

Chapitre 2

RECHERCHE ET RESULTATS

I. Matériel et méthodes :

1. Les objectifs de l'étude :

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

Pour cela, plusieurs hypothèses sont posées :

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

2. Le type d'étude :

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

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

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

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

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

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

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

Sont exclus :

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

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

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

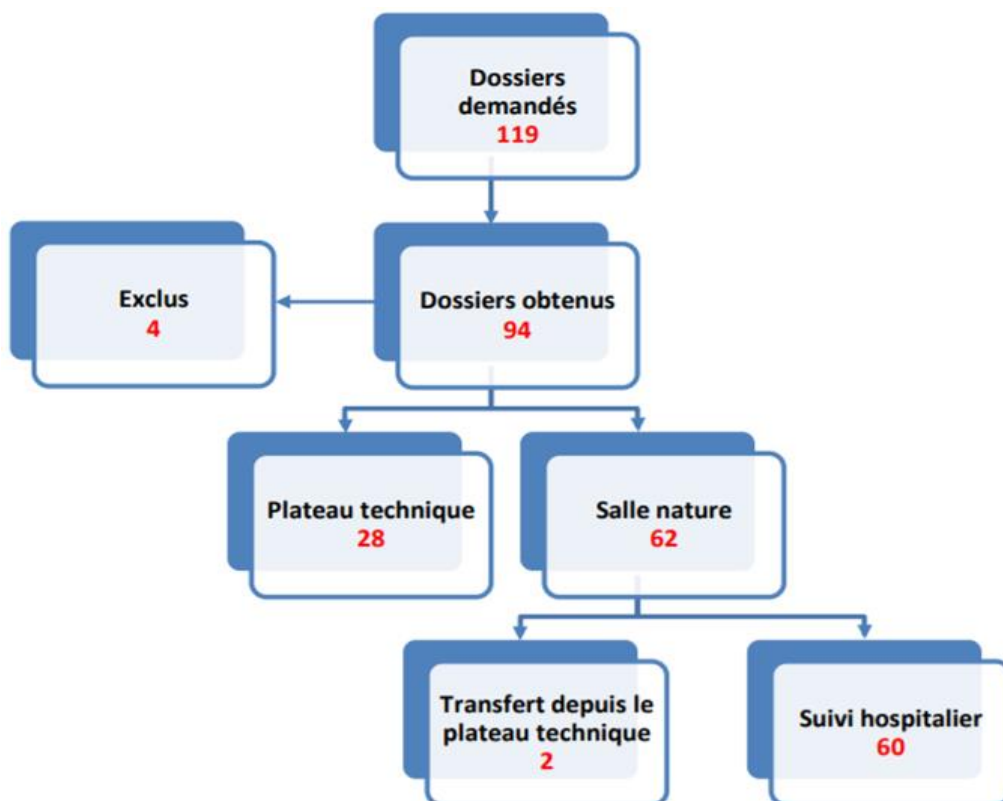
4. L'obtention des dossiers :

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

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

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

Organigramme résumant la classification des dossiers demandés et analysés :



5. La grille de recueil :

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

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

Cette grille est constituée de quatre parties :

