMENT	3
1 EVOLUTION HISTORIQUE (1)	4
2 PRATIQUE ACTUELLE DE L'ACCOUCHEMENT : POUR UN RETOUR A LA PHYSIOLOGIE	5
2.1 L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE OU NATUREL	5
2.2 LA MÉDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT	6
3 LA DEMANDE DES FEMMES	8
3.1 LES ATTENTES ET SOUHAITS DES PARTURIENTES	9
3.2 LE CIANE (COLLECTIF INTERASSOCIATIF AUTOUR DE LA NAISSANCE)	11
3.3 LE PROJET DE NAISSANCE	12
3.4 LES SEANCES DE PREPARATION A LA NAISSANCE	12
4 L'ENGOUEMENT POUR LE RETOUR AU NATUREL	14
4.1 LA DÉMÉDICALISATION	14
4.2 LES MAISONS DE NAISSANCE	15
4.3 LES POLES PHYSIOLOGIQUES	15
4.4 LA FORMATION DES PROFESSIONNELLES DE SANTE	20
DEUXIEME PARTIE : EN SALLE PHYSIOLOGIQUE	23
1 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	24
1.1 PROBLEMATIQUE	24
1.2 HYPOTHESES	24
1.3 OBJECTIFS	25
1.4 PRESENTATION DE L'ENQUETE	25
1.5 BIAIS ET DIFFICULTES DE L'ETUDE	26
2 RESULTATS DE L'ETUDE	27
2.1 POPULATION	27
2.2 DEROULEMENT DE LA GROSSESSE	29

2.3	DEROULEMENT DU TRAVAIL	34
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION ET REFLEXIONS QUANT A		
	L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES EN SALLE PHYSIOLOGIQUE.....	46
1	REFLEXIONS QUANT A L'ETUDE	47
1.1	IMPACT DES SEANCES DE PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITE (PNP) DANS L'ACCOMPAGNEMENT D'UN ACCOUCHEMENT NATUREL	47
1.2	DESIR ET REALITE : IMPACT SUR LA GESTION DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT	50
1.3	IMPACT DES CONTRAINTES CITEES QUANT A LA REALISATION D'UN ACCOUCHEMENT NATUREL	54
1.4	IMPACT DE L'ENVIRONNEMENT DANS L'ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES VERS UN ACCOUCHEMENT NATUREL	55
2	DISCUSSION, PROPOSITIONS ET PLACE DE LA SAGE-FEMME.....	58
2.1	SUIVI DE GROSSESSE	58
2.2	ACCOUCHEMENT	60
CONCLUSION.....		64
BIBLIOGRAPHIE		65
ANNEXES		68

INTRODUCTION

Au cours des années, la vision de l'accouchement a beaucoup changé passant d'un accouchement naturel et paisible à domicile à un accouchement plus contrôlé en milieu hospitalier. Au cours du XXI^{ème} siècle, de nouvelles revendications des femmes et des physiologistes apparaissent pour retourner à un modèle d'accouchement physiologique.

Au cours de ma formation, j'ai pu observer différentes attitudes par rapport au suivi de travail des parturientes, notamment pour celles qui disposent d'une analgésie péridurale, où une perfusion d'ocytociques et la rupture artificielle de la poche des eaux sont systématiques. La femme est alors immobilisée sur son lit n'ayant pas le choix d'agir par elle-même. Le plus souvent, ces femmes ne s'en plaignaient pas puisqu'elles n'avaient pas de réel souhait quant à leur accouchement. Au départ, cela ne me perturbait pas, mais au fil des années d'études je me suis plus intéressée au ressenti des femmes. J'ai constaté que celles ayant vécu un accouchement très différent de ce qu'elles avaient souhaité, formulaient de plus en plus de demandes quant à un futur accouchement moins médicalisé, plus naturel.

Ainsi je me suis demandée ce que l'on pourrait faire ou mettre en place pour réaliser leurs désirs et les satisfaire au mieux au cours de cet événement si intime et particulier qu'est la naissance de leur enfant.

C'est ainsi que m'est venue la problématique suivante : peut-on donner l'occasion aux parturientes d'être actrices de leur accouchement à travers une préparation et un environnement dédié à la physiologie et cela en collaboration avec l'équipe médicale ?

Dans ce travail de recherche, j'évaluerai dans un premier temps l'évolution des pratiques et des mentalités envers l'accouchement, dans un deuxième temps je présenterai les modalités de l'étude réalisée à travers des entretiens effectués auprès de multipares. Dans un troisième temps, j'interpréterai les résultats de mon étude afin d'amener des propositions quant à la prise en charge des parturientes en salle physiologique.

PREMIERE PARTIE

EVOLUTION DES PRATIQUES ET DES MENTALITES ENVERS L'ACCOUCHEMENT

1 EVOLUTION HISTORIQUE (1)

Au fil des années, les mœurs ont évolué quant à la pratique de l'accouchement. « Deux mutations essentielles, l'une concernant les accompagnants, l'autre le lieu de l'accouchement, vont changer radicalement les conditions de la naissance. »

Jusqu'au XVII^{ème} siècle, les naissances ont lieu à la maison, dans un endroit chaleureux et les parturientes sont accompagnées exclusivement par des femmes notamment la matrone. Cette dernière était désignée par une assemblée de femmes qui la choisissait pour son expérience et cela avec l'approbation du curé. D'autres femmes, parentes et amies, se joignent le plus souvent à cet événement pour soutenir la parturiente mais le père peut parfois être présent. A cette époque, le taux de mortalité maternelle s'élevait alors à 1 ou 2%.

En ces temps, la variabilité des positions d'accouchement était importante, passant par la position allongée, accroupie ou assise sur une chaise percée, à la position debout.

Ainsi au XVIII^{ème} siècle, les chirurgiens (dont Tarnier) sont de plus en plus appelés pour aider les femmes dans les accouchements difficiles. Ils s'imposent en tant qu'accoucheurs et instaurent alors l'utilisation d'instruments comme les forceps, qu'eux seuls peuvent manipuler. « C'est un premier pas vers la médicalisation de la naissance » où la position allongée au cours de l'accouchement deviendra de plus en plus systématique. On voit apparaître en parallèle, à l'initiative de Madame du Coudray, la naissance de la profession de sage-femme, dont les études englobent théorie et pratique.

C'est seulement au XIX^{ème} siècle, et avec les préceptes de Louis Pasteur (asepsie, antisepsie, stérilisation) que les mentalités changent et que les femmes iront accoucher à l'hôpital. Lieu auparavant source de mortalité et réservé aux pauvres et filles-mères, les hôpitaux deviendront alors « espaces de soins ». La médecine découvrira aussi les analgésiques qui se développeront au fil des années.

C'est d'ailleurs au XX^{ème} siècle, que le docteur Lamaze proposera « une préparation psychique et physique agissant sur l'anxiété et visant à supprimer la douleur ». On découvre alors les séances de préparation à l'accouchement et l'instauration de la péridurale au cours de l'accouchement.

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

pour préserver leur vie. Cela a donc engendré une baisse considérable du taux de mortalité maternelle.

Ainsi de nos jours, l'obstétrique a considérablement évolué sur le plan technique, permettant de mettre en place une prise en charge sécuritaire la mieux adaptée possible. Pourtant, on se retrouve aujourd'hui, avec de plus en plus de femmes en attente d'un accouchement moins médicalisé, plus physiologique.

2 PRATIQUE ACTUELLE DE L'ACCOUCHEMENT : POUR UN RETOUR A LA PHYSIOLOGIE

2.1 L'accouchement physiologique ou naturel

2.1.1 Qu'entend-t-on par physiologie?

Il faut commencer par se demander réellement ce qu'est la physiologie ? Etymologiquement, le mot « physiologie » vient du grec « Phusis » qui signifie nature dans le sens de « la nature de l'être vivant », c'est-à-dire la science qui étudie les fonctions et propriétés des organes et tissus des être vivants (2). D'après le dictionnaire Garnier DELAMARE c'est « la partie de la biologie qui a pour objet d'étudier les fonctions et les propriétés des organes et des tissus des êtres vivants » (3).

Et l'adjectif naturel selon le dictionnaire Larousse signifie : « qui appartient à la nature physique des hommes, aux fonctions de l'organisme » (4).

Ainsi pour remettre cela dans le cadre de la maternité et d'après Willy BELHASSEN, sage-femme à Paris, la physiologie « pourrait être l'ensemble des processus naturels, sous réserve qu'il n'y ait pas de risque particulier pour la mère ou l'enfant » (5).

2.1.2 La physiologie de l'accouchement

Par définition, l'accouchement consiste en l'expulsion par les voies naturelles du produit de conception arrivé à maturité suivi de l'expulsion des annexes fœtales (placenta et membranes). C'est l'aboutissement de phénomènes biologiques complexes et innés.

Il est dit eutocique ou normal si le travail est spontané, à terme (de 37 à 41 semaines d'aménorrhées) et si l'enfant naît par voie basse en présentation céphalique. Prématuro s'il a lieu avant 37 semaines d'aménorrhées. Et artificiel s'il se termine par une césarienne ou avec une aide instrumentale. Enfin il est dit naturel ou

physiologique, et d'après le dictionnaire Larousse : « L'accouchement naturel est une philosophie de l'accouchement basée sur la notion que les femmes, qui sont bien préparées, sont naturellement capables de donner naissance à leur enfant sans intervention extérieure » (4).

Dans ce sens, l'accouchement dit naturel met donc en présence un moteur (les contractions utérines), des obstacles (le col, le bassin obstétrical et le périnée) ainsi qu'un mobile (la tête fœtale le plus souvent).

2.2 La médicalisation de l'accouchement

2.2.1 D'un point de vue politique et juridique

Le professeur Nisand, chef du département de gynécologie-obstétrique du CHU de Strasbourg, disait qu' « en France, un accouchement ne peut être considéré comme normal que deux heures après la naissance et certaines complications (rares mais graves) peuvent survenir sans que rien ne permette de les prévoir. Cette considération justifie que la naissance ait lieu dans un endroit où l'on dispose 24 H sur 24 d'un bloc opératoire (de préférence au même étage que la salle de naissance). De la même manière il faut que les accouchements se passent à un endroit où l'on trouve en permanence une sage-femme, un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre » (6).

En effet, de nos jours les accouchements sont de plus en plus médicalisés et cela à chaque étape de l'accouchement. D'autant plus après la publication le 10 Novembre 2004 du Plan de Périnatalité de 2005/ 2007 qui devait « permettre d'atteindre en 2008 les objectifs fixés par la Loi relative à la politique de Santé Publique : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000. Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche » (7). Ce plan a donc renforcé l'ère de la surveillance intensive de la mère et du fœtus au cours du travail et de l'accouchement.

C'est surtout après les années 50 où les accouchements s'installent de plus en plus à l'hôpital que la technique médicale s'impose. La médicalisation de l'accouchement permet ainsi un confort et une sécurité plus accrue de la femme et de son nouveau-né.

Cependant, pour la sage-femme ou l'obstétricien en charge de l'accouchement d'une parturiente, c'est une responsabilité à part entière. Et d'après l'article R4127-325

du Code de Déontologie de la sage-femme : « Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né » (8) .

La sage-femme peut donc être amenée à répondre de ses actes devant des juridictions compétentes pour toutes revendications de la part de la patiente. Ainsi le risque médico-légal devient de plus en plus fréquent autour de la naissance, c'est pourquoi l'accouchement est devenu aussi encadré et médicalisé.

2.2.2 En pratique

Le terme de médicalisation englobe les produits médicamenteux ainsi que les moyens de surveillance maternelle et foetale.

On retrouve ainsi parmi les moyens médicaux utilisés pendant l'accouchement :

- ❑ Les médicaments utilisés pour contrer les spasmes du col utérin
- ❑ La rupture artificielle de la poche des eaux
- ❑ La perfusion d'ocytocique pour diriger le travail
- ❑ L'analgésie péridurale qui engendre systématiquement la mise en place d'une voie veineuse périphérique
- ❑ Le sondage vésical

Et les moyens de surveillance sont :

- ❑ Le scope (indispensable s'il y a mise en place de la péridurale) pour la tension, les pulsations, la saturation en oxygène de la mère ou l'électrocardiogramme



Figure 1 :

Scope médical (43)

- ❑ Le toucher vaginal pour l'évaluation de l'avancé du travail
- ❑ Les moyens supplémentaires : tocographie interne, mesure ph, lactate au scalp...



- ❑ L'électrocardiotocographe pour la surveillance du rythme cardiaque foetal et de l'activité utérine

Figure 2 :

Électrocardiotocographe

(44)

On retrouve alors à travers tous ces moyens techniques, l'assurance de préserver le bien-être fœtal et maternel tout au long du travail et de l'accouchement. Ce qui est gage de sécurité pour la sage-femme qui peut prendre en charge plusieurs parturientes puisque dans certains établissements, par exemple, la surveillance par monitoring est centralisée et permet alors à la sage-femme de veiller sur le bien-être fœtal et le déroulement de plusieurs travaux à la fois (9).

Cependant n'est-ce pas contraignant pour les parturientes, de les entourer de toutes ces méthodes de surveillance et de contrôle de « leur » accouchement. ? Pourtant « l'argument sécuritaire submerge tout, peu de couples le discutent ou le contestent. Les parturientes assistent, sans réel contrôle, à cette dépossession d'un événement des plus intimes. Le bénéfice de cet accouchement codifié est la maîtrise de la douleur » (10).

3 LA DEMANDE DES FEMMES

Depuis la loi Kouchner du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et d'après l'article L. 1111-4 : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (11).

Aussi au niveau obstétrical et du point de vue du code de déontologie de la sage-femme, l'article R-4127-306 : « La sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit. La volonté de la patiente doit être respectée dans toute la mesure du possible » (8).

C'est pourquoi, il est primordial pour les sages-femmes et obstétricien de prendre en compte la demande des femmes, qui de plus en plus, expriment des souhaits particuliers quant à leur accouchement.

3.1 Les attentes et souhaits des parturientes

« En matière de naissance, ce sont les femmes qui nous enseignent et non le contraire » (12). En effet, lors des consultations ou pendant les séances de préparation à la naissance, les femmes sont en quête d'écoute et d'informations concernant leur grossesse.

Par leur ressenti, leur vécu, leurs inquiétudes et leurs émotions, elles nous apprennent à accompagner leur grossesse et leur accouchement. Comme par exemple lorsqu'elles ressentent des contractions, elles seules peuvent nous dévoiler les positions les plus antalgiques pour gérer cette douleur. Et cela ne sera que plus utile lors de l'accouchement pour suivre au mieux, et selon leurs attentes, le travail de ces parturientes. Afin de les aider à supporter ces contractions, on pourra alors collaborer avec elles en leur proposant divers matériel pour se suspendre, se balancer ou encore s'immerger dans l'eau.

De plus en plus, « Les couples veulent se réapproprier la naissance de leurs enfants, en redire la nature psychosomatique, définir l'enjeu d'une parentalité choisie et assumée » (10).

Et pour subvenir à cela, la question du lieu de naissance est importante.

3.1.1 Le choix du lieu de naissance

Elles seules peuvent nous éclairer sur ce choix et nous décrire l'environnement propice qui devra accueillir leurs futurs enfants. C'est pourquoi aujourd'hui, certaines femmes choisissent avec conviction et selon différents critères, leur future maternité. Et cela, afin d'être actrice dans les décisions concernant leur grossesse et de leur accouchement. C'est aussi une affaire de couple où la place du père est importante et dont les attentes peuvent être et doivent être également entendues.

En effet, d'après la charte des droits de la parturiente (**annexe 1**), une des résolutions du Parlement Européen était de demander à la Commission européenne de présenter rapidement une solution pour les parturientes en ce qui concerne « le choix du lieu (domicile, hôpital) et des modalités (position) de l'accouchement ainsi que du type d'accouchement. »

Ce choix est donc motivé par plusieurs items selon l'INPES (institut national de la prévention et l'éducation pour la santé) (**annexe 2**)

- L'avis de l'entourage, professionnel ou personnel

- ❑ Les contraintes matérielles (coût, distance du domicile)
- ❑ Le bien-être et le sentiment de sécurité
- ❑ La qualité de l'accompagnement
- ❑ Le degré de « médicalisation »
- ❑ Le respect du choix éclairé
- ❑ La prise en charge
- ❑ Le vécu de la femme enceinte/ du couple

Cependant, certaines recommandations (13) peuvent aller à l'encontre de ce choix notamment pour les femmes enceintes qui présentent des risques (maternels ou fœtaux) et dont la prise en charge de la grossesse et du futur accouchement doit se faire dans une maternité de niveau plus élevé.

3.1.2 La déambulation et le mode d'accouchement

« Aujourd'hui, trouver sa position d'accouchement est une demande réaliste encouragée par la plupart des sages-femmes et des obstétriciens. En effet, de plus en plus d'études ont montré que la mobilité et la liberté posturale étaient favorables à la mécanique de l'accouchement » (14).

D'après certaines études (15), les positions dites verticales augmenteraient le confort des parturientes. Ces positions se définissent par un angle supérieur à 45°, reliant le centre des troisième et cinquième vertèbres lombaires avec l'horizontale. De plus, ce confort serait également renforcé par la déambulation (16). En effet, aux dires des parturientes qui ne désirent pas d'analgésie péridurale, la déambulation et ses positions (assise, à genoux, à quatre pattes ou debout) sont les méthodes les plus antalgiques pour gérer le travail sans médicalisation.

C'est ainsi que sont revenues au goût du jour, les positions d'accouchement anciennement utilisées. Mais elles sont encore peu pratiquées puisque la position gynécologique utilisée, entre autre pour faciliter le travail de l'accoucheur, reste la position de référence.

Ainsi plusieurs moyens sont mis en œuvre pour faire entendre aux praticiens ces nouvelles demandes. Notamment par la création d'associations qui sont le lien entre les usagers et les institutions pour faire valoir leurs droits et leurs attentes. D'autres solutions utilisées seront plus personnelles et propres aux parturientes comme l'écriture de projet de naissance.

3.2 Le CIANE (collectif interassociatif autour de la naissance)

Ce collectif, composé d'une quarantaine d'associations d'usagers, de parents, de citoyens et d'associations familiales, est agréé pour la représentation des usagers dans le système de santé. Il « a pour ambition de faire mieux entendre les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples et d'améliorer les conditions de la naissance dans notre pays. Il vise à faire évoluer les attitudes et les pratiques entourant la maternité, de manière à les rendre plus respectueuses des personnes et de la physiologie de l'accouchement » (17).

Il a plusieurs missions dont celle de promouvoir les droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Sa deuxième mission vise la prévention, l'aide et le soutien. En effet, le collectif collabore aux travaux de recherches dans le domaine de la périnatalité et participe activement à l'élaboration des politiques de santé publique notamment au niveau de la Haute Autorité de Santé (HAS) où le CIANE apporte réflexions quant aux recommandations pour la pratique clinique.

Ainsi, plusieurs dossiers ont été ouverts par ce collectif et concernent essentiellement des sujets en rapport avec l'accouchement physiologique. On peut trouver ainsi des débats sur les maisons ou pavillon de naissance, sur l'utilisation du monitoring en continu, sur le choix du lieu de naissance et également sur l'accélération du travail. Plus récemment, en mars, le CIANE a entrepris une enquête sur internet en rapport avec le vécu des femmes. Cette enquête a porté sur 5460 réponses à un questionnaire pour des accouchements ayant eu lieu en milieu hospitalier, hors pôle physiologique ou maison de naissance entre 2004 et 2012 (18).

Il en ressort que de plus en plus de femmes en 2011 expriment pendant la grossesse des souhaits concernant leur accouchement. Et parmi ceux cités on retrouve le choix de la position, la possibilité de déambuler, le soutien pour un accouchement sans analgésie ou le choix du moment de la péridurale et de son dosage. On retrouve également à chaque fois formulée, l'absence d'écoute ou de communication de la part du corps médical (19).

Mais qu'en est-il cependant du vécu de l'accouchement des femmes ayant eu lieu dans un pôle physiologique et qui le plus souvent rédigent un projet de naissance pour exprimer leurs attentes particulières ?

