



**HAL**  
open science

**La satisfaction des patientes ayant été accompagnées en maison de naissance : étude quantitative bicentrique par questionnaire auprès de 25 patientes accompagnées dans deux maisons de naissance en région Grand-Est entre novembre 2021 et janvier 2022**

Marion Kubler

► **To cite this version:**

Marion Kubler. La satisfaction des patientes ayant été accompagnées en maison de naissance : étude quantitative bicentrique par questionnaire auprès de 25 patientes accompagnées dans deux maisons de naissance en région Grand-Est entre novembre 2021 et janvier 2022. Médecine humaine et pathologie. 2022. hal-04323354

**HAL Id: hal-04323354**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04323354v1>**

Submitted on 5 Dec 2023

**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](mailto: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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

Université de Lorraine  
École de Sages-Femmes de METZ

La satisfaction des patientes ayant été  
accompagnées en maison de naissance

Etude quantitative bicentrique par questionnaire auprès  
de 25 patientes accompagnées dans deux maisons de naissance en  
région Grand-Est entre novembre 2021 et janvier 2022.

Mémoire présenté et soutenu par  
Marion KUBLER

Née le 06 Novembre 1999

Directeur de mémoire : Karine SCHNITZLER

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2018 - 2022



Université de Lorraine  
École de Sages-Femmes de METZ

La satisfaction des patientes ayant été  
accompagnées en maison de naissance

Etude quantitative bicentrique par questionnaire auprès  
de 25 patientes accompagnées dans deux maisons de naissance en  
région Grand-Est entre novembre 2021 et janvier 2022.

Mémoire présenté et soutenu par

Marion KUBLER

Née le 06 Novembre 1999

Directeur de mémoire : Karine SCHNITZLER

Sage-Femme Enseignante

Promotion 2018 - 2022

## REMERCIEMENTS

A Madame Karine SCHNITZLER, merci pour avoir encadré ce mémoire. Vos conseils et votre accompagnement ont permis à ce travail de voir le jour.

A Monsieur Julien SIMON, merci d'avoir été mon expert au cours de ce travail. Merci pour vos conseils et votre accompagnement. Merci de m'avoir fait découvrir la maison de naissance de Nancy et de m'avoir donné le goût de l'accompagnement physiologique.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Metz, pour leurs enseignements et leur accompagnement tout au long de ces années.

Merci à mes parents et ma famille, pour avoir cru en moi et pour m'avoir soutenue au cours de toutes ces années. J'espère vous rendre fiers.

Merci à Clara, Camille et Nolwenn d'avoir partagé ces années d'école avec moi. Vous les avez rendues plus douces et je n'y serais pas parvenue sans votre amitié.

Merci à Mathilde et Valentin, pour leur soutien indéfectible dans les bons comme les mauvais moments.

Aux sages-femmes croisées sur ma route en stage, pour m'avoir appris le métier de sage-femme, pour la confiance qu'elles m'ont accordée et les connaissances qu'elles ont partagé avec moi. Un grand merci à Madame Natacha Bauer tout particulièrement, qui m'a donné le goût de l'exercice libéral.

Enfin, merci à toutes les femmes, patientes et couples rencontrés pendant ces quatre années d'école, en stage, dans les collèges et lycées, et dans la construction de ce mémoire. Merci d'avoir confié une part de votre santé entre mes mains, merci de m'avoir fait confiance. Merci d'avoir partagé une part de votre féminité, votre maternité et votre parentalité avec moi. Vous m'avez fait aimer la profession de sage-femme encore plus fort.

## ABREVIATIONS

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

AGN : Accompagnement Global à la Naissance

APD : Anesthésie péridurale

ARS : Agence Régionale de Santé

BSS : Birth Satisfaction Scale

BSS-R : Birth Satisfaction Scale Revised

CIANE : Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DROM : Départements et Régions d'Outre-Mer

ENP : Enquête Nationale Périnatale

FIR : Fond d'Investissement Régional

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie Post-Partum

INSEE : Institut National des statistiques et des Etudes Economiques

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDN : Maison De Naissance

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PDN : Projet De Naissance

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SF : Sage-Femme

UNAF : Union Nationale des Associations Familiales

UNPN : Un Nid pour Naitre

## **SOMMAIRE**

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>3</b>
<b>ABREVIATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
<b>PARTIE 1 :</b> .....	<b>8</b>
1. HISTORIQUE DES NAISSANCES.....	8
2. LA REMISE EN CAUSE DE LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT .....	8
3. LES MAISONS DE NAISSANCE EN FRANCE.....	12
4. LES MAISONS DE NAISSANCE A L'ETRANGER .....	16
<b>PARTIE 2 :</b> .....	<b>17</b>
1. PROBLEMATIQUE.....	17
2. OBJECTIFS .....	17
3. HYPOTHESES .....	17
4. CRITERES DE JUGEMENT .....	18
5. MATERIEL ET METHODE ENVISAGEES .....	18
6. RESULTATS.....	20
<b>PARTIE 3 :</b> .....	<b>31</b>
1. ANALYSE DES RESULTATS .....	31
2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE .....	40
3. PROPOSITIONS .....	41
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>43</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>44</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>48</b>
ANNEXE I : NOTE D'INFORMATION A DESTINATION DES PATIENTES.....	49
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE.....	50



## INTRODUCTION

Depuis quelques années, l'accroissement de la médicalisation des naissances et leur concentration dans les maternités à forte activité ont conduit certaines femmes à demander la possibilité d'accoucher dans un contexte plus physiologique.

Dès le début des années 2000, des associations d'usagers et de professionnels de santé ont milité pour un accompagnement alternatif des naissances. On retrouve notamment les associations « Naître autrement » en région Messine, et « Bien-Naître » en région Nantaise. C'est seulement en 2013 que leurs doléances ont été entendues. 8 maisons de naissance (MDN) ont ouvert leurs portes sur le territoire français, pour une durée de 5 ans.

Selon l'expérimentation prévue par la loi, les MDN sont des lieux contigus à un service de gynécologie-obstétrique. Elles s'adressent aux patientes présentant un faible niveau de risque obstétrical, défini par la Haute Autorité de Santé. (HAS) Elles proposent une prise en charge globale de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites, sous la responsabilité exclusive d'une même sage-femme, ou d'une équipe de sages-femmes. L'accouchement se déroule de manière ambulatoire, sans recours à une anesthésie péridurale (APD). Les patientes restent sous surveillance médicale entre 2 et 12 heures après la naissance, puis le suivi se poursuit à domicile.

L'expérimentation devait prendre fin le 23 novembre 2020. Elle a été prolongée jusqu'au 23 novembre 2021 dans le contexte de crise sanitaire Covid-19. La pérennité des MDN a été votée et les modalités sont encore en cours de discussion. Les MDN constituent donc une perspective d'avenir pour la profession de sage-femme.

J'ai souhaité m'intéresser au niveau de satisfaction des patientes accompagnées en MDN. Cette étude a aussi pour but d'identifier le public des maisons de naissances, ainsi que les attentes et motivations des patientes à choisir ce type d'accompagnement.

La première partie de ce travail consiste à développer le contexte de l'étude. Ainsi, un historique des naissances et la remise en cause de leur médicalisation est présenté. Cette introduction contextualise l'avènement des MDN. Elles sont ensuite présentées telles qu'elles existent en France, en Europe et dans le reste du monde.

La deuxième partie présente l'étude par questionnaire auprès des patientes ayant été accompagnées en MDN en région Grand-Est : Un Nid pour Naître à Nancy (54) et Manala à Sélestat. (67)

Enfin, la troisième partie concerne l'analyse et l'interprétation des résultats des questionnaires, dans l'optique d'évaluer le niveau de satisfaction des répondantes.

## **PARTIE 1 :**

### **1. HISTORIQUE DES NAISSANCES**

#### **1.1. LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT**

En occident, avant le XVIIIe siècle, l'accouchement se déroulait dans la sphère familiale. Ils étaient accompagnés par des matrones, souvent des femmes âgées ayant tiré leur formation de l'héritage d'une mère ou d'une tante elle-même matrone. La mortalité maternelle était de 1 à 2 %, et les étiologies les plus fréquentes étaient les dystocies, les hémorragies du post-partum ainsi que la fièvre puerpérale. Alors qu'une femme avait en moyenne cinq enfants, 10 % des femmes en âge de procréer mourraient à la suite d'un accouchement.

Les hôpitaux étaient des lieux d'assistance, dans lesquels les filles mères ou les femmes pauvres étaient recueillies pour leur accouchement. Jusqu'au XIXe siècle, les naissances y étaient plus dangereuses qu'à domicile, du fait des épidémies de fièvres puerpérales. Il a fallu attendre 1878, avec les travaux de Pasteur sur l'asepsie, l'antisepsie et la stérilisation pour voir le taux de mortalité maternelle diminuer drastiquement.

Au début du XXe siècle, des avancées technologiques majeures ont été faites en obstétrique. De nouveaux outils ont été créés pour la surveillance de la grossesse, du travail et de l'accouchement. La protection sociale s'est aussi développée, garantissant un accès généralisé aux soins. Les hôpitaux sont devenus des lieux de soin et non plus d'assistance, architecturés pour répondre aux besoins des patients.

La période de l'entre-deux guerres a été caractérisée par une coexistence de l'accouchement hospitalier et à domicile. En 1952, 53 % des femmes accouchent à l'hôpital. Elles sont 85 % dix ans plus tard.

Dans la seconde partie du vingtième siècle, en France, bien que les avancées technologiques aient permis de réduire la morbi-mortalité maternelle et néonatale, les pratiques médicales sont remises en cause. [1-2]

### **2. LA REMISE EN CAUSE DE LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT**

#### **2.1. MOUVEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE**

Cette remise en cause est en partie initiée par des professionnels. Certains tentent, dès les années soixante-dix d'humaniser les conditions de la naissance. Ce mouvement est mêlé à des conceptions philosophiques et spirituelles de confiance au naturel. Il peut être relevé les travaux de Michel Odent, à l'origine des salles de naissance nature, et ceux de Frédérick Leboyer concernant l'accueil du nouveau-né sans violence. Des techniques alternatives de préparation à la naissance émergent, telles que le yoga, la sophrologie ou bien l'haptonomie. [3]

## 2.2. LES FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DE LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT

Il existe différents facteurs psycho-sociaux qui mettent en lumière les possibles effets délétères d'une surmédicalisation de la naissance. [4]

Les techniques médicales utilisées peuvent augmenter l'inconfort psychologique et le stress physique de la mère (monitorage continu, recours à des interventions médicales). Le contexte hospitalier est culturellement associé à la maladie. Son environnement est impersonnel en comparaison à un foyer ou à une MDN, ce qui a pour conséquence de diminuer le niveau de détente favorable à la progression du travail et à la gestion de la douleur.

Ensuite, les techniques médicales peuvent enlever à la femme son sentiment de contrôle et de compétence. Le suivi du travail et de l'accouchement est remis entre les mains de l'équipe médicale, ce qui peut avoir pour conséquence de déposséder la femme de son expérience d'accouchement et induire une perte de contrôle. Ces sentiments peuvent perdurer à l'issue de l'accouchement et être intégrés à l'expérience personnelle de la femme.

Enfin, selon certains médecins québécois, un sentiment de perte de contrôle au cours de l'accouchement pourrait être responsable de la survenue d'une dépression post-partum. (DPP) [4]

D'un point de vue social, l'affect constitue un facteur influençant la gestion du stress et de la douleur. [4] En accompagnement global à la naissance (AGN), la sage-femme (SF) est une source de soutien pour le couple puisqu'elle accompagne bien avant la naissance, ce qui n'est pas le cas en centre hospitalier.

Concernant l'accueil du nouveau-né, sa venue au monde devrait idéalement se faire dans un environnement chaleureux et non menaçant. Si son vécu de l'accouchement ne peut être mesuré, on peut néanmoins étudier son attachement envers ses figures parentales. D'après E. Moss, *l'attachement est le procédé par lequel un enfant se lie à une figure principale comme base de sécurité afin d'arriver à mieux explorer le monde qui l'entoure, influençant sa vie affective future et ses relations sociales*. Le lien d'attachement débute dès la naissance et se développe au cours de la première année de vie. Or, l'état psychologique de la mère joue un grand rôle dans cette interaction. Une déception des suites de l'accouchement ou une DPP peuvent être responsable d'une altération du lien d'attachement. [4]

## 2.3. UNE DEMANDE DES USAGERS

Dans les années soixante-dix, les femmes accèdent à la contraception orale, à l'interruption volontaire de grossesse et dans les années 80, à l'anesthésie péridurale (APD). Ce sont des techniques non plus prescrites par le médecin, mais choisies par la femme, qui en demande l'application. Globalement, dans le domaine de la santé, les rapports entre professionnels et usagers sont bouleversés par l'émergence d'associations de patients (cancer, SIDA, maladies orphelines...).

Des auteures féministes telles que M-J Jaubert et F-E Morin militent pour un refus de toute prise de pouvoir extérieure sur le corps de la femme qui accouche. L'autonomie du choix des femmes est défendue, à travers des prises de positions sur l'accouchement à domicile, la généralisation de l'APD et la sur-technisation de la naissance par exemple. [5]

Des études ont été menées par l'Etat et par des associations d'usagers afin d'évaluer la satisfaction des patientes sur leur expérience d'accouchement.

En 2006, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a mené une enquête auprès des usagères des maternités afin de réaliser un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes ayant accouché en France. Cette étude a permis d'établir que plus de 95 % des femmes se déclarent « très » ou « plutôt satisfaites » de leur suivi de grossesse et de leur accouchement. Cependant, on relevait que moins de 60 % des femmes étaient satisfaites de leur accompagnement par les professionnels de santé et 6 % des patientes interrogées se disaient « pas du tout » ou « plutôt pas satisfaites » du déroulement de leur accouchement. [6]

En juin 2014, une étude a été réalisée par le Collectif Inter Associatif Autour de la Naissance (CIANE). Elle confirme la satisfaction globale, et dénonce un manque au niveau de l'accompagnement. En effet, 17 % des patientes interrogées déclarent ne pas avoir reçu le soutien qu'elles attendaient par le personnel médical. Les sous-catégories identifiées étaient une solitude à l'approche de la naissance, un manque de soutien bienveillant, un manque d'accompagnement pour la douleur, des visites uniquement techniques et le fait que les patientes se sentent souvent seules. [7]

Enfin, l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) a publié en 2010 une enquête périnatalité sur le regard des femmes sur leur maternité. 36 % des patientes déclaraient ne pas avoir été libre de bouger et de se positionner comme elles le souhaitaient. Un certain nombre de témoignages fait état d'une médicalisation trop importante des accouchements physiologiques. En conclusion, cette étude fait état d'un paradoxe entre sécurité et individualisation. D'un côté, les mères demandent un accouchement dans un cadre sécurisé mais moins médicalisé, individualisé, tandis que les professionnels appliquent des protocoles standardisés qui peuvent parfois surmédicaliser la prise en charge. [8]

Des axes d'améliorations peuvent être identifiés à travers ces études, concernant l'information, l'accompagnement et la personnalisation de la prise en charge en maternité.

## 2.4. LA GENESE DES MAISONS DE NAISSANCE EN FRANCE

### 2.4.1. Les états généraux de la naissance

En 2003, les premiers états généraux de la naissance ont été l'occasion pour les associations de patients et le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) de débattre de « l'insatisfaction des usagers dans l'accès à des pratiques respectueuses du déroulement physiologique de l'accouchement » et de « la médicalisation parfois excessive et systématique » de celui-ci.

Une alternative a alors été proposée : les MDN. Déjà développées dans d'autres pays, ces structures, attenantes ou au sein des services d'obstétrique, sont dédiées à la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement physiologique des patientes à faible niveau de risque obstétrical, par des SF libérales et ou hospitalières. Ses objectifs sont de permettre une moindre médicalisation en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant, ainsi que de permettre aux patientes de choisir leur mode d'accouchement. [2, 9,10]

Les Etats Généraux de la Naissance recommandent qu'une information spécifique soit délivrée aux patientes qui souhaiteraient accoucher en MDN. Ils précisent que leur organisation doit faire l'objet d'une évaluation stricte après mise en place de structures expérimentales accolées à une maternité.

#### 2.4.2. Plan de périnatalité 2005-2007

Il a été mis en place par Philippe Douste-Blazy, Ministre de la Santé et de la Protection Sociale. Son objectif est de moderniser l'environnement de la grossesse. Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. Ce plan présente l'expérimentation des MDN.

Le contexte émanait du désir d'un certain nombre de femmes d'avoir l'opportunité d'accoucher dans un contexte moins médicalisé que ce qui était possible dans la plupart des maternités. Les MDN étaient un modèle qui existait déjà dans d'autres pays.

Ainsi, les objectifs étaient :

- De définir un lieu d'accueil des femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement sous la responsabilité exclusive des SF ;
- De permettre une moindre médicalisation tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant par la proximité immédiate du plateau technique ;
- D'ouvrir aux femmes la possibilité de choisir leur mode d'accouchement ;
- De diversifier l'offre de soins pour les grossesses physiologiques tout en reconnaissant la compétence des SF dans la prise en charge des femmes concernées.