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

6. Analyse des résultats :

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

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

II. Résultats :

1. Description de la population :

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

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

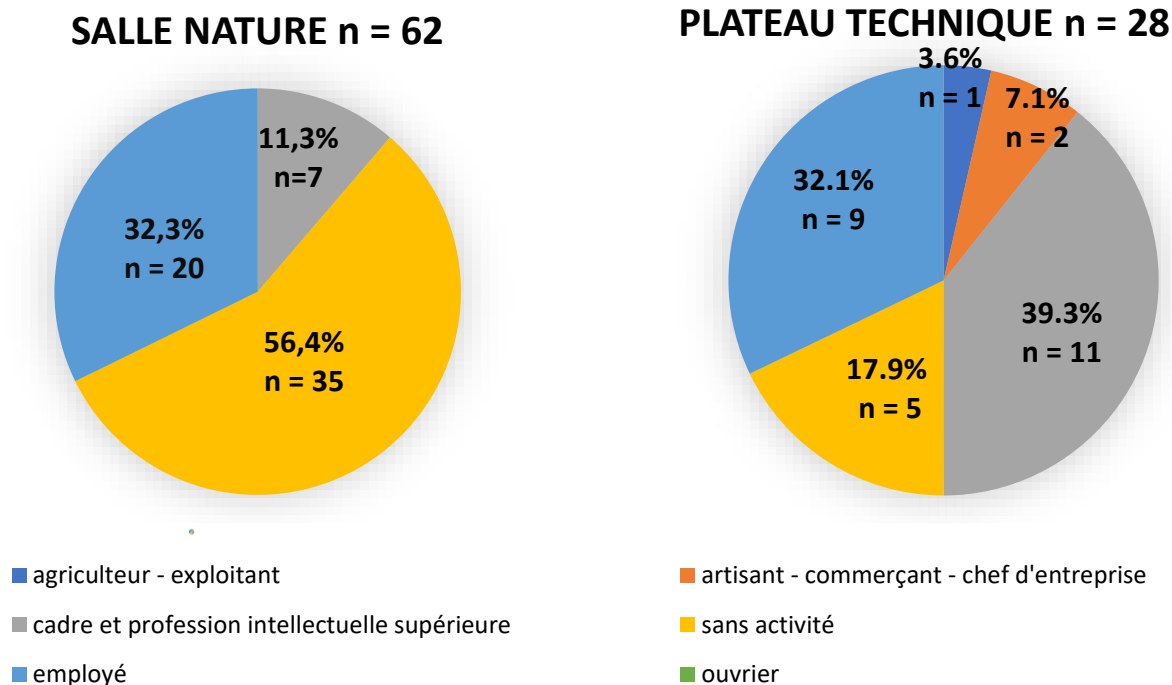
| Tableau 1 : Description de la population cible | | | |
|---|--|---|---------------------|
| Total = 90 | Salle nature | plateau technique | p value |
| Age maternel moyen en années | n = 61 28.98 ± 4.80 29.00 [26.00 - 32.00] | n = 28 31.57 ± 4.85 31.00 [29.00 - 35.00] | p = 0.0208 |
| Origine ethnique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

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

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

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

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



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

2. Le déroulement du travail :

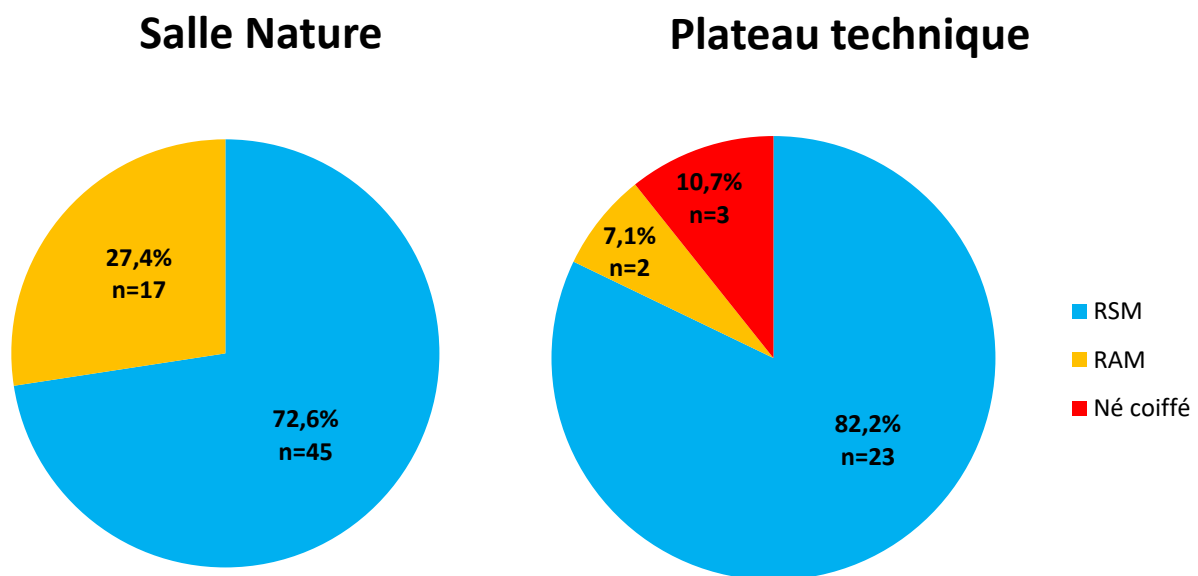
| Tableau 3: Description du travail | | | |
|--|---|---|--|
| Total = 90 | Salle nature | Plateau technique | p value |
| Dilatation du col à l'ouverture du partogramme en Cm | n = 62 4,71 ± 1,46 5,00 [4,00 - 5,00] | n = 28 4,50 ± 1,62 4,00 [3,50 - 5,50] | p = 0,3217 |
| Monitoring du RCF continu discontinu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