3.3 Le projet de naissance

D'après le dictionnaire Larousse, un projet est « un but que l'on se propose d'atteindre, une idée de quelque chose à faire, que l'on présente dans ses grandes lignes » (4).

Ainsi, dans le contexte du projet de naissance, il s'agit des idées que l'on veut exploiter pour son accouchement. Il regroupe les attentes ; les désirs, les envies des couples quant au suivi et à la réalisation de leur accouchement ainsi qu'à l'accueil de leur enfant et aux suites de l'accouchement. Ce projet permettra alors de clarifier au mieux ce que veulent ou désirent ces femmes mais exprime également leurs désaccords envers certaines pratiques. Il sera donc écrit ou prononcé afin que cette dernière puisse se sentir actrice de son accouchement et que ses droits soient le plus possible respectés.

Cela permettra donc une certaine négociation du suivi de l'accouchement avec la sage-femme, mais seulement si ces demandes restent raisonnables et en accord avec les pratiques de l'établissement. C'est une sorte de « compromis entre leurs attentes et la réalité de l'offre de soins » (20).

Bien entendu, certaines situations à risques (grossesse pathologique, antécédents) peuvent amener à revoir les modalités de ce projet.

Cette pratique est de plus en plus courante chez les femmes désirant un accouchement naturel avec des représentations bien précises de leur suivi de travail et d'accouchement. Aussi, ces projet sont plus facilement rédigés par les parturientes ayant effectué des séances de préparation à la naissance.

3.4 Les séances de préparation à la naissance

Une des recommandations du Plan de Périnatalité de 2005/2007 fut la mise en place d'un entretien prénatal afin de satisfaire aux besoins des couples quant à une information et une écoute plus accrues dans leur suivi de grossesse et d'accouchement. Cet « entretien individuel et/ ou en couple sera systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4ème mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant » (7) .

Cette recommandation a été mise en place pour compléter le suivi médical de la grossesse d'une femme qui peut participer également à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Ces séances étaient historiquement centrées sur la prise en charge de la douleur dont la préparation la plus connue était la Psycho Prophylaxie Obstétricale établie par le docteur Lamaze, dénommée aussi Accouchement Sans Douleurs.

Aujourd'hui, elles se concentrent plus sur l'accompagnement du couple vers la parentalité et sur leur participation active à un projet de naissance. Ces séances sont basées sur une éducation à la santé et à celle du patient, mais « l'éducation ne se réduit pas à une transmission passive d'informations. Elle est un processus actif de renforcement de l'estime de soi et du sens critique, de la capacité de prise de décision et d'action pour agir et améliorer sa santé, en l'occurrence ici réussir une expérience de santé par l'accueil de l'enfant et la transition vers la fonction de parent » (21) .

Ce sont des moments d'échanges, de paroles et d'écoute qui vont permettre aux couples d'en apprendre plus sur les stades du développement du fœtus, le déroulement de leur grossesse et celui de leur accouchement. L'allaitement et le post-partum seront également abordés pendant ces séances.

Ainsi, les parturientes ne seront que mieux préparées à affronter les événements à venir au cours de leur grossesse. Notamment en ce qui concerne la douleur des contractions utérines qu'elles auront appris à gérer durant ces séances par divers moyens (respiration, positions, massages...)

Plusieurs méthodes de préparation à la naissance sont disponibles pour les femmes en France et sont alors animées par des sages-femmes :

- ❑ La préparation classique composée de huit séances remboursées par la sécurité sociale dont l'entretien prénatal individuel
- ❑ La sophrologie qui est l'étude de l'harmonie de la conscience et des moyens qui permettent d'obtenir l'équilibre entre le corps et l'esprit (22)
- ❑ La préparation en milieu aquatique
- ❑ Le yoga
- ❑ Le chant prénatal
- ❑ L'haptonomie
- ❑ La méthode Bonapace, favorisant le traitement non pharmacologique de la douleur et l'application du père dans le déroulement du travail

D'autres méthodes existent mais ne s'apparentent pas à des préparations proprement dites mais parfois à des soins comme l'acupuncture, l'homéopathie, l'aromathérapie. Ou des méthodes thérapeutiques comme l'ostéopathie, les massages, la méthode Dani BOIS (gymnastique douce).

Ainsi ces pratiques ont été mises en place pour permettre à la femme « d'indoloriser l'accouchement » (23) et lui permettre de gérer la douleur sans l'utilisation de moyens thérapeutiques. Mais leur but essentiel est de faire de la mère mais également du père, les acteurs principaux de la naissance de leur enfant.

Cet objectif va-t-il pouvoir être atteint par la mise en place de structures adaptées et respectueuses de l'accouchement physiologique ?

4 L'ENGOUEMENT POUR LE RETOUR AU NATUREL

A l'heure où la naissance est de plus en plus médicalisée et cela dans le but de diminuer les taux de morbi-mortalité néonatale, des associations d'usagers ainsi que de sages-femmes ou gynécologues-obstétriciens se regroupent pour débattre sur ce phénomène d'hyper-médicalisation. Dans ces débats, il est question de parler de « l'hyper-interventionnisme aux différents temps de l'accouchement », des « indications, abusives, de certains actes », et « une hyper-médicalisation extrêmement gênante pour les parturientes [...] » (23).

Mais où est l'accouchement physiologique dans tout cela ?

4.1 La démedicalisation

C'est à partir du XXI^{ème} siècle, que l'on reparle de plus en plus de l'accouchement naturel. « Des femmes, des couples, des sages-femmes, quelques médecins parlent de nécessité de repenser une naissance plus naturelle » (10).

« Une vision maximaliste du risque (toute grossesse est à haut risque), qui entraînait une surmédicalisation des grossesses normales (80 % des grossesses), a laissé la place à une gestion différenciée du risque fondée sur un dépistage précoce des pathologies et une orientation des femmes vers le niveau de soins approprié » (24).

De plus, la demande des patientes pour un retour à la physiologie oblige les équipes médicales et structures de soins à une adaptation des locaux et de la manière de travailler. C'est ce que nous allons voir par la création des salles physiologiques, des maisons de naissances et par la formation professionnelle des sages-femmes.

4.2 Les maisons de naissance

Ces maisons sont avant tout des « lieux équipés et organisés pour assurer la sécurité des patientes et des enfants [...] » (25). Elles sont gérées et sous la responsabilité des sages-femmes et permettent aux femmes d'accéder à un accouchement dans le respect de la physiologie, en étant active dans la prise en charge de la naissance de leur enfant.

« Le suivi des femmes répond à la notion d'accompagnement global de la naissance, qui associe une femme et une sage-femme référente pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et le post-partum » (26). Les patientes pouvant intégrer ces maisons répondent aux mêmes critères d'entrée dans les salles physiologiques.

Aucun médecin ni anesthésiste ne sont présents, donc la femme en venant dans ce lieu, sait qu'elle n'aura pas accès à la pose de péridurale. La gestion de la douleur sera alors effectuée, entre autre, par l'intermédiaire de thérapies posturales.

Cependant, tout le matériel permettant de garantir la sécurité de la femme et de son nouveau-né est disponible, à la moindre complication un transfert vers la maternité la plus proche sera effectué. En effet, les maisons de naissance sont le plus souvent implantées au plus près des hôpitaux pour assurer un transfert rapide. Elles sont même attenantes des maternités pour garantir un maximum de sécurité en cas d'urgence comme à Remiremont dans les Vosges par exemple.

En France, le Plan de Périnatalité 2005/2007 (27) avait prévu des expérimentations en termes de maison de naissance mais cela n'a pas été achevé du fait du désaccord des acteurs concernés. D'autres tentatives ont vu le jour comme au Calm (comme à la maison) qui est une association pour l'ouverture d'une maison de naissance à la maternité des Bluets à Paris. Le Calm offre à ce jour un accompagnement global de la naissance par des sages-femmes mais l'accouchement s'effectue en plateau technique à la maternité attenante (28). La question des maisons de naissance en France va être exposée au Sénat le 28 février 2013 pour en déterminer leur avenir. C'est pourquoi, en attendant des équipes ont commencé à développer des pôles physiologiques dans les maternités.

4.3 Les pôles physiologiques

En France, l'essor des salles physiologiques ou salles nature a eu lieu au décours de discours du professeur Nisand, qui prônait l'ouverture de telles salles. Cela ayant eu lieu en 2003 pour Strasbourg à la maternité de Hautepierre et du CMCO (**Annexe 3**),

en 2007 pour Lyon et 2011 pour Angers et Rouen. Puis en 2012, ce sont les maternités de Poitiers, Saint-Dizier et Lannion qui inauguraient ces salles. Et récemment en Janvier 2013 c'est dans le nouvel hôpital de Mercy à Metz que l'on peut découvrir ces salles (**Annexe 4**). Prochainement, c'est à Chaumont que seront mises en place des salles physiologiques (29).

Ailleurs, le plateau technique est également ouvert aux sages-femmes libérales qui travaillent selon un accompagnement global des femmes et effectuent leurs accouchements dans ces structures (**Annexe 6**). On trouve cela à Lunéville, au CMCO de Strasbourg et à la clinique Claude Bernard à Metz par exemple.

4.3.1 Leurs objectifs

Le but principal de ces salles physiologiques est « de permettre aux femmes à bas risque qui le souhaitent d'accoucher comme à la maison mais à l'hôpital » (29) et de « répondre aux attentes des couples et leur laisser le choix des conditions de la naissance de leur enfant selon les recommandations de l'OMS et du Parlement européen » (30) (**Annexes 1 et 5**).

A bas risque, signifie donc que les parturientes répondent à certains critères :

- ✓ Souhait de la patiente
- ✓ Femmes sans antécédents particuliers
- ✓ Grossesse simple et présentation céphalique du fœtus
- ✓ Suivi de grossesse régulier et physiologique
- ✓ Préparation à la naissance effectuée (recommandé)
- ✓ Projet de naissance (facultatif)

Une réévaluation de ces critères est donc demandée à chaque étape de la grossesse et de l'accouchement. Et à tout moment, la patiente peut être amenée à quitter l'espace physiologique pour rejoindre les salles traditionnelles pour raisons personnelles (souhait d'une analgésie péridurale) ou médicales (altération du rythme cardio-fœtal, liquide amniotique teinté, hémorragie de la délivrance ou toutes autres pathologies du travail.)

D'autres objectifs peuvent être cités comme celui de « répondre à la demande des professionnels de santé, à savoir favoriser le respect de la physiologie et médicaliser à bon escient (plan de périnatalité 2005/ 2007) afin de réduire le coût de la prise en charge » (30).

4.3.2 Leur structuration (31)

En principe, ces salles ont été conçues pour accueillir les couples dans une atmosphère chaleureuse et spacieuse « faisant oublier l'environnement hospitalier » (29). On y trouve alors un variateur de luminosité, des murs de couleurs bien choisies avec parfois des posters. Au niveau du matériel médical, l'arrivée des fluides médicaux est masquée et le matériel nécessaire à l'anesthésie, à l'accouchement ou à toute prise en charge d'urgence, se trouve dans un chariot à l'extérieur ou dissimulé dans les armoires.

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

- ✓ Un lit d'accouchement électrique qui permettra à la parturiente d'adopter la position de son choix
- ✓ Un électrocardiogramme (parfois sans fils et étanche)
- ✓ Une baignoire pour permettre à la patiente de se relaxer
- ✓ Des ballons et galettes pour gérer les douleurs et faciliter la dilatation, des coussins d'allaitement (corpomed®)
- ✓ Un lecteur CD pour écouter de la musique
- ✓ Des diffuseurs d'aromathérapie (pas dans toutes les structures)
- ✓ Des lianes de suspensions montées sur rails ou sur un dispositif composé d'une chaise trouée (multitrack ou combitrack)



Figure 3 :
Chaise multitrack

En ce qui concerne les salles physiologiques de Haute-pierre, dénommées « maison de la naissance », elles sont composées d'un lit, d'une baignoire, d'un ballon, du multitrack avec corde de suspension.

Cependant, elles sont très peu utilisées et cela pour des raisons bien précises. On peut citer le fait que ces salles sont légèrement éloignées des salles de réanimations de nouveau-né et du bloc opératoire, ce qui freine les sages-femmes dans leur utilisation. Aussi, elles m'ont dit qu'il était compliqué d'intervenir en cas de complications

maternelles (notamment hémorragie de la délivrance) où il faut déplacer la mère jusqu'à une autre salle plus grande et plus équipée.

Ceci a même été décrit par une ancienne sage-femme de la maternité, venue visiter les lieux quarante ans plus tard : « l'argument est, semble-t-il une question de dimensions de la pièce qui ne permettraient pas de travailler dans de bonnes conditions en cas de complications ! Cet argument n'est pas recevable. Si on fait le tour des maternités françaises, bon nombre ont des salles « conventionnelles » de la même taille. Il ne faut pas toujours chercher à rendre les choses compliquées. Une équipe bien entraînée peut travailler sans problèmes dans des espaces restreints » (32).



Figure 4 : Salle physiologique de la maternité de Haute-pierre

4.3.3 La prise en charge dans ces salles (31)

Il sera essentiel de prendre connaissance du projet de naissance du couple pour parfaire au mieux le suivi de travail et d'accouchement des femmes. La surveillance des parturientes pourra donc être allégée dans ces structures, en voici un exemple :

- ✓ Un monitoring de trente minutes à l'arrivée puis discontinu pendant le reste du travail (environ dix minutes toutes les heures)
- ✓ Les touchers vaginaux seront espacés toutes les deux heures
- ✓ Un cathlon sera mis en place mais une perfusion ne sera pas systématique Cependant la délivrance sera dirigée
- ✓ Les patientes seront autorisées à boire des liquides clairs

La prise en charge des nouveau-nés ne changera pas vraiment par rapport à celle effectuée en salle traditionnelle. Ce qui changera considérablement sera la prise en charge de la douleur par des moyens permettant une alternative à la péridurale :

- ✓ Le lien entre la sage-femme et la parturiente sera important pour instaurer une relation de confiance et permettre à la femme d'être plus sereine et de mieux gérer son travail
- ✓ Le bain, les positions, la déambulation, la suspension seront également des moyens de contrer la douleur
- ✓ Des moyens thérapeutiques mais naturels pourront être utilisés comme l'homéopathie, l'acupuncture, l'hypnose dans certaine maternité

Beaucoup de moyens sont donc mis à disposition dans ces salles pour permettre de subvenir aux besoins et attentes des couples. Mais cela n'est rien si les sages-femmes, seul personnel indispensable dans l'accompagnement des parents vers la naissance et la parentalité, ne sont pas formées pour cela.

4.3.4 L'accompagnement global

L'Association Nationale des Sages-femmes Libérales définit en 2002 l'accompagnement global comme « Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant » (33).

De ce fait, les femmes développent avec les sages-femmes une relation particulière dès le début de grossesse, ce qui leur permet de connaître un peu mieux la femme et de savoir plus précisément ce qu'elle recherche pour son accouchement. Lors de ce dernier, la femme étant préparée par une sage-femme qui la connaît bien, pourra vivre son accouchement d'une manière plus sereine et en fonction de ses désirs. Au travers de cet accompagnement, l'accouchement sera effectué en plateau technique ou à domicile selon les souhaits des femmes et les compétences de la sage-femme libérale.

L'accompagnement semi-global est également possible et « offre une continuité pré et postnatale » mais « exclut le temps de l'accouchement » (33).

4.4 La formation des professionnelles de santé

Les sages-femmes diplômées d'état sont soumises à une formation continue tout au long de leur carrière et cela dans le cadre du développement professionnel continu. Ainsi, plusieurs formations sont à disposition des sages-femmes pour se former à mieux accompagner les femmes dans leur projet d'accouchement naturel.

4.4.1 Formation APOR B de Gasquet (34)

La méthode APOR (Approche Posturo Respiratoire) a été mise en place par le docteur Bernadette De Gasquet et consiste en « une approche biomécanique qui permet d'optimiser les forces en présence pendant l'accouchement par une meilleure adaptation materno-fœtal » (35). La définition même du concept, issu du yoga, lie la respiration et la posture.

Pour les sages-femmes, cette formation a différents objectifs :

- ✓ Proposer des solutions aux maux de la grossesse
- ✓ Retrouver la physiologie de l'accouchement en utilisant des positions et des techniques respiratoires pour améliorer la dynamique materno-fœtale
- ✓ Prévenir les traumatismes périnéaux aux différents temps du pré, per et post-partum
- ✓ Prendre en charge autrement les suites de couches immédiates

Dans le cadre de l'accouchement, cette formation ne sera que bénéfique aux femmes et aux sages-femmes. Pour les unes, elle sera utile afin de gérer la douleur des contractions utérines par la réalisation de diverses postures tout en exploitant leur respiration. Et pour les autres, elle permettra « d'optimiser la mécanique et la dynamique obstétricale aux différents temps de l'accouchement » en faisant effectuer à la parturiente différentes positions. Bien évidemment, cette formation permettra aux sages-femmes de proposer à leur patiente, des variantes à l'accouchement en position gynécologique.

4.4.2. Autres formations

4.4.2.1. Acupuncture

Une autre formation est à la portée des sages-femmes, celle de l'initiation à l'acupuncture et donc à la médecine chinoise. Elle est de deux ans et aboutit à l'obtention d'un diplôme interuniversitaire. « L'acupuncture tend à corriger les

déséquilibres, à soutenir les énergies défaillantes, à extirper les énergies perverses » (36). Cette technique consiste en l'introduction dans la peau de très fines aiguilles stériles en des points bien précis. Cela permettra un effet thérapeutique, réflexe ou analgésiant de la partie du corps correspondant au point d'acupuncture touché.

Ses indications sont multiples en obstétrique aussi bien pendant la grossesse qu'à l'accouchement ou en suites de couches.

4.4.2.2. Homéopathie

Une formation organisée par le Centre d'Enseignement et de Développement de l'Homéopathie est prévue pour les sages-femmes qui le souhaitent. Un diplôme interuniversitaire est également à la disposition de ces professionnels de Santé.

La thérapeutique homéopathique est donc une alternative non iatrogène à l'utilisation de médicaments allopathiques en obstétrique puisque son mécanisme d'action est « de déclencher une réponse par le corps, d'utiliser le corps pour se défendre lui-même » (37).

Ceci pourra donc être utilisé par les sages-femmes aux différentes étapes de la grossesse et de l'accouchement.

4.4.2.3. Aromathérapie (38)

« L'aromathérapie est l'utilisation des huiles essentielles à des fins thérapeutiques ». On les utilise alors en diffusion atmosphérique, en massage topique ou en usage interne. « Les molécules aromatiques peuvent être ainsi captées par les fosses nasales et décryptées par les neurorécepteurs olfactifs, ou entrer en interaction avec le métabolisme via le système circulatoire. »

Une formation de plusieurs jours est donc proposée par le Collège international d'aromathérapie Dominique Baudoux, aux sages-femmes qui s'y intéressent.

Ainsi cette discipline pourra être aisément exploitée dans le suivi de grossesse et au cours du travail des parturientes.

Depuis l'essor des techniques médicales et avec l'évolution des mœurs, on arrive aujourd'hui à proposer aux femmes, un accouchement différent. Ce dernier sera divergent, tant par la volonté des femmes à découvrir de nouveaux horizons, que par l'environnement qui offrent de plus en plus de possibilités.

Cependant, malgré l'opportunité offerte aux parturientes d'accoucher différemment, un nombre restreint d'entre elles tentent l'expérience. En effet, en ces jours il est permis aux femmes d'être soulagées des douleurs engendrées par l'accouchement, et peu d'entre elles vont aller contre cela.

Mais pour celles qui veulent expérimenter de nouvelles sensations à travers un accouchement des plus naturels, de nombreuses solutions se proposent à elles, comme la possibilité d'accoucher en salles physiologiques.

Toutefois, peu d'études étudient la satisfaction et le vécu du travail dans ces salles qui permettent, en quelque sorte, d'être au plus près d'un accouchement à domicile, de plus en plus recherché.