Elles ne se substituent pas aux maternités et ne doivent pas justifier la fermeture des sites d'accouchement dans certaines maternités. [10]

#### 2.4.3. Loi autorisant l'expérimentation des MDN

Le 6 décembre 2013 a été promulguée la loi concernant les MDN. Elle autorise, à titre expérimental et pour une durée maximale de 5 ans, l'ouverture des MDN en France. Elles sont définies comme des structures au sein desquelles les SF réalisent l'accouchement des patientes dont elles ont suivi la grossesse. Elles doivent être contiguës à un établissement autorisé pour l'activité de gynécologie-obstétrique. Une convention doit être passée entre les deux, afin d'aménager des transferts rapides en cas de besoin. La liste des MDN autorisées à ouvrir est fixée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, en conformité avec le cahier des charges établi par la HAS et après avis conforme de celle-ci. Un an avant la fin des autorisations de fonctionnement, un rapport du gouvernement au Parlement doit évaluer l'expérimentation. [11]

### 3. LES MAISONS DE NAISSANCE EN FRANCE

#### 3.1. CONDITIONS D'ELIGIBILITE

Les conditions d'éligibilité ont été établies en septembre 2014 lors de l'élaboration du cahier des charges de la Haute Autorité de Santé (HAS). Les femmes suivies en MDN sont des femmes à bas risque pour la grossesse et l'accouchement, qui souhaitent accoucher dans ce type de structure.

En 2016, la HAS a mis à jour ses recommandations concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes. Elles permettent d'aider au suivi de la grossesse normale et d'améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales (hors accouchement), afin d'en adapter si besoin le suivi. Le niveau de risque doit être apprécié tout au long de la grossesse, jusqu'à la consultation du 9<sup>e</sup> mois et lors de l'accouchement.

Ainsi, afin d'apprécier le niveau de risque obstétrical, il convient de rechercher des facteurs de risque généraux, des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non, des antécédents personnels liés à une grossesse précédente, une exposition à des toxiques, des facteurs de risque médicaux, des maladies infectieuses et des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux. Pour chacune des situations à risque identifiées au cours de la grossesse, un type de suivi ou une demande d'avis est recommandé.

Ainsi, les femmes présentant un utérus cicatriciel, une grossesse gémellaire, une suspicion de retard de croissance ou un petit poids selon l'âge gestationnel, une présentation céphalique défléchie ou podalique, ainsi que les accouchements prématurés ne pourront accoucher en MDN. [12]

#### 3.2. CAHIER DES CHARGES

En septembre 2014, la HAS a établi un cahier des charges afin de permettre l'expérimentation de MDN. Il définit les modalités de prise en charge en pré-partum, en per-partum et en post-partum.

L'objectif des MDN est de proposer aux femmes enceintes un accompagnement global de la grossesse aux suites de couches dans le respect de la physiologie et sur le principe « une femme pour une sage-femme ». Le retour à la maison après l'accouchement est anticipé et organisé afin de favoriser l'accompagnement en post-partum dans le cadre d'une sortie très précoce.

Les MDN doivent être liées par une convention à un établissement de santé partenaire, autorisé à pratiquer la gynécologie obstétrique. Il doit être contigu à la maison de naissance. La convention permet d'organiser et formaliser les relations avec les équipes de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation et de pédiatrie de l'établissement partenaire.

Toutes les patientes doivent bénéficier d'une consultation pré-anesthésique auprès d'un anesthésiste de la maternité partenaire. Celui-ci peut prononcer une exclusion motivée à la prise en charge en MDN dans le cadre de pathologie relevant de ses compétences.

Les MDN ne proposent pas d'hébergement aux patientes. Ainsi, la prise en charge en post-partum impose un contact quotidien avec une SF, avec au moins trois visites dans la première semaine qui

suit l'accouchement. La première visite doit avoir lieu dans les vingt-quatre heures suivant la sortie de la maison de naissance.

La MDN doit avoir des pièces dédiées aux consultations et des chambres de naissance.

Au niveau matériel, la MDN doit disposer d'un chariot d'urgence et d'équipements permettant de transporter les femmes et les nouveau-nés en cas d'urgence.

Dès son inscription, la femme enceinte doit recevoir un document d'information. Celui-ci doit mentionner le caractère expérimental de la prise en charge, les critères d'éligibilité pour accoucher en MDN, le suivi de la grossesse, les modalités d'accouchement, de la prise en charge en post-partum, les modalités de transfert et de retour à domicile.

Le fonctionnement de la MDN est assuré par les SF qui y interviennent. Elle ne peut fonctionner sans un nombre minimal de deux SF. [13-14]

### 3.3. RECOMMANDATIONS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

#### 3.3.1. HAS

En 2017, la HAS a émis des recommandations pour la pratique clinique pour l'accompagnement de la physiologie et les interventions médicales dans le cadre des accouchements normaux. Ses objectifs sont de définir les modalités d'accouchement chez les femmes à bas risque obstétrical au sein de tout service de maternité, et notamment au sein des MDN, alors en cours d'expérimentation, pour l'accouchement physiologique.

Ces recommandations ont permis de répondre à la demande des femmes d'une moindre médicalisation de l'accouchement, et d'un plus grand respect du déroulement spontané de l'accouchement, tout en garantissant leur sécurité ainsi que celle de leur enfant.

D'après la définition de la HAS, « *Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée. L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Il permet la mise en place dans un climat serein d'un certain nombre d'attentions favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant.* »

Les interventions incluses dans l'accompagnement de la physiologie sont l'amniotomie, l'antibioprophylaxie, l'administration préventive d'oxytocine au troisième stade du travail et la pose d'une voie veineuse. Au contraire, l'analgésie locorégionale et l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail sont exclues de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement.

Ces recommandations de bonnes pratiques indiquent également l'information des femmes et encouragent à la préparation d'un projet de naissance dès l'entretien prénatal précoce, afin d'exprimer les préférences de la femme ou du couple quant à l'accouchement. [15]

### 3.3.2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Au niveau international, l'OMS a émis des recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement en 2018. L'OMS affirme que la médicalisation croissante de l'accouchement a tendance à amoindrir la propre capacité de la femme à donner naissance, et produit des effets négatifs sur son expérience d'accouchement. La définition donnée par l'OMS d'une expérience positive d'accouchement est « *une expérience qui remplit ou dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles existantes d'une femme, ce qui inclut l'accouchement d'un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr, avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un ou de plusieurs compagnons d'accouchement et de personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique.* » Cette définition est basée sur le postulat que « *la plupart des femmes désirent un accouchement et une naissance physiologique, ainsi qu'un sentiment de réalisation personnelle et de contrôle avec la participation à la prise de décision, même lorsque des interventions médicales sont nécessaires ou souhaitées.* »

Tout au long de l'accouchement et de la naissance, des soins maternels respectueux, une communication efficace, un accompagnement choisi et une continuité des soins de la période prénatale à postnatale sont recommandées. [16]

## 3.4. SECURITE DES NAISSANCES

### 3.4.1. A l'international

La *National Birth Center Study II* a permis d'évaluer la sécurité des naissances en MDN. Elles sont appelées « *midwife-led birth centers* », soit littéralement des centres de naissances dirigés par les SF. Cette étude a inclut 15 574 femmes qui ont reçu des soins dans 79 « *midwife-led birth centers* », dans 33 états des Etats-Unis de 2007 à 2010. 84 % des patientes interrogées ont pu accoucher en maison de naissance tandis que les 16 % restant ont dû être transférées à l'hôpital. Elle a montré que les MDN sont un modèle garantissant la décroissance du taux de césarienne aux Etats-Unis, tout en assurant la sécurité des patientes.

En effet, 6 % des patientes ont eu une césarienne, contre un taux national aux Etats-Unis de 32,8 % en 2010. Pour un niveau de risque équivalent, le taux de césarienne est estimé à 24 % dans un centre hospitalier.

Le taux de mortalité foetale était de 0,47 pour 1000 naissances, et le taux de mortalité néonatale était de 0,4 pour 1000 naissances. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus en milieu hospitalier, pour des femmes à faible niveau de risque. Il n'y a pas eu de décès maternel.

Seulement 1,9 % femmes ou nouveau-nés ont rencontré une complication pendant le travail ou dans le post-partum immédiat nécessitant un transfert en urgence dans un hôpital.

La *National Birth Center Study* a également permis de mettre en évidence les avantages économiques des maisons de naissance. En effet, sur les 15 574 naissances étudiées, plus de 30 millions de dollars ont été économisés, sur la base des tarifs de Medicare et de Medicaid. Ces résultats n'incluaient pas les économies supplémentaires sur les coûts d'anesthésie et de soins pédiatriques. [17]



### 3.4.2. En France

Un rapport d'évaluation sur les maisons de naissance a été publié en 2019. Depuis novembre 2015, huit maisons de naissances sont autorisées à fonctionner à titre expérimental pour une durée de cinq ans. Six sont implantées en France métropolitaine et deux dans les départements et régions d'Outre-Mer (Guadeloupe et Réunion). L'objectif de cette étude était d'évaluer la qualité des soins prodigués lors du travail et de l'accouchement dans les maisons de naissance en France. Ainsi, les maisons de naissance françaises ont mis en évidence des résultats comparables à ceux obtenus à l'international, par la méta-analyse de Scarf et al, menée au Royaume Uni, en Nouvelle Zélande, en Norvège, au Danemark et aux Etats-Unis. [18]

### 3.5. EVALUATION DES MAISONS DE NAISSANCE

L'arrêté du 9 décembre 2016 a permis de fixer les modalités d'évaluation. Ainsi, un rapport d'évaluation doit être rendu de manière annuelle. Il contient un volet relatif au fonctionnement de la maison de naissance, et un volet relatif à la démarche d'évaluation. Ils sont à remettre à l'Agence Régionale de Santé (ARS) dont la MDN dépend et au ministre de la santé. Enfin, la MDN est chargée de faire un signalement à l'ARS dans les vingt-quatre heures suivant un évènement indésirable grave, survenu dans les 30 jours suivant la naissance. [19]

### 3.6. ASPECTS ECONOMIQUES

Dans la loi cadrant l'expérimentation des maisons de naissance, celles-ci ne sont pas définies comme des établissements de santé. A ce titre, les SF exercent sous un statut libéral. Ainsi, elles cotent leurs actes selon les barèmes de la sécurité sociale.

Le financement des maisons de naissance est assuré par le fond d'investissement régional. (FIR) Il attribue une dotation annuelle de 170 000 euros, attribuée par les ARS. Plus exceptionnellement, des recettes de l'association réunissant usagers et sympathisants peuvent s'ajouter.

La nomenclature des actes des sages-femmes ne prend pas en compte les spécificités de l'AGN. Ainsi, des dépassements d'honoraires sont appliqués. Pour se rendre financièrement abordable au plus grand nombre, plusieurs maisons de naissances ont également mis en place un fond de solidarité. Il est destiné à aider les familles qui ne pourraient pas se permettre de déboursier les honoraires demandés.

Olivia Plaisant, sage-femme coordinatrice de la maison de naissance Guadeloupéenne, a réalisé un travail d'analyse des coûts dans les huit maisons de naissance en activité dans l'expérimentation. Elle a également inclus une comparaison des coûts entre structure hospitalière, publique et privée. Ce travail a été validé par le Collectif des Maisons de naissance. Cela a permis de mettre en évidence que le coût de l'accouchement en MDN est inférieur au coût de l'accouchement en structure hospitalière, dans le cadre d'un accouchement par voie basse, non instrumental. Ces recherches servent de piste de réflexion quant aux financements les plus pertinents une fois la phase expérimentale achevée. [20, 21]

### 3.7. PERENNISATION DES MAISONS DE NAISSANCE

Le 17 février 2020, Bernard Jomier et les membres du groupe socialiste et républicain ont déposé au Sénat la proposition de loi portant sur la pérennisation et la généralisation des maisons de naissance. La fin de l'expérimentation était prévue pour novembre 2020. Leur texte propose de définir dans le code de la santé publique les maisons de naissance au travers de leurs missions, de leur organisation et d'un statut juridique. La maison de naissance est nécessairement liée à un établissement de santé autorisé pour l'activité de soins de gynécologie-obstétrique avec lequel elle conclut une convention. La création et la gestion des maisons de naissance seront assurées par des organismes à but non lucratif. Le texte permet aussi aux maisons de naissance de percevoir une dotation de financement du FIR, des ARS, au même titre que les centres de santé et maisons de santé. [22]

## 4. LES MAISONS DE NAISSANCE A L'ETRANGER

### 4.1. ETATS-UNIS

Aux Etats-Unis, on retrouve deux types de structures sous le nom de « *birth center* ». Les « *free standing birth center* » qui sont physiquement autonome, et les « *home like birth centers* », qui sont situées dans l'enceinte d'un hôpital ou d'une maternité, dont les principes de fonctionnement dépendent de la structure qui héberge. Le premier *free standing birth center* a ouvert ses portes en 1975 à New-York, pour répondre à la demande des consommateurs de soins alternatifs. En 2020, on compte désormais plus de 384 *free standing birth centers*, dans 37 villes et districts différents. [20,23]

### 4.2. EUROPE

En Europe, il existe 160 maisons de naissance au Royaume-Uni, une centaine en Allemagne, et 25 en Suisse. En 2019, la Bulgarie et la République Tchèque ont ouvert leur première maison de naissance. [18]

Le *Midwifery Unit Network* et l'université de Londres « City » ont créé les *Midwifery Unit Standards*. Ce sont des recommandations sur la conduite des soins intra-partum pour les mères et leurs enfants. Ils ont été publiés en juillet 2018, et sont approuvés par l'*European Midwifery Association*. Les *Midwifery Units Standards* ont été publiés afin de promouvoir et faciliter l'implantation de nouvelles maisons de naissance en Europe. Leur objectif est d'améliorer la qualité des soins en périnatalité et de réduire les écarts de pratique. [24]

## **PARTIE 2 :**

### **1. PROBLEMATIQUE**

L'étude menée tente de répondre à la problématique suivante : « Quel est le niveau de satisfaction des patientes ayant été accompagnées en maison de naissance ? »

### **2. OBJECTIFS**

#### **2.1. BENEFICES ATTENDUS**

Les bénéfices attendus suite à cette étude permettent d'identifier les usagers des maisons de naissances : leur profil, leurs motivations ainsi que leurs attentes.

Nous souhaitons également identifier les spécificités de l'accompagnement personnalisé en maison de naissance.

Enfin, nous souhaitons donner la parole aux patientes afin d'exprimer leur vécu d'accompagnement en maison de naissance afin d'améliorer les pratiques professionnelles.

#### **2.2. OBJECTIF PRINCIPAL**

L'objectif principal a été de décrire le degré de satisfaction des patientes sur leur prise en charge globale dans une maison de naissance.

#### **2.3. OBJECTIFS SECONDAIRES**

Les objectifs secondaires étaient :

- D'identifier le public des maisons de naissance ;
- D'identifier les motivations des patientes à accoucher en maison de naissance ;
- Identifier les spécificités du parcours de soin prénatal, pernatal et postnatal en maison de naissance

### **3. HYPOTHESES**

- Hypothèse 1 : Les patientes ayant été suivies en maison de naissance sont satisfaites de leur accompagnement au cours de la période prénatale.
- Hypothèse 2 : Les patientes ayant été suivies en maison de naissance sont satisfaites de leur accompagnement au cours de la période perinatale.
- Hypothèse 3 : Les patientes ayant été suivies en maison de naissance sont satisfaites de leur accompagnement au cours de la période postnatale.
- Hypothèse 4 : L'accompagnement personnalisé en maison de naissance contribue au respect du projet de naissance.
- Hypothèse 5 : L'accompagnement personnalisé en maison de naissance renforce la collaboration avec l'équipe soignante.

- Hypothèse 6 : L'accompagnement personnalisé en maison de naissance renforce la participation active des patientes et des couples dans leur prise en charge.
- Hypothèse 7 : Les patientes accompagnées en maison de naissance souhaitent reproduire l'expérience si les conditions médicales le permettent au cours d'un futur accouchement.

#### **4. CRITERES DE JUGEMENT**

##### 4.1. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Le critère de jugement principal est le degré de satisfaction des patientes sur leur accompagnement selon une échelle de 0 à 5, 0 correspondant à « pas du tout satisfait » et 5 à « entièrement satisfait ».

##### 4.2. CRITERE DE JUGEMENT SECONDAIRE

Les critères de jugement secondaires sont :

- La catégorie socio-professionnelle des patientes ayant été accompagnées en maison de naissance ;
- Les attentes et motivations des couples sur leur accompagnement ;
- Les spécificités de leur accompagnement prénatal, pernatal, postnatal.

#### **5. MATERIEL ET METHODE ENVISAGEES**

##### 5.1. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive bicentrique par questionnaire.

##### 5.2. POPULATION DE L'ETUDE

La population étudiée était constituée de patientes ayant été suivies en maison de naissance au « Nid pour Naitre » de Nancy ou à « Manala » à Sélestat.