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

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

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

Figure 2 : type de rupture de la poche des eaux

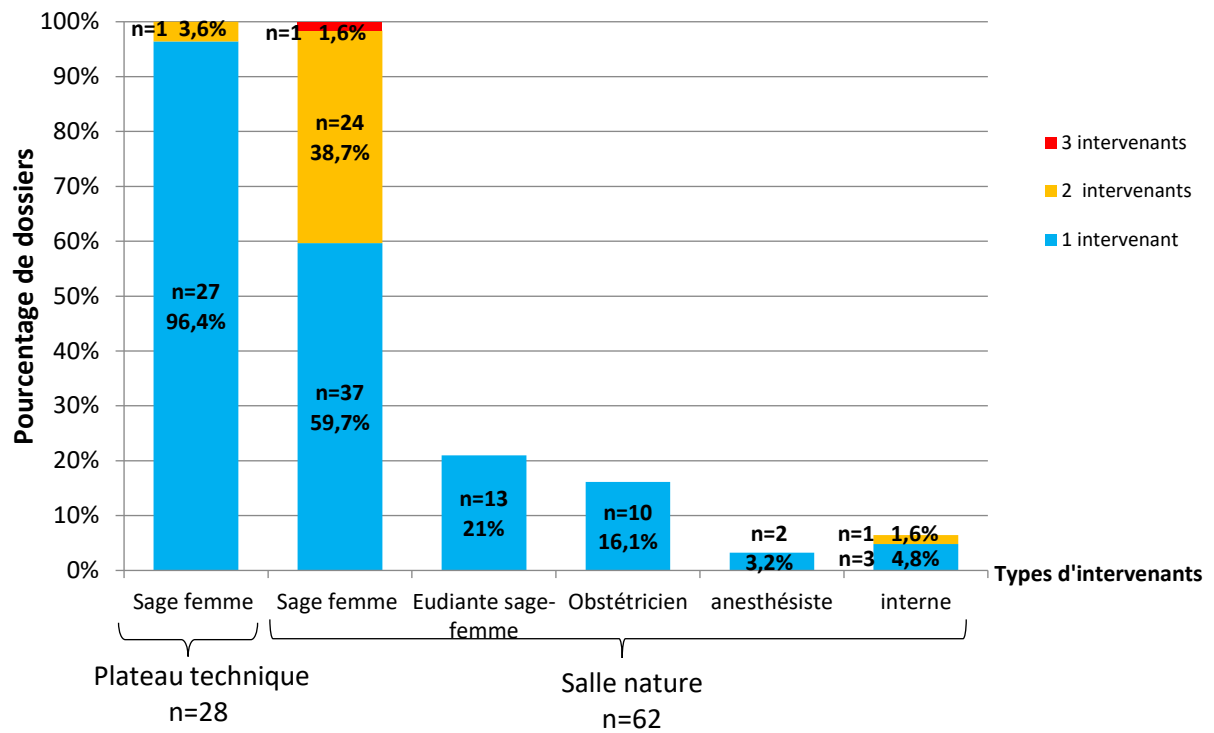


L'effectif dans chaque groupe étant petit, il n'a pas été possible de comparer statistiquement le taux de rupture artificiel des membranes.