Aussi, cela demande plus de disponibilité de l'équipe médicale et une certaine envie d'accompagner le couple dans ce choix qui n'est pas toujours unanime.

Qu'en est-il alors de l'utilisation de salles physiologiques ?

DEUXIEME PARTIE

EN SALLE PHYSIOLOGIQUE :

QUELS CHOIX POUR LES

PARTURIENTES

1 METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Actuellement on ne laisse pas souvent le choix aux femmes d'agir comme elles le souhaitent au cours de leur accouchement. Parfois cela se justifie par le fait qu'il faille intervenir pour la sécurité et la survie de l'enfant ou de la femme. Une autre raison, et elle n'est pas des moindres, concerne l'environnement de la salle de naissance et son contenu qui ne correspond pas ou ne s'adapte pas souvent aux souhaits bien particuliers des parturientes. Trop souvent, on se retrouve face à une impossibilité de répondre à leurs attentes et cela notamment du point de vue matériel. En effet, certains établissements ne disposent pas des moyens permettant la gestion d'un travail naturel comme la présence d'une baignoire, de ballons ou encore de lianes.

Ainsi, naissent de plus en plus ces pôles physiologiques avec leurs salles plus adaptées aux besoins des parturientes. Ce qui m'a donc intéressé et ce que j'ai voulu approfondir, c'est le vécu d'accouchement de ces femmes ayant pu vivre dans ces salles la naissance de leur enfant comme elles le souhaitaient, du moins en grande partie.

1.1 Problématique

Au cours de mes études, je n'ai pas eu l'occasion d'observer réellement un suivi de travail en salle physiologique. J'ai simplement pu assister à un suivi de travail plus naturel parfois mais sans l'environnement dédié à cela. En effet, en Lorraine, avant l'ouverture de l'hôpital femme-mère-enfant de Mercy, nous ne disposions pas de maternité possédant de salles physiologiques. C'est pourquoi je n'ai pu faire mon étude dans ce lieu du fait de son ouverture trop récente en janvier 2013. C'est la raison pour laquelle j'ai demandé à réaliser un stage dans la maternité de Haute-pierre à Strasbourg qui possède un pôle physiologique. C'est également une maternité de niveau 3, ce qui a été un critère supplémentaire pour choisir ce lieu. J'ai donc pu effectuer ce stage dans la période du 15 octobre 2012 au 26 octobre 2012.

Ainsi, ma réflexion sur ce sujet m'a mené vers la problématique suivante : peut-on donner l'occasion aux parturientes d'être actrices de leur accouchement à travers une préparation et un environnement dédiée à la physiologie et cela en collaboration avec l'équipe médicale ?

1.2 Hypothèses

Mon questionnement à ce sujet m'a permis de poser ces quelques hypothèses :

- Les séances de préparation à la naissance sont un moyen d'aider les parturientes à gérer leur travail et accouchement dans ces salles et donnent une place importante aux pères
- Les parturientes peuvent choisir ce qu'elles ont envie de mettre en pratique pour gérer leur travail et leur accouchement, selon leur projet de naissance
- Il existe des contraintes médicales ou autres ne permettant pas d'aboutir à un accouchement physiologique tel que la patiente le souhaite
- Ces salles sont adaptées pour l'accompagnement des femmes vers un accouchement physiologique, de par leur structure et leur contenu

1.3 Objectifs

J'ai défini, alors, plusieurs objectifs :

- Déterminer ce que l'on peut mettre en œuvre au cours de la grossesse et de l'accouchement pour accompagner au mieux les femmes désireuses d'un accouchement plus naturel
- Déterminer si l'environnement de la salle physiologique peut réellement subvenir aux besoins et attentes des parturientes désirant un accouchement naturel et si ces dernières sont satisfaites de leur suivi d'accouchement dans ces salles
- Déterminer si les professionnels de santé peuvent satisfaire aux demandes des femmes ou si une certaine exigence médicale impose une intervention de leur part sur le travail et l'accouchement

1.4 Présentation de l'enquête

1.4.1 Population cible

1.4.1.1 Critères d'inclusions

La population choisie inclut des multipares ayant accouché à terme dans une salle physiologique mais ayant eu un accouchement antérieur dans une salle traditionnelle. A travers leurs dires, elles pourront faire part de leur vécu et comparer leur travail dans ces lieux.

Cependant, à défaut d'avoir accès à une salle physiologique, certaines femmes ont accouché dans une salle traditionnelle revisitée en salle physiologique. Ainsi ces femmes seront incluses dans l'étude.

1.4.1.2 Critères d'exclusions

Parmi ces critères, on retrouve la primiparité et les patientes n'ayant pas eu d'analgésie péridurale par faute d'un accouchement trop rapide (mais qui avait pour souhait de l'avoir).

1.4.2 Outils d'enquête

Mon étude est qualitative et donc basée sur des entretiens semi directifs de multipares effectués en post-natal au lit de la patiente ou par téléphone. L'entretien semi-directif permet de laisser libre court aux réponses de la patiente tout en l'aidant à se recentrer sur la question de départ par des questions de relance.

Les entretiens ont duré environ quarante-cinq minutes (moins longs lors des entretiens téléphoniques) et ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien. Les résultats seront donc exploités selon la trame de ce guide qui propose plusieurs thématiques : les antécédents, la grossesse, le travail, l'accouchement, le post-partum immédiat et des questions supplémentaires.

1.4.3 Lieu et durée de l'étude

Mon étude est centrée sur deux maternités de Strasbourg en Alsace, celle du CHU de Hautepierre et principalement sur celle du Centre Médico-Chirurgical-Obstétrical (CMCO) de Schiltigheim. L'étude se déroule alors sur la période du mois d'octobre 2012 au mois de Janvier 2013.

1.5 Biais et difficultés de l'étude

Les entretiens et son guide : n'ayant pu effectuer un nombre conséquent d'entretiens à Strasbourg, j'ai continué mon étude par des entretiens téléphoniques. Ces derniers empêchent cependant une bonne retranscription des réponses des femmes du fait qu'elles soient parfois interpellées par d'autres choses. Pour cette raison et du fait de sa durée peut-être trop longue, l'entretien a souvent dû être effectué en plusieurs fois. De ce fait, n'ayant pu recontacter une des femmes, un des entretiens n'est pas complet et ne contient que 21 réponses.

De plus certaines questions n'étant pas vraiment intéressantes pour l'exploitation, elles n'apparaîtront donc pas dans les résultats et compte tenu du nombre limité d'entretiens, les résultats seront exploités en « nombre de cas » et non pas en pourcentage.

Le recrutement : au départ, mon souhait était d'interroger une trentaine de patientes pour avoir des résultats significatifs. Au final je n'ai pu interroger que treize femmes. Durant mon stage à la maternité de Hautepierre, je n'ai pu réaliser que trois entretiens sur les deux sites et depuis la fin de ce stage, je n'ai pu avoir que cinq entretiens supplémentaires effectués par téléphone du fait d'un petit nombre de femmes ayant accouché dans les salles physiologiques de ces maternités depuis mon départ. C'est pourquoi, j'ai également accepté des entretiens avec des multipares n'ayant pas accouché dans ces salles mais dans des salles traditionnelles revisitées vu qu'à la maternité de Hautepierre, les salles « maisons de la naissance » sont très peu utilisées mais ceci forme un biais dans l'étude.

J'ai également eu des difficultés à établir une liste de patientes du fait de la non disponibilité des sages-femmes qui n'avaient pas le temps de penser à répertorier les patientes pour moi ou qui n'étaient tout simplement pas au courant.

C'est pourquoi, je me suis déplacée moi-même à la maternité du CMCO. J'ai choisi exclusivement ce lieu, car le nombre d'accouchements en salle physiologique est plus élevé qu'à la maternité de Hautepierre. Grâce à un logiciel j'ai pu recruter une vingtaine de patientes supplémentaires, mais il m'a été difficile de les joindre et je n'ai donc pu compléter mon étude que de six entretiens.

Malgré le nombre restreint d'entretiens effectués, je pense qu'ils sont assez riches pour en exploiter les réponses et en tirer des conclusions.

2 RESULTATS DE L'ETUDE

2.1 Population

2.1.1 Age

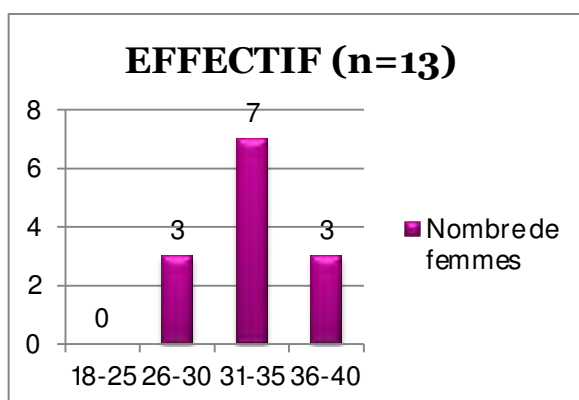


Figure 5 : âge de la population

La moyenne d'âge étant d'environ 33 ans

2.2.2. Parité

Parmi les **13** femmes interrogées on retrouve :

- ❑ **8** femmes sur **13** ayant deux enfants (2^{ème} pare)
- ❑ **5** femmes sur **13** ayant trois enfants (3^{ème} pare)

2.2.3. Origines

Sur la totalité des patientes on a :

- 9 femmes d'origine française
- 1 femme d'origine portugaise
- 1 femme d'origine africaine
- 2 femmes d'origine turque

2.1.2 Antécédents personnels

Seuls les antécédents obstétricaux ont une valeur dans cette étude puisqu'elle a pour but de comparer chez des multipares, le déroulement du travail pour l'accouchement des aînés et celui de l'enfant récemment né en salle physiologique.

Dans cette étude, en regroupant les accouchements précédents celui ayant eu lieu en 2012 ou 2013, on en totalise **16** :

- ❖ Chacun des **16** accouchements a été réalisé en position gynécologique :
 - **9** ont été pratiqués sous analgésie péridurale,
 - **7** ont été pratiqués sans analgésie péridurale dont :
 - **2** du fait d'un travail trop rapide pour la poser
 - **4** par volonté (deux femmes ont eu deux accouchements précédents sans péridurale)
 - **1** autre ayant une contre-indication à l'analgésie péridurale
- ❖ Parmi ces accouchements des sentiments ont été évoqués par certaines mères :
 - **2** femmes, deuxièmes pares, déclaraient qu'il y avait eu trop de monde lors de leur premier accouchement et que cela les avait beaucoup gêné. L'une a même dit qu'elle se sentait « comme une vache qui accouchait de son veau, c'était bestial ».
 - **1** femme, deuxième pare dont l'accouchement a été très rapide, a avoué ne pas avoir vécu son accouchement comme elle le voulait.

- **1** femme ne voulait pas la péridurale mais l'a subi afin d'effectuer une ventouse pour non engagement de la présentation fœtale à dilation complète (2^{ème} pare).
- **2** femmes ont désiré la péridurale, qui n'était pas leur souhait au départ, car le travail a été très long et douloureux.
- **1** femme, troisième pare a eu une péridurale d'emblée pour son premier enfant car son accouchement a été déclenché.
- **1** femme, troisième pare ne voulait pas d'analgésie car elle appréhendait ses effets secondaires.
- **1** femme n'a jamais eu de péridurale pour ses trois accouchements car elle voulait tout sentir, et a aimé la sensation de son premier accouchement sans péridurale.
- **1** femme n'a pas apprécié la prise en charge de son accouchement par rapport à la sage-femme trop peu présente.
- **1** femme a dit ne plus vouloir revivre le même accouchement, avec une péridurale aussi forte et contraignante».

2.2 Déroulement de la grossesse

2.2.1 Pathologies

4 femmes sur **13** ont présenté une pathologie pendant leur grossesse :

- Vomissements gravidiques avec hospitalisation 15 jours : **1**
- Nausées plusieurs mois avec hypotension : **1**
- Contractions utérines à 5 mois de grossesse sans modifications cervicales : **2**
- Diabète gestationnel sous régime : **1**
- Tension artérielle limite en fin de grossesse : **1**

Cependant, ces pathologies gravidiques n'ont eu aucune incidence sur les modalités d'accouchement.

2.2.2 Préparation à la naissance et à la parentalité

Dans cette étude, **2** femmes sur **13** n'ont pas participé aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité car elles en avaient déjà effectué pour leur(s) grossesse(s) précédente(s). **2** autres femmes ont assisté à ces séances pour leur premier enfant mais ont complété leur préparation avec quelques nouvelles séances.

Parmi les séances effectuées au préalable, on retrouve :

- Les séances classiques
- La méthode Bonapace
- Les séances en piscine
- La méthode De Gasquet expliquée par une sage-femme

Aussi, 1 femme n'a participé à aucune préparation et cela pour chacune de ces grossesses.

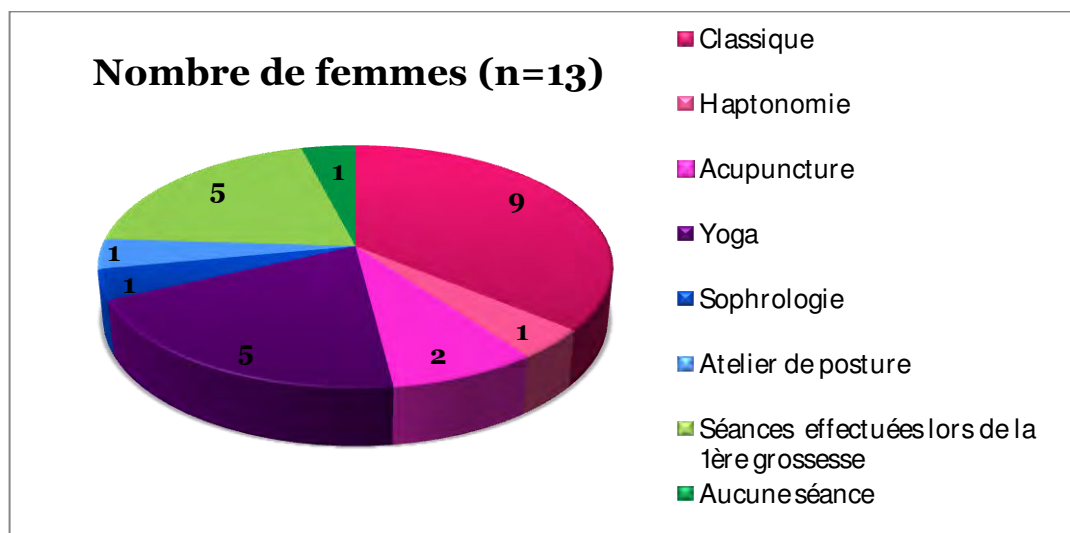


Figure 6 : Participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

NB : la somme des réponses est supérieure au nombre total de femmes interrogées car certaines d'entre elles ont effectuées différentes séances de préparation à la naissance.

2.2.3 Projet de naissance

2.2.3.1 Forme

Le projet de naissance peut se décliner sous différentes formes :

- formalisé : que l'on peut retrouver sur internet ou diffusé par les sages-femmes.
- personnel

Tableau 1 : Répartition des projets de naissance

Projet de naissance	Repris de la grossesse précédente		Conçu pour leur dernière grossesse		
	Formalisé	Personnel	Formalisé	Personnel	Autres
Oui	2	3		1	
Non					7*

*Ces femmes n'ont pas écrit de projet mais avaient des envies bien précises qu'elles ont formulées à l'oral pour la plupart.

2.2.3.2 Contenu

- ❖ Les femmes, à travers ces projets de naissance écrits ou formulés à l'oral, peuvent exprimer leurs souhaits et leurs désirs quant à leur accouchement.

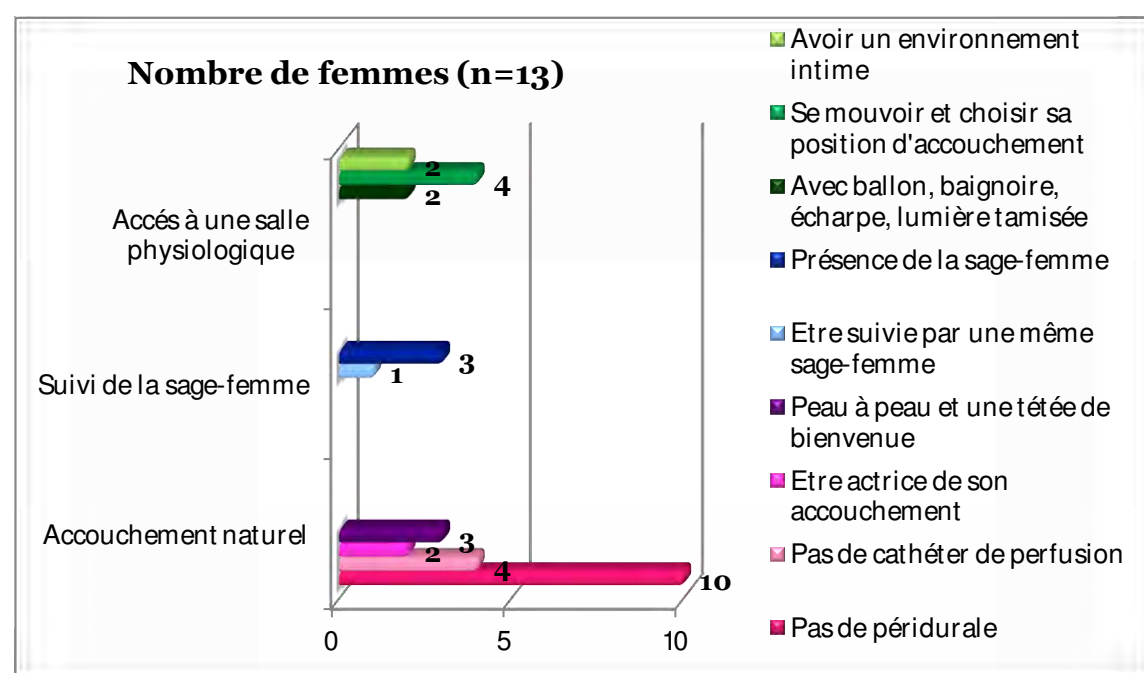


Figure 7 : Souhaits et désirs des femmes

NB : la somme des réponses est supérieure au nombre total de femmes interrogées car certaines d'entre elles ont exprimé plusieurs souhaits.

2.2.4 La vision de l'accouchement physiologique

- ❖ Déterminer comment les femmes envisageaient leur accouchement, seules 9 d'entre elles ont répondu :
 - «Je voulais un environnement calme, non brutal pour le bébé et moi-même. Que le papa soit présent et participe. Je ne voulais pas accoucher sur le dos avec les pieds dans les étriers ».
 - «Je souhaitais vraiment accoucher dans une position différente, mais je ne savais pas laquelle. Je pensais aussi à utiliser la baignoire et le ballon».
 - «Je souhaitais un accouchement des plus simple, en salle nature».
 - «Utiliser le ballon».
 - «Je voulais attendre à la maison le plus longtemps possible pour éviter les monitoring».
 - «Je connaissais l'existence des accessoires à disposition et je voulais utiliser le ballon. Je souhaitais accoucher à quatre pattes».
 - «Je pensais que ça allait être rapide pour un deuxième et j'étais plus sereine car je connaissais l'endroit. Je souhaitais prendre un bain pour soulager mes douleurs et utiliser le ballon mais ce fut trop rapide. Je voulais une salle moins médicalisée avec une baignoire ; que cela fasse moins hôpital».
 - «Après la visite de la maternité, j'ai découvert les salles natures et je souhaitais accoucher là».
 - «Je l'ai pas imaginé, car je l'avais fait pour le premier et tout était différent en réalité. Je souhaitais utiliser le ballon, l'écharpe et la baignoire».
- ❖ Répertorier la maternité d'accouchement d'une grossesse à l'autre pour identifier les raisons d'un éventuel changement s'il a lieu.