Ont été incluses les patientes ayant été accompagnées au cours de leur grossesse en maison de naissance, ayant été concernées par un transfert au cours du 9ème mois, au cours du travail, de l'accouchement ou de ses suites.

N'ont pas été incluses les patientes ayant accouché en maison de naissance au cours de la période de l'étude hors région Grand-Est et présentant une barrière linguistique.

Ont été exclus de l'étude les questionnaires incomplets ou non exploitables.

##### 5.3. RECUEIL DE DONNEES

Les patientes ont été recrutées grâce à la transmission d'une fiche explicative auprès des sages-femmes de maison de naissance, de septembre à novembre 2021.

Concernant le « Nid pour Naitre » de Nancy, la fiche explicative a été diffusée exhaustivement dans les dossiers médicaux des patientes. Ainsi, 12 patientes ont été incluses dans l'étude, sur 45 patientes suivies et 22 accouchements sur la période de l'étude.

Concernant la maison de naissance « Manala », nous avons été en contact avec seulement deux sages-femmes de la MDN. Ainsi, 14 patientes ont été incluses dans l'étude, sur 37 patientes suivies et 18 accouchements sur la période de l'étude.

Les données ont ensuite été recueillies entre novembre 2021 et février 2022, pour des termes compris entre novembre 2021 et janvier 2022. Un questionnaire directif anonymisé a été utilisé. 25 réponses ont été obtenues.

La population de l'étude était donc initialement de 82 personnes. Nous espérons 40 réponses. Après recrutement puis exclusion des patientes non éligibles à l'étude, la population était de 26 individus. 25 patientes ont répondu au questionnaire, soit 30,4%.

#### 5.4. GESTION DES DONNEES

Les données ont été recueillies grâce au logiciel Google Form. Elles ont été gérées grâce au logiciel Excel.

#### 5.5. LIEUX ET PERIODE DE L'ETUDE

L'étude a été réalisée sur les deux maisons de naissance de la région Grand-Est, entre novembre 2021 et janvier 2022.

##### 5.5.1. Un Nid pour Naitre

« Un Nid pour naître » est une association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901. Elle a été fondée par un groupement de sages-femmes libérales et d'usagers afin de créer, puis de faire fonctionner une maison de naissance à Nancy. Elle est hébergée au centre de la maternité du CHRU de Nancy, de type III. Elle comprend deux chambres de naissance. Une chambre est accolée à une salle de bain et une chambre comprend une baignoire. Il y a également un bureau de consultation, un salon et une cuisine pour la collectivité et les groupes. (Préparation à la naissance, séances postnatales, rencontres de soutien à l'allaitement) [25]

##### 5.5.2. MANALA

« Manala » est une association réunissant 11 sages-femmes exerçant dans des cabinets libéraux répartis à travers l'Alsace. La MDN est accolée à la maternité de Sélestat, de type I. Elle comprend deux chambres de naissance, un bureau de consultation, un salon et une cuisine, une salle dédiée aux activités et à la préparation à la naissance. [26]

## 6. RESULTATS

### 6.1. CARACTERISTIQUES GENERALES

Le questionnaire a été complété par 25 patientes. Parmi les réponses obtenues, 19 patientes ont finalement accouché en maison de naissance. Une patiente a accouché inopinément à domicile avec prise en charge par les pompiers et surveillance postnatale au sein de la maison de naissance. 5 patientes ont été concernées par un transfert. Nous comptons :

- 3 transferts en cours de grossesse : deux patientes ont dû être déclenchées (les motifs n'ont pas été précisé) et une patiente a été orientée vers la maternité partenaire pour cause de suspicion de macrosomie fœtale.
- 1 transfert en cours de travail pour direction du travail à cause d'une stagnation de la dilatation
- 1 transfert postnatal pour hémorragie post-partum suite à un accouchement inopiné à domicile

#### 6.1.1. Age des patientes

L'âge des 25 patientes ayant répondu à l'étude s'étendait de 24 à 41 ans. L'âge moyen était de 30,6 ans.

#### 6.1.2. Catégorie socio-professionnelle

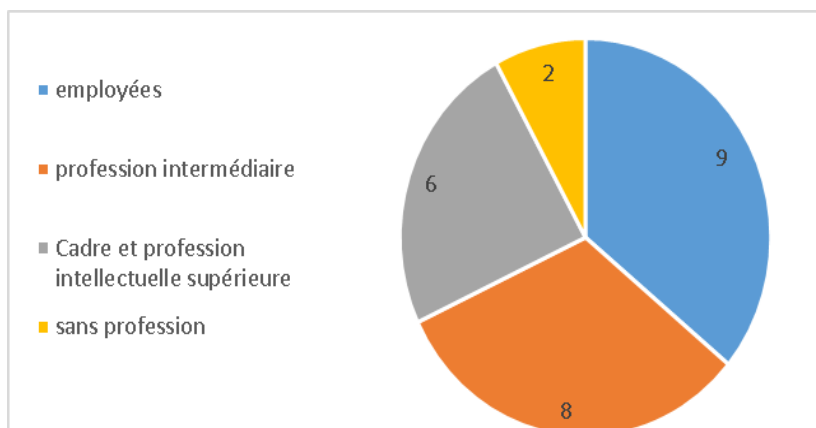


Figure 1 : Répartition des patientes par catégorie socio-professionnelle (n=25)

#### 6.1.3. Situation familiale

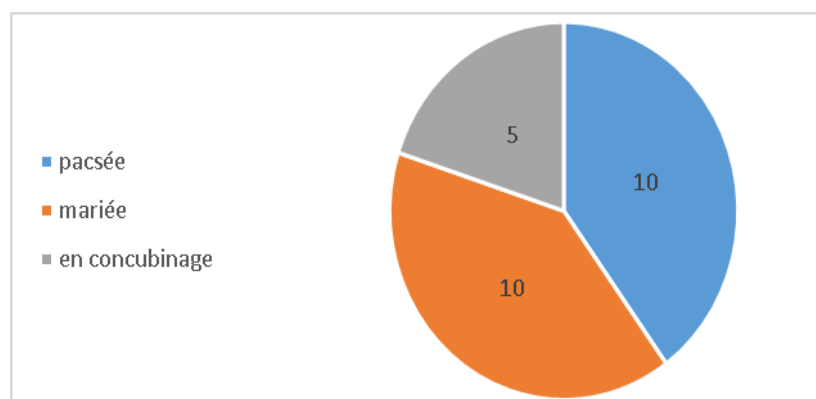


Figure 2 : Répartition des patientes selon la situation familiale (n=25)

#### 6.1.4. Parité

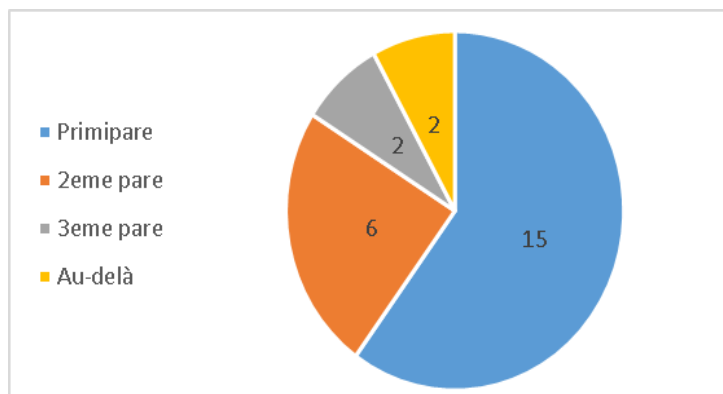


Figure 3 : Répartition des patientes selon leur parité (n=25)

- Lieu antérieur d'accouchement des patientes multipares

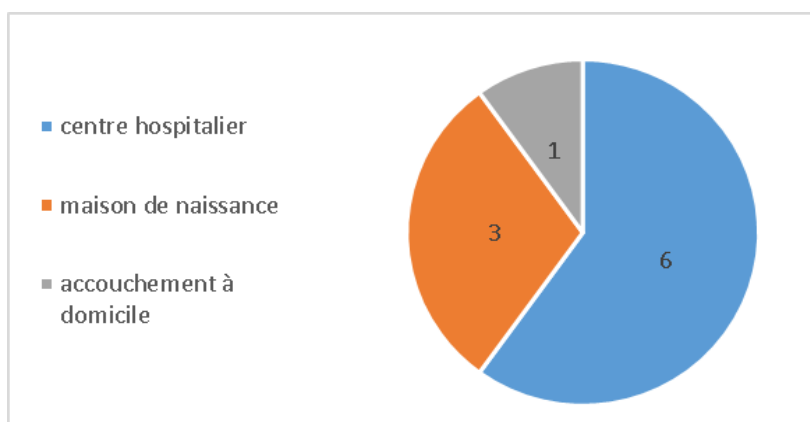


Figure 4 : Lieu antérieur d'accouchement parmi les patientes multipares (n=10)

#### 6.2. ATTENTES ET CONNAISSANCE DES MAISONS DE NAISSANCE

Dans une deuxième partie, nous avons recueilli les arguments ayant permis aux patientes de s'orienter vers un accompagnement en maison de naissance.

« **Comment avez-vous découvert l'existence des maisons de naissance ?** »

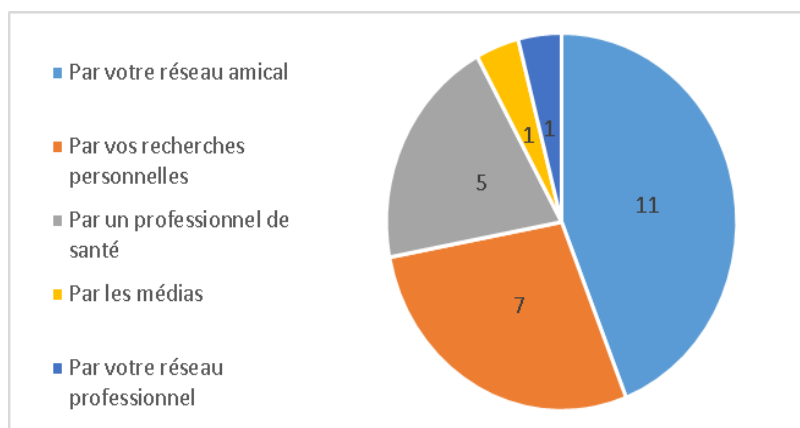


Figure 5 : Facteur de découverte des maisons de naissance des 25 patientes – Grand Est – (novembre 2021 – janvier 2022)

**« Quel argument principal vous a fait choisir un accompagnement en maison de naissance ? »**

Tableau I : Facteur principal de choix du lieu d'accouchement des 25 patientes – Grand Est - (novembre 2021 – janvier 2022)

	Effectif (n=25)
Convictions centrées sur le naturel	12
Accompagnement continu de la grossesse aux suites de couche par la même équipe	9
Accompagnement de l'accouchement sans péridurale	5
Choix par défaut	
D'un accouchement en milieu hospitalier	3
D'un accouchement à domicile	2
Accouchement ambulatoire avec sortie précoce	2

### 6.3. SATISFACTION DE L'ACCOMPAGNEMENT EN MAISON DE NAISSANCE

#### 6.3.1. Au cours de la période prénatale

- Participation à des séances de préparation à la naissance

Parmi la population de l'étude, toutes les patientes ont participé à des séances de préparation à la naissance. (n=25)



- Construction du projet de naissance

Pour évaluer la satisfaction des patientes, nous avons utilisé une échelle analogique allant de 0 à 5 :

0 : pas du tout satisfait ; 1 : Très peu satisfait ; 2 : Peu satisfait ; 3 : Moyennement satisfait ; 4 : Plutôt satisfait ; 5 : Tout à fait satisfait.

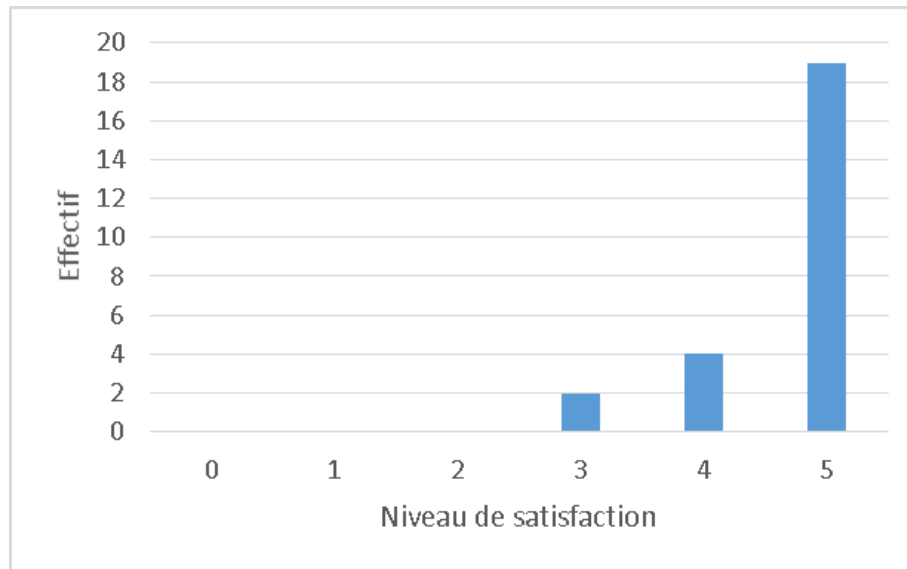


Figure 6 : Satisfaction à l'accompagnement à la construction du projet de naissance (n=25)

- Place du coparent

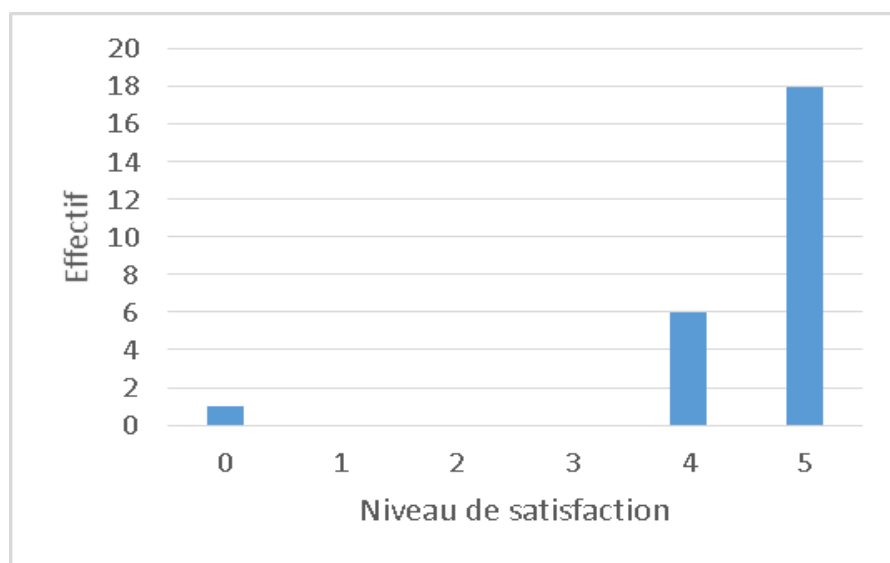


Figure 7 : Valorisation de l'implication du coparent au cours de la grossesse (n=25)

- Préparation au retour à domicile

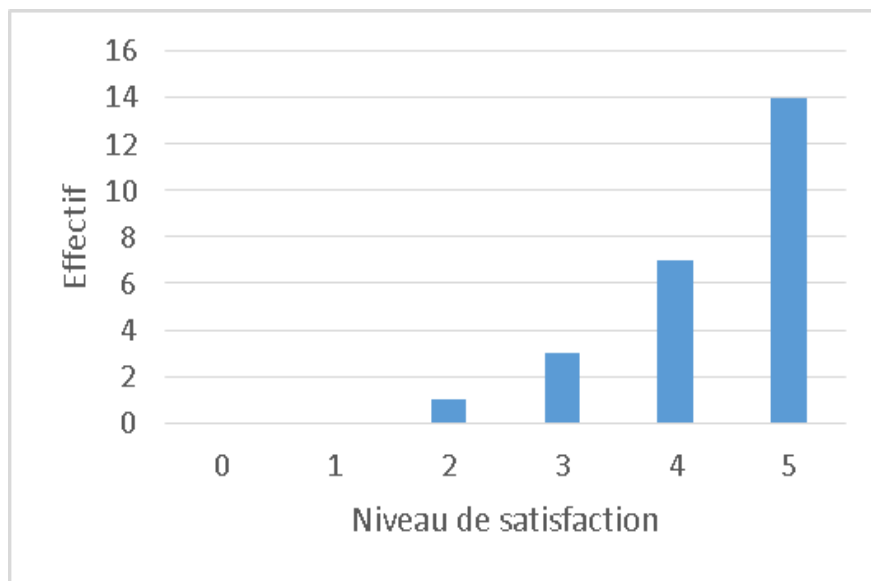


Figure 8 : Satisfaction de la préparation pour le retour à domicile précoce. (n=25)

### 6.3.2. Au cours de l'accouchement

Nous avons utilisé une échelle analogique de 0 à 5 pour coter l'accord des patientes avec les affirmations.