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

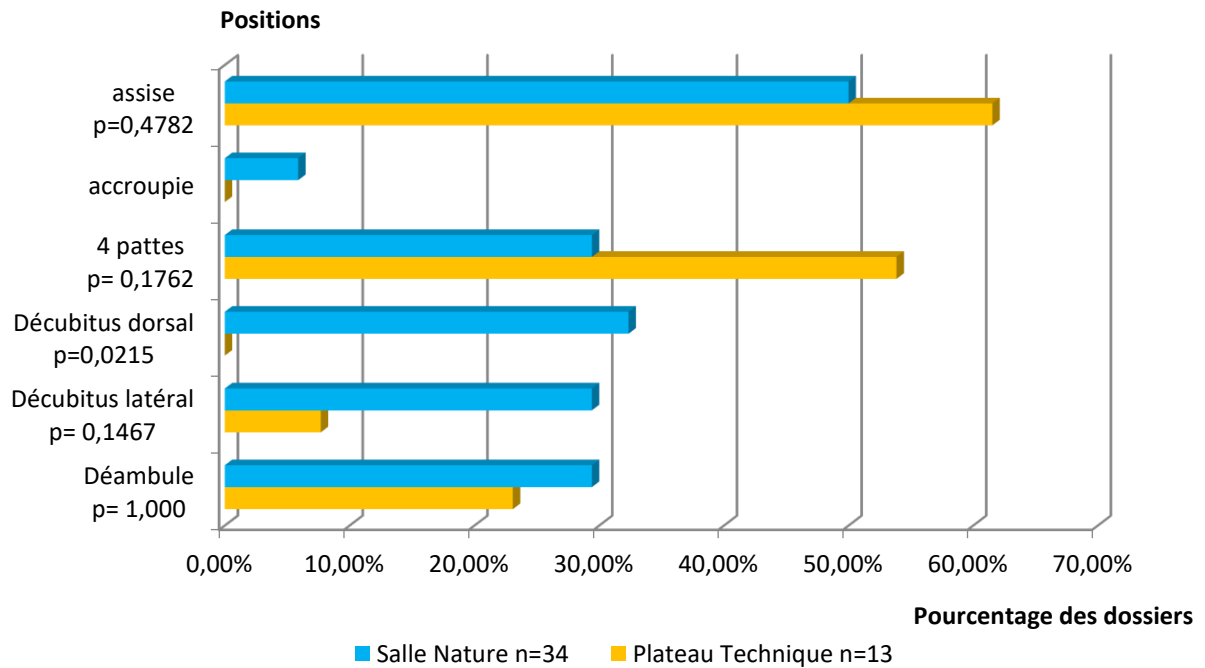
Ceci nous donne $p = 0.6854$.