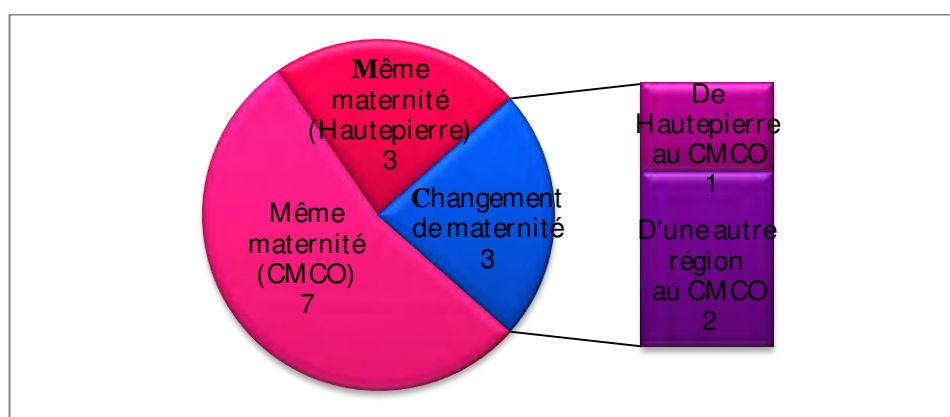


Figure 8 : Revue des différents lieux d'accouchement

Parmi les femmes n'ayant pas changé de maternité d'un accouchement à l'autre :

- La plupart de celles qui ont accouché à la maternité du CMCO, on dit vouloir y retourner pour leur cadet, car l'accueil et l'équipe médicale étaient satisfaisants ainsi que pour l'expérience des salles physiologiques.
- Celles étant restées sur la maternité de Haute-pierre ont eu la même justification concernant l'accueil.

Parmi celles ayant changé de maternité :

- Une femme a accouché à Haute-pierre pour ses jumeaux simplement du fait du terme prématuré de la grossesse et s'est dirigé vers le CMCO pour son troisième.
- Deux autres ont changé de région entre leurs deux grossesses d'où le changement de maternités.

❖ Mieux cerner pourquoi ces femmes souhaitaient un accouchement physiologique :

- «Je voulais être actrice de l'accouchement, mettre au monde, sentir le bébé passer, que ce soit mérité. Cela fait partie de la vie d'une femme. C'est douloureux mais magique. Pour mon premier accouchement, avec la péridurale ce n'était plus mon corps, comme si je regardais mon accouchement. C'est un souvenir inoubliable»
- «C'est ma personnalité, je suis pour l'allaitement maternel. Je suis nature, pour l'homéopathie, pour l'alimentation naturelle. J'ai pour sentiment que s'il y a un minimum d'interventions médicamenteuses, je peux sentir mon corps ce qui aide pour l'accouchement».
- «Je voulais faire confiance aux capacités de mon corps pour supporter un certain degré de souffrance. Je me disais qu'on pourrait faire les choses le plus naturellement possible, laisser le corps, le processus naturel se faire ». «J'avais envie de quelque chose de plus naturel et différent de mon premier accouchement (grossesse gémellaire avec déclenchement à 34 SA pour rupture prématurée des membranes à 28 SA). L'idéal aurait été d'accoucher à la maison mais mon mari n'était pas d'accord».
- «Je craignais la pose de péridurale et ses complications. Et j'avais la volonté de suivre ce qu'il se passait. J'avais peur de ne pas sentir ce qu'il fallait justement sentir».
- «Je n'ai pas eu le choix du fait de mon problème de scoliose, mais je l'aurais tenté tout de même». «Je n'ai pas pu le faire pour mon aînée. Je n'étais pas prête à accoucher et j'ai été submergée par la douleur. Je souhaitais faire mieux que le premier accouchement et je voulais me surpasser. Et le fait d'être en salle

nature m'a aidé car en salle conventionnelle on a tout sous la main, on peut plus facilement céder». «J'avais le sentiment de pouvoir récupérer plus vite après l'accouchement sans péridurale. Et ma mère et mes copines l'ont fait, alors pourquoi pas moi».

- «La péridurale pour mon premier n'a pas été une réussite, j'ai été indécise pour mon second».
- «Je ne vois pas pourquoi avoir un accouchement avec péridurale, à part pour soulager les douleurs. Je trouve que ça enlève toute sensation, c'est problématique. J'ai besoin de ressentir mon corps même dans un état de douleur extrême. C'est devenir mère, sentir son enfant de l'intérieur à l'extérieur. Je ne suis pas fan des médicaments. C'est du bon sens de vouloir accoucher comme ça».

2.3 Déroulement du travail

2.3.1 Début de travail

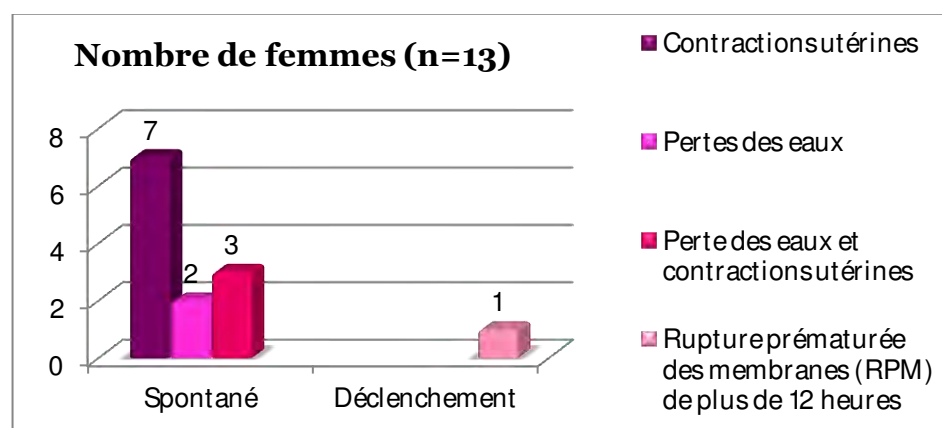


Figure 9 : Types de début de travail

- ❖ A la maison, le début de travail a été géré de différentes manières en fonction des femmes :

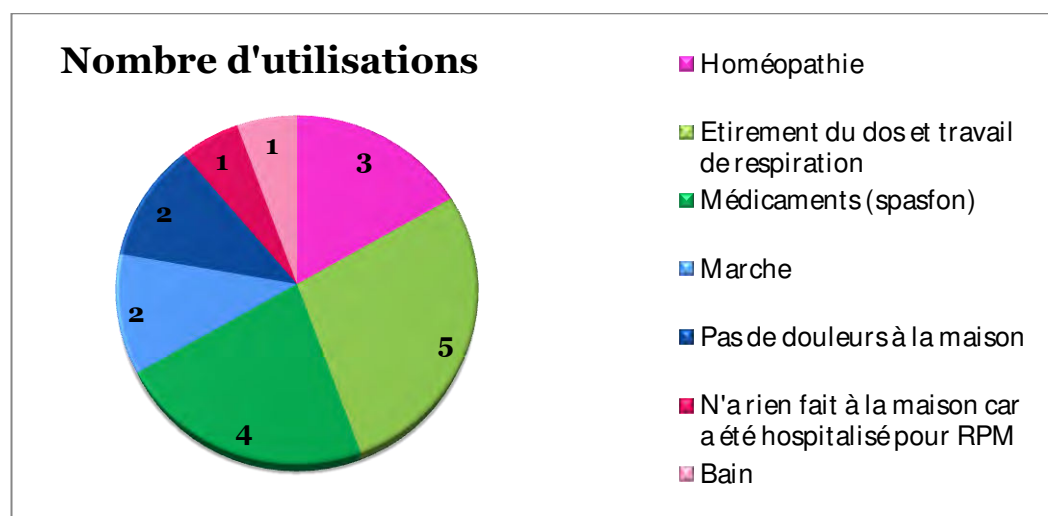


Figure 10 : Moyens utilisés pour gérer la douleur

NB : ici aussi le nombre d'utilisation est supérieur au nombre de femmes interrogées car certaines d'entre elles ont utilisé plusieurs moyens.

2.3.2 A la maternité

2.3.2.1 Salle d'accouchement

- ❖ Parmi les questions de l'entretien, j'ai demandé aux femmes où elles avaient été installées après leur passage aux urgences gynécologiques et obstétriques :

Tableau 2: Répartition des femmes en salles de naissance

Salle physiologique directement	Salle de travail Traditionnelle *	Salle de pré-travail en première intention puis en salle physiologique
8	3	2

*Les salles traditionnelles (CHU de Haute-pierre) utilisées pour ces trois femmes possédaient tout de même une écharpe pour se suspendre et un ballon. La sage-femme a fait en sorte de revisiter ces salles pour subvenir à leurs besoins.

2.3.2.2 Gestion de la douleur

- ❖ L'analgésie péridurale au cours du travail est parfois proposée ou évoquée aux multipares afin de soulager leurs douleurs. Mais parfois, ce sont les patientes elles-mêmes qui ont en tête l'idée d'une péridurale. Dans cette étude aucune femme n'a eu d'analgésie péridurale lors de son accouchement :
 - 3 femmes sur 13 n'avaient jamais eu de péridurale lors des accouchements précédents
 - 2 femmes sur 13 n'ont même jamais évoqué le mot « péridurale »
 - 1 femme sur 13 ne voulait pas d'analgésie pour comparer à son premier accouchement
 - 7 femmes sur 13 ont quand même pensé à la péridurale au cours du travail
- ❖ Durant le travail, les sages-femmes ont proposé aux femmes différents moyens pour gérer la douleur. Mais les femmes aussi peuvent choisir ce qui leur convient le mieux pour minimiser la douleur :

Moyens utilisés	Proposés par la sage-femme	Demandés par la femme	Commentaires
Musique	1	1	
Ballon	4	2	Utilisés ensemble : 1
Echarpe	3		
Bain	4	2	
Douche		1	
Acupuncture	1		
Massages (huiles essentielles)	2		Effectués par la sage-femme ou par le mari
Etirement du dos		1	
Travail sur la respiration	2	1	
Marche	3		
Changement de positions		3	A quatre pattes, en décubitus latéral.

Tableau 3 : Moyens utilisés pour la gestion de la douleur en salle de Naissance

2.3.2.3 Vécu du travail en salle physiologique

❖ « Comment avez-vous vécu ce travail en salle physiologique ? »

	Bien vécu	Moins bien vécu
Nombre de femmes	9	3
Commentaires	• « J'ai été en possession de mon corps pour pouvoir le gérer » • « J'ai pu faire ce que j'avais envie » • « Je suis satisfaite qu'on ait respecté mes choix, je me suis sentie actrice de mon accouchement » • « j'ai beaucoup travaillé sur la respiration » • « C'était convivial. Je n'étais pas seule, mon mari était présent et me soutenait, ainsi que la sage-femme » • « Les positions antalgiques aident beaucoup et j'étais armée car reposée pour gérer »	• « J'aurais aimé avoir plus de temps pour profiter au mieux des installations proposées » • « Cela a été plus intense et plus rapide que mon deuxième accouchement. Sans la péridurale, c'est vraiment un combat contre soi-même ». • « Le changement d'équipe m'a perturbé ».

Tableau 4: Vécu du travail

2.3.2.4 Liberté posturale

❖ Au cours des entretiens, j'ai demandé aux femmes si elles avaient ressenti de la liberté pendant leur travail. Par liberté, je pensais surtout à la liberté de mouvements, de se mouvoir à sa guise ainsi qu'à la liberté de décisions qu'elles ont pu prendre durant l'accouchement.

- ✓ **10** femmes sur **13** ont répondu « oui »
- ✓ **3** femmes sur **13** ont répondu « non »

Commentaires des femmes ayant répondu « oui » (toutes n'ont pas répondu) :

- «J'ai vraiment été libre dans mes mouvements ».
- «J'ai ressenti de la liberté, surtout sachant que l'on est très fragile et influençable dans ces moments ».
- «J'ai été libre mais je faisais ce qu'on me disait ».
- «J'ai pu changer de positions quand je le voulais, utiliser le ballon et l'écharpe».
- «La sage-femme demandait à chaque fois ce que je voulais faire. Mais je n'osais pas demander donc j'étais contente qu'elle me propose».
- «La sensation de liberté était là».
- «Je pouvais faire ce que je voulais et j'essayais d'être active».
- «La sage-femme ne m'a jamais rien imposé, elle demandait et faisait ce que je voulais. Je me sentais bien».
- «Je l'ai tout de même payé, j'étais seule dans mes décisions ».

Explications de celles ayant répondu « non » :

- «J'ai été gênée par le monitoring. Je ne me suis pas sentie libre».
- «Je suis restée couchée au début à cause du monitoring et cela me gênait ».
- «Je ne peux pas dire que j'ai ressenti de la liberté car le travail a été trop rapide. Les décisions ont été prises par la sage-femme vu l'état d'avancement».

2.3.2.5 Contraintes ou manques particuliers

- ❖ J'ai également demandé aux femmes si pendant le travail elles avaient ressenti des contraintes tant techniques que médicales.

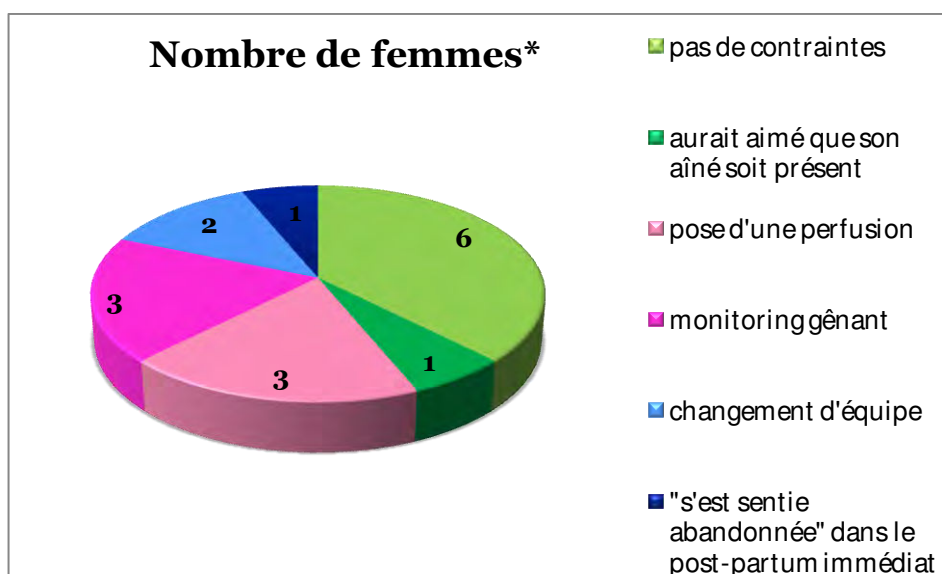


Figure 11 : Relevé des différentes contraintes

*Certaines d'entre elles, on décrit plusieurs contraintes d'où un nombre de femmes supérieur à l'effectif de départ.

❖ Une autre question était de savoir si ces femmes ont manqué de quelque chose durant leur accouchement :

- ✓ 11 femmes sur 13 n'ont manqué de rien
- ✓ 1 femme sur 13 aurait aimé avoir des étriers pour pousser dessus avec ses pieds au moment de l'accouchement (accouchement sur un simple lit)
- ✓ 1 autre aurait aimé avoir une chaise pour pouvoir gérer ses douleurs pendant le travail en étant assise

2.3.2.6 Gestion du travail

❖ A la question : « Avez-vous eu l'impression de pouvoir gérer vous-même votre travail ? » :

- ✓ 9 femmes sur 13 ont répondu « OUI » et certaines ont justifié leur réponse :
 - «J'ai eu l'impression de suivre mon corps, j'ai fait cela à l'instinct sans réflexion ».
 - «J'ai pu vraiment gérer mon travail et faire en fonction de mon corps ».
 - «J'ai pu gérer mon travail jusqu'au moment de l'expulsion où je ne contrôlais plus rien ».
 - «Oui, comme la sage-femme me laissait faire. Je l'ai fait comme je l'ai senti ».
 - «Oui, surtout parce que j'avais mon mari autour de moi et l'environnement aide bien ».
- ✓ 3 femmes sur 13 ont avoué que la sage-femme les a beaucoup aidés au cours de l'accouchement mais que cela leur a permis de mieux gérer le travail et de les décontracter.
- ✓ 1 femme sur 13 a expliqué que son accouchement a été trop rapide pour pouvoir répondre à cette question.

2.3.2.7 L'accouchement en lui-même

❖ Différentes positions d'accouchement ont été adoptées par les femmes :

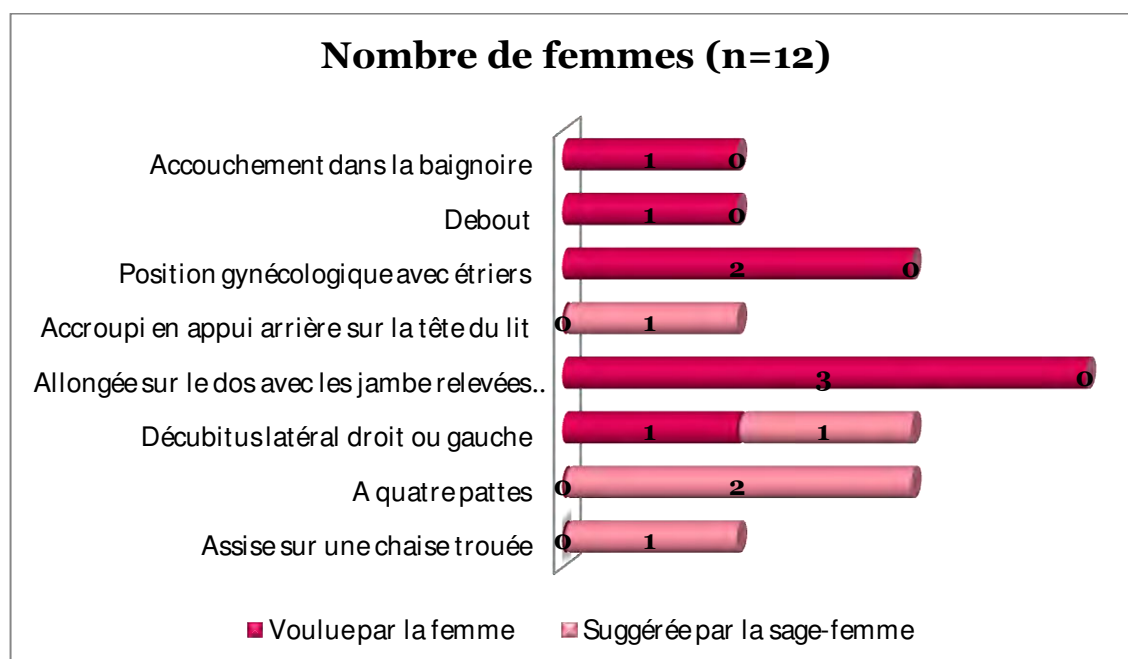


Figure 12 : Position prises au court de l'accouchement

Parmi ces diverses positions d'accouchement certaines ont donc été suggérées par la sage-femme. Et cette décision a tout de même été prise en fonction du bien-être de la femme.

Par exemple :

- ✓ Pour la position assise sur une chaise trouée, la femme était d'abord installée sur le ballon pour mieux gérer les contractions et comme cela était confortable pour elle, la sage-femme a proposé l'accouchement sur une chaise trouée avec bascule du corps en avant.
- ✓ Pour une des deux femmes ayant accouché à quatre pattes, la position a été un compromis entre la femme qui voulait être assise et que son mari soit au plus près (car il était en face d'elle à lui tenir les mains) et la sage-femme qui était à l'aise comme cela.
L'autre femme a également apprécié cette position et l'aurait faite spontanément.
- ✓ Pour la femme ayant accouché en position accroupie sur le lit, il a été difficile de rester ainsi car la femme « était complètement écartelée et courbée en avant ». Cette position a été « exigeante en terme d'énergie ».