0 : Pas du tout ; 1 : Très peu ; 2 : Peu ; 3 : Moyennement ; 4 : Plutôt ; 5 : Tout à fait

Pour cette partie, nous avons pris en compte les réponses des patientes ayant effectivement accouché en maison de naissance. 6 patientes sont donc exclues et 19 réponses peuvent être interprétées.

#### Question 1 : « Je n'ai pratiquement pas souffert lors de mon accouchement »

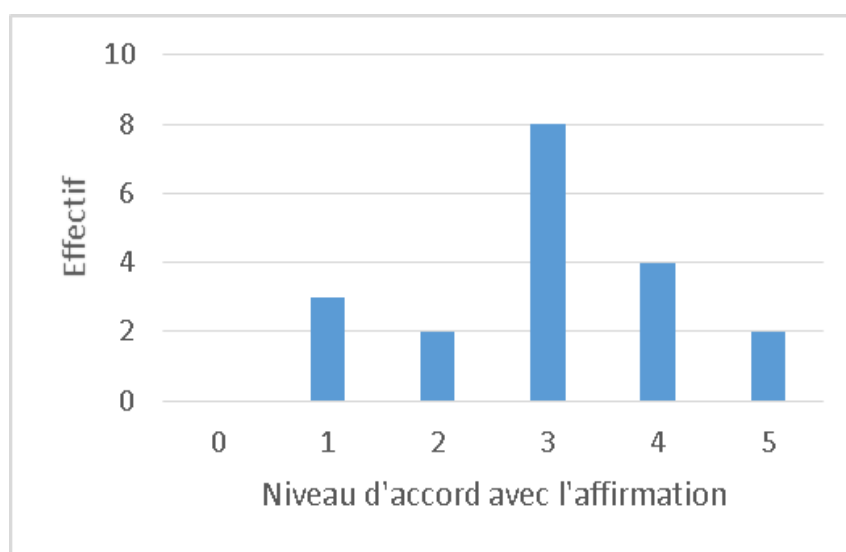


Figure 9 : Degré de souffrance des patientes au cours de l'accouchement (n=19)

**Question 2 : « J'ai trouvé que le travail était long »**

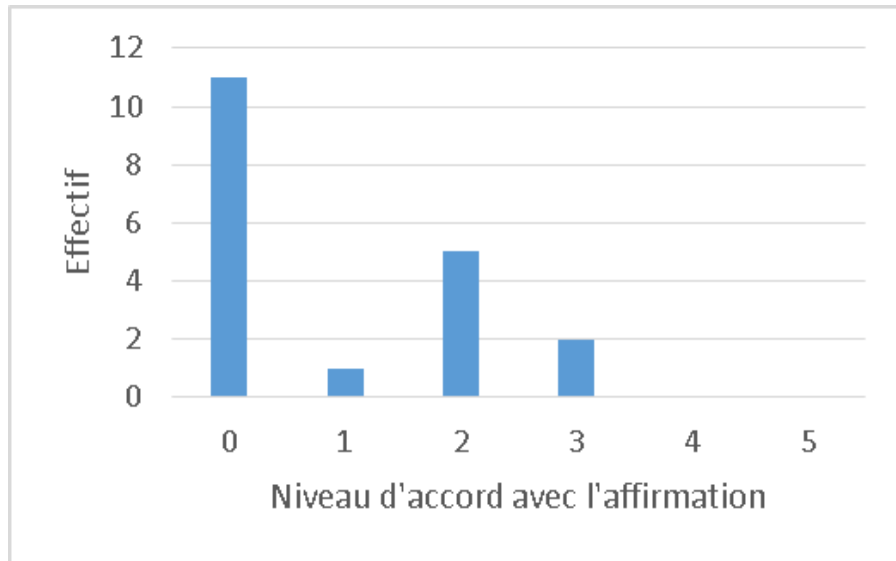


Figure 10 : Perception de la durée du travail (n=19).

**Question 3 : « L'équipe m'a encouragée à prendre part aux décisions relatives au déroulement de mon accouchement. »** La totalité des patientes a répondu être « entièrement d'accord » (n=19).

**Question 4 : « Je me suis sentie stressée pendant le travail et l'accouchement. »**

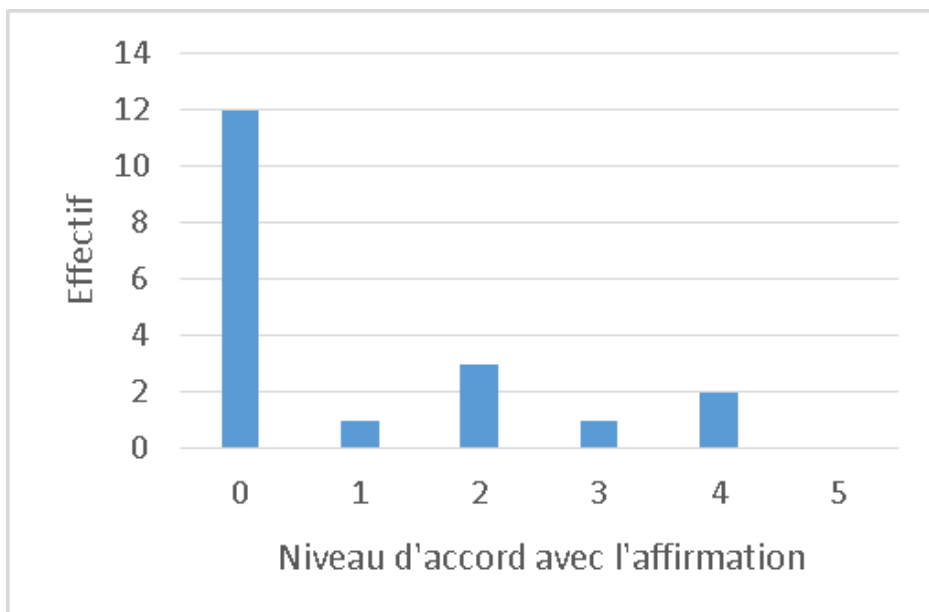


Figure 11 : Perception du niveau de stress au cours du travail et de l'accouchement (n=19).

**Question 5 : « Je me suis sentie soutenue par l'équipe durant le travail et l'accouchement. »**

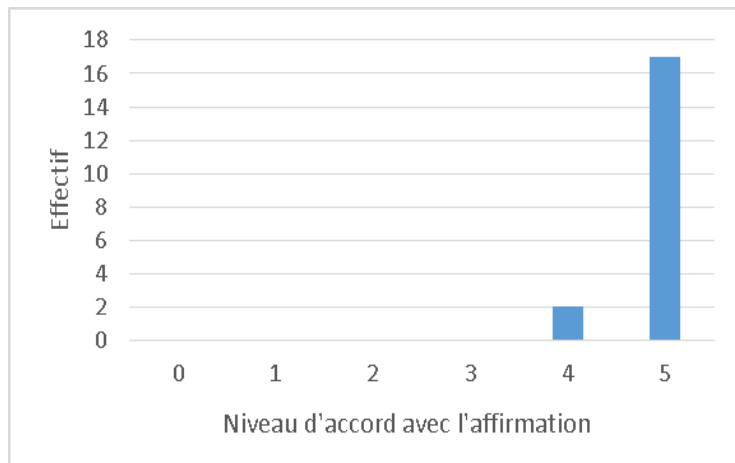


Figure 12 : Perception du niveau de soutien par l'équipe au cours du travail et de l'accouchement (n=19).

**Question 6 : « L'équipe a bien communiqué avec moi pendant le travail. »**

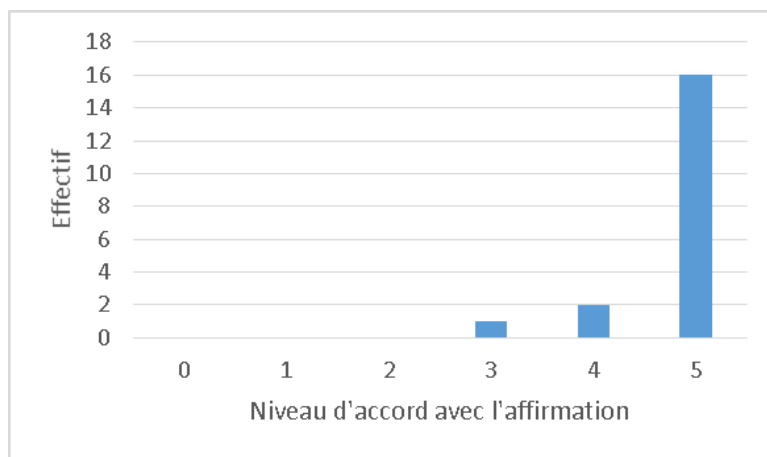


Figure 13 : Perception du niveau de communication entre l'équipe et la patiente (n=19).

**Question 7 : « J'ai perdu tout contrôle pendant l'accouchement. »**

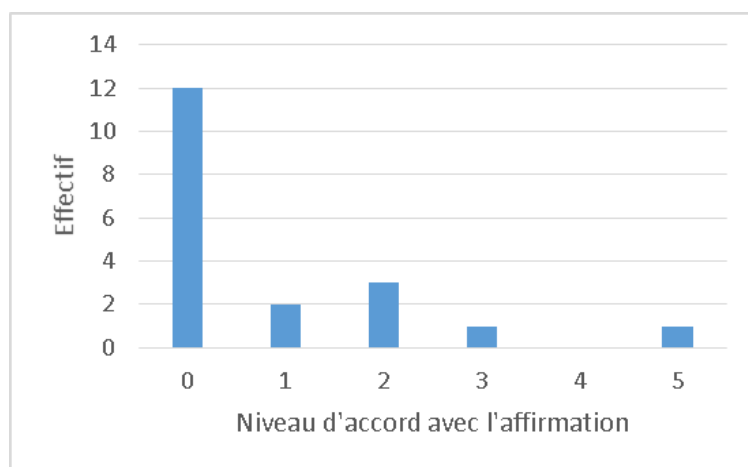


Figure 14 : Sentiment de perte de contrôle pendant l'accouchement (n=19).

**Question 8 : « L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante. »**

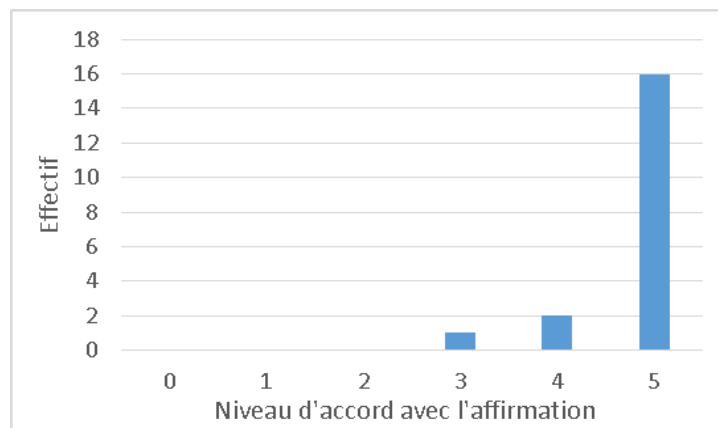


Figure 15 : Compréhension et réponse de l'équipe soignante face aux désirs de la patiente (n=19)

**Question 9 : « Je me suis sentie actrice dans le déroulé des évènements. »**

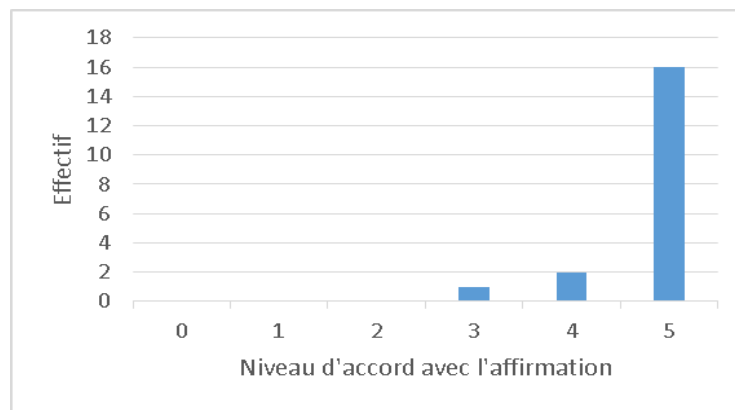


Figure 16 : Perception du niveau d'implication dans le déroulé des évènements (n=19)

**Question 10 : « Mon consentement a été recueilli et respecté pour chaque geste concernant mon corps ou mon bébé. »** La totalité des patientes a répondu être « tout à fait d'accord » (n=19).

**Question 11 : « Mon projet de naissance a été respecté. »**

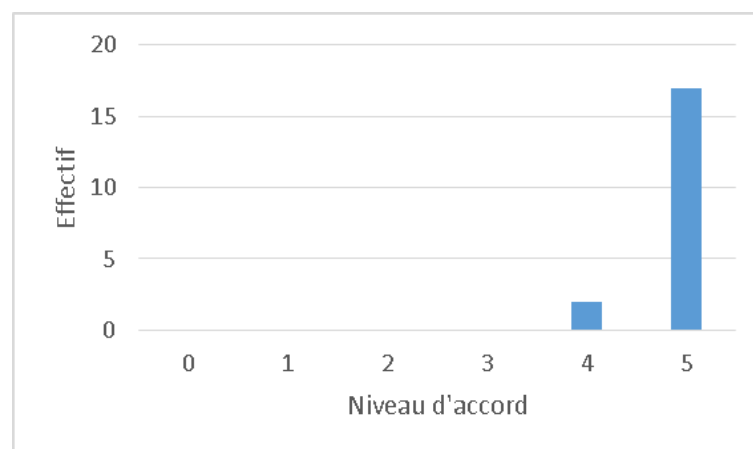


Figure 16 : Niveau de respect du projet de naissance. (n=19)

**Question 12 : « Mon intimité a été respectée. »** La totalité des patientes a répondu être « entièrement d'accord ». (n=19)

6.3.3. Au cours de la période postnatale

**« Quel est votre degré de satisfaction de votre durée de séjour à la maison de naissance après la naissance de votre enfant ? »**

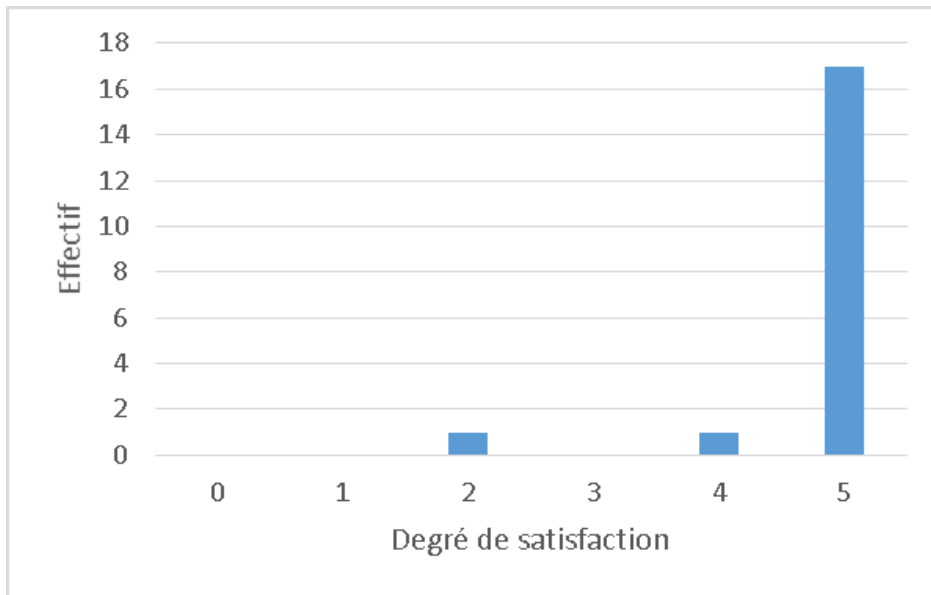


Figure 17 : Satisfaction de la durée de séjour en MDN après l'accouchement (n=19).

**« Quel est votre degré de satisfaction de votre accompagnement après votre retour à domicile par l'équipe de la MDN? »**

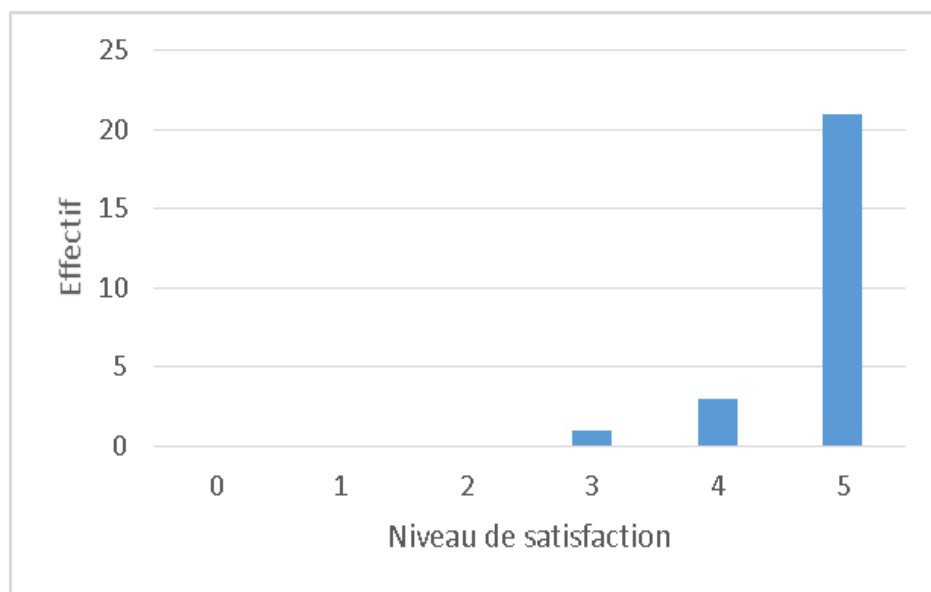


Figure 18 : Degré de satisfaction de l'accompagnement postnatal à domicile (n=25).