Figure 3 : pourcentage de dossier avec intervenants médicaux



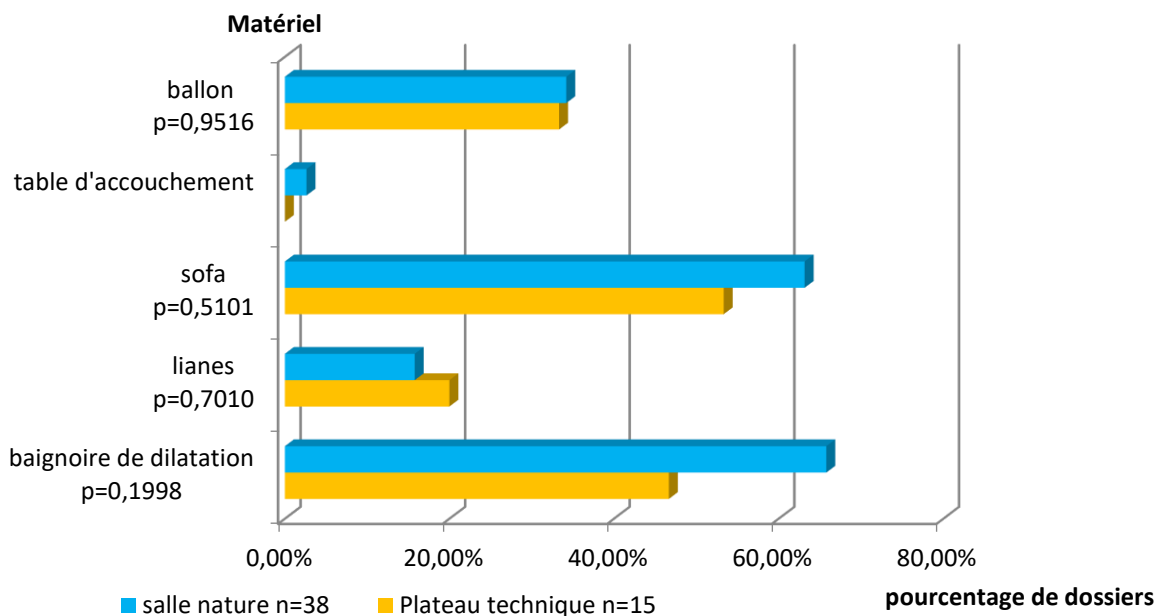
Concernant le nombre d'intervenants au total pour une patiente, en moyenne ils sont 2.69 en salle nature, contre 1.04 en plateau technique. Il y a donc plus d'intervenants en hospitalier qu'en suivi global avec $p < 0.0001$.

Figure 4 : Répartition des positions utilisées pendant le travail.



p n'a pas pu être calculé pour la position accroupie, car les effectifs étaient petits. Aucune position gynécologique n'est stipulée dans les dossiers des deux groupes.

Figure 5 : Répartition du matériel utilisé en salle



Aucune différence significative n'est retrouvée dans l'utilisation du matériel disponible en salle. Le Sofa et la baignoire de dilatation sont privilégiés dans les deux cas.

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

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

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

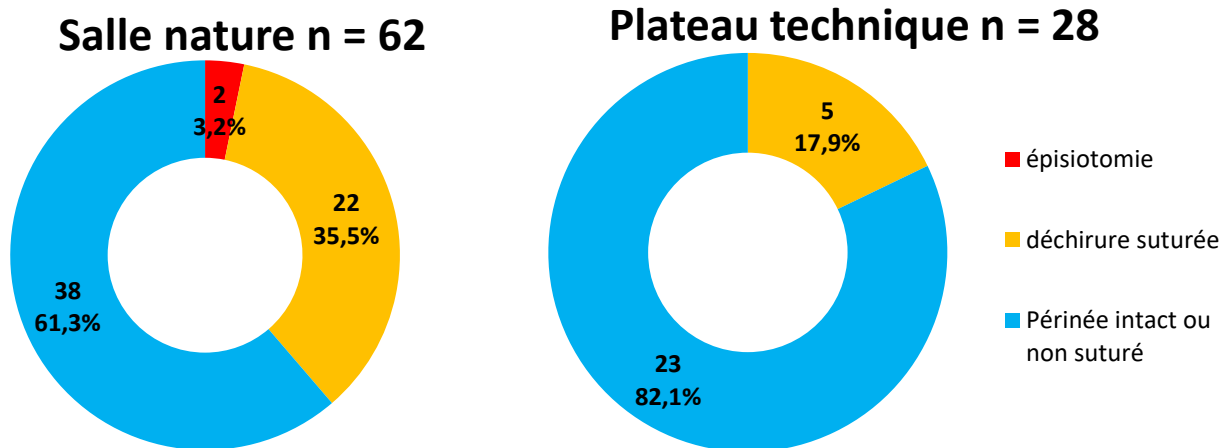
Au sujet des thérapeutiques utilisées pour gérer la douleur, hors péridurale, nous n'en constatons pas en plateau technique. En salle nature, le protoxyde d'azote a été utilisé pour 7 patientes (sur 62 dossiers), l'Atarax et le paracétamol ont tous deux été utilisés chez une patiente.