- ✓ Les trois femmes ayant accouché sur le dos ont voulu cette position et l'une d'elle a avoué que dans cette position, elle a vraiment pu gérer la poussée.
 - ✓ Les femmes ayant accouché en position gynécologique l'ont voulu. Pour l'une, les étriers étaient utiles pour caler ses pieds, et pour l'autre, elle sentait qu'elle pousserait mieux ainsi.
 - ✓ Une des deux femmes ayant accouché en décubitus latéral, a choisi cette position spontanément sans vraiment y réfléchir.
 - ✓ La femme ayant accouché debout n'a pas vraiment eu le choix : «J'ai perdu les eaux en me déplaçant à la baignoire, j'ai senti que ça poussait et il est né».
 - ✓ Celle ayant accouché dans la baignoire, n'a pas eu le choix non plus car en prenant un bain, elle a ressenti une envie de pousser et le temps que la sage-femme arrive, l'enfant était né ».
- ❖ Pour la question : « Avez-vous des suggestions à faire quant à l'équipement ou au personnel ? » :
- 10 femmes sur 13 ont répondu « non »
 - 2 femmes sur 13 ont répondu « oui » : une aurait voulu que la sage-femme soit plus présente pour la réconforter car elle avait besoin d'être rassurée. L'autre a trouvé que le changement d'équipe était très déstabilisant.
- ❖ « Est-ce que l'équipe a dû intervenir pour raison médicale ? »
- Pour 1 d'entre elles, il a fallu mettre le nouveau-né en incubateur durant une heure pour réguler sa température.
 - Pour les autres, aucune intervention médicale ne fut nécessaire.
- ❖ Dans les accouchements naturels, la place du père est souvent très importante pour les femmes mais également pour les pères qui sont désireux d'être plus actifs dans l'accouchement. Ici, tous les hommes ont été présents pour l'accouchement mais chacun a tenu un rôle différent.
- ✓ «Mon mari a été très présent, il était acteur de l'accouchement et m'a soutenu. Il fut content d'avoir vécu l'accouchement comme tel».
 - ✓ «Il a été présent et a participé à l'accouchement par simple contact avec moi».
 - ✓ «Il était un peu en retrait mais c'est ce qu'il voulait».
 - ✓ «Mon mari ne voulait pas voir et est donc resté éloigné. Mais il m'a encouragé au moment de l'expulsion».

- ✓ «Il m'a aidé à tenir en position accroupie, mais n'a servi à rien dans la poussée. Il a été malheureux de n'être que spectateur face à ma douleur, il s'est senti inutile. Il fut sous le choc de la violence de l'accouchement et n'en revenait pas à quel point ce fut un effort physique pour moi. Il était content de ne pas être une femme».
- ✓ «Mon mari n'a rien fait».
- ✓ «Il était en retrait mais m'a aidé à tenir ma jambe pour l'accouchement. Il n'était que spectateur ».
- ✓ «Il m'a beaucoup encouragé, m'a soutenu, on sentait qu'il compatissait».
- ✓ «Il m'a soutenu, me donnait la main. Il parlait au bébé intérieurement comme la sage-femme libérale nous l'avait conseillé».
- ✓ «Il était très présent et m'a fait des massages dans le dos avec des huiles essentielles. Il a été très actif».
- ✓ «Il n'a pas été présent tout du long pour une question de garde d'enfant, mais il est arrivé trente minutes avant la naissance. Il m'a soutenu moralement et physiquement et a participé activement. On se repose plus facilement sur quelqu'un que l'on connaît».
- ✓ «Il savait comment me soutenir et était très présent. Il est venu à la préparation à la naissance donc savait comment m'aider».

2.3.2.8 Post-partum immédiat

Lorsque l'on parle d'accouchement naturel, on évoque également certains éléments du post-partum immédiat :

❖ Cordon ombilical :

Coupé par le père	Coupé par la mère	Coupé par la sage-femme
8*	1	3

* **4** seulement avait vraiment pour souhait de le faire

❖ Peau à peau avec le nouveau-né: presque toutes les femmes ont pu avoir leur nouveau-né en peau à peau immédiat avec elles pendant presque toute la durée de la surveillance après l'accouchement (2 heures). En effet, pour la mère dont le nouveau-né a été placé en incubateur, la durée du peau à peau avec la maman a été plus courte, mais le papa a pu également en bénéficier avant la mise en couveuse.

- ❖ La tétée de bienvenue : elle a été proposée et effectuée dans l'heure qui a suivi la naissance de l'enfant, pour chaque mère désireuse d'un allaitement maternel.
Seulement 1 d'entre elles, ne voulait pas allaiter.

2.3.2.9 Questions supplémentaires

- ❖ « Pensez-vous que les séances de préparation à la naissance vous ont été bénéfiques quant au travail et à l'accouchement ? Pourquoi ? »

A cette question, différentes réponses sont ressorties :

- « OUI, cela a été bénéfique pour tout ce qui est respiration pendant et après les contractions. La méthode Bonapace est bien pour le père car il savait où appuyer et masser entre les contractions pour me soulager ».
- « OUI, à la fois au cabinet pour imaginer et comprendre la physiologie de l'accouchement. D'en parler et écouter d'autres parents, cela aide. Se préparer est important ».
- « OUI, surtout l'atelier de posture qui m'a aidé à gérer la douleur par les positions. Et le travail avec la sage-femme libérale m'a aidé pour la respiration et la poussée ».
- « OUI, cela m'a aidé dans la façon de pousser et de gérer les contractions ».
- « OUI, absolument, car j'ai vécu cette grossesse moins sereinement que les autres et j'ai été angoissée par mon âge. Cela m'a permis de prendre du temps pour moi et pour le bébé, de me préparer psychologiquement. Ce fut une détente psychique, un endroit d'écoute. Cela m'a permis aussi de me rappeler les différentes phases du travail, de parler du séjour en maternité ».
- « NON, le soutien de ma sœur pendant les grossesses précédentes m'a plus aidé ».
- « OUI, car on sait à quoi s'attendre. C'est rassurant et intéressant d'apprendre à se détendre, se relaxer et à pousser. On a des connaissances techniques. C'est un peu psychologique. La deuxième fois, ça aide à se rappeler ».
- « OUI, énormément. On m'a appris à gérer la douleur, à faire un travail sur moi-même pour l'arrivée de l'enfant. J'ai été concentrée sur le bien-être de l'enfant contrairement à mon premier. C'est une autre façon de voir les choses. Si je n'avais pas refait les séances, je n'aurais pas pu accoucher comme cela ».
- « OUI, mais plus par rapport aux exercices et positions pour gérer les contractions, pas pour l'accouchement en lui-même ».
- « OUI, complètement. La différence entre les séances en Essonne et ici sont considérables. Cela a vraiment été bénéfique, elles étaient plus pragmatiques. On

abordait plus la gestion de la douleur et le contrôle par le souffle. Je refaisais les exercices à la maison et mettais tout en pratique».

- «OUI, le yoga aide physiquement et pour le souffle. Pour la douleur, la préparation c'est le top. On apprend à déclencher les endorphines soi-même, à savoir quel souffle utiliser. Pour une primipare c'est important et j'aurai pu prendre conscience de toutes ces choses la première fois du coup. Le travail sur les souhaits et les capacités des femmes est important».

Une des femmes n'a pratiqué aucune préparation à la naissance et à la parentalité pour toutes ces grossesses et cela sur les conseils de sa mère. En effet, cette dernière lui a dit qu'il ne fallait pas chercher à comprendre l'accouchement, que cela est naturel. Et que pour être maman, il fallait sentir son enfant naître et donc ne pas demander l'analgésie péridurale.

❖ Les salles physiologiques : qu'en pensent réellement les mères ?

Les réponses sont celles des femmes ayant accouché en salle physiologique (donc au CMCO). Celles des femmes qui ont été dans des salles traditionnelles revisitées en salle nature ne sont pas prises en compte ici :

- «Ces salles sont bien, surtout pour les femmes qui veulent un travail physiologique. Idéal pour les projets de naissance et le déroulement du travail. Ce sont des salles pour les femmes convaincues de vouloir un travail physiologique».
- «Ces salles sont bien faites et le matériel adéquat pour un travail naturel. »
- «L'équipement est bien. Cela détend. On se sent bien, on oublie qu'on est à l'hôpital».
- «Je les trouve géniales, magnifiques. C'est agréable d'avoir les choses à disposition (écharpe, ballon). Il y a de l'espace, de la lumière, l'environnement visuel est apaisant».
- «Quand on ne veut pas de péridurale, les salles sont géniales, plus chaleureuses, plus agréables. C'est indispensable. C'est décoré. Il y a une baignoire et pas toutes ces prises au mur. Il y a la possibilité d'avoir un ballon, l'écharpe. La lumière n'est pas trop forte. Ça ne faisait pas comme une salle d'opération».
- «Les salles sont très bien».
- « Je n'ai malheureusement pas pu utiliser la baignoire, mais les salles sont très bien. Il y a tout ce qu'il faut pour satisfaire tout le monde. Il y a de l'espace. »

- «J'ai vraiment apprécié le côté où on a pas l'impression d'être dans une salle d'accouchement. C'est plus « cosy », mon mari n'était pas en blouse. J'avais l'impression d'être plus à la maison».
- «Ca reste tout de même un hôpital, moi qui aurait voulu accoucher à la maison. Mais c'est la société qui veut cela. La salle nature c'est ce qu'il y a de moins pire pour moi, du coup. Mais il y a tout ce qu'il faut dans ces salles».

❖ Commentaires libres : (toutes les femmes n'ont pas répondu)

- «Les salles nature sont bien également pour les bébés car il n'y a pas beaucoup de lumière et on est en petit comité. J'ai trouvé que mon bébé était plus zen, qu'il était bien car moi-même je l'étais. C'est une expérience pour toute la famille».
- «Je suis contente d'avoir vécu l'accouchement comme cela. C'est un compromis entre l'accouchement naturel et l'aide médicale et psychologique de l'équipe. On est **acteur** de notre famille».
- «Je remarque à quel point chaque grossesse est une aventure unique en soi. Je n'ai vécu aucun moment identique pendant mes trois grossesses. La troisième grossesse fut moins simple à vivre et cet accouchement a été plus une aventure que les autres. C'était la dernière et je remercie mon corps. J'ai eu l'impression d'être plus qu'un corps. On est **acteur**».
- «J'ai trouvé que l'écharpe était super pour se balancer».
- «J'en garde un très bon souvenir».
- «C'est aussi une histoire de rencontre avec la sage-femme. Cela fait beaucoup qu'elle soit présente pour gérer le travail».
- «Si une personne se pose la question d'où accoucher, je proposerait ce lieu. (CMCO)».
- «Moi qui étais hésitante par rapport à la péridurale, après coup je ne regrette pas d'avoir accouché sans».
- «C'était quelque chose à faire, une aventure avec moi-même. Je suis contente d'en reparler. Mais ce n'est pas que le moment même qui est important c'est l'accompagnement avant, pendant et après. Je comprends les risques qui font que l'on va médicaliser cet acte. On ne sait pas ce qu'il va arriver, on prépare ce que l'on peut préparer. C'est une transmission de personne à personne, entre sage-femme et parturiente. Il y a la technique et le rapport humain».

TROISIEME PARTIE

DISCUSSION ET REFLEXIONS

QUANT A L'ACCOMPAGNEMENT

DES FEMMES

EN SALLE PHYSIOLOGIQUE

1 REFLEXIONS QUANT A L'ETUDE

1.1 Impact des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) dans l'accompagnement d'un accouchement naturel

1.1.1. Au cours du suivi de grossesse

D'après les résultats obtenus lors des entretiens, 12 femmes sur les 13 interrogées ont effectué au moins une fois, au cours de toutes leurs grossesses, des séances de préparation à la naissance. On peut donc penser que chacune d'entre elle avait un souhait de se préparer à l'accouchement dès leur premier enfant. Mais 1 seule femme a estimé que ces séances n'étaient pas utiles car le soutien et les explications de sa famille lui suffisaient.

Certaines ont aussi réitéré l'expérience en complétant leur préparation par quelques séances classiques ou autres, alors que d'autres ont refait une préparation complète de 7 séances classiques. Ceci prouve que les femmes sont sans cesse en quête de nouvelles informations concernant leur grossesse et accouchement futur, ou qu'elles cherchent tout simplement à se rassurer dans leurs connaissances et expériences.

Chaque femme a choisit une préparation bien spécifique, ce qui montre qu'elles ont toutes une façon différente de se préparer à la naissance et à la parentalité et cela en fonction de leur envie, de ce qu'elles sont, de leur caractère et de leur vision de la maternité.

On retrouve 11 femmes sur 12 ayant trouvé des bénéfices aux séances de PNP quant au déroulement du travail et de l'accouchement. Elles décrivent principalement les avantages des séances de yoga et l'atelier de posture dans l'aide à la respiration et à la gestion des douleurs et l'aide à la poussée lors de l'expulsion.

L'étude confirme que la PNP est primordial pour les futures mères pour diverses raisons. On peut citer le fait que ces femmes, entourées d'autres femmes enceintes vont partager des moments d'échanges, d'écoute et de confidences qui seront bénéfiques à chacune. Elles apprendront au fur et à mesure la maternité et pourront, pour certaines, faire partager leur expérience.

La notion de détente autant physique que psychique des séances est mise en valeur par la plupart des femmes. Ce qui renforce l'idée que les séances de relaxation ou

de yoga ont une place importante dans une préparation afin de permettre aux femmes de se libérer physiquement et moralement de toutes perturbations de la vie courante, l'espace de quelques instants (niveau professionnel et familial). Simplement se concentrer sur elles, leur enfant à naître, ou leur future vie à trois lorsque les pères sont présents aux séances.

1.1.2. Au cours de l'accouchement

Au cours de l'étude, on observe que 9 femmes sur 12 ont parlé des bénéfices des séances dans la gestion de la douleur par la respiration et 2 femmes sur 12 ont parlé des avantages des postures pour gérer ces douleurs.

Ceci va concrètement aider les femmes en les préparant à anticiper et prévenir les douleurs des contractions utérines de manière naturelle au cours du travail. Ainsi, le travail sur le souffle et les postures, effectué au préalable, permettra sûrement à la femme d'aller au bout de son envie d'accouchement naturel si c'est le cas.

Ressort aussi, l'idée d'apprendre la physiologie de l'accouchement, permettant alors de s'imaginer au mieux ce dernier ou de se remettre en tête ces étapes lors d'une deuxième préparation.

De plus, au cours des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, les sages-femmes enseignent aux futures mères comment gérer les douleurs du début de travail et, d'après les résultats, c'est bien ce qui ressort. Certaines ont mis en pratique les exercices de respiration (3 femmes sur 13), d'autres ont simplement marché (3 femmes sur 13) ou pris un bain (6 femmes sur 13).

Les séances de PNP les ont donc aidées à mettre en pratique les moyens les plus adéquats pour dominer les douleurs au cours du travail et de l'accouchement.

1.1.3. Dans la création d'un projet de naissance

Dans cette étude 6 femmes sur 13 ont écrit un projet de naissance et l'ont fait connaître à la sage-femme. Pour 4 d'entre elles, il était personnel alors que 2 autres femmes ont présenté un projet formalisé. Pour les 7 autres femmes, l'écriture du projet n'a pas été réalisée mais il a quand même été dévoilé à la sage-femme à l'oral au cours du travail.

C'est une affaire de personnalité que de traduire à l'écrit ou à l'oral son projet de naissance. Pour certaines, il sera plus facile de l'exprimer au travers d'une lettre pour des raisons telles que la timidité ou la peur de soumettre une volonté à un professionnel

de santé. Pour d'autres l'écrit n'est rien et la simple communication de leurs souhaits avec la sage-femme leur suffit. Pour ces femmes c'est une façon d'être entendues dans leur projet d'accouchement.

D'après l'étude, toutes expriment le souhait de vivre un accouchement plus naturel en précisant souvent l'environnement dans lequel elles veulent le vivre, et quelle prise en charge leur conviendrait le mieux. Et cela ressemble à la description des salles physiologiques et du suivi de travail que l'on peut effectuer dans celles-ci. La présence du père et sa participation active sont également évoqués par les femmes.

1.1.4. La place du père

Dans cette étude, tous les pères ont été présents mais ont joué un rôle différent auprès des femmes en salle de naissance. Certaines décrivent un mari présent, acteur et participant à l'accouchement en étant un soutien moral mais également physique, par le biais de massages ou en soutenant une position. Pour d'autres en revanche il était en retrait, éloigné ne faisant rien et n'était que spectateur.

On voit que l'attitude du père est fonction de sa personnalité. Certains veulent la soutenir activement se sentant même impuissant face à la douleur et le plus souvent, ce sont les pères ayant participé aux séances de PNP qui sont les plus actifs alors que d'autres ne veulent pas intervenir du tout.

Au travers des séances de PNP, les pères peuvent prendre une place importante au cours de la grossesse et de l'accouchement et selon la préparation que le couple a choisi, ils peuvent apprendre à effectuer des massages, à prendre contact avec l'enfant par le toucher ou par la pensée. Dans les séances classiques, le plus souvent il est montré aux pères comment participer aux positions d'accouchement en soutenant physiquement leur épouse. Les pères pourront aussi y trouver un rôle au cours de l'accouchement en coupant le cordon ombilical, ce qui a été le cas pour 8 d'entre eux (mais la moitié en avait vraiment le souhait).

Les femmes peuvent donc être soutenues et aidées par leur conjoint au cours du travail, ce qui est particulièrement bénéfique pour ne pas céder face aux douleurs.

C'est exactement ce que recommande l'Organisation Mondiale de la Santé : « que les pères soient reconnus comme des partenaires à part entière et non simplement comme simple compagnon ou soutien pour la femme enceinte » (39) (40)

 On peut donc confirmer l'hypothèse décrivant que les séances de préparation à la naissance sont un moyen d'aider les parturientes à gérer leur travail et accouchement dans les salles physiologiques, et qu'elles donnent une place importante aux pères.

1.2 Désir et réalité : impact sur la gestion du travail et de l'accouchement

1.2.1. Description de l'accouchement voulu par les femmes

En analysant les résultats sur ce qu'envisageaient les femmes pour leur accouchement, on peut mettre en évidence l'envie de ces dernières d'accoucher autrement et d'avoir un accouchement simple en salle nature en utilisant les accessoires qui la compose comme le ballon, l'écharpe ou la baignoire. Enfin, le souhait d'avoir un accouchement dans un endroit calme, non brutal et moins médicalisé est aussi évoqué.

On voit ici que les femmes ont une réelle envie d'un accouchement simple et naturel dans une position bien choisie et l'utilisation du matériel à disposition est le plus souvent envisagée. Les femmes ont donc une vision bien précise de leur accouchement et de la façon dont elles veulent qu'il se passe.

1.2.2. Désir d'un accouchement physiologique

On observe dans l'étude que sur les 13 femmes interrogées, 3 ont les mêmes envies, notamment celles d'être actrices et de vivre les choses différemment par rapport à leur premier accouchement. De plus, 4 femmes sur 13 expriment qu'il faut « laisser le processus naturel se faire en faisant confiance aux capacités de son corps. » Elles pensent aussi que « l'on peut mieux sentir son corps avec un minimum d'interventions médicamenteuses » et que « l'on a besoin de le sentir même dans un état de douleur extrême. » Enfin, 1 des femmes a révélé que c'était sa personnalité qu'elle est nature et 1 autre que « l'idéal aurait été d'accoucher à la maison. » Pour les 4 dernières femmes c'est se surpasser que de suivre ce qui se passe et « c'est devenir mère que de sentir son enfant de l'intérieur à l'extérieur. » Selon elles, « c'est du bon sens que d'accoucher comme cela. »

De plus, d'après les commentaires sur leurs accouchements précédents dans l'item antécédents obstétricaux, les femmes ont décrit le plus souvent qu'elles n'avaient

pas vécu leur accouchement, que c'était comme si elles se regardaient accoucher ou encore que la péridurale trop fortement dosée était vraiment contraignante.

On remarque que les femmes recherchent avant tout quelque chose de naturel, mais surtout quelque chose de différent, avec un véritable souhait de ne plus revivre le même accouchement que le précédent. Elles ont besoin de ressentir les choses, d'aller jusqu'au bout de leur force, de se dépasser voir même se surpasser. Mais c'est aussi une question de personnalité, de philosophie de vie, une question d'individualité tout simplement qui encourage l'écriture d'un projet de naissance.