## 6.4. SATISFACTION GLOBALE ET SOUHAIT POUR UN ACCOUCHEMENT FUTUR

### 6.4.1. Au cours de la grossesse

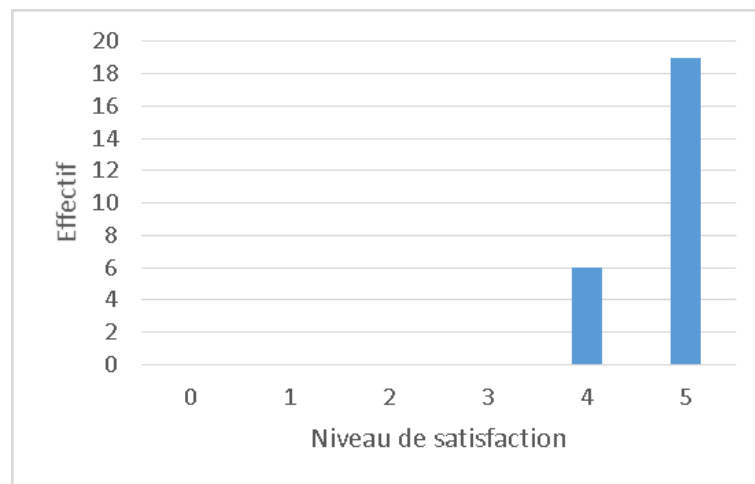


Figure 19 : Degré de satisfaction globale au cours de la grossesse. (n=25)

### 6.4.2. Au cours du travail et de l'accouchement

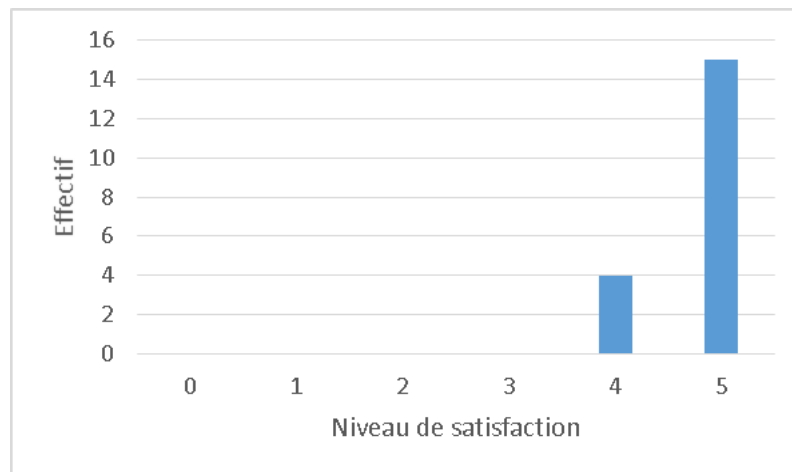


Figure 20 : Degré de satisfaction globale au cours de l'accouchement. (n=19)

### 6.4.3. Au cours de la période postnatale

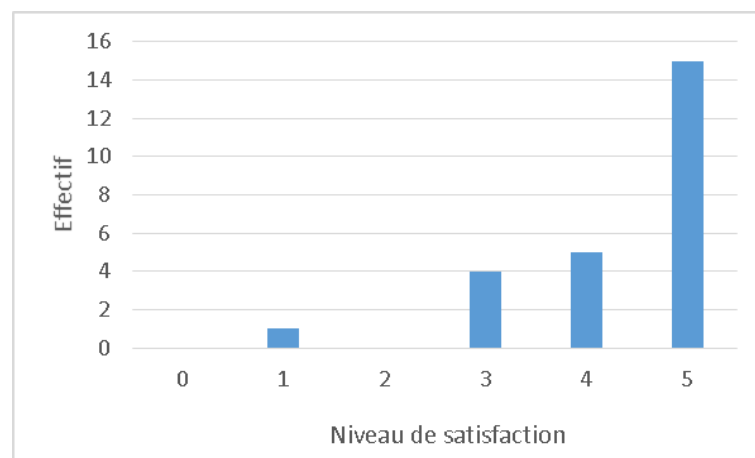


Figure 21 : Degré de satisfaction globale au cours de la période postnatale (n=25)

#### 6.4.4. Souhait pour un accouchement futur

En conclusion, il a été demandé aux patientes si elles souhaitaient renouveler leur accompagnement en MDN pour une future grossesse. 23 patientes souhaitent se tourner à nouveau vers une MDN pour une future grossesse et 2 ne savent pas.

#### 6.5. EXPRESSION LIBRE

A la fin du questionnaire, il a été laissé un espace d'expression libre afin de recueillir les éventuelles remarques complémentaires des patientes. Les retours étaient tous positifs. 5 commentaires ont été laissés. En voici 2 extraits :

*« J'ai vécu un accouchement incroyable et merveilleux et c'est parce que j'avais choisi d'accoucher en maison de naissance. »*

*« Je ne regrette pas du tout mon choix de m'être orientée vers une maison de naissance, qui respecte selon moi et mon expérience précédente, beaucoup plus le déroulement naturel d'un accouchement. »*



## **PARTIE 3 :**

### **1. ANALYSE DES RESULTATS**

#### **1.1. POPULATION D'ETUDE**

La population d'étude concernait 25 patientes inscrites en maison de naissance à Nancy et Sélestat pour un accouchement prévu entre novembre 2021 et janvier 2022.

Afin de décrire la population, une comparaison a été menée avec le rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maison de naissance en France pour l'année 2018. Celui-ci incluait 877 femmes inscrites dans toutes les MDN de France.

Parmi la population étudiée, une gestante a accouché de manière inopinée, avant même d'avoir pu être accompagnées pour le travail en MDN. L'accouchement a eu lieu à domicile, avec intervention postnatale des pompiers et de l'équipe de sages-femmes. Concernant les issues maternelles, l'une a présenté une HPP et a été transférée secondairement vers la maternité partenaire. Aucun enfant n'a nécessité de geste de réanimation néonatale. En comparaison, dans l'étude nationale, 2,6 % de la population soit 17 femmes ont été concernées par un accouchement inopiné. 13 étaient survenus au domicile des patientes et 4 en chemin vers la maison de naissance. Il y a donc eu plus de transferts dans la population d'étude nationale que dans l'échantillon d'étude. (4%)

3 gestantes ont été prises en charge dès le début du travail au sein de la maternité partenaire. Au niveau national en 2018, 24,1 % de patientes ont été orientées en maternité, pour motif médical dans 74 % des cas, ou par évolution du projet. Ce cas de figure n'est pas représenté dans la population de l'étude.

1 parturiente a été transférée en cours de travail. La raison était une stagnation de la dilatation. Au niveau national en 2018, 143 patientes ont été concernées par un transfert en cours de travail. Les motifs retrouvés étaient principalement la direction du travail pour stagnation de la dilatation, et la prise en charge de la douleur par moyen médicamenteux, sans précision sur le type d'analgésie. En comparaison, il y a donc eu un taux plus faible de transferts en cours de travail dans l'échantillon de l'étude, à hauteur de 4 % contre 22 %.

**Ainsi, 19 accouchements s'étaient finalement déroulés en maison de naissance, soit 76 % des patientes inscrites.** Dans la population de comparaison, il y a eu 506 accouchements en MDN, soit 57,6 % des inscrites. Le taux de transfert a donc été supérieur. [21]

**Les femmes étaient âgées de 24 à 41 ans, avec un âge moyen de 30,6 ans.** Cet âge moyen est sensiblement identique à celui recensé par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques en 2021 (âge moyen de 30,9 ans pour l'INSEE). [27]

La catégorie socio-professionnelle des femmes a été comparée avec les données de l'année 2016 recueillies par l'Enquête Nationale Périnatale. L'échantillon étudié rassemblait plus d'employées, de cadres et de professions supérieures. Les professions intermédiaires étaient au contraire moins nombreuses. En effet, l'étude intégrait 36 % d'employées, contre 29,3 % dans l'ENP. Il y a 24 % de cadres ou de professions intellectuelles supérieures, contre 13,3 % dans l'ENP. Pour les professions

intermédiaires, elles étaient 32 % dans l'étude, contre 40,3 % dans l'ENP. La différence la plus significative a été relevée pour le groupe des patientes sans profession, qui étaient 8 % de l'étude contre 31,9 % dans la population étudiée par l'ENP. Ainsi, le pourcentage de femmes actives était donc supérieur dans l'étude, à 92 % contre 82,9 % dans l'ENP. [28]

Concernant la situation familiale, 10 étaient mariées, (40%) 10 étaient pacsées (40%) et 5 en concubinage (20%). Ces proportions étaient comparables avec les résultats de l'ENP, qui recueillaient 40,6 % de femmes mariées et 41,3 % de femmes pacsées au moment de la naissance de leur enfant. [28] **Ainsi, les patientes accouchant en MDN étaient plutôt en couple.**

Au sein de l'échantillon, 15 patientes étaient primipares. Elles représentaient 60 % de l'échantillon, contre 56 % de primipares d'après le rapport d'étude pour l'année 2018. Parmi les 10 patientes multipares, les lieux antérieurs d'accouchement étaient le centre hospitalier pour 6, la MDN pour 3 et le domicile pour une.

Après avoir identifié le profil des femmes, l'étude s'était intéressée aux motivations des patientes à choisir ce mode d'accompagnement. La manière dont elles ont découvert l'existence des MDN a également été explorée.

## 1.2. ATTENTES DU SUIVI ET CONNAISSANCE DES MAISONS DE NAISSANCE

Les attentes des femmes pour un accompagnement en MDN étaient principalement centrées sur le naturel (12/25). 9 patientes ont relevé la volonté d'un accompagnement continu par la même équipe, de la grossesse aux suites de couches. D'autres facteurs étaient revenus en minorité. 2 patientes s'étaient tournées vers les MDN pour un accouchement ambulatoire avec une sortie précoce. Enfin, certaines s'étaient orientées vers une MDN à défaut d'un autre mode d'accouchement. 2 femmes ont choisi la MDN à défaut de pouvoir accoucher à domicile, et 3 souhaitaient éviter le milieu hospitalier. **Les motivations principales des patientes étaient de vivre un accouchement naturel avec une médicalisation moindre, aux côtés d'une équipe connue, avec laquelle elles partagent des liens privilégiés depuis le début de la grossesse.**

La connaissance des MDN s'était faite pour moins de la moitié par le réseau amical (12 femmes sur 25). Une minorité a rapporté d'autres biais d'information, tels que les recherches personnelles et l'information par les médias. Seulement 5 patientes sur 25 ont été renseignées par un professionnel de santé. Une femme connaissait antérieurement l'existence des MDN car elle exerçait la profession de sage-femme. **L'information sur les MDN passait donc majoritairement par le bouche-à-oreille, à travers le réseau amical. Les professionnels de santé tenaient une place minoritaire dans l'information des patientes.**

La satisfaction des usagères a ensuite été interrogée, au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement, ainsi que lors des suites de couches.

### 1.3. ENQUETE DE SATISFACTION

D'après le dictionnaire Larousse, la satisfaction est « *un contentement, joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait* ». En santé, l'évaluation de la satisfaction des patients est un concept récent. Elle est devenue obligatoire par l'Ordonnance du 24 avril 1996. Elle est considérée comme un indicateur de la qualité des soins, et est corrélée à l'adhésion thérapeutique, à la continuité des soins et à l'amélioration de l'état de santé tel qu'il est perçu par le patient. La satisfaction est un concept multidimensionnel, difficile à mesurer et à interpréter. Elle est d'autant plus difficile à évaluer en périnatalité, que c'est une période de bouleversements importants. Bien qu'il n'y ait pas toujours de correspondance entre la perception des patients et la réalité des faits, l'évaluation de la satisfaction des patients demeure essentielle. [29, 30]

D'après une étude américaine réalisée en 2002, quatre facteurs impactent la satisfaction : les attentes personnelles, l'ampleur du soutien fourni par les soignants, la qualité de l'environnement, et l'implication du patient dans la prise de décision. [31] L'étude a permis de vérifier ces critères auprès des femmes accompagnées.

#### 1.3.1. Satisfaction au cours de la grossesse

La totalité des gestantes a bénéficié de séances de préparation à la naissance. La PNP est recommandée par la HAS afin de proposer une approche plus humaniste de la naissance, qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple. [32]

En comparaison, l'ENP de 2016 montrait que seules 77,9 % des primipares et 33,8 % des multipares ont bénéficié de séances de PNP au cours de la grossesse. [28]

L'étude d'A-M. Nzinga Luzolo publiée en 2020, a permis d'évaluer l'impact de la PNP sur le ressenti de la douleur et de l'anxiété au cours de l'accouchement. L'échantillon intégrait 163 parturientes, dont 71 préparées à l'accouchement et 92 parturientes non préparées. Ainsi, les parturientes préparées ont ressenti moins de douleur pendant l'accouchement par rapport à celles non préparées (7/10 contre 9/10 ;  $p < 0,001$ ). Chez les parturientes préparées, la tension artérielle systolique, la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire étaient diminués. Le niveau d'anxiété, évalué selon l'échelle Hospital Anxiety and Depression, était significativement diminué ( $p < 0,05$ ). [33]

**Ainsi, la préparation des patientes à l'accouchement par des séances de PNP peut être identifiée comme un facteur contribuant à satisfaire les patientes au cours de la grossesse et en per-partum.**

La satisfaction des gestantes a été évaluée par l'accompagnement à la construction du projet de naissance. Les résultats ont montré qu'une majorité de patientes étaient « tout à fait satisfaites » (19/25). Le PDN leur permet de se placer au cœur de leur accouchement et d'exprimer leurs souhaits. Une étude sur la réalisation du PDN et son accompagnement par les professionnels de santé a permis de l'identifier comme un facteur « *d'empowerment* » des femmes, défini tel que : « *la capacité*

à identifier et satisfaire ses besoins, à répondre à ses problèmes et mobiliser ses ressources, de manière à avoir le sentiment de contrôler sa propre vie ». Aussi, cette étude témoignait que le PDN contribuait à placer les patientes au centre des décisions concernant leur prise en charge. [34]

En comparaison, l'ENP de 2016 montrait que seulement 3,7 % des patientes ont rédigé un PDN. En son absence, 17,2 % des patientes ont fait part de demandes particulières en arrivant à la maternité. [28] **Il peut être conclu que les patientes inscrites en maison de naissance réalisaient plus de projet de naissance que la population générale.**

**Ainsi, la construction du projet de naissance a valorisé la participation active des patientes dans leur prise en charge, en lien avec l'hypothèse 6, et a contribué à les satisfaire lors de leur accompagnement au cours de la période prénatale, en lien avec l'hypothèse 1.**

Ensuite, l'étude a évalué le respect du projet de naissance. Les parturientes ont toutes témoigné d'un haut niveau de respect du PDN. Les résultats montraient que 17 projets de naissance sur 19 ont été « tout à fait » respectés, tandis que 2 ont été « plutôt » respectés. **Ainsi, l'hypothèse 4 « L'accompagnement personnalisé en maison de naissance contribue au respect du projet de naissance » est validée.** L'étude ne permettait pas d'évaluer le respect du PDN et ses éventuelles adaptations pour les patientes ayant été transférées ou ayant accouché inopinément.

L'implication du co-parent au cours de la grossesse a ensuite été évaluée. Elle passait par la participation aux consultations prénatales, ainsi qu'aux séances de préparation à la naissance.

Dans la littérature, il a été relevé une certaine frustration ressentie par les co-parents au cours de la grossesse. Ainsi, dans une étude de 2013, ils dénonçaient une mauvaise connaissance de la physiologie de la grossesse et revendiquaient leur souhait d'en être davantage informés.

Leur présence auprès des mères au cours de la grossesse permet de garantir leur sécurité émotionnelle, favorise leur bien-être et diminue leur niveau de stress. L'entretien d'une relation de couple harmonieuse permet également de faire face aux épreuves de la grossesse. [35] C'est dans ce contexte qu'il a semblé pertinent d'étudier la valorisation du rôle des co-parents dans un accompagnement en MDN. Celui-ci pouvait être identifié comme un facteur de satisfaction des patientes.