3. L'accouchement :

| Tableau 5 : durée des efforts expulsifs et de la délivrance du placenta | | | |
|--|--|---|----------------------|
| Total = 90 | Salle nature | Plateau technique | p value |
| Durée des efforts expulsifs en min | n = 61 12,95 ± 15,27 8,00 [4,00 - 15,00] | n = 28 10,32 ± 9,34 10,00 [4,00 - 11,50] | p = 0,7970 |
| Délai Accouchement-délivrance en min | n = 59 10,69 ± 6,27 10,00 [6,00 - 13,00] | n = 28 19,18 ± 9,25 20,00 [11,50 - 26,50] | p < 0,0001 |

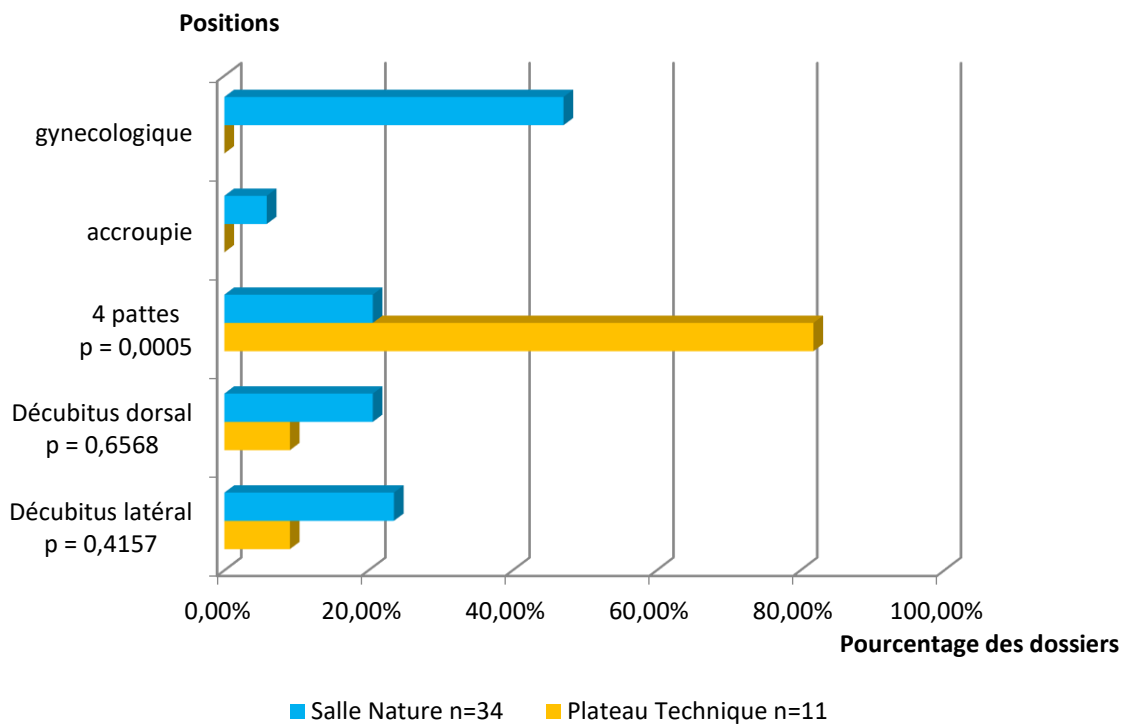
Le temps écoulé entre l'accouchement et la délivrance du placenta est nettement supérieur en Plateau technique.