1.2.3. Réalité de l'accouchement vécu

Dans cette étude, 9 femmes sur 13 ont des antécédents d'accouchement sous péridurale mais aucune n'a disposée d'analgésie péridurale cette fois, même si 7 d'entre elles y ont pensé pendant le travail.

Cela montre qu'avoir vécu un premier accouchement avec péridurale éclaire leur choix pour la suite et démontre que cette péridurale finalement ne leur convenait pas. Elles ont donc voulu chercher une autre manière de gérer la douleur par des moyens acquis en PNP. Mais il faut savoir que le tempérament de la femme joue aussi dans cette gestion pour tenir jusqu'à l'accouchement.

D'après le tableau 3 pour la majorité des femmes, les différents moyens utilisés pour gérer les douleurs ont été proposés par la sage-femme alors qu'une minorité d'entre elles a suggéré elle-même leurs utilisations. On voit aussi qu'elles ont pu soulager leurs douleurs de manière naturelle par des moyens, tels que la mobilisation, la respiration, l'utilisation du matériel à disposition (ballon, écharpe, baignoire, musique) ainsi que par les compétences techniques des sages-femmes comme l'acupuncture et les massages utilisés pour 3 des femmes.

Le soutien et les conseils des sages-femmes, les séances de PNP, et la volonté de ne pas revivre le même accouchement que le précédent ont donc été importants pour la femme afin de ne pas céder physiquement et moralement.

De plus, 9 femmes sur 12 ont très bien vécu leur accouchement et on retient en particulier le fait qu'elles aient été en possession de leur corps, qu'elles se soient senties actrices de leur accouchement ou encore qu'elles aient pu faire ce qu'elles voulaient. Elles citent également la présence de la sage-femme, le travail de respiration et les positions antalgiques comme solutions afin de gérer les douleurs. Alors que les 3

femmes ayant émis un avis plus négatif, relataient des regrets de ne pas avoir pu profiter des installations, d'avoir eu des douleurs intenses ou d'avoir été dérangé par le changement d'équipe médicale.

Plus de la moitié des femmes sont donc satisfaites de leur accouchement et de leur accompagnement par les sages-femmes.

Dans cette étude, j'ai demandé aux femmes si, au cours du travail, elles avaient ressenti de la liberté de mouvement ou de décision. 10 d'entre elles ont répondu « oui » et pour elles, la sensation de liberté était là, elles pouvaient faire ce qu'elles voulaient (changer de positions, utiliser les accessoires présents). Mais certaines ont également eu besoin de la sage-femme pour trouver ensemble les moyens adéquats pour diminuer des douleurs. Les 3 femmes ayant répondu « non » ont parlé du monitoring trop gênant pour se mouvoir librement ou on décrit un travail trop rapide pour ressentir de la liberté.

On remarque que par le matériel à disposition, le soutien des sages-femmes et la volonté des femmes, ces dernières sont libres de leurs mouvements et de leurs décisions et peuvent ainsi être actives dans leur travail. Mais la présence des sages-femmes se révèle primordiale pour certaines femmes, ce qui prouve que malgré une PNP et du matériel à disposition, l'accompagnement par la sage-femme reste indispensable pour guider la femme dans ses envies. Si elle n'a pas de demandes particulières pour gérer ses douleurs, il s'agira aussi pour la sage-femme de s'adapter à la parturiente et de l'écouter afin de l'aider à trouver les moyens antalgiques qui lui correspondent le mieux.

Une autre question était de savoir si les femmes interrogées avaient pu gérer elles-mêmes leur travail : 9 d'entre elles ont répondu « oui », et les commentaires qui ressortent le plus sont qu'elles ont « fait en fonction de leur corps », comme elles le sentaient et que l'environnement leur a été bénéfique. 3 femmes sur 13 ont expliqué que la sage-femme a joué un rôle important et utile et 1 femme sur 13 que l'accouchement a été trop rapide pour pouvoir répondre à l'item.

Par l'environnement de la salle de naissance et une prise en charge adéquate de la sage-femme, les parturientes sont donc capables d'être actrices de leur travail et de leur accouchement mais elles vont aussi à travers leurs ressentis, guider la sage-femme dans la recherche de solutions pour gérer les douleurs et trouver la position d'accouchement

la plus adaptée. Mais pour accomplir ce rôle, la sage-femme devra être un minimum formée à une prise en charge plus naturelle de l'accouchement et devra adhérer à cette nouvelle philosophie. En effet, c'est aussi une question de personnalité et de volonté de la sage-femme que de pouvoir suivre et accompagner les femmes dans leur projet de naissance

D'après les résultats, on observe que 8 femmes sur 13 ont accouché dans une position autre que la position gynécologique. Les 5 autres femmes ont accouché soit sur le dos avec les jambes relevées, soit dans la véritable position gynécologique avec les pieds dans les étriers. Parmi les 8 femmes ayant accouché différemment, la moitié d'entre elles (4 femmes) en avaient véritablement l'envie. Pour l'autre moitié, 2 femmes n'ont pas eu le choix vu la rapidité de l'accouchement et pour les 2 autres, la position a été désagréable.

On remarque donc que huit types de positions d'accouchement différentes ont été adoptés par les femmes. Ce qui prouve que pour la plupart d'entre elles, il y a une réelle envie d'accoucher autrement pour ne pas revivre l'accouchement précédent ou parce qu'au cours de la préparation anténatale, lorsque la sage-femme expose les diverses positions, la femme y a trouvé celle qui lui correspondait le mieux.

Enfin, 2 femmes se sont décrites comme actrices de leur travail et de leur accouchement, 2 autres se sont exprimées sur le fait que la présence de la sage-femme est importante pour gérer le travail, et principalement son accompagnement en anténatal, périnatal et postnatal. D'après 1 des femmes : « c'est une transmission de personne à personne entre la sage-femme et la parturiente. »

Les femmes expriment donc que le travail en salle physiologique leur permet une gestion personnelle d'une part et une gestion en collaboration avec la sage-femme d'autre part, le lien avec cette sage-femme étant primordial pour établir une relation de confiance.

 **On peut affirmer que les femmes ont le choix de mettre en pratique ce qu'elles ont envie pour gérer leur travail et accouchement selon leur projet de naissance. Elles sont actrices des décisions prises pour avoir un accouchement selon leurs attentes, grâce à leurs connaissances**

antérieures ou acquises au cours des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Mais l'accompagnement autant physique que psychologique de la sage-femme et son aide au cours de l'accouchement reste essentiel.

1.3 Impact des contraintes citées quant à la réalisation d'un accouchement naturel

1.3.1 Contraintes médicales

La moitié des femmes interrogées n'expose aucune contrainte lors de leur accouchement en salle physiologique. Pour 6 d'entre elles, ce sont principalement des contraintes techniques qui sont citées comme la pose d'un monitoring ou d'une voie veineuse périphérique, gênant leurs mouvements. 2 femmes sur 13 décrivent des problèmes de personnel médical concernant le changement d'équipe.

Malgré une prise en charge plus naturelle en salle physiologique, le risque médico-légal existe, c'est pourquoi la pose d'une voie veineuse peut être une sécurité pour la sage-femme au détriment de la femme. En ce qui concerne le monitoring, il est indispensable d'en effectuer un d'une trentaine de minutes à l'entrée en salle physiologique puis par intermittence au cours du travail. Les femmes doivent donc essayer d'accepter la surveillance fœtale pendant le travail en comprenant son intérêt, ce qui n'est pas une contrainte en soi mais plus une gêne à un moment donné.

De plus, au niveau des antécédents obstétricaux, on note dans cette étude que 2 femmes sur 13 ont été porteuses d'une pathologie gravidique mais que ces antécédents n'ont pas été une contre-indication à l'entrée en salle physiologique.

On peut donc penser que dans certaines maternités l'entrée dans ces salles peut être établie au cas par cas.

1.3.2 Contraintes matérielles

Parmi les 13 femmes, seulement 2 d'entre elles ont déclaré avoir manqué d'une chose lors de leur accouchement : une chaise pour l'une afin de pouvoir gérer ses douleurs et des étrières pour l'autre qui souhaitait prendre appui lors de l'accouchement.

Ce ne sont pas de réelles contraintes dans l'accomplissement d'un accouchement physiologique et ceci reste propre aux maternités étudiées et ne doit pas être généralisé

car les salles physiologiques sont le plus souvent bien équipées pour répondre aux attentes des parturientes.

1.3.3 Contraintes en post-partum immédiat

L'accouchement physiologique englobe également ses suites immédiates qui laissent place à une prise en charge différente de l'enfant. A l'exception d'un nouveau-né qui a dû être placé en incubateur afin de réguler sa température durant une heure, 11 femmes sur 12 ont pu effectuer une tétée de bienvenue et du peau à peau avec leur enfant.

Les premiers soins du nouveau-né sont ainsi mis au second plan pour permettre d'établir des liens affectifs entre la mère et à son enfant. Bien entendu, cela n'est fait que si l'enfant s'est bien adapté à la vie extra-utérine car dans le cas contraire, sa prise en charge sera primordiale et passera au premier plan.

 **Dans le cadre de cette étude aucune des contraintes citées n'a réellement empêché les femmes d'aboutir à un accouchement physiologique comme elles le souhaitaient. L'hypothèse posée est donc infirmée mais du fait du nombre restreint d'entretiens effectués, ces résultats ne sont pas significatifs pour établir des conclusions généralisées.**

1.4 Impact de l'environnement dans l'accompagnement des femmes vers un accouchement naturel

1.4.1. La maternité

Mise à part les pathologies induisant un transfert dans une maternité de niveau 3 ou un déménagement, les femmes interrogées ont choisi d'accoucher dans la maternité de leurs précédents accouchements : 7 femmes sur 13 pour la maternité du CMCO et 3 femmes sur 13 pour celle de l'hôpital de Hautepierre. D'après leurs commentaires, l'accueil de l'équipe médicale et l'expérience des salles physiologiques ont été les critères de sélection pour accoucher à nouveau en ces lieux.

Le choix de la maternité d'accouchement est donc fait en fonction de ce qu'elle offre comme prestations que ce soit en termes de locaux ou de personnel médical. Les

femmes savent alors à quoi s'attendre et retournent le plus souvent dans la même maternité pour les accouchements suivants.

1.4.2. Les salles de naissance

Au niveau de l'orientation des femmes à leur arrivée, 10 femmes sur 13 ont été installées en salle physiologique, 3 d'entre elles sont d'abord passées par une salle de pré-travail, les 3 autres ayant accouché dans une salle conventionnelle revisitée en salle nature.

La demande des femmes est donc entendue par les sages-femmes qui n'hésitent pas à les installer dans des salles ajustées à leurs envies.

- Les salles physiologiques

Presque toutes les femmes ayant accouché au CMCO (11 sur 12) ont apprécié l'environnement des salles. Elles parlent de ce lieu comme étant « chaleureux, génial, plus cosy » où l'on oublie même le fait que l'on est à l'hôpital. Pour elles, ce sont des salles pour les femmes convaincues de vouloir un accouchement physiologique. Elles décrivent aussi qu'il y a tout ce qu'il faut pour les satisfaire, que le matériel est adéquat que la lumière est non agressive pour les nouveau-nés et que c'est agréable d'avoir des choses à disposition.

Une seule d'entre elle a avoué qu'elle aurait préféré accoucher à la maison et que la salle nature était la moins pire des solutions.

Globalement, l'environnement des salles physiologiques plaît à toutes les femmes interrogées, elles y trouvent satisfaction et tout ce dont elles ont besoin. Elles arrivent même à s'évader en s'imaginant hors d'une structure hospitalière. Cependant, on voit que le souhait d'accoucher à domicile est encore présent, mais n'étant pas accessible à toutes, la salle nature est un bon compromis.

De plus, 10 femmes sur 12 n'ont eu aucune suggestion à faire quant à l'équipement des salles ou au personnel. Les 2 autres femmes ont exprimé des problèmes avec une sage-femme trop peu présente ou un changement d'équipe perturbant.

La plupart des femmes restent ici satisfaites de l'organisation autour des salles physiologiques. Le problème de personnel sera revu plus tard.

❖ Salles conventionnelles revisitées

3 femmes sur 13 n'ont pas accouché en salles physiologiques à la maternité de Haute-pierre. Ce choix est dû aux sages-femmes qui ne se sentent pas à l'aise dans ces salles. Néanmoins, les femmes ayant accouché dans ces salles n'ont rien eu à dire quant à leur prise en charge. Elles avaient du matériel à disposition comme une écharpe de suspension et un ballon ainsi qu'une sage-femme formée pour gérer les douleurs comme avec l'acupuncture.

On peut donc conclure que même dans une salle de naissances conventionnelle, il est possible d'avoir un accouchement physiologique avec une prise en charge adaptée aux besoins des femmes en apportant matériel, expérience professionnelle et soutien moral. Cependant dans l'étude, on voit que les salles revisitées étaient équipées au préalable de quelques matériels vus en salles physiologiques, et les 3 parturientes s'en sont contentées et ont tout de même été satisfaites.

Cependant, si les demandes des femmes sont plus exigeantes, comme l'utilisation d'une baignoire, il sera plus compliqué pour les sages-femmes et pour les femmes de poursuivre la gestion du travail dans ces salles qui n'en disposent pas.

 **La dernière hypothèse peut donc être confirmée : les salles physiologiques sont adaptées pour l'accompagnement des femmes vers un accouchement physiologique de par leur structure et leur contenu.**

Néanmoins les salles conventionnelles peuvent également être utilisées pour les accouchements physiologiques dans le cas où elles répondent aux attentes des parturientes.

2 DISCUSSION, PROPOSITIONS ET PLACE DE LA SAGE-FEMME

Les champs de compétence des sages-femmes sont définis principalement dans l'article L.4151-1 et L.4151-3 du Code de la Santé Publique et au travers du « référentiel métier et des compétences des sages-femmes » (41). Dans cette partie, je vais essayer de proposer d'autres missions que l'on pourrait confier aux sages-femmes quel que soit leur lieu d'exercice.

2.1 Suivi de grossesse

2.1.1 Encourager à participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Les sages-femmes hospitalières ou libérales ainsi que les gynécologues chargés du suivi de grossesses doivent inciter les femmes à effectuer une PNP ou à compléter de quelques séances celle effectuée lors d'une précédente grossesse.

Cependant, tous les autres professionnels de santé en contact avec les gestantes peuvent également les informer de l'importance des PNP, comme les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile (PMI) par exemple. En effet, chaque grossesse et chaque accouchement sont vécus différemment et on n'est jamais assez prête pour affronter ces épreuves sereinement. Grâce à ces séances, que ce soit pour une première fois ou non, la femme sera préparée à envisager son accouchement comme elle le désire.

2.1.2 Favoriser l'accompagnement global

On a vu à travers l'étude que les femmes souhaitent la présence de la sage-femme au cours du travail et espèrent créer une relation de confiance avec elle. Certaines ont même déclaré être dérangées par le changement d'équipe.

La solution serait l'accompagnement global et il serait intéressant de le mettre en place au sein des maternités, c'est déjà le cas pour deux sages-femmes libérales de Metz travaillant avec le plateau technique de la clinique privée de Claude Bernard.

Après un groupe de travail en 2010, c'est le CHR de Thionville qui commence à mettre en place un projet d'accompagnement semi-global cette fois. Il a débuté avec la réintégration des séances de PNP effectuées par les sages-femmes de salle de naissance puis en mars 2011 avec l'intégration des consultations de grossesse par ces mêmes sages-femmes. Elles travaillent en binôme et suivent un nombre de gestantes défini en

se relayant toutes les sept semaines mêlant suivi de grossesse et préparation à la naissance.

Cependant, l'accompagnement s'arrête avant l'accouchement qui n'est effectué par ces sages-femmes que lorsqu'elles sont de garde, dans le cas contraire ce sera aux autres sages-femmes de salle de naissance de s'en occuper d'où le terme « semi-global ».

2.1.3 Effectuer l'entretien prénatal précoce (EPP)

La sage-femme ou gynécologue en charge d'un suivi de grossesse doivent informer les gestantes de la possibilité d'effectuer un EPP avec eux-mêmes ou avec une sage-femme de PMI s'ils sont en contact, ou encore avec une sage-femme effectuant la PNP. Durant cet entretien, les femmes en recherche d'un accouchement naturel vont pouvoir décrire ce qu'elles imaginent de leur futur accouchement et établir pour la plupart un projet de naissance.

Les sages-femmes auront donc un rôle important dans l'information des femmes sur l'existence des salles physiologiques qui sont un bon compromis entre l'accouchement médicalisé et les maisons de naissance. Elles pourront également les prévenir qu'il y a des contre-indications à l'entrée dans ces salles, et que s'il survient une pathologie en début de travail comme une dystocie dynamique, on ne pourra pas envisager un accouchement naturel dans ces salles. Il sera aussi important de préciser que l'accouchement qu'elles se sont imaginées et qu'elles désirent ne sera pas toujours l'accouchement réellement vécu.

2.1.4 Revoir les thématique de la PNP

Concrètement, sur Strasbourg, à la maternité du CMCO, il est proposé en systématique au cours des séances classiques, une à deux séances de yoga, dans le but de gérer les douleurs par la respiration mais aussi de prendre quelques minutes pour se relaxer, se détendre autant physiquement que psychiquement.

Je pense qu'il serait intéressant d'évaluer comment se déroulent les séances de préparation à la naissance et à la parentalité en Lorraine et réfléchir à l'intégration d'une demi-heure de relaxation à la fin de chaque séance pour se détendre d'une part et apprendre à gérer les douleurs d'autre part.

Dans l'étude, les bénéfices de l'apprentissage de la physiologie de l'accouchement ont été cités, c'est sur ce point que les sages-femmes doivent également insister afin que

les gestantes comprennent l'intérêt de la mobilisation au cours du travail et qu'elles découvrent les positions les plus antalgiques pour elles. Les informer sur les moyens naturels mis à leur disposition pour la gestion du travail à la maison et à l'hôpital, est aussi important au cours des séances de PNP.

On peut citer le travail sur la respiration, les positions antalgiques, les étirements du dos et la mobilisation ainsi que les bienfaits de l'eau par la prise de bain, sans oublier la prise d'homéopathie. Evidemment, il est propre à chacune de choisir la méthode qui lui correspond le mieux pour diminuer la douleur.

Concernant l'atelier de posture utilisé à Strasbourg, seule une femme y a participé dans l'étude mais cela a été bénéfique pour la gestion des douleurs. Je pense que la mise en place d'un tel atelier serait intéressante en Lorraine et plus particulièrement au sein du CHR Metz-Thionville. Il pourrait faire partie des séances de PNP comme une séance unique centrée sur les différentes positions d'accouchement et sur les positions permettant de gérer les douleurs. Il serait tenu par des sages-femmes de consultations principalement celles ayant été formées à cela.

Tel est l'un des objectifs de la Haute Autorité de Santé : « l'apprentissage des techniques de travail corporel : exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme, techniques de détente et de respiration, apprentissage de postures pour faciliter la naissance, positions de protection du dos » (42)

2.2 Accouchement

2.2.1 Adapter la prise en charge de l'accouchement

Pour une sage-femme, prendre en charge un accouchement physiologique demande un minimum d'adaptation. D'un côté, les femmes ont des demandes particulières comme le fait de ne pas avoir de voie veineuse périphérique ou de monitoring et de l'autre côté, les sages-femmes pensant aux risques éventuels d'un accouchement, préfèrent avoir une perfusion à disposition ou une surveillance fœtale régulière.

On peut toujours trouver un compromis entre les souhaits de la patiente et l'exigence médico-légale comme par exemple ici, avec la pose d'un cathéter obturé ou la surveillance fœtale par intermittence. Il est du ressort de la sage-femme de décider comment offrir aux parturientes l'accouchement qu'elles souhaitent tout en respectant les protocoles médicaux.