**Les résultats montraient que la majorité des patientes étaient tout à fait satisfaites de la valorisation de la place du co-parent en maison de naissance (18/25).** Une seule patiente a témoigné n'être pas du tout satisfaite, sans laisser de commentaire pour justifier son choix. Ces résultats étaient positifs et en faveur d'un niveau de satisfaction global élevé en cours de grossesse.

Enfin, l'enquête a interrogé la satisfaction globale de l'accompagnement en MDN au cours de la grossesse. Toutes les patientes étaient satisfaites, avec une majorité de patientes « tout à fait » satisfaites (19/25). **Ainsi, l'hypothèse 1 : « Les patientes ayant été suivies en maison de naissance sont satisfaites de leur accompagnement au cours de la période prénatale » est validée.**

### 1.3.2. Satisfaction au cours du travail et de l'accouchement

Sur les 25 patientes de l'étude, 19 ont finalement accouché en MDN. Afin d'évaluer leur niveau de satisfaction, des affirmations concernant le vécu du travail et de l'accouchement leur ont été soumises. Elles ont été choisies d'après des questionnaires de la « *Birth Satisfaction Scale* » (BSS) et de la « *Birth Satisfaction Scale-Revised* » (BSS-R). La fiabilité de ces questionnaires a été vérifiée par une étude menée sur un échantillon de 2 229 patientes ayant prévu d'accoucher en MDN ou à domicile. [36]

Pour répondre aux déclarations, les patientes utilisaient une échelle analogique allant de 0 à 5. 0 signifiait « pas du tout d'accord » et 5 « tout à fait d'accord ».

Parmi les affirmations ayant été soumises aux parturientes, certaines permettaient en plus d'apporter des éléments de réponse quant au renforcement de la collaboration avec l'équipe soignante, pour la période périnatale, en lien avec l'hypothèse 5.

Ainsi, il a été proposé aux parturientes l'affirmation suivante : « *L'équipe m'a encouragée à prendre part aux décisions relatives au déroulement de mon accouchement* ». L'intégralité de l'échantillon a répondu être « entièrement d'accord ». Ainsi, les sages-femmes intégraient et responsabilisaient les femmes dans leur prise en charge. Le suivi du travail s'était fait de manière concertée entre la patiente et l'équipe soignante. **L'unanimité des résultats allait donc dans le sens d'une satisfaction de l'accompagnement de la période périnatale, d'une bonne collaboration avec l'équipe soignante, et d'une participation active de la patiente au cours de sa prise en charge.**

Par ailleurs, les parturientes ont été interrogées sur la communication avec l'équipe au cours du travail et de l'accouchement. Ce critère a été évoqué dans la littérature comme déterminant de la satisfaction des patientes. A ce sujet, une étude a été menée par le CIANE en 2012 sur le respect des souhaits et le vécu de l'accouchement. Dans les conclusions, il est noté que la qualité de l'accompagnement prodigué aux femmes pour leur accouchement passait notamment par l'instauration d'un dialogue entre les professionnels et les femmes. [37] De plus, à l'échelle internationale, l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) a également recommandé l'information aux patientes comme facteur déterminant du vécu de l'accouchement. [38] Ainsi, l'affirmation suivante a été soumise aux parturientes : « *L'équipe a bien communiqué avec moi pendant le travail* ». Une grande majorité évaluait de manière très positive la communication avec l'équipe lors de l'accouchement. En effet, plus de trois quarts des patientes étaient « tout à fait d'accord » (16/19). **Ces résultats permettaient d'appuyer la satisfaction périnatale et la collaboration avec l'équipe soignante.**

L'enquête a également évalué le soutien fourni par l'équipe au cours du travail et de l'accouchement. L'affirmation était la suivante : « *Je me suis sentie soutenue par l'équipe durant le travail et l'accouchement* ». La totalité des patientes étaient d'accord. **Ces résultats rapportaient un très fort taux de soutien de l'équipe, témoin d'une satisfaction périnatale élevée et d'une collaboration renforcée entre l'équipe et le couple.** Ce soutien pouvait être émotionnel (présence continue, réassurance et félicitations) et inclure l'information sur la progression du travail. Le soutien continu des femmes pendant le travail et l'accouchement est recommandé par la HAS comme intervention non médicamenteuse efficace, tant au niveau de la prise en charge de la douleur, qu'au niveau des

différents paramètres de l'accouchement (Durée du travail et accouchement par voie basse spontanée). [32] Le soutien pendant le travail améliore le déroulement des processus physiologiques, favorise le sentiment de contrôle et la confiance des femmes en leurs propres forces et en leurs capacités à accoucher. De plus, l'ACOG a identifié le soutien continu de l'équipe comme facteur améliorant le vécu des femmes et limitant le recours aux interventions médicales. [38]

Enfin, la collaboration entre l'équipe soignante et la patiente a été évaluée par l'affirmation : « *L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante* ». La majorité des patientes étaient d'accord, et une patiente seulement témoignait être « moyennement d'accord », sans justifier sa réponse. **Ces résultats correspondaient à ceux obtenus précédemment, et mettaient en évidence l'importance de la collaboration avec l'équipe dans l'accompagnement en MDN.** En appui dans la littérature, l'enquête de 2012 du CIANE a permis de montrer que le respect des souhaits est corrélé au bon vécu de l'accouchement. Parmi les patientes interrogées, 90 % de celles dont les souhaits ont été respectés ont « très bien » ou « plutôt » bien vécu leur accouchement, que ce soit sur le plan physique ou psychologique. [37]

L'accompagnement en MDN permettait de créer des liens privilégiés entre la patiente et les sages-femmes. Une relation de confiance pouvait ainsi s'installer au fil de la grossesse, propice à une personnalisation du travail et de l'accouchement et à une communication facilitée. **Ainsi, l'accompagnement personnalisé en maison de naissance renforce la collaboration avec l'équipe soignante.**

De plus, l'étude de la satisfaction au cours de la période périnatale a permis d'évaluer la participation active des patientes et des couples dans leur prise en charge, en lien avec l'hypothèse 6 : « L'accompagnement personnalisé en maison de naissance renforce la participation active des patientes et des couples dans leur prise en charge ».

L'enquête a recueilli chez les parturientes leur impression d'être actrice de leur accouchement. Dans la littérature, la première exigence des femmes quant à leur accouchement était d'en être actrice et compétente. La façon dont elles se sentaient entendues tout au long du travail était donc primordiale dans leur vécu et leur satisfaction. [39] Ainsi, il leur a été demandé dans quelle mesure elles étaient d'accord avec l'affirmation: « *Je me suis sentie actrice dans le déroulé des événements.* » La majorité des patientes était tout à fait d'accord, (16/19) et une patiente était moyennement d'accord. **Ainsi, la majorité des patientes interrogées déclaraient avoir été actrice de leur accouchement en MDN.**

Ensuite, le sentiment de contrôle pendant l'accouchement a été interrogé, par le biais de l'affirmation suivante : « *J'ai perdu tout contrôle au cours de l'accouchement* ». La perte du contrôle de soi pendant le travail a été contredit par les deux tiers des femmes. (12/19). Ainsi, la tendance allait à une maîtrise du déroulement des événements lors du travail. Cela pourrait être dû au soutien continu, à la valorisation de la place du co-parent, à la qualité de la collaboration entre la patiente et l'équipe et la préparation anténatale. La proportion restante de patientes ayant témoigné d'une perte de contrôle pourrait s'expliquer par le caractère subjectif de la gestion de la douleur. Par ailleurs, dans la littérature, un lien significatif a été retrouvé entre le sentiment de contrôle de la mère lors de l'accouchement et les relations précoces mère-bébé. [39]

**Ces constats permettaient de contribuer à valider l'hypothèse 6, « L'accompagnement personnalisé en maison de naissance renforce la participation active des patientes et des couples dans leur prise en charge » pour le travail et l'accouchement.**

Par ailleurs, d'autres items ont été soumis aux patientes, permettant d'analyser exclusivement la satisfaction au cours du travail et de l'accouchement.

Concernant le niveau de souffrance lors de l'accouchement, l'affirmation suivante a été proposée aux femmes : « *Je n'ai pratiquement pas souffert lors de mon accouchement* ». Les résultats étaient très hétérogènes et ne permettaient pas de conclure de manière significative. La diversité des réponses pourrait être expliquée par le caractère subjectif de la souffrance. Le fait d'interroger les patientes à posteriori pourrait également constituer un biais dans l'interprétation des résultats. Il pourrait être imaginé que le fait d'être dans un environnement familial, avec une équipe connue, diminue la perception de souffrance au cours de l'accouchement. Alors que la BSS validait cette affirmation dans l'évaluation de la satisfaction des patientes, dans l'échantillon il n'était pas possible d'interpréter ces résultats.

Les patientes ont ensuite été interrogées sur leur perception de la durée du travail. Plus de la moitié des femmes ne l'avait pas du tout trouvé long (11/19). Le reste des réponses montraient une perception allant d'une durée « peu » à « plutôt » longue du travail. Ces résultats permettaient donc de conclure à une impression réduite de la durée du travail. Ils pourraient être expliqués par la qualité de l'accompagnement, le soutien continu de l'équipe et l'implication des femmes dans leur accouchement.

Concernant l'affirmation « *Je me suis sentie stressée pendant le travail et l'accouchement* », les deux tiers des patientes n'étaient « pas du tout » d'accord (12/19). Ainsi, l'étude mettait en évidence que le niveau de stress était plutôt faible lors d'un accouchement en MDN. Le faible niveau de stress pouvait être identifié comme un facteur de satisfaction des patientes.

De surcroît, les parturientes ont été questionnées sur le recueil du consentement pour chaque geste, concernant leur corps ou leur bébé. Le consentement des patients est une obligation imposée par la loi Kouchner de 2002. Celle-ci insistait sur le consentement libre et éclairé, ainsi que sur le devoir d'information. L'absence de consentement est une composante centrale de la maltraitance obstétricale et par conséquent de l'insatisfaction des patientes. Une étude quantitative menée dans un CHU de type III en 2018 a montré le lien entre le vécu de l'accouchement de la patiente et le fait qu'elle se soit sentie respectée dans ses droits. ( $p=0,035$ ) [40] Dans la population, les réponses étaient unanimes en faveur d'un recueil systématique du consentement pour chaque geste, qu'il concerne le corps de la patiente ou les soins au nouveau-né.

Le respect de l'intimité des patientes a également fait l'objet d'un item concernant la satisfaction perinatale. Deux interprétations pouvaient être tirées de la notion d'intimité : le respect de la pudeur et le caractère personnel et familial de la naissance. La distinction entre ces deux sens n'a pas été faite dans le questionnaire. La HAS recommande le respect de l'intimité des patients dans son article de 2014 sur le droit des usagers. [41] Lors des accouchements, de nombreuses situations peuvent être à

risque de heurter la pudeur, et l'évaluation est difficile, étant donné qu'il s'agit d'un ressenti personnel. Néanmoins, dans l'échantillon, l'intégralité des parturientes rapportaient que leur intimité a été entièrement respectée. Ces notions de respect de l'intimité et de recueil du consentement étaient aussi des témoins du niveau élevé de satisfaction des usagères concernant leur accompagnement au cours du travail et de l'accouchement.

En synthèse de cette partie, il a été demandé aux patientes d'évaluer globalement leur satisfaction de l'accompagnement au cours du travail et de l'accouchement. La totalité des patientes étaient satisfaites, et les trois quarts se disaient « tout à fait » satisfaites. **L'hypothèse 2, « Les patientes ayant été suivies en maison de naissance sont satisfaites de leur accompagnement au cours de la période périnatale. » est validée.**

Au fil de la grossesse, du travail et de l'accouchement, la collaboration entre la patiente et l'équipe soignante a été évaluée. En cours de grossesse, elle a été évaluée à travers la construction du projet de naissance. Ensuite, elle a été évaluée par l'encouragement à la prise de décision pendant l'accouchement, le niveau de soutien de l'équipe, la communication et la compréhension et la réponse aux désirs au cours du travail. **Les résultats étaient positifs et permettaient de valider l'hypothèse 5, « L'accompagnement personnalisé en maison de naissance renforce la collaboration avec l'équipe soignante ».**

De la même manière, la participation active des patientes et des couples dans leur prise en charge a été évaluée. Au cours de la grossesse, elle a été mesurée par le taux de participation aux séances de préparation à la naissance. La valorisation du rôle des co-parents a également été interrogée. La participation active a été également mise en évidence à l'accouchement, par le biais de l'encouragement à la prise de décision, le sentiment d'être actrice et la sensation de perte de contrôle. Les résultats obtenus étaient positifs. **Ainsi, l'hypothèse 6, « L'accompagnement personnalisé en maison de naissance renforce la participation active des patientes et des couples dans leur prise en charge. » est validée.**

La suite de l'enquête évaluait la satisfaction des usagères concernant le post-partum.

#### 1.3.4. Satisfaction en post-partum

L'accouchement en MDN se fait de manière ambulatoire. Il n'y a pas d'hospitalisation et les patientes restent entre 2 et 12 heures sur place, avec une moyenne de 5 à 6 heures. Un hébergement peut être proposé quand la naissance a lieu la nuit, pour une sortie au matin. La surveillance de l'enfant porte sur son adaptation à la vie extra-utérine, et la surveillance maternelle s'applique à dépister une hémorragie du post-partum. De nombreux critères doivent être vérifiés pour confirmer la sortie, sans quoi une hospitalisation est organisée dans la maternité partenaire. Ce cas de figure n'a concerné aucune patiente de notre échantillon.

Dans la population du rapport d'étude nationale, en 2018, cela concernait 6,1 % des mères et 6,2 % des nouveau-nés. Parmi les transferts maternels, les motifs étaient des hémorragies du post-partum, des rétentions placentaires ou des sutures de déchirures du troisième degré. 22 transferts ont été réalisés pour rapprochement mère-enfant lors d'un transfert néonatal. Les motifs des transferts



néonataux étaient majoritairement la surveillance de situations à risque selon les protocoles de surveillance des maternités partenaires. Dans 30 % des cas, les transferts se faisaient en urgence pour cause de détresse respiratoire. [18]

L'accouchement ambulatoire présente l'avantage de favoriser le rapprochement familial : le co-parent est plus présent pour les soins au nouveau-né et le soutien émotionnel de l'accouchée. Pour les multipares, la séparation avec les aînés est limitée. De plus, à domicile, l'environnement familial est plus rassurant. Dans la littérature, il a été démontré que le retour précoce à domicile favorise la récupération physique et psychique des mères après l'accouchement. Elles sont alors plus autonomes et ont ainsi plus confiance en leurs capacités durant le premier mois. [42]

Il a été demandé aux accouchées de donner leur avis sur la durée de séjour à la MDN après la naissance de leur enfant. Une seule patiente était insatisfaite. Elle n'a pas laissé de commentaire pour se justifier. Ainsi, les patientes témoignaient d'un haut niveau de satisfaction concernant leur durée de séjour après l'accouchement.

Concernant la préparation pour le retour à domicile, plus des deux tiers des patientes étaient « tout à fait » satisfaites. 3 étaient « moyennement » et « peu » satisfaites. **Ainsi, elles étaient globalement satisfaites de leur préparation pour le retour à domicile.**

Dans la littérature, des études soulignaient la nécessité d'informer les femmes sur le post-partum et la prise en charge après la sortie :

- L'enquête menée par la DREES en 2008 auprès de 2 656 femmes rapportait qu'une femme sur cinq émettait un jugement négatif sur la préparation à la sortie de la maternité classique. [6]
- L'enquête de l'UNAF en 2009 montrait que près de 27 % des femmes auraient aimé être mieux soutenues et informées, notamment sur l'aide qu'il est possible de trouver auprès des professionnels. Plusieurs mères évoquaient un sentiment d'isolement face à la fatigue et au baby blues. [8, 43]

Le degré de satisfaction de l'accompagnement après le retour à domicile par l'équipe de MDN a été évalué par les accouchées. Après la sortie de la maison de naissance, les sages-femmes poursuivent leur accompagnement à domicile. Dans les cas où le domicile du couple est trop éloigné de la MDN (distance supérieure à 30 minutes de route), le suivi post-partum est effectué par une sage-femme libérale qui a été prévenue par avance. Une visite quotidienne a lieu obligatoirement au cours des trois premiers jours, puis, le suivi est adapté selon les besoins. Il n'y a pas de limite au nombre de visites et elles sont prises à 100 % par l'assurance maladie jusqu'au 12<sup>e</sup> jour suivant l'accouchement. L'enfant doit être examiné par un pédiatre pour établir le certificat du huitième jour. Les dépistages néonataux (test de dépistage des maladies rares, surdité et ictère) sont réalisés. Au-delà de l'accompagnement médical, les parents sont accompagnés dans le devenir parent, afin de les rendre autonomes. Ainsi, plus des trois quarts des patientes étaient « tout à fait satisfaites » de l'accompagnement après le retour à domicile. Les résultats étaient donc globalement positifs et témoignaient d'une continuité dans la prise en charge.