Figure 6 : Taux de réfection de périnée



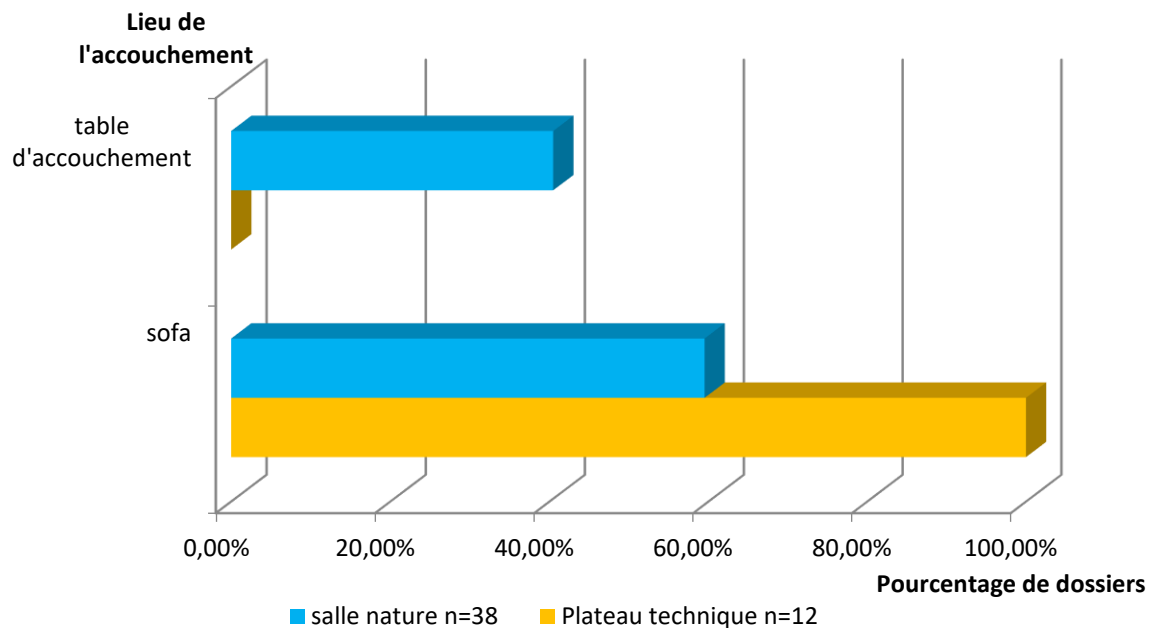
Nous constatons 2% d'épisiotomie en salle nature et aucune en plateau technique.

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



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

Figure 8 : lieu de l'accouchement



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

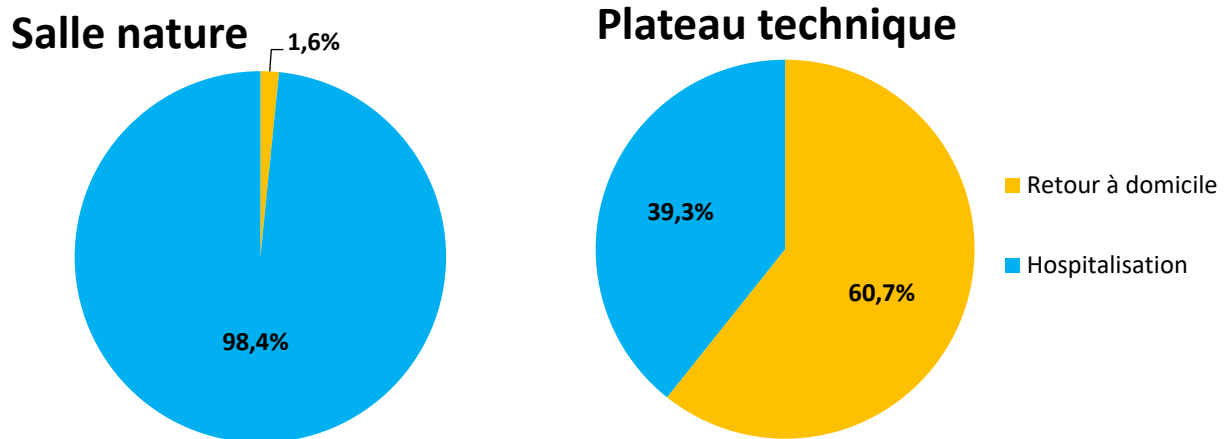
4. Le post partum immédiat et la sortie de maternité :

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

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

Ce qui nous donne $p = 0.0064$.