2.2.2 Volonté de satisfaire les demandes des femmes

Les maternités ont bien entendues les demandes des femmes en créant les pôles physiologiques et leurs salles nature qui d'après l'étude répondent bien à ces nouvelles demandes au vu de la satisfaction des femmes. Les sages-femmes ont également une volonté d'apporter aux femmes une nouvelle prise en charge de leur accouchement, par des formations spécifiques.

C'est donc ce que propose aujourd'hui l'Hôpital Femme-Mère-enfant de Mercy depuis son ouverture en Janvier 2013, possédant ainsi les premières salles physiologiques de Lorraine (hors maisons de naissance hospitalières).

Le projet d'installation de salles physiologiques au sein de cette maternité à débuté lors d'une réflexion multidisciplinaire (Sages-femmes, Gynécologues-Obstétriciens, Médecins Anesthésistes Réanimateurs, Pédiatres, Auxiliaire de Puériculture et Aides-soignantes) basée sur :

- La défense de la place de la sage femme dans le suivi des grossesses physiologiques.
- La motivation et l'adhésion du personnel médical.
- La disponibilité de l'équipe.
- L'encouragement des pratiques dont l'utilité est démontrée .
- Le bannissement des pratiques inefficaces et nocives et du systématique.
- Le développement des formations en acupuncture, homéopathie, Formation De Gasquet, hypnose.
- La demande des couples et femmes pour une écoute plus attentive de leurs souhaits avec un respect de la physiologie.
- La déception des sages-femmes face à la passivité des femmes lors de leur accouchement.
- Le développement des projets de naissance avec demande de démedicalisation, de liberté posturale, de participation aux décisions médicales, d'encadrement de l'accueil du nouveau-né

La maternité possède donc une salle de travail nature et une salle de pré-travail nature composées chacune d'une baignoire (**Annexe 4**). De plus, chaque salle de naissance possède un lit d'accouchement modulable NIXIE qui permet de s'ajuster à chaque position prise par la parturiente (**Annexe 7**). La maternité de Mercy a donc une réelle envie d'offrir de nouvelles perspectives aux parturientes par les structures qu'elle propose.

De plus, l'étude a prouvé que toutes les femmes avaient des souhaits particuliers quant à leur accouchement en les formalisant au travers d'un projet de naissance écrit ou simplement en les énonçant aux sages-femmes.

Il serait utile de mettre en place une lecture conjointe de ce projet ou de l'évoquer entre la sage-femme en charge de l'accouchement et la parturiente. Bien entendu cela n'est possible que si le travail n'est pas trop avancé pour qu'elles aient le temps d'en parler et établir ensemble ce qui peut être réalisé et ce qui ne pourrait pas l'être. Ce travail permettrait alors une collaboration entre la femme et la sage-femme tout au long du travail et de l'accouchement pour satisfaire d'une part la parturiente qui deviendrait actrice et conforter d'autre part la sage-femme dans son rôle d'accompagnement.

L'étude démontre également que toutes les femmes interrogées ont une appréciation positive des salles physiologiques mais on ne peut malheureusement pas généraliser cela à toute une population. Cependant si on donne l'occasion aux femmes enceintes de pouvoir accoucher dans de telles structures en Lorraine peut-être que l'on pourra étendre ce sentiment et c'est ce que l'on pourra évaluer dans quelques temps avec la maternité de Mercy.

Je pense aussi qu'il serait intéressant d'approfondir l'idée d'une maison de naissance hospitalière au sein du CHR de Thionville, sachant que la rénovation de la maternité est en projet et que l'intégration d'une telle maison y est envisagée.

Plus il y aura de lieux permettant d'accoucher d'une façon sécurisée mais se rapprochant de l'accouchement à domicile, plus la satisfaction des gestantes désireuses d'un accouchement naturel sera accrue.

Malgré tout, dans les endroits ne disposant pas de salles équipées on peut aboutir au même résultat mais les sages-femmes devront essayer de tout mettre en œuvre pour satisfaire aux mieux les demandes des femmes en important du matériel et en exploitant leurs compétences.

Cependant, le facteur temps joue aussi sur le fait qu'un accompagnement plus spécifique demande un investissement de la part de la sage-femme en charge d'une parturiente. Pourtant en salle de naissance, la sage-femme ne suit pas qu'une patiente mais plusieurs à la fois, ce qui n'est pas simple pour donner de son temps à chacune. Il serait peut-être utile de revoir le fonctionnement et l'effectif du personnel en salles de naissance pour permettre un accompagnement plus global.

2.2.3 Encourager la formation des professionnels de santé

Pour suivre un travail en salle physiologique et pour faciliter sa prise en charge, il est préférable que la sage-femme soit formée dans le domaine des positions d'accouchements et de la gestion des douleurs. C'est pourquoi, je pense que certaines formations sont recommandées pour les sages-femmes suivant ce genre de travail comme par exemple :

- La formation « APOR » du docteur B. De Gasquet
- L'acupuncture
- L'homéopathie

Il ne faut pas non plus oublier la formation des gynécologues et des aides-soignantes, qui sont également au premier plan de la prise en charge des parturientes.

A l'école de sages-femmes, nous sommes initiés par des séances de travaux pratiques, aux différentes positions d'accouchements et de relaxation pour la femme ainsi qu'à l'acupuncture et à l'homéopathie par l'intervention de sages-femmes formatrices. Il serait donc intéressant de compléter cela au cours de nos études, en ayant accès notamment aux formations du Dr De Gasquet dans le but d'être mieux formé au suivi d'un travail naturel.

De plus, au cours de nos stages, on rencontre peu de femmes accouchant sans péridurale ou dans une position différente de la position gynécologique, ce qui ne permet pas non plus de s'adapter à cette prise en charge.

Avec l'installation des salles physiologiques à Mercy, des travaux pratiques pourraient être dispensés dans ces salles par les sages-femmes de salle de naissance formées, afin de permettre aux étudiants sages-femmes de se familiariser à la gestion d'un accouchement naturel.

Cette étude a donc permis d'atteindre les objectifs de départ en déterminant ce qui peut être mis en œuvre pour accompagner au mieux les femmes dans leur projet de naissance et en démontrant que les salles physiologiques répondent bien aux attentes de ces dernières. Aussi, on a pu observer que le personnel médical et notamment les sages-femmes peuvent satisfaire aux nouvelles demandes des femmes s'il n'y a pas de contre-indication à un accouchement naturel.

CONCLUSION

La création des pôles physiologiques avec leurs salles nature a permis d'intégrer l'accouchement plus naturel dans un milieu sécurisé qu'est l'hôpital. Entre l'accouchement surmédicalisé qui prédomine depuis quelques années et l'accouchement à domicile qui est de plus en plus convoité par les femmes, les salles physiologiques sont un intermédiaire intéressant.

L'analyse de ces treize entretiens ne permet pas d'extrapoler les résultats à une population générale du fait du nombre restreint de femmes interrogées. Des conclusions peuvent tout de même être tirées comme le fait que les salles physiologiques sont un environnement propice à l'accompagnement d'un accouchement naturel.

L'étude a démontré également que le rôle de la sage-femme tout au long de la grossesse et de l'accouchement est primordial, il s'agira pour elle d'accompagner sans diriger. Cependant, il faudra que cette sage-femme s'adapte à la prise en charge de ces accouchements tant par sa volonté que par ses compétences d'où l'importance considérable d'une sensibilisation et des formations professionnelles.

Ainsi, l'objectif principal sera d'informer les couples désireux d'un accouchement plus naturel, de l'ensemble des possibilités qui s'offrent à eux, tant sur le plan des structures de soins à leur disposition que sur la manière de devenir acteurs de la grossesse et de l'accouchement.

De plus, au sein des maternités de Moselle il serait question de trouver des solutions pour donner aux couples l'accès à un accompagnement plus global. Certes, l'installation de salles physiologiques est le commencement d'une nouvelle perspective de travail mais peut-être faudrait-il aménager des postes supplémentaires pour garantir à ces couples une disponibilité totale de la sage-femme en salle de naissance ?

Le but serait alors à moyen terme, de revoir la question des maisons de naissance hospitalières afin de permettre un accompagnement global au sein du CHR notamment, et arriver à la définition de cet accompagnement à savoir : une femme, une sage-femme.

BIBLIOGRAPHIE

1. **MOREL, Marie-France.** Histoire de la naissance en France . *Actualité et dossier en Santé Publique*. 2008, n°61/ 62, pp 22-28.
2. **POITEL, Blandine.** Accouchement physiologique : paradoxes, recherches et conclusions provisoires. *Les dossiers de l'obstétrique*. Mars 2004, n°325, p. 6.
3. **DELAMARE, Jacques.** *Dictionnaire des termes de médecine*. PARIS : Maloine, 2006.
4. **LAROUSSE.** *Dictionnaire*. <http://larousse.fr>. Consulté en 09/ 2012.
5. **BELHASSEN, Willy.** *Le coeur des Sages-Femmes : la physiologie*. Journée à thème du Collège National des Sages-femmes. Paris, 2012.
6. **NISAND, Israël.** Démédicaliser ou humaniser. *Les Dossiers de l'obstétrique*. 1994, n°213, p. 15.
7. Plan périnatalité 2005-2007. Nathalie LE GRET. *Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité*. Paris : ELPEA, 2006, pp. 329-338.
8. Ordre des sages-femmes. Code déontologie. <http://ordre-sages-femmes.fr>. Consulté en 09/ 2012.
9. **WEBER, Noémie.** Médicalisation de la naissance. *Mémoire sage-femme*. METZ. 2009.
10. **MONTAZEAU, Odile.** Pour les femmes, quel choix autour de la naissance? *Les dossiers de l'obstétrique*. 2000, n°289, pp 29-33.
11. **KOUCHNER, Bernard.** LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé . *Legifrance*. <http://legifrance.fr>. Consulté le 30/ 10/ 2012
12. **NADEL, Doris.** Entre mythes et réalités : l'accouchement physiologique. *Les dossiers de l'obstétrique*. 2004, n°325, pp 17-22.
13. INPES. Le choix du lieu de naissance. *INPES*. <http://inpes.sante.fr>. Consulté le 02/ 07/ 2012.
14. **DE GASQUET, Bernadette.** *Accouchement, la méthode de Gasquet*. Paris : Hachette Livre (marabout), 2012.
15. **GUPTA, JK et HOFMEYR, GJ.** *Position for women during second stage of labour*. Cochrane Database Syst Rev. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22592681>. 2004. Consulté en 09/ 2012.
16. **SIMKIN, PP et O'HARA, M.** *Non pharmacologic relief of pain during labor : systematic reviews of five methods*. Am J Obstet Gynecol. 2002, n°186, S : 131-59. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011879>. Consulté en 09/ 2012.

17. **CIANE**- collectif interassociatif autour de la naissance. Page d'accueil. <http://ciane.net>. Consulté en Août 2012.
18. **CIANE**. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>. Consulté en Août 2012.
19. **RICHARD-GUERROUDJ, Nour**. Deux femmes sur cinq n'ont pas accouché comme elles le souhaitaient. *Profession sage-femme*. n°189, pp.31-33.
20. **COPEL, Florence**. L'espace naissance naturelle en maternité, un environnement propice à l'accompagnement. *Vocation sage-femme*. 2010, n°79, pp 31-33.
21. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Préparation à la naissance et à la parentalité. 2005. Recommandation professionnelle. <http://has-santé.fr>. Consulté en Octobre 2012.
22. **PELLETIER, Annabelle**. Naissance sous sophrologie. Nathalie LE GRET. *Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité*. Paris : ELPEA, 2006, p 76.
23. **PLOQUIN, Max**. Y aura-t-il encore des accouchements au déroulement naturel en l'an 2000. Nathalie LE GRET. *Se préparer à l'accouchement, la naissance, à la parentalité*. Paris : ELPEA, 2006.
24. **VIOSAT, P et PONS, J-C**. Maisons de naissance : revue de la littérature. *Journal de Gynécologie, Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2001, Vol. 30, n°7, p 681.
25. **CURAT, Anne-Marie**. La maison de naissance, avant tout un engagement de confiance entre la professionnelle et sa patiente. *Vocation sage-femme*. 2010, n°85, p 8.
26. **VIOSAT, P et PONS, J-C**. Maison de naissance : revue de la littérature. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*. Masson, 2001, Vol. 30, n°7, p 680.
27. Plan périnatalité 2005-2007. <http://sante.gouv.fr>. Consulté en Septembre 2012.
28. **CALM : COMME A LA MAISON**. <http://www.mdncalm.org>. Consulté le 14 février 2013.
29. **RICHARD-GUERROUDJ, Nour**. La vague des salles "physio". *Profession sage-femme*. n°186, pp 15-18.
30. **BABY, Béatrice**. Retour sur 18 mois d'activité du "pôle physiologique" de la maternité de Beauvais. *Les dossiers de l'obstétrique*. 2012, n°414, pp 18-20.
31. **THEVENET, Simone**. L'accouchement en pôle physiologique, une alternative à la médicalisation de la naissance. *Vocation sage-femme*. 2007, n°51, pp 11-17.

32. **BRONNER, Claudine.** La maison de la naissance. *Les dossiers de l'obstétrique*. Juillet 2009, n°384, pp 19-21.
33. Association national des sages-femmes liberales.L'accompagnement global : définition. [http:// www.ansfl.org](http://www.ansfl.org). Consulté le 24 Février 2013.
34. **De GASQUET, Bernadette.** Positions d'accouchement et protection du périnée en pré, per et post partum . *Institut De Gasquet : la médecine a son yoga*. [http:// degasquet.com](http://degasquet.com). Consulté en Août 2012.
- 35.**De GASQUET, Bernadette.** *Formation : APOR B DE GASQUET*. 2006.
36. **SIRVAUT, Marika.** Acupuncture en obstétrique : l'atout pique. *Mémoire sage-femme*. Nancy,2002.
37. **De GASQUET, Bernadette.** La phyto-aromathérapie, l'homéopathie au cours de la grossesse, l'accouchement...Nathalie LE GRET. *Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité*. Paris : ELPEA, 2006.
38. **COLLEGE INTERNATIONAL D'AROMATHERAPIE.**Aromathérapie.. [http:// www.college-aromatherapie.com](http://www.college-aromatherapie.com). Consulté en Octobre 2012.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Essential antenatal, perinatal and postpartum care*. Geneve, 2002.
40. **PAUCHET-TRAVERSAT, A-F, DOSQUET, P et BLONDET, E.** *Préparation à la naissance et à la parentalité*. Haute Autorité de Santé. 2005. Argumentaire.
41. **CASSF et CNOSF.** Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Paris, 2010.
42. **HAUTE AUTORITE DE SANTE.** *Préparation à la naissance et à la parentalité*. Paris, 2005. Fiche de synthèse.
43. *Kallista médical*. [http:// www.kallista-medical.co.uk](http://www.kallista-medical.co.uk). Consulté en Septembre 2012.
44. *i-sage-femme.com*. [http:// www.i-sage-femme.com](http://www.i-sage-femme.com). Consulté en Septembre 2012.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Charte des droits de la parturiente

ANNEXE 2 : Le choix du lieu de naissance

ANNEXE 3 : Photos des salles nature du CM CO

ANNEXE 4 : Photos des salles de pré-travail et de travail nature du Nouvel Hôpital de Mercy

ANNEXE 5 : Recommandation de l'Organisation Mondiale de la Santé

ANNEXE 6 : Textes de loi sur les plateaux techniques

ANNEXE 7 : Lit d'accouchement NIXIE

ANNEXE 8 : Guide d'entretien

ANNEXE 1 : CHARTE DES DROITS DE LA PARTURIENTE

Journal officiel des communautés européennes, 8 juillet 1988

Le Parlement Européen :

1. Considérant que, dans la plupart des cas, l'accouchement a perdu son caractère spontané et naturel en raison, souvent d'une médicalisation inutile.
2. Considérant que la science médicale traditionnelle n'a jusqu'à présent, pas toujours été en mesure d'aborder l'accouchement comme un événement physiologique naturel.
3. Considérant que cette altération de l'image de l'accouchement a permis le développement de modèles d'assistance qui répondent aux besoins de l'organisation médicale, mais pas toujours à ceux de la mère et de l'enfant.
4. Conscient que la structure sanitaire actuelle conduit dans de nombreux cas à compliquer l'accouchement et le travail qui le précède, multipliant les besoins d'intervention médicale.
5. Conscient qu'à la suite de tout cela, les femmes sont souvent dans l'impossibilité de vivre activement l'événement de l'accouchement et la rencontre avec l'enfant :
 - a. Demande que chaque naissance soit protégée depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement, par une charte des droits de la parturiente.
 - b. Demande par conséquent que la Commission présente rapidement une proposition en ce sens prévoyant
 - i. la création d'une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesse et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après l'accouchement ;
 - ii. la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement pour connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement du point de vue physique et psychique, ainsi que les techniques et les méthodes d'accouchement en usage ;
 - iii. l'insertion dans le cadre des accords syndicaux de clauses donnant à la femme enceinte et à son partenaire la possibilité de participer à ces cours pendant les heures de travail ;
 - iv. le choix du lieu (domicile, hôpital) et des modalités (position) de l'accouchement ainsi que du type d'allaitement ;
 - v. l'assistance à domicile en cas d'accouchement à domicile ;

- vi. la possibilité d'accoucher au moment opportun, c'est-à-dire sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, et donc même en dehors des heures de travail normales du personnel, le dimanche, la nuit et les jours fériés ;
 - vii. la présence pendant les douleurs et pendant l'accouchement, d'une personne choisie par la parturiente, si possible son partenaire ;
 - viii. la possibilité pour la femme enceinte d'être consultée sur les thérapies et les traitements qu'elle doit subir ainsi que sur les risques que présentent d'éventuelles thérapies de remplacement ;
 - ix. la possibilité pour la mère d'avoir, pendant toute la période d'alitement, le nouveau-né à côté d'elle, de le nourrir suivant ses propres exigences plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux ;
 - x. la possibilité pour le père et ou d'autres personnes de la famille de rendre visite à l'accouchée et au nouveau-né sans restriction d'horaires.
- c. Demande en outre que les institutions sanitaires concernées :
- i. encouragent et diffusent la connaissance des pratiques de l'accouchement à domicile ;
 - ii. vérifient les niveaux d'assistance et garantissent aux accouchées le droit à la vie privée et des traitements sanitaires adéquats ;
 - iii. procèdent à une requalification et à une ré affectation de leur personnel dans la perspective de l'accouchement à domicile ou suivant des pratiques non prévues par les structures sanitaires actuelles ;
 - iv. encouragent, pendant la période d'alitement, des rencontres entre des personnes spécialisées et les accouchées en vue de la formation de ces dernières en matière d'allaitement, de puériculture, d'hygiène périnatale et de contraception ;
 - v. fassent en sorte, par d'éventuelles restructurations, que des services de pathologie néonatale soient installés à côté de ceux d'obstétrique et que des locaux communs soient réservés aux activités prévues aux points 2b et 2d
 - vi. fournissent périodiquement des données sur la morbidité et la mortalité périnatales et maternelles, sur les modalités des accouchements, sur l'utilisation de médicaments au cours de la période de travail précédent l'accouchement ainsi que des données statistiques sur la population assistée.
 - vii. Charge son Président : de transmettre la présente résolution aux gouvernements des Etats membres à l'U.N.I.C.E.F. et à l'O.M.S. en les invitant à la diffuser parmi les associations et les organismes sanitaires intéressés.

ANNEXE 2 : LE CHOIX DU LIEU DE NAISSANCE

Ce qui oriente le choix des femmes et des couples

Le choix du lieu de naissance (hôpital/clinique, maternité classique/pôle physiologique/plateau technique) est « déterminant, dans la mesure où il oriente la trajectoire médicale et donc l'expérience personnelle de la femme enceinte »(1).

Professionnels et futurs parents n'ont pas toujours les mêmes critères pour motiver ce choix.

Pour le professionnel, le choix du lieu de naissance est conditionné par les risques pour la mère préexistants à la grossesse ou se déclarant pendant la grossesse) et les risques pour l'enfant selon ses caractéristiques (risque de prématurité, malformations, incompatibilité RH, gros enfant...). Les maternités sont ainsi classées en trois niveaux de technicité selon le niveau d'équipement disponible pour les besoins de soins de l'enfant et de la mère (décrets no 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998).

Pour la mère et le couple, les déterminants du choix du lieu de naissance sont multiples. Entrent en ligne de compte(2,3) :

■ L'avis de l'entourage, professionnel ou personnel

■ Les contraintes matérielles

- Coût : prise en charge par l'Assurance maladie et par la mutuelle, coûts supplémentaires pour une péridurale, pour une chambre particulière.
- Distance du domicile et moyens de transport.

■ Le bien-être/le sentiment de sécurité

- Connaître la ou les personnes qui font le suivi, l'accouchement.
- Cohérence du suivi.
- Réputation de l'établissement.
- Confort pendant le séjour (chambre particulière, baignoire).
- Possibilité de sortie précoce (hospitalisation à domicile).
- Durée du séjour.

■ La qualité de l'accompagnement

- Type de préparation à la naissance et à la parentalité proposé.

- Nombre de sages-femmes pour x accouchements.
- Environnement de l'accouchement : respect de l'intimité (salles d'accouchement ouvertes, présence de stagiaires), tranquillité, calme, absence de lumière violente, etc.
- Variété des moyens de gestion de la douleur proposés.
- Présence autorisée d'une personne (père ou autre) en salle de naissance, pour une césarienne.

■ **Le degré de « médicalisation »**

- Liberté posturale laissée pendant l'accouchement.
- Pratiques systématiques (monitoring, péridurale, déclenchement, épisiotomie, etc.).
- Niveau de la maternité (unité de néonatalogie, présence en permanence ou non d'un pédiatre, d'un anesthésiste, etc.).

■ **Le respect du choix éclairé**

- Proposition de l'entretien prénatal précoce.
- Prise en compte et respect du projet de naissance.

■ **La prise en charge du bébé**

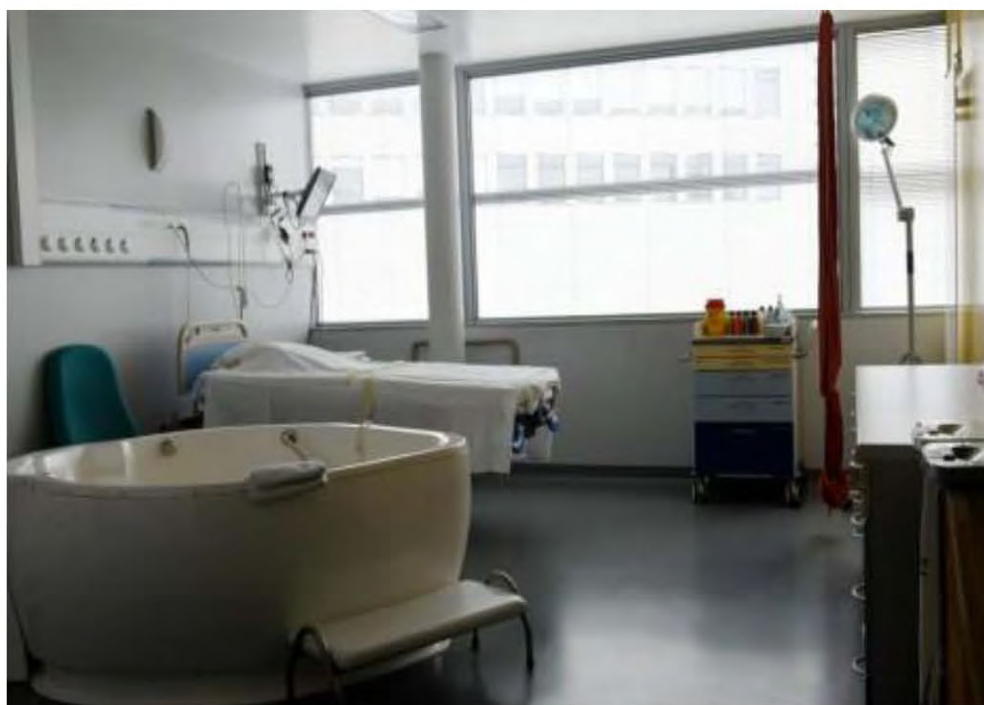
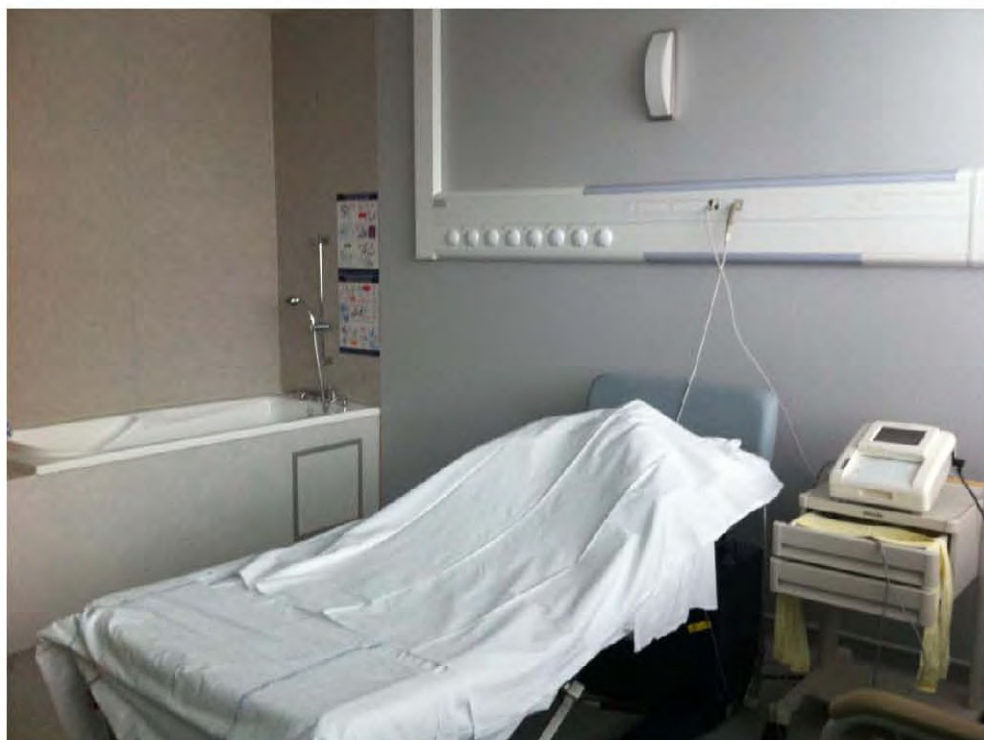
- Pratiques d'accueil du bébé en salle de naissance : bébé mis sur le ventre de la mère dès sa naissance, temps laissé aux parents pour découvrir leur enfant, délai pour les premiers soins au bébé, mise au sein précoce, etc.
- Pratiques des équipes en matière d'allaitement.
- Possibilité pour la mère de garder son bébé avec elle.
- Mise à disposition d'une nursery.

■ **Le vécu de la femme enceinte/du couple**

- Une expérience traumatique dans un établissement peut être une raison pour souhaiter l'éviter (perte d'un enfant, IMG, etc.).

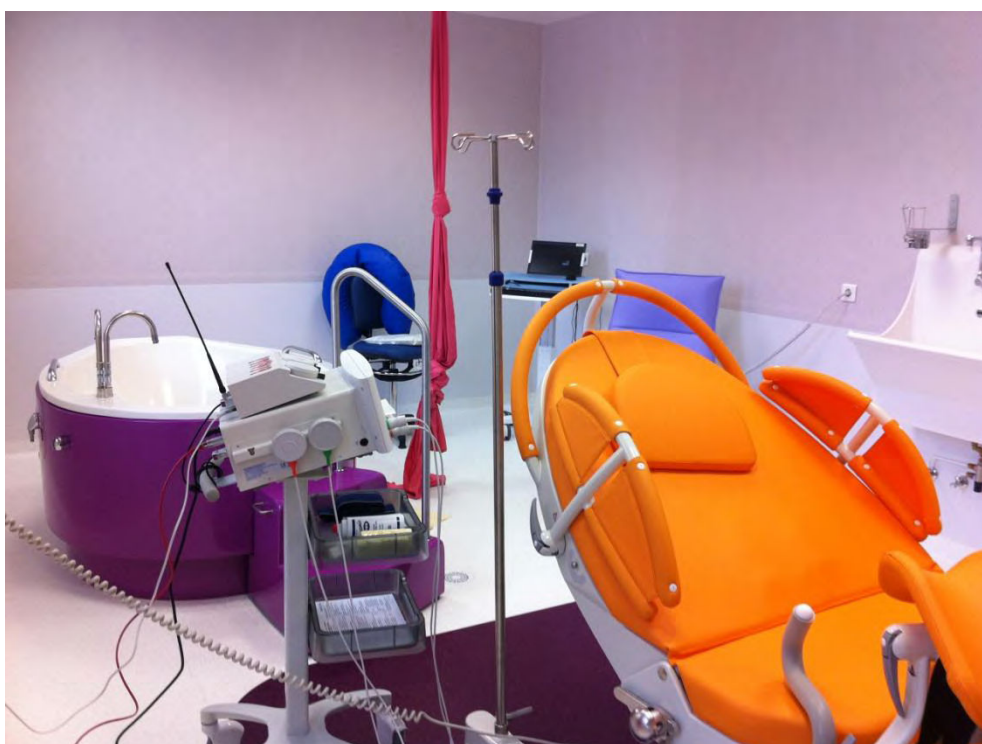
Il est utile pour le professionnel d'encourager la réflexion et la prise de position des futurs parents sur ces différents éléments, d'abord pour leur permettre d'être véritablement acteurs de leur parcours, mais aussi parce qu'ils ne savent pas toujours qu'ils ont le choix ou ne connaissent pas les pratiques.

ANNEXE 3 : PHOTOS DES SALLES NATURE DU CMCO



ANNEXE 4 : PHOTOS DES SALLES DE PRE-TRAVAIL ET DE TRAVAIL NATURE DU NOUVEL HOPITAL DE MERCY

SALLE DE TRAVAIL NATURE



SALLE DE PRE-TRAVAIL NATURE



ANNEXE 5 : RECOMMANDATIONS DE L'OMS

CLASSIFICATION DES PRATIQUES UTILISEES PENDANT UN ACCOUCHEMENT NORMAL

Le présent chapitre distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité. La classification reflète les vues du groupe de travail technique sur l'accouchement normal. Les raisons de cette classification ne sont pas exposées ici; le lecteur est renvoyé aux chapitres précédents qui sont le résultat de la réflexion et des débats du groupe de travail, et qui reposent sur les meilleures preuves actuellement disponibles (les numéros des chapitres sont indiqués entre parenthèses).

CATEGORIE A :

6.1 Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager

1. Plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille (1.3).
2. Evaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail (1.3).
3. Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance (2.1).
4. Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement (2.3).
5. Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance (2.4).
6. Fourniture de soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance (2.4, 2.5).
7. Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement (2.5).
8. Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement (2.5).
9. Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement (2.5).

.

10. Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent (2.5).
11. Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation (2.6).
12. Surveillance fœtale avec auscultation intermittente (2.7).
13. Usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement (2.8).
14. Utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta (2.8).
15. Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail (3.2).
16. Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail (3.2, 4.6).
17. Surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS (3.4).
18. Administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger (5.2, 5.4).
19. Stérilité des instruments utilisés pour sectionner le cordon (5.6).
20. Prévention de l'hypothermie du bébé (5.6).
21. Contact dermique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein (5.6).
22. Examen systématique du placenta et des membranes (5.7).

CATEGORIE B :

6.2 Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer

1. Recours systématique au lavement (2.2).
2. Rasage systématique du pubis (2.2).
3. Infusion intraveineuse systématique pendant le travail (2.3).
4. Pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique (2.3).
5. Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail (3.2, 4.6).
6. Toucher rectal (3.3).
7. Utilisation de la radiopelvimétrie (3.4)
8. Administration d'ocytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés (3.5).

9. Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail (4.6).
10. Efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail (4.4).
11. Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail (4.7).
12. Utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie (5.2, 5.4).
13. Administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail (5.2).
14. Lavage utérin systématique après l'accouchement (5.7).
15. Révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement (5.7).

CATEGORIE C :

6.3 Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent

1. Méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse (2.6).
2. Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail (3.5).
3. Pression sur le fond utérin pendant le travail (4.4).
4. Manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement (4.7).
5. Manipulation active du fœtus au moment de la naissance (4.7).
6. Administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon, ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail (5.2, 5.3, 5.4).
7. Clampage précoce du cordon ombilical (5.5).
8. Stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le troisième stade du travail (5.6).

CATEGORIE D :

6.4 Pratiques fréquemment utilisées à tort

1. Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail (2.3).
2. Traitement de la douleur par des agents systémiques (2.6).
3. Traitement de la douleur par l'analgésie épidurale (2.6).
4. Monitoring électronique du fœtus (2.7).
5. Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement (2.8).

6. Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins (3.3).
7. Accélération par l'ocytocine (3.5).
8. Transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième stade (4.2).
9. Sondage de la vessie (4.3).
10. Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser (4.3).
11. Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse (4.5).
12. Extraction instrumental (4.5).
13. Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie (4.7).
14. Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement (5.7).

ANNEXE 6 : TEXTES DE LOI SUR LE PLATEAU TECHNIQUE

Un des textes faisant référence aux plateaux techniques est celui de la loi du 31 juillet 1991 portant sur la réforme hospitalière et plus particulièrement l'article L.711-5 du Code de la Santé Publique, abrogé en juin 2000, et remplacé par l'article L.6112-4 :

Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 2° de l'article L. 6112-2 peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités fixées à l'article L.6161-10.

Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation. Toutefois, lorsque ce plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès aux médecins et sages-femmes non hospitaliers s'effectue dans les conditions définies à l'article L. 6146-10.

En outre, les établissements mentionnés à l'article L. 6112-2 coopèrent avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés au 2° dudit article ainsi qu'avec les médecins et autres professionnels de santé.

Ils peuvent participer, en collaboration avec les médecins traitants et avec les services sociaux et médico-sociaux, à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade.

(Les Art L. 6112-2 et L. 6161-10 du CSP définissent les établissements privés participant au service public hospitalier).

ANNEXE 7 : LIT D'ACCOUCHEMENT NIXIE



ANNEXE 8 : GUIDE D'ENTRETIEN

Entretien semi directif de multipares ayant eu un travail et un accouchement « normal » pour leur aîné et de « manière physiologique » pour leur cadet.

LEGENDE : ○ = Questions de relance

1) ANAMNESE DE LA PATIENTE	
Age, origine ethnique, niveau d'étude	
Parité	
Antécédents particuliers	
Terme de l'accouchement Mode d'accouchement Maternité	
Projet d'allaitement ou d'allaitement artificiel ?	

GROSSESSE	
2) Comment s'est déroulée cette grossesse ?	○ Y-a-t-il eu des complications ? ○ Avez-vous été hospitalisé ? ○ Avez-vous pris des traitements ?
3) Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance ?	○ Où et avec qui ? ○ Quel type de séances ?
4) Aviez-vous un projet de naissance ?	○ Si oui, était-ce un projet formalisé ou l'avez-vous écrit vous-même ?
5) Dans ce projet, aviez-vous des attentes particulières quant à l'accouchement ou au personnel médical ?	

6) Comment avez-vous envisagé cet accouchement ?	○ Environnement ? ○ Matériel médical ?
7) 8) Avez-vous changé de maternité par rapport à votre premier accouchement ?	○ Pour quelles raisons ?
9) Pourquoi souhaitiez-vous un accouchement physiologique ?	

LE TRAVAIL	
10) A-t-il été spontané ?	
11) Comment avez-vous géré le début de travail à la maison ?	
12) Qu'avez-vous mis en place pour soulager vos douleurs et gérer ce début de travail ?	○ Positions antalgiques ○ Etirement du dos ○ Massages ○ Bain ○ Médicaments ○ Autres
13) Combien de temps après l'apparition des contractions douloureuses et régulières êtes-vous partis aux urgences ?	
14) Où vous a-t-on installés après votre arrivée aux urgences ?	○ Salle physiologique directement ○ Salle de travail traditionnelle ○ Salle de pré-travail d'abord puis une autre salle de travail
15) Que vous a-t-on proposé ?	○ Bain ○ Douche ○ Ballon ○ Positions, étirements ○ Médicaments
16) Avez-vous eu une analgésie péridurale durant le travail ?	○ Etait-ce votre projet initial ? ○ L'avez-vous finalement désiré ?
17) Comment avez-vous vécu ce travail en salle physiologique ?	

18) Avez-vous ressenti de la liberté ?	○ Liberté de mouvement ○ Liberté de décision
19) Avez-vous ressenti des contraintes particulières ?	<u>Techniques</u> ○ manque d'informations ○ trop peu de visites de la sage-femme ○ personnel trop présent ○ autres <u>Médical</u> ○ pose d'une voie veineuse ○ monitoring en continu ○ rupture artificielle de la poche des eaux ○ utilisation d'un ocytocique pour accélérer le travail ○ autres
20) Avez-vous manqué de quelque chose ?	○ Informations sur le déroulement du travail et de l'accouchement ○ Matériel ○ Disponibilité du personnel ○ Autres
21) Avez-vous eu l'impression de pouvoir gérer vous-même votre travail ?	○ Si non, pourquoi ?

L'ACCOUCHEMENT	
22) Dans quelle position avez-vous accouché et qu'en avez-vous pensé?	○ Est-ce-vous qui l'avez suggéré ? ○ L'équipe a-t-elle répondu à vos attentes ? ○ Etait-ce une position assez confortable pour l'accouchement ?

23) Avez-vous des suggestions à faire quant à l'équipement ou au personnel ?	
24) Est-ce que l'équipe a dû intervenir pour raison médicale ?	☐ En faisant quoi ? ☐ Pour quelles raisons ?
25) Quelle a été la place de votre mari/ conjoint tout au long de votre travail et à l'accouchement ?	

LE POST-PARTUM IMMEDIAT
26) Qui a coupé le cordon ?
27) Avez-vous fait du peau à peau avec le nouveau-né ?
28) Avez-vous fait une tétée de bienvenue dans l'heure qui a suivi la naissance ?

AUTRES
29) Pensez-vous que les séances de préparation à la naissance vous ont été bénéfiques quant au travail et à l'accouchement ? Pourquoi ?
30) Que pensez-vous réellement, à présent, des salles dites physiologiques ?
31) Commentaires libres

Face à un accouchement devenu surmédicalisé et contrôlé, l'accouchement naturel reprend de l'intérêt dans la société. En effet, la demande des femmes pour une prise en charge différente de leur accouchement est de plus en plus importante depuis le début du XXI^{ème} siècle. C'est pourquoi les établissements de santé s'efforcent d'y répondre par la création de salles physiologiques.

L'étude réalisée à travers ce mémoire va permettre d'évaluer la satisfaction des femmes quant à l'utilisation de ces salles durant leur accouchement et d'estimer si elles permettent une gestion différente de l'accouchement en laissant les femmes être actrices de leur travail. Elle permettra également de renforcer le rôle de la sage-femme en tant qu'accompagnant essentiel tout au long de la grossesse.

Pour apprécier cela et ne disposant pas de salles physiologiques en Lorraine au moment de la réalisation de l'étude, des entretiens semi-directifs ont été effectués auprès de multipares dans deux maternités de Strasbourg.

D'après les résultats, il en ressort que les femmes sont globalement satisfaites de leur prise en charge en salle physiologique, qu'elles ont été entendues, que leurs demandes ont été respectées et que ces salles sont un bon compromis à l'accouchement à domicile. On peut noter aussi l'importance de l'accompagnement et du soutien des sages-femmes tout au long de la grossesse et lors de l'accouchement.