Enfin, il a été demandé aux patientes d'évaluer globalement leur degré de satisfaction de l'accompagnement par la MDN de la période postnatale. Le degré de satisfaction maximal a été recueilli pour 15 patientes parmi les 25. **Ainsi, l'hypothèse 3, « Les patientes ayant été suivies en maison de naissance sont satisfaites de leur accompagnement au cours de la période postnatale » est validée.**

A l'issue de ce parcours, il a été demandé aux femmes si elles souhaitaient se tourner à nouveau vers une maison de naissance pour une grossesse future. Bien que seulement 19 d'entre elles y aient effectivement accouché, 23 femmes sur 25 y étaient favorables. 2 ne se prononçaient pas. Aucun refus de se tourner à nouveau vers une MDN n'a été recueilli. Ces résultats permettaient de renforcer la validation de l'hypothèse 1 concernant la satisfaction des patientes au cours de la période prénatale. En effet, bien que certaines femmes n'aient finalement pas pu accoucher en MDN, leur expérience lors de l'accompagnement prénatal les incitait à répondre qu'elles souhaiteraient se rediriger en MDN lors d'une prochaine grossesse. Il y aurait donc un intérêt dans l'accompagnement global à la naissance, et une réelle demande des usagères pour ce type de suivi. Ces réponses témoignaient également d'un haut niveau de satisfaction pour les périodes prénatales et postnatales.

**Ainsi, l'hypothèse 7, « Les patientes accompagnées en maison de naissance souhaitent reproduire l'expérience si les conditions médicales le permettent au cours d'un futur accouchement. » est validée.**

## **2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE**

L'étude permettait d'apporter des informations importantes sur l'expérience des femmes accompagnées en MDN. La principale force de l'étude était de donner la parole aux patientes des MDN de la région Grand-Est, ce qui n'avait pas été réalisé dans la littérature auparavant. Le profil et les motivations des femmes à choisir cet accompagnement ont pu être décrit. Enfin, leur niveau de satisfaction a été recueilli de la grossesse aux suites de couches.

La force de l'étude reposait également sur le fait qu'elle s'inscrit dans l'actualité en France alors que la généralisation des MDN a été accordée en 2021, par le décret 2021-1526 du 26 novembre 2021. Cette étude a permis d'appuyer l'intérêt de leur pérennisation, en étant le témoin du niveau de satisfaction élevé des patientes et des couples.

L'exhaustivité du recrutement des patientes au sein de la MDN de Nancy constituait une force de l'étude, grâce au mode de diffusion. En effet, la note d'information de l'étude a été distribuée exhaustivement dans les dossiers médicaux des femmes inscrites (Annexe I). Ainsi, toutes celles qui le souhaitaient pouvaient participer à l'étude.

La force de l'étude reposait également sur la validité de la pertinence des questions dans l'étude de la satisfaction des patientes. Les déterminants de satisfaction utilisés étaient justifiés par des données de la littérature, tant au niveau français qu'international.

Dans les limites de l'étude, il pouvait être relevé la faiblesse de l'échantillon. Les résultats énoncés sont difficilement généralisables en raison du nombre réduit de participantes. L'étude s'est portée uniquement sur la région Grand-Est, qui représente un territoire restreint du pays. Le recrutement des patientes au sein de la maternité de Sélestat a été plus limité, par difficulté de contact avec la coordination de la MDN. Seules les sages-femmes volontaires ont relayé à leurs patientes la note d'information leur permettant de participer à l'étude. Une période plus longue aurait permis d'obtenir une population plus importante et donc d'augmenter la puissance de l'étude.

Le recueil de données était basé sur des auto-questionnaires. Les données étaient subjectives et rétrospectives et pouvaient comporter des biais liés notamment à l'état émotionnel, et à des biais de remémoration. De plus, les patientes ayant répondu n'avaient pas toutes le même recul face à leur accouchement et leur post-partum. En effet, le questionnaire pouvait être rempli entre 1 et 3 mois après l'accouchement. Ainsi, cela a pu influencer leur degré de satisfaction.

L'étude ne permettait pas d'accéder aux données médicales vérifiées par rapport au déroulé de l'accouchement et l'ensemble des données étaient déclaratives. De plus, comme présenté précédemment, il existe parfois un écart entre la perception des patientes et la réalité des faits.

### **3. PROPOSITIONS**

Afin d'approfondir les résultats obtenus, d'autres recherches pouvaient être imaginées.

D'une part, une étude pourrait être menée afin de donner la parole aux sages-femmes exerçant en maison de naissance. Ainsi, les points de vue des soignants et des couples pourraient être confrontés. Cela permettrait une analyse plus détaillée de leur collaboration, ce qui justifierait la validation de l'hypothèse 4.

D'autre part, il aurait été intéressant de soumettre le même questionnaire à un échantillon appareillé de patientes ayant accouché en milieu hospitalier. Ainsi, une comparaison aurait pu être réalisée afin de conclure à une satisfaction supérieure dans l'un ou l'autre lieu d'accouchement.

Les résultats de l'étude ont montré un niveau plutôt élevé de satisfaction des patientes accompagnées en maison de naissance. Cependant, le degré de satisfaction était moindre au cours de la période postnatale. Pour l'améliorer, certaines actions pourraient être mises en place.

Par exemple, la réalisation de consultations postnatales pourrait être encouragée. Ainsi, les patientes peuvent revoir les sages-femmes de la maison de naissance, afin de les soutenir à long terme. On distingue plusieurs visites postnatales :

Entre 4 et 8 semaines post-partum, on distingue notamment l'entretien postnatal précoce. Il est rendu obligatoire depuis juillet 2022. Il est l'occasion de faire le point sur les besoins des mères et des familles, leur vécu et leurs éventuelles difficultés. Cet entretien, recommandé depuis 2014 par la HAS, a pour objectif principal de dépister les premiers signes d'une dépression postnatale. Il s'agit d'une affection qui touche plus de 10 % des femmes. Elle peut survenir tout au long de la première année

suivant l'accouchement. [44] Un deuxième entretien pourra être proposé, pour les primipares et pour toute mère chez qui des signes d'alertes sont repérés.

Entre 6 à 8 semaines post-partum a lieu la visite post-natale. Elle devrait permettre de faire un retour et une évaluation du parcours des couples, afin d'attester de leur niveau de satisfaction.

Enfin, la participation à la vie associative des maisons de naissances et aux ateliers qu'elles proposent permettraient d'améliorer la satisfaction des couples, en gardant le lien avec les autres usagers de la MDN. Au « Nid pour Naitre » de Nancy, il y a notamment des ateliers « le café des parents » et les « Blabl'apéro conjoints ». Des projections de films sont aussi proposées. [25,26]

A Manala à Sélestat, des ateliers de portage et de massage des bébés existent également, offrant l'occasion aux parents de se retrouver autour de moments conviviaux. Il y a aussi des cafés des parents, et des séances de yoga postnatal pour les mères. [26]

En dehors de l'accompagnement par la MDN, le projet national des 1 000 premiers jours pourrait améliorer le vécu du post-partum. Piloté par le Ministère des Solidarités et de la Santé, c'est une politique mise en place en 2021, afin de répondre au mieux aux besoins des parents et de leur enfant. C'est notamment dans ce cadre que le congé paternité a été allongé à 28 jours. [45] Les actions mises en place par ce projet visent à améliorer le vécu de la période postnatale, indépendamment du lieu de naissance.

Enfin, l'étude a révélé que les professionnels de santé étaient des acteurs mineurs de l'orientation des patientes en MDN. En effet, les patientes rapportaient majoritairement qu'elles ont pris connaissance de l'existence des MDN par le biais de leur réseau amical. Cela peut être expliqué par le fait que jusqu'à novembre 2020, les MDN étaient en phase expérimentale.

Maintenant que la pérennisation des MDN a été adoptée par la loi, il serait intéressant d'informer les professionnels de santé sur le fonctionnement des MDN. Ainsi, médecins traitants, gynécologues et sages-femmes libérales pourraient renseigner leurs patientes afin qu'elles choisissent le lieu d'accouchement qui leur convient le plus.

## CONCLUSION

L'expérimentation des maisons de naissance voit le jour après plusieurs années de débats, et suite à une demande des usagers d'humanisation de la naissance et d'un meilleur accompagnement de la maternité. Les maisons de naissance offrent un accompagnement global, de la grossesse aux suites de couches, dans un cadre intimiste et sécurisant grâce au partenariat avec une maternité contigüe à la structure.

L'étude a été réalisée au sein de deux maisons de naissance en expérimentation, dans la région Grand-Est : « Un Nid pour Naitre » à Nancy et « Manala » à Sélestat. Celle-ci avait pour but de répondre à la problématique suivante : « Quel est le niveau de satisfaction des patientes ayant été accompagnées en maison de naissance ? » Plusieurs hypothèses ont été formulées et toutes ont pu être validées.

Tout d'abord, les patientes sont majoritairement primipares, en couple et issues de catégories socio-professionnelles plutôt privilégiées. Leur âge moyen est de 30,6 ans.

Leurs motivations étaient plurifactorielles. Ce sont majoritairement des patientes en recherche d'une moindre médicalisation durant leur accouchement. Elles s'inscrivent dans une dynamique de retour au naturel. Elles sont actrices de leur santé et plutôt dans une logique de maîtrise de leur accouchement et de leur grossesse.

L'étude a témoigné d'un haut niveau de satisfaction des femmes, de la grossesse au post-partum. Le vécu positif de l'accompagnement peut cependant être compromis par un transfert vers la maternité partenaire. L'accompagnement continu réalisé par les sages-femmes est également décisif dans le vécu de la maternité. La relation soignant-soignée se construit de la grossesse aux suites de couches, dans un rapport égalitaire où les femmes collaborent avec l'équipe et sont rendues actrices de leur accouchement.

Cependant, les résultats étaient difficilement généralisables, en raison de la faiblesse de l'échantillon. Des recherches approfondies pourraient être réalisées, sur l'ensemble des maisons de naissance françaises, et sur une période prolongée.

D'après un sondage de l'IPSOS en 2020, près d'une femme sur 5 souhaite ou aurait souhaité un accouchement en maison de naissance. Cela représenterait plus de 130 000 accouchements par an. [46] Face cette demande des usagères, et devant le haut niveau de satisfaction recueilli par l'étude, les maisons de naissance devraient être développées en France.

En région Grand-Est, deux projets sont en cours. L'association « La FAM, Fabrik' A Mômes » fédère professionnels et usagers, et milite pour l'ouverture d'une maison de naissance à Mulhouse. A Strasbourg, l'association « Le Berç'O » réunit un groupe de sages-femmes libérales qui se mobilisent pour créer une maison de naissance. Elle serait accolée aux locaux du Centre Médico-Chirurgical Obstétrique des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. A l'échelle nationale, 12 projets sont en cours pour ouvrir de nouvelles maisons de naissance. [47]

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Histoire de la naissance en Occident (XVIIe – XXe siècles). Société d'Histoire de la Naissance. [En ligne] (Consulté le 12/08/2021) ; Disponible sur : [https://societe-histoire-naissance.fr/?page\\_id=96](https://societe-histoire-naissance.fr/?page_id=96)
- [2] Venditelli F, Foulhy C. Maisons de naissance et qualité des soins. Sages-Femmes. Juil 2020 ; 19(4) : 5.
- [3] Lahaye MH. Michel Odent : C'est la science qui fera évoluer les conditions d'accouchement. Marie accouche là. 2014. [En ligne] (Consulté le 12/08/2021) ; Disponible sur : <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr>
- [4] Dessureault AM. La médicalisation de l'accouchement : impacts possibles sur la santé mentale et physique des familles. Devenir. 2015. 27(1) : 53-68.
- [5] Phan E. La remise en cause de pratiques médicales professionnelles de la part des usagers de la périnatalité. Quels en sont les origines historiques, la légitimité et les moyens aujourd'hui ? Revue de médecine périnatale. Nov 2009. 1(207) : 10.
- [6] Brocas AM. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES. 2008 ; 660(9) : 1-5.
- [7] Enquête sur les accouchements. Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? CIANE. 2014.
- [8] Brun N. Enquête périnatalité. « Regards de femmes sur leur maternité » UNAF. 2010.
- [9] Bréart G. Mobilisation en France : les Etats généraux de la naissance. Santé Société et Solidarité. 2004. 1(1) : 2. [En ligne] (Consulté le 10/10/2021) ; Disponible sur : [www.persee.fr/doc/oss\\_1634-8176\\_2004\\_num\\_3\\_1\\_1236](http://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_1_1236)
- [10] Plan périnatalité 2005-2007, Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité. [En ligne] (Consulté le 10/10/2021) ; Disponible sur : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf)
- [11] Légifrance. Loi N°2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Déc 2013. [En ligne] (Consulté le 10/06/2021) ; Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/loi/20906-experimentation-maison-de-naissance-accouchement>
- [12] Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Paris : HAS ; 2016.
- [13] Haute Autorité de Santé. Maisons de Naissance Elaboration du cahier des charges. Rapport d'élaboration. Paris : HAS ; 2014.
- [14] Haute Autorité de Santé. Maisons de naissance. Cahier des charges de l'expérimentation Paris : HAS ; 2014.
- [15] Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations pour la pratique clinique. Paris : HAS ; 2017.

- [16] Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations de l’OMS sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l’accouchement. Genève : OMS ; 2018.
- [17] Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK. The National Birth Center Study. J. Nurse Miswifery. 1992 Sep ; 37(5) : 301-30.
- [18] Chantry A. Sauvegrain P, Roelens I et al. Rapport d’étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France. Epopé Inserm. [Rapport] Nov 2019. 60p [En ligne] Consulté le (18/02/2021) ; Disponible sur : [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport\\_Maisons-naissance\\_2019-1.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf)
- [19] Legifrance. Arrêté 9 décembre 2016 fixant les modalités d’évaluation et le contenu du rapport d’évaluation annuel des maisons de naissance. Déc 2016. [En ligne] (Consulté le 10/10/2021) ; Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033624981/>
- [20] Nouvion J. Naitre au calme. Paris : Fauve Editions ; 2020, 324p.
- [21] Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. Rapport d’étude sur la qualité des soins prodigués en maison de naissance en France. Nov 2019. [En ligne] (Consulté le 10/10/2021) ; Disponible sur : <https://ansfl.org/actualites/rapport-detude-sur-la-qualite-des-soins-prodigues-en-maison-de-naissance-en-france/>
- [22] Sénat. Pérennisation et généralisation des maisons de naissance. Mars 2020. [En ligne] (Consulté le 10/10/2021) ; Disponible sur : [Pérennisation et généralisation des maisons de naissance - Sénat \(senat.fr\)](http://www.senat.fr/actualites/2020/03/20200303_peren_naitre.html)
- [23] Ernst K. Bauer K. Birth Centers in the United States. AABC. 2020 Jun. [En ligne] (Consulté le 10/10/2021) ; Disponible sur : [Microsoft Word - 1. Birth Centers in the United States \(ymaws.com\)](https://www.ymaws.com/aabc/~/media/Files/2020/06/062020_Birth_Centers_in_the_United_States.pdf)
- [24] Midwifery Unit Network, European Midwives Association. Midwifery Unit Standards. Londres : Université de Londres ; 2018.
- [25] Un Nid pour Naitre. Maison de naissance à Nancy. [En ligne] (Consulté le 10/02/2021) ; Disponible sur : <http://www.unnidpournaitre.fr/>
- [26] Manala. Maison de Naissance Alsace. [En ligne] (Consulté le 10/02/2021) ; Disponible sur : <http://www.manala.fr/>
- [27] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Age moyen de la mère à l’accouchement. Jan 2022. [En ligne] (Consulté le 03/04/2022) ; Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
- [28] Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P et al. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. Enquête Nationale Périnatale rapport 2016. Oct 2017. [En ligne] (Consulté le 03/04/2022) ; Disponible sur : [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
- [29] Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988 Sep 23 ; 260(12) : 1743-48.

- [30] Gasquet I. Satisfaction des patients et performance hospitalière ». Presse Med. 1999 Oct 2 ; 28(29) : 1610-3.
- [31] Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynaecology. 186, 2002, 160-172
- [32] Haute Autorité de Santé. Préparation à la Naissance et à la Parentalité. Paris : HAS ; 2005.
- [33] Nzinga Luzolo A-M, Njimbu Kapend F, Bilo Mbaki I et al. Bienfaits de la préparation psychologique et physique à l'accouchement sans stress en per-partum. Douleurs : Evaluation – Diagnostic – Traitement. Juin 2020 ; 21(4) : 89-95.
- [34] Dupont C. La réalisation de projet de naissance et son accompagnement par les professionnels de santé durant la grossesse. [mémoire]. Ecole de Sage-Femme du CHRU de Lille. Université de Lille 2. 2018 ; 108p.
- [35] Alio AP, Lewis CA, Scarborough K et al. A community perspective on the role of fathers during pregnancy : a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Dec. 13(60) : 1-11.
- [36] Fleming SE, Donovan-Batson C, Burduli E, et al. Birth Satisfaction Scale / Birth Satisfaction Scale-revised : A large scale United States planned home birth and birth center survey. Midwifery. 2016 oct ; 41(1) : 9-15.
- [37] Collectif interassociatif autour de la naissance. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. [En ligne] (Consulté le 1/04/2022) ; Disponible sur : [Respect des souhaits et vécu de l'accouchement - CIANE](#)
- [38] American College of Obstetricians and Gynecologists. Approches to limit interventions during labor and birth. Obstetrics & Gynecology. 2019 Feb ; 133(2) : 164-73.
- [39] Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère – bébé ? Revue de Médecine Périnatale. 2016 8(4) : 199-206.
- [40] Coves C. Description de l'impact de l'information et du consentement sur le vécu de l'accouchement. [Mémoire]. Ecole de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand. Université de Clermont Auvergne. 2018 ; 91p.
- [41] Haute Autorité de Santé. Droits des usagers : Information et Orientation. Paris : HAS ; 2014.
- [42] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Sortie précoce après accouchement. Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Saint-Denis La Plaine : ANAES ; 2004.
- [43] Haute Autorité de Santé. Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Paris : HAS ; 2014.
- [44] Réseau de Santé Périnatale Parisien. La dépression post-natale. Avr 2022. [En ligne] (Consulté le 01/05/2022) ; Disponible sur : <http://www.rspp.fr/accompagnement-psychologique/la-depression-post-natale>



[45] Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1000 premiers jours. Oct 2020. [En ligne] (Consulté le 01/04/2022) ; Disponible sur : [dp\\_1000\\_premiers\\_jours\\_oct\\_2020\\_002 .pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

[46] Institut de Publique Sondage d'Opinion Secteur. Les maisons de naissances plébiscitées par 9 françaises sur 10. Fév 2020. [En ligne] (Consulté le 18/02/2021) ; Disponible sur : <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-maisons-de-naissance-plebiscitees-par-9-francaises-sur-10>

[47] Accoucher en maison de naissance. La carte des projets de maisons de naissance. Fév 2022. [En ligne] (Consulté le 01/05/2022) ; Disponible sur : <https://accoucher-maison-naissance.fr/>

## **ANNEXES**

Annexe I : Note d'information à destination des patientes

Annexe II : Questionnaire de satisfaction sur votre accompagnement en maison de naissance

## ANNEXE I : NOTE D'INFORMATION A DESTINATION DES PATIENTES

Bonjour, je m'appelle Marion KUBLER, je suis étudiante sage-femme en dernière année à l'école de sage-femme de Metz.

Je réalise cette note d'information afin de vous inviter à participer à l'enquête de mon mémoire de fin d'étude dont le thème porte sur le bien-être des couples ayant accouché en maison de naissance.

Mes objectifs sont :

- D'évaluer la satisfaction des patientes sur la prise en charge globale dans une maison de naissance.
- D'identifier le public des maisons de naissance
- D'identifier les spécificités du parcours de soin en maison de naissance
- D'identifier la place prise par le co-parent dans un accompagnement en maison de naissance
- D'interroger le bien-être des patientes ayant accouché en maison de naissance.

Si :

- Vous êtes inscrite dans la maison de naissance de Sélestat ou de Nancy ;
- Vous serez au terme de votre grossesse (terme supérieur à 37 SA) entre le 1<sup>er</sup> novembre 2021 et le 31 janvier 2022 ;

Alors votre profil m'intéresse et votre contribution me serait très précieuse !

J'aimerais pouvoir revenir vers vous au lancement de l'étude, entre novembre 2021 et janvier 2022. Je vous diffuserai alors un questionnaire anonymisé, qui vous prendra une dizaine de minutes. Il me permettra d'identifier vos motivations à choisir ce type de structure, et d'aborder votre satisfaction tout au long de votre parcours, de la grossesse à la période postnatale.

Pouvez-vous me laisser vos coordonnées, afin que je puisse vous recontacter ?

NOM :

Prénom :

Adresse email :

N° tél :

Date du terme :

Si vous avez des questions, vous pouvez me joindre par mail à l'adresse suivante : [marionkubler@outlook.fr](mailto:marionkubler@outlook.fr) ou par téléphone au 07 81 57 12 10.

Merci pour votre contribution,

Cordialement,

Marion KUBLER

## **ANNEXE II : QUESTIONNAIRE TRANSMIS SUR GOOGLE FORM**

Ce questionnaire a pour but de recueillir des données sur votre parcours d'accompagnement en maison de naissance dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Il me permettra d'identifier vos motivations à choisir cette structure, et d'aborder votre satisfaction à toutes les étapes de votre parcours. Cela devrait vous prendre une dizaine de minutes. Les données seront ensuite anonymisées. Si vous avez des remarques sur ce questionnaire, n'hésitez pas à m'en faire part. Vous remerciant par avance pour votre précieuse participation,

Cordialement,

Marion KUBLER.

**Quelle est la date de votre accouchement ? (jj/mm/aaaa)**

**Le terme de votre accouchement \_\_ SA + \_\_ jours.**

### **RENSEIGNEMENTS GENERAUX :**

Quelle est votre année de naissance ?

Pour les questions suivantes, cochez la case correspondante :

Quelle est votre profession ?

- Agricultrice exploitante
- Artisan, commerçante, cheffe d'entreprise,
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire (institutrice, fonctionnaire, employée administrative, personnels de service)
- Employée
- Ouvrière
- Sans profession

Quelle est votre situation familiale ?

- Célibataire
- En concubinage
- Pacsée
- Mariée
- Divorcée
- Veuve

Cet accouchement était votre :

- 1er accouchement
- 2eme accouchement
- 3eme accouchement
- 4eme accouchement ou plus

**Si ce n'était pas votre premier accouchement :**

Où aviez-vous accouché précédemment ?

- Centre hospitalier
- Clinique privée
- Maison de naissance
- Accouchement accompagné à domicile
- Accouchement inopiné à domicile

Quel est votre degré de satisfaction lors de vos précédents accouchements ?

- Très satisfaisante
- Satisfaisante
- Insatisfaisante
- Très insatisfaisante

### **VOS ATTENTES ET VOS MOTIVATIONS**

Cochez le ou les arguments qui vous ont fait choisir un accompagnement en maison de naissance :

- Accompagnement global (de la grossesse aux suites de couches)
- Accompagnement privilégié avec l'équipe de sages-femmes
- Accompagnement de l'accouchement sans péridurale
- Accouchement ambulatoire avec sortie précoce (6-8h)
- Convictions centrées sur le « naturel »
- Choix contre le milieu hospitalier
- Accompagnement en maison de naissance par impossibilité d'accompagnement à domicile
- Autres, précisez :

Comment avez-vous découvert l'existence des maisons de naissance ?

- Par votre réseau familial
- Par votre réseau amical
- Par un professionnel de santé (médecin traitant, gynécologue ou sage-femme qui vous suit habituellement)
- Par la maternité partenaire
- Par les médias
- Par vos recherches personnelles
- Autres, précisez :

La décision du lieu d'accouchement a été prise conjointement avec le co-parent :

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout
- Pas concernée

#### **DEROULEMENT DE LA PERIODE PERINATALE**

##### **AU COURS DE LA GROSSESSE :**

A partir de quand avez-vous consulté à la maison de naissance ?

- Vous avez pris contact dès le début de la grossesse
- Vous avez été orientée vers la maison de naissance au décours de la grossesse

Avez-vous pu bénéficier de séances de préparation à la naissance ?

- Oui
- Non

Si oui, de quelle forme de préparation avez-vous bénéficié ?

- Relaxation
- Sophrologie
- Hypnose
- Yoga

- Séances en piscine
- Haptonomie
- Eutonnie
- Chant prénatal
- Pas de préparation à la naissance
- Autre, précisez :

Votre accompagnant a-t-il pu participer aux séances de préparation à la naissance ?

- Oui, à toutes
- Oui, partiellement
- Non

Vous êtes satisfaite de votre accompagnement par l'équipe dans la construction du projet de naissance.

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout

L'accompagnement en maison de naissance a valorisé l'implication du co-parent dans l'évolution de la grossesse.

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout
- Pas concernée

En quoi d'après vous ?

Au fil de l'accompagnement prénatal par les sages-femmes en maison de naissance :

	Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
Je me sentais en sécurité				
Je me sentais confiante				
Je me sentais écoutée				
Je me suis sentie actrice dans le suivi de ma grossesse				
Je me suis sentie actrice dans la préparation de mon accouchement				
L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante				
Je me suis sentie soutenue émotionnellement par l'équipe				
Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant				
Je suis satisfaite de l'accompagnement dont j'ai bénéficié				
J'ai senti que l'implication du co-parent était respectée et valorisée.				

**AU COURS DE VOTRE ACCOUCHEMENT :**

Au cours de votre accouchement, avez-vous eu le sentiment que votre intimité, ainsi que celle de votre accompagnant.e a été respectée ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas
- Précisez



	Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
Je n'ai pratiquement pas souffert lors de mon accouchement.				
J'ai trouvé que le travail était très long.				
L'équipe de la salle d'accouchement m'a encouragée à prendre part aux décisions relatives au déroulement de mon accouchement.				
Je me suis sentie très stressée pendant le travail et l'accouchement.				
Je me suis sentie bien soutenue par l'équipe durant le travail et l'accouchement.				
L'équipe a bien communiqué avec moi pendant le travail.				
J'ai trouvé qu'accoucher était une expérience éprouvante.				
J'ai perdu tout contrôle pendant l'accouchement.				
Je n'ai pas du tout stressé pendant le travail.				
L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante				
La salle d'accouchement était propre et hygiénique.				
Je me suis sentie actrice dans				

le déroulé des évènements.				
Mon consentement a été recueilli et respecté pour chaque geste concernant mon corps ou mon bébé				
Mon projet de naissance a été respecté				

	Pendant le travail				Pendant l'accouchement			
	Des premières contractions aux premières poussées				Des premières poussées à la naissance			
	Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout	Tout à fait	En partie	Pas tellement	Pas du tout
J'ai réussi à utiliser des méthodes pour soulager ma douleur								
J'ai pu mobiliser les techniques vues en préparation à la naissance								
J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position								
Le soutien de mon partenaire m'a aidé.								

Comment qualifieriez-vous le vécu de votre travail ?

- Très satisfaisant
- Assez satisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Assez insatisfaisant
- Très insatisfaisant

Comment qualifieriez-vous le vécu de votre accouchement ?

- Très satisfaisant
- Assez satisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Assez insatisfaisant
- Très insatisfaisant

#### **IMMEDIATEMENT APRES LA NAISSANCE**

Les premiers instants avec votre bébé correspondaient à ce que vous aviez imaginé avant d'accoucher.

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout

Vous êtes satisfaite de votre rencontre avec votre enfant.

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout

Y a-t-il des éléments qui auraient pu être améliorés pour favoriser votre rencontre avec votre enfant ?

#### **SI VOUS AVEZ ETE CONCERNEE PAR UN TRANSFERT :**

Quand a eu lieu le transfert ?

- Au cours de la grossesse, après 37 SA
- Au cours du travail ou de l'accouchement
- Au cours de la période post-natale

Pour quel motif a eu lieu le transfert ?

Quel a été votre vécu du transfert ?

- Très satisfaisant
- Satisfaisant
- Insatisfaisant

Très insatisfaisant

Précisez :

Avez-vous eu le sentiment d'être accompagnée par la maison de naissance au cours de ce transfert ?

Tout à fait

En partie

Pas tellement

Pas du tout

**Si le transfert a eu lieu dans un contexte d'urgence :**

Vous avez assimilé les raisons de votre transfert ?

Oui

Non

Vous avez eu l'occasion de rediscuter avec l'équipe qui vous a accompagnée en maison de naissance du contexte de votre transfert ?

Oui

Non

**APRES VOTRE ACCOUCHEMENT :**

Combien de temps êtes-vous restée à la maison de naissance ?

Le suivi postnatal a été réalisé par l'équipe de la maison de naissance ?

Oui

Non

Vous êtes satisfaite de votre durée de séjour à la maison de naissance après la naissance de votre enfant ?

Tout à fait

En partie

Pas tellement

Pas du tout

Vous vous êtes sentie en confiance pour rentrer à domicile.

Tout à fait

- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout

Si vous êtes plutôt défavorable à la déclaration précédente, y a-t-il des choses que vous auriez souhaité pour vous aider à vous sentir plus en confiance ?

Vous êtes satisfaite de votre préparation en amont de l'accouchement par l'équipe pour le retour à domicile.

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout

Vous êtes satisfaite de l'accompagnement après votre retour à domicile de l'équipe de la maison de naissance.

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout

#### **DEPUIS VOTRE ACCOUCHEMENT**

Vous vous sentez fière de vous quant à votre accouchement.

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout

Vous avez des regrets quant à votre accouchement.

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout

**ET POUR CONCLURE :** Graduez votre niveau de satisfaction sur une échelle de 0 à 5 pour les périodes suivantes :

	0	1	2	3	4	5
Grossesse						
Accouchement						
Post-partum						

L'accompagnement dont vous avez bénéficié était en adéquation avec votre projet de naissance :

- Tout à fait
- En partie
- Pas tellement
- Pas du tout

En cas de grossesse future, si les éléments médicaux le permettent, souhaiteriez-vous être à nouveau accompagnée en maison de naissance ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Recommanderiez-vous un accompagnement en maison de naissance à une proche ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Précisez :

Je vous remercie pour le temps que vous avez accordé à mon questionnaire. Si vous avez des remarques, vous pouvez les faire ici :



## Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes de Metz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de Marion KUBLER - Année 2022

### La satisfaction des patientes accompagnées en maison de naissance

Etude épidémiologique quantitative bicentrique par questionnaire auprès de 25 patientes accompagnées dans deux maisons de naissance en région Grand-Est entre novembre 2021 et janvier 2022

#### RESUME

*Introduction* : En 2013, 8 maisons de naissance ont ouvert leurs portes sur le territoire français, pour une durée de 5 ans. Les maisons de naissance sont des lieux contigus à un service de gynécologie obstétrique. Elles s'adressent aux patientes présentant un faible niveau de risque obstétrical. Elles proposent une prise en charge globale de la grossesse aux suites de couches, sous la responsabilité exclusive d'une sage-femme. L'accouchement se déroule de manière ambulatoire, sans analgésie péridurale. L'étude tente de répondre à la problématique suivante « Quel est le niveau de satisfaction des patientes ayant été accompagnées en maison de naissance ? » *Méthode* : Une enquête observationnelle par questionnaire a été réalisée auprès de patientes ayant été accompagnées en maison de naissance pour un accouchement prévu entre novembre 2021 et janvier 2022 en région Grand-Est. *Résultat* : Les femmes étaient âgées de 24 à 41 ans. La plupart étaient actives et en couple. (Mariage ou pacs) 15 étaient primipares. Leurs attentes étaient de répondre à des convictions centrées sur le naturel. La connaissance des maisons de naissance s'était fait majoritairement par le réseau amical, et par les professionnels de santé pour seulement 5 d'entre elles. 25 patientes ont complété le questionnaire. 19 ont accouché en maison de naissance, tandis que 6 ont dû être transférées. 19/25 patientes étaient « tout à fait satisfaites » de leur accompagnement au cours de la grossesse. 15/19 patientes étaient « tout à fait satisfaites » de leur accompagnement au cours du travail et de l'accouchement. 15/19 patientes étaient « tout à fait satisfaites » de leur accompagnement au cours de la période postnatale. 23/25 patientes souhaiteraient à nouveau se tourner vers une maison de naissance pour un accouchement futur. *Conclusion* : L'étude témoigne d'un haut niveau de satisfaction des femmes de la grossesse au post-partum.

**MOTS CLES** : SATISFACTION, MAISON DE NAISSANCE, PROJET DE NAISSANCE, ACCOUCHEMENT

#### ABSTRACT :

*Introduction* : In 2013, 8 midwifery units opened their doors on French territory, for 5 years. Midwifery Units are places adjacent to an obstetric and gynecologist service which were used by patients with a low obstetrical risk. They offer a global treatment from the start of the pregnancy through the post-partum, under the responsibility of a midwife. The delivery is performed in a ambulatory way, without any epidural analgesia. The study aims to answer the following issue : «How satisfied are the patientes who are supported by a midwifery unit ? » *Methods* : A observationnal survey was carried out in Grand-Est region between November 2021 and January 2022, which included a questionnaire. *Results* : 25 women took part in the survey who were aged between 24 and 41 years old. The majority were living with a partner. (wedding or pacs) 15 was primiparous. Their main desire was to answer a will of return to the natural. They learned about the midwifery unit option mostly by their friends. The health professionals informed only 5 of them. 19 gave birth in the midwifery unit, and 6 have been transfered to the hospital. 19 out of 25 patients were fully satisfied by their support during the pregnancy. 15 out of 19 patients were fully satisfied by thier support during labour and delivery. Finally, 15 out of 19 patients were fully satisfied by their support after the birth of their baby. 23 out of 25 women told that they would like to go again in a midwifery unit for an eventual next delivery. *Conclusion* : The study shows a high level of women' satisfaction, from the pregnancy to the post-partum.

**KEY WORDS** : SATISFACTION, MIDWIFERY UNIT, BIRTH PROJECT, DELIVERY