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



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

Pour le délai de sortie, nous obtenons :

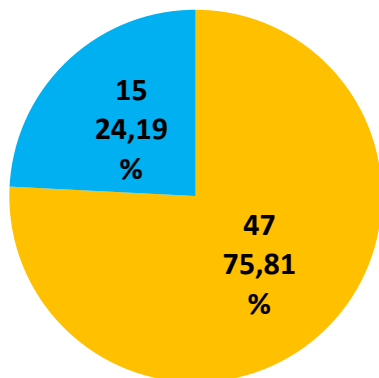
- En Salle nature, les patientes sortent de la maternité au bout de 78.65 heures en moyenne. Avec un minimum de 4 heures (pour une patiente transférée depuis le plateau technique) et un maximum de 144.0 heures.
- En Plateau technique, le délai est de 27.89 heures en moyenne, avec un minimum de 2 heures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

5. L'utilisation de l'ocytocine :

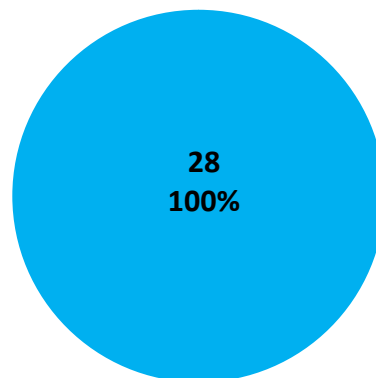
Pendant le travail, sur les 90 dossiers, seul 1 patiente a reçu de l'ocytocine pendant le travail. Cette patiente de plateau technique initialement a bénéficié de cette hormone, accompagné d'un transfert vers l'équipe hospitalière en salle nature pour dystocie cervicale.

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

Salle nature n = 62



Plateau technique n = 28

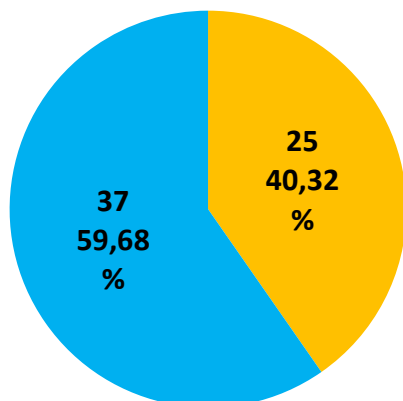


■ Délivrance dirigée
■ Délivrance naturelle

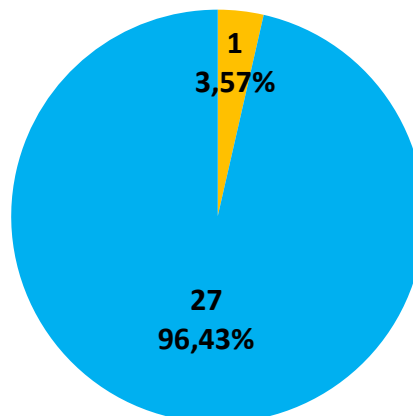
Le p calculé est de 0.0042. Il n'y a aucune délivrance dirigée en plateau technique.

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

Salle nature n = 62



Plateau technique n = 28



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

Cette comparaison nous donne un $p = 0.0004$.

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

Chapitre 3

ANALYSE ET DESCRIPTION

I. Les points positifs et négatifs de la recherche :

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

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

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

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

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

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

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

II. Analyse des résultats :

1. Description de la population :

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

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

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

b. Une plus grande diversité ethnique en salle nature :

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

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

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

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

d. un Indice de masse corporel semblable :

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

e. Les grandes multipares plus nombreuses en salle nature :

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

2. Le déroulement du travail :

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

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

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

b. Une surveillance du bien être fœtal différente :

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

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

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

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

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

d. La pose de voie veineuse :

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

e. Le moins d'amniotomie possible :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

i. Les thérapeutiques utilisées en salle nature :

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

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

j. Des femmes plus calmes en plateau technique :

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

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

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

3. L'accouchement :

a. Des efforts expulsifs de même durée :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. L'utilisation de l'ocytocine :

a. Pas d'ocytocine pour accélérer le travail :

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

b. La délivrance naturelle du placenta en suivi global :

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

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

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

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

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